



DIPLÔME INTER-UNIVERSITAIRE
SANTÉ
SOCIÉTÉ
MIGRATION

**Prises en charge des décompensations psychiques auprès
des patients migrants**

Soins interculturels en milieu psychiatrique

Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »
Rédigé sous la direction de Professeur Catherine MASSOUBRE

Engeldinger Gaëlle

Année 2022-2023

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier, tout d'abord, mon encadrement ainsi que le service de formation continue du CHV qui ont répondu favorablement à ma demande et m'ont permis d'accéder à cette formation.

Par ailleurs, je remercie mes collègues de travail pour leur confiance en mon projet et leur soutien depuis le début de ma demande de formation jusqu'à la rédaction de ce travail.

Ensuite, je remercie Catherine Massoubre pour son accompagnement à distance dans l'écriture de mon mémoire.

Enfin, je souhaite aussi remercier tout particulièrement les autres étudiants du DIU « Santé, société et migration » pour nos nombreux échanges qui ont enrichi ma réflexion, ainsi que toute l'équipe de l'orspere samdarra qui nous a proposé des interventions de qualité et accompagné avec bienveillance pendant ces quelques mois.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1-6
1. Choix du sujet.....	2-3
2. Vignettes cliniques.....	3-5
3. Problématiques.....	5-6
I. PSYCHOPATHOLOGIES PREDOMINANTES CHEZ LES PATIENTS MIGRANTS.....	7-10
1. Le traumatisme	8-10
2. Psychoses.....	10-12
II. SOINS RELATIONNELS.....	13-17
1. Communication verbale et non verbale.....	14-15
2. Transfert et contre-transfert, phénomène de rejet.....	15-17
III. PHENOMENES PSYCHIQUES SPECIFIQUES AU PUBLIC MIGRANT.....	18-21
1. Syndrome de déracinement.....	19-20
2. Stress acculturatif.....	20-21
IV. APPROCHES DES PAYS D'ACCUEIL EN SANTE MENTALE MIGRATOIRE.....	22-26
1. L'ethnopsychiatrie.....	23-24
2. Soins interculturels.....	24-26
CONCLUSION.....	27-28
BIBLIOGRAPHIE.....	29

INTRODUCTION

1) Choix du sujet

Afin d'introduire le choix du thème de ce travail, j'aimerais tout d'abord préciser les raisons qui m'ont motivé à entamer cette formation.

Je suis infirmière et j'exerce en psychiatrie depuis l'obtention de mon diplôme en 2019. Au sein des différents services dans lesquels j'ai pu travailler, un constat m'a sauté aux yeux : un quart à un tiers des patients sont migrants et ce chiffre peut s'élever à environ 70% si l'on compte les patients issus de l'immigration de deuxième ou troisième génération. Les patients migrants sont donc surreprésentés au sein de l'institution par rapport au nombre d'étrangers sur le territoire français dans la population générale, soit 7 à 10%.

Dans psychopathologie des migrants, Massaoui et Ferrey écrivent que « Pollock en 1912 devait trouver à New York une incidence psychiatrique de 104/100000 pour les étrangers, alors qu'elle est presque trois fois plus faible pour les natifs » et qu'« en France les études de Daumezon et Le Guillant mettent en évidence le taux élevé d'internement et d'hospitalisation des étrangers dans les hôpitaux psychiatriques de la région parisienne ».

Actuellement, je travaille dans un service d'entrée de crise adulte en intra hospitalier disposant d'une chambre d'isolement et prenant en charge 25 patients, toutes pathologies confondues, d'après la sectorisation des soins psychiatriques en vigueur. Les patients sont, en grande majorité, précaires. Ils se présentent en soins libres ou arrivent en soins sous contraintes selon l'évaluation des situations de danger pour les individus eux-mêmes ou pour les autres. J'exerce de nuit, ce qui est un monde particulier en raison de l'autonomie des soignants et de la réactivation anxieuse pour beaucoup de patients. Cette unité de nuit est également mon terrain d'étude.

Dans le cadre des prises en charge des patients migrants, plusieurs limites se posent. Tout d'abord, la perte d'informations et d'éléments cliniques du fait de la barrière de la langue, mais aussi, des différences culturelles engendrant de nombreuses incompréhensions. Par exemple, il m'est arrivé d'entendre qu'une patiente était considérée comme délirante alors que les symptômes psychotiques étaient en rémission depuis plusieurs semaines. Ce délire était attribué à un délire de sorcellerie. Parallèlement, la patiente acceptait les soins et les traitements mais disait ne pas y croire. Après discussion en équipe, il nous est apparu que la patiente était originaire de République Démocratique du Congo et que le fait qu'elle explique ses symptômes psychotiques par de la sorcellerie n'était pas nécessairement délirant mais plutôt un constat des troubles dont elle souffrait. En conséquence, cela m'amène à penser qu'il existe un manque de formations et de connaissances dans le domaine de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes étrangères en soins psychiatriques.

Selon Elise Pestre, « la crainte de devenir fou est très souvent formulée par les réfugiés. La situation passée combinée à l'expérience actuelle aurait un potentiel si pathogène qu'elle serait susceptible de les conduire à la folie ».

Pour commencer ce travail de recherche, je vais présenter plusieurs vignettes cliniques sur des situations qui m'ont marqué et illustrant mon propos quant au constat que la décompensation

psychotique peut accompagner le stress post traumatique, notamment dans le cadre de situations migratoires.

Ensuite, je définirai les termes abordés en m'appuyant sur des recherches littéraires et les cours théoriques du DIU.

Enfin, je développerai les axes liés au public migrant majeur sur le territoire français avant de conclure ce travail écrit.

2) Vignettes cliniques

M T, patient érythréen est arrivé dans le service en chambre d'isolement pour décompensation psychotique et agitation sur la voie publique. Il est âgé de 33 ans, est arrivé en France il y a 7 ans et est suivi depuis 5 ans pour schizophrénie. Ses amis décrivent des phases fluctuantes entre agressivité et repli au domicile. En entretien médico infirmier, il est rapporté une impulsivité et un syndrome délirant hallucinatoire avec attitude d'écoute. Lors de l'ablation des symptômes psychotiques, le patient est rapidement sorti d'isolement et d'autres symptômes ont ressurgi, à types de cauchemars, insomnie et hypervigilance. Un soir, alors que le patient était en recherche de lien dans un français approximatif et tenant des propos d'ordre mystique, ce dernier s'est effondré en larme sur la terrasse commune sans que nous puissions avoir accès à l'origine de sa tristesse car il se mit à parler dans un arabe dialectique que nous ne maîtrisons pas. La seule chose que nous avons cru saisir est qu'il avait vu des choses terribles car il nous montrait ses yeux puis désignait des choses dans le vide. L'équipe soignante a donc ressenti un sentiment d'impuissance et nous l'avons écouté avec bienveillance malgré le fait que nous ne comprenions pas, ce qui a semblé apaiser le patient qui nous a remerciés un peu plus tard.

M U, patient tunisien de 28 ans a été admis pour errance sur la voie publique et polytoxicomanie. Le parcours de vie du patient est marqué par de multiples ruptures familiales. Il est de contact plutôt fermé et nous n'avons de lien avec lui que sur la gestion de ses cigarettes. Le patient nous a expliqué lors d'un échange de cigarettes que la consommation de toxiques lui permettait de plus facilement supporter sa condition à l'extérieur et que ses quelques amis faisaient de même pour la plupart. Le sevrage fut dur pour ce patient qui n'avait pas l'intention de poursuivre une abstinence à l'extérieur de l'hôpital.

Mme V, patiente nigérienne de 31 ans a été admise pour Hallucination Acoustico Verbale (HAV), agitation et crise clastique dans son foyer. La patiente a un parcours de prostitution qui constitue son seul réseau social en dehors de l'hôpital et a également des troubles de l'usage de cannabis et d'alcool. La patiente faisait régulièrement des soustractions de soins pour rejoindre son réseau de prostitution et elle réalisait de nombreux achats avec cet argent. Une partie de l'équipe ne comprenait pas pourquoi elle continuait de se prostituer. D'autres ne comprenaient pas que nous lui accordions des aides financières pour l'achat de cigarettes alors qu'elle parvenait à s'acheter des sacs à main et des produits de beauté. Des conversations d'équipes ont soulevé plusieurs questions : Quelle est la place du groupe social dans les réseaux de prostitution entre femmes migrantes originaires d'un même pays ? Doit-on légitimer l'argent

gagné par ce biais et octroyer des aides de ce fait ? Comment accompagner cette patiente qui est peu en alliance dans le soin de par ses multiples fugues avec suspicion de consommation de toxiques ?

M W, patient indien de 21 ans a été admis pour crise suicidaire. Le jeune homme est arrivé en France avec un visa étudiant sur demande de sa famille. Une fois ses études entreprises, il aurait reçu beaucoup de pression familiale de la part de ses parents pour « réussir sa vie », « rendre fière la famille », « se marier et construire son foyer ». Au bout de quelque mois, la crise covid et le confinement de mars 2020 a accentué la détresse du patient qui a décroché scolairement et ne voyait pas d'issue à sa situation vis-à-vis de sa famille. Son hospitalisation n'ayant fait qu'accentuer les incompréhensions de ses parents. De nombreux entretiens familiaux téléphoniques ont alors été mis en place afin de délier la situation. Cela a pris du temps pour qu'équipe soignante française et famille indienne aux mœurs traditionnelles parviennent à se comprendre et aller dans un sens commun pour le bien être du patient.

M X, patient soudanais de 32 ans a été admis pour décompensation psychotique brève avec délire mystique et propos incohérents sur consommation de cannabis dans un contexte de logement en CHRS aux conditions précaires. Le patient est arrivé en soins sous contrainte car il serait passé à l'acte hétéro-agressif sur un autre résident du foyer suite à des désaccords religieux, l'autre résidant venant d'une autre région de son pays d'origine. Au début de son hospitalisation, le patient pouvait se montrer très revendicateur et adhérer à son délire. Dans ce contexte, quelques jours d'isolement ont été nécessaires devant le risque d'hétéro agressivité. Il a également été sédaté le temps que le traitement de fond s'équilibre. A sa sortie d'isolement, le patient était plus en lien, de bon contact et parvenait à amorcer une élaboration autour de son parcours migratoire. Monsieur X n'était pas malade avant son arrivée sur le sol français. La décompensation s'est manifestée au bout de six mois de prise en charge dans un foyer d'urgence. Une fois stabilisé, le patient nous a expliqué combien il était déçu de son accueil sur le sol français et a évoqué son parcours traumatique sur le sol libyen, qu'il a refusé de détailler. Il pouvait parfois présenter un effondrement thymique avec pleurs sans élaborer exactement les raisons de cette tristesse auprès des soignants. Il restait très évasif et a pu dire qu'il ne voulait pas nous culpabiliser ou nous choquer. Il a d'ailleurs déconseillé à son frère de le rejoindre car risquer sa vie au Sud Soudan était, à son sens, plus simple à vivre que les difficultés rencontrées sur son parcours et en France. Cependant, ce patient avait obtenu son statut de réfugié et nous ne savions pas comment aborder son souhait de retourner auprès de sa famille au Soudan dans un contexte administratif qui l'en empêche. Dans les mois suivant sa sortie, ce patient s'est montré étayant avec d'autres hommes venant du Soudan en les accompagnants à l'hôpital lorsqu'il sentait une détresse psychique chez eux, prenant ainsi un rôle similaire à de la pair aidance sans le savoir.

Mme Y, patiente angolaise de 29 ans, a été admise pour stress post traumatique avec hallucinations visuelles, cénesthésiques et acoustico verbales. La patiente a un parcours de vie parsemé de violences et d'événements traumatiques. Elle a été séquestrée dans son pays d'origine par une milice armée qui l'aurait réduite en esclave sexuelle pendant presque 2 ans. Elle est parvenue à s'enfuir lors d'un conflit avec un autre groupe armé et a débuté son parcours migratoire par peur des représailles. Cliniquement, elle a un sentiment d'insécurité constant et

des reviviscences traumatiques de multiples viols ainsi que de la séparation de son enfant né dans ce contexte. Toutes les nuits, la patiente était incapable de rester dans sa chambre car cela lui faisait penser à l'enfermement vécu et elle développait de manière quasi systématique des HAV de ses bourreaux. L'idée avait été émise de lui proposer une chambre d'apaisement pour réguler son sommeil mais cela a rapidement été écarté du fait de son vécu et de ce que cela aurait pu lui faire vivre. La langue maternelle de la patiente était le portugais, mais nous arrivions à brièvement communiquer en espagnol ou en anglais grâce à des mots transparents. Par ailleurs, nous permettions à la patiente de rester au bureau infirmier une partie de la nuit à visée d'anxiolyse. Elle pouvait alors dessiner pour s'occuper et nous parvenions de temps à autre à parler de son histoire à l'aide d'un logiciel de traduction en ligne. La complexité ressentie par l'équipe soignante lors de cette prise en charge était surtout de ne pas créer d'autres traumatismes liés à l'enfermement pour cette patiente au vécu d'oppression alors même qu'une unité d'hospitalisation en psychiatrie reste un lieu très clos.

M Z, patient afghan de 42 ans a été admis pour fléchissement thymique dans un contexte de trouble psychotique avec HAV et stress post traumatique diagnostiqué il y a une dizaine d'années. Le patient est arrivé en France au début des années 2000 suite à l'assassinat de la quasi-totalité de sa famille par les talibans. Les meurtres ont eu lieu sous ses yeux. Il était alors âgé une vingtaine d'années. A ce jour, le patient est régulièrement pris en charge en intra hospitalier pour insomnie, anorexie et difficultés sociales. Le patient est en général très discret dans l'unité et ne présente aucune plainte. Nous sommes longtemps passés à côté de certains symptômes tels que des cauchemars et reviviscences traumatiques dont il ne parlait que si nous le questionnions de manière relativement poussée. En effet, le patient présentait une asthénie quotidienne et nous avons mis plusieurs semaines à comprendre qu'il ne dormait plus par peur des cauchemars qu'il faisait car il ne se manifestait pas lors de nos surveillances nocturnes. Le sommeil s'est finalement amélioré au bout de quelques semaines après un ajustement thérapeutique.

3) Problématique

Nous venons de voir différentes situations qui m'ont amené à mon questionnement.

Nous pouvons observer que dans une majorité des cas les patients migrants ont une symptomatologie psychotique au moment de leur prise en charge. Peut-on faire un lien entre migration, traumatisme et psychose ?

Dans plusieurs cas, la barrière de la langue fait obstacle à la communication verbale. Pourtant, la communication n'est pas rompue pour autant. Quelle est la place de la communication non verbale dans le soin ?

Par ailleurs, nous pouvons nous questionner sur la place du patient migrant dans un groupe social. En effet, ces personnes sont souvent précarisées et ne peuvent exister en tant qu'individu au sein d'un groupe social qu'avec des personnes dans des situations proches des leurs. Est-ce

que cette situation communautaire est nécessairement néfaste ou, au contraire, participe-t-elle à la réhabilitation psychosociale ?

Les situations d'interculturalité provoquent des incompréhensions entre soignants et soignés. Comment adapter les prises en charge soignantes en présence de différentes cultures ? Peut-on repenser le cadre de soins ? Quelle place laisser aux aidants naturels malgré les différentes perceptions de la santé mentale ? Quels outils thérapeutiques sont disponibles pour accompagner ce public ?

Toutes ces réflexions spécifiques aux patients au vécu migratoire connaissent aussi leurs limites. Qu'appartient-il à la migration plus qu'à la précarité ? Comment ne pas tomber dans un diagnostic culturel au risque de passer à côté d'éléments de l'environnement de l'individu ?

Au global, nous constatons que les patients migrants sont plus sujets à tous types de psychopathologies. Ce qui m'amène à ma problématique finale : en quoi les parcours puis les prises en charge des migrants majeurs en France augmentent le risque de décompensation psychique ?

PSYCHOPATHOLOGIES PREDOMINANTES CHEZ LES PATIENTS MIGRANTS

1) Le traumatisme

Qu'ils datent d'avant la migration, du parcours ou des conditions d'arrivée, les personnes migrantes ont souvent vécu des événements traumatiques. Ce qu'elles en font et leurs ressources psychiques varient d'un individu à l'autre. Le stress aigu suite à une expérience traumatique se résorbe en général au bout d'un mois. Au-delà de quelques mois de persistance de symptômes évocateurs (reviviscence traumatique, évitement, altérations cognitives, hypervigilance, irritabilité, cauchemars), on parle de stress post traumatique chronique. D'un point de vue épidémiologique, cela concernerait 30% à 65% des réfugiés. Dans le cas de mes observations, la quasi-totalité des patients migrants pris en charge en unité psychiatrique ont un trouble de stress post traumatique (TSPT), généralement associé à d'autres troubles. Cela m'amène à penser qu'il s'agit donc d'un facteur de comorbidité important. D'après les études, cette comorbidité concernerait 50% des réfugiés.

Au fur et à mesure de mes lectures, j'ai constaté que la clinique du traumatisme pouvait porter plusieurs noms à travers les auteurs et les époques. Certains parlent de névroses traumatiques, d'autres de syndrome de stress post traumatique, de « post-traumatic stress disorder » (PTSD) ou bien de trouble de stress post traumatique (TSPT).

Sur le sujet, Freud a été décrié par plusieurs confrères car ce dernier se concentrait essentiellement sur les événements de la petite enfance et une construction traumatique de la sexualité au niveau psychique. Il s'est principalement intéressé aux manifestations cliniques de l'hystérie puis aux soldats traumatisés de guerre. Il a développé la notion de pare-excitation qui agit comme un filtre au niveau de la psyché et du récit. Nous pouvons d'ailleurs réaliser un parallèle entre les soldats jugés inaptes à retourner au combat et les réfugiés sur le principe d'évaluation du « vrai » et du « faux » traumatisme, la recherche singulière du mensonge dans la reconnaissance du trouble.

De son côté, Ferenczi s'est intéressé à la névrose traumatique en se basant sur des psychanalyses de victimes d'inceste. Il définit le traumatisme comme un choc inattendu, non préparé et écrasant, qui agit pour ainsi dire comme un anesthésique entraînant un sentiment d'incapacité à s'adapter à la situation de déplaisir : fuite, anéantissement, autodestruction, désorientation, amnésie rétroactive, refoulement. Face à l'événement traumatique qui vient donner corps à quelque chose d'irreprésentable, la psyché ne peut assurer sa tâche habituelle qui est d'intégrer les éléments du monde extérieur. Le rêve traumatique vient alors tenter d'amener à une résolution l'événement et ainsi posséder une meilleure maîtrise psychique sur le vécu du patient. Ferenczi parle alors de « fonction traumatolytique du rêve ». Lors d'un stress aigu, la première stratégie de survie de l'individu est la concentration sur la conservation des fonctions organiques primaires.

Selon Fidèle Mabanza, la prise en charge du traumatisme commence principalement par l'écoute. Il dit que « l'écoute et la reconnaissance de l'autre est importante pour se sentir humain et a un côté thérapeutique quant au vécu traumatique. Tant que la souffrance n'est pas acceptée, toute parole est nulle ».

Dans le film *Avec les mots des autres*, une infirmière définit plus simplement le traumatisme comme une blessure psychique suite à un événement violent vu ou vécu.

D'après Roman Pétrouchine, psychiatre intervenant dans le module 6, le problème de la prise en charge du traumatisme chez les réfugiés est que le traumatisme est encore en train de se faire pendant la prise en charge. La clinique du post trauma ne peut donc pas s'appliquer et la prise en charge ne répond à aucun modèle. Les conditions d'accueil à la suite d'un parcours migratoire sont un facteur favorisant ou précipitant d'un TSPT.

Il existe deux types de traumatismes. Le type 1, relatif à un événement isolé et limité dans le temps. Puis le type 2, que nous observons plus souvent chez le public migrant, correspondant à des événements répétés entraînant des anticipations et habituations chez les patients.

Selon Elise Pestre, « les traumatismes dont souffrent ces réfugiés ont pour spécificité de se produire lors de situations dans lesquelles le sujet est tombé hors du monde ». « Si la majorité des symptômes dont se plaignent les patients réfugiés s'articulent à leur vécu traumatique, ils se mêlent, voire se trouvent amplifiés par la situation d'inhospitalité rencontrée dans l'actualité. Ces symptômes sont donc à interroger en lien avec la précarité et l'exclusion vécues ici ». On retrouve ici l'importance de la prise en compte l'environnement dans la prise en charge d'un individu. L'autrice poursuit : « Le traumatisme se réfère à un événement extérieur qui fait choc de par sa violence soudaine et vient ainsi bouleverser l'organisme ». « Chacun répond, selon ses propres modalités psychiques et physiques, à l'environnement, le sujet parvenant, ou non, à se dégager de la souffrance rencontrée ». « Le choc et l'impact traumatique sur le sujet sont parfois si violents qu'ils ont le pouvoir d'ébranler l'ensemble de son organisation psychique ». Chaque sujet réagit différemment à un même traumatisme selon ses propres ressources psychiques.

Dans *Méditerranée : des frontières à la dérive*, on peut lire que « Les principaux facteurs de stress rencontrés chez les populations réfugiées de Samos sont les conditions de vie, l'attente, la complexité bureaucratique, le sentiment de discrimination, l'absence d'activités éducatives ou professionnelles ». Par ailleurs, « L'évaluation des symptômes psychologiques correspondant montre que 96,5% de la population interrogée dans le camp de Samos souffrait de troubles psychosomatiques modérés ou sévères ». Le stress post traumatique peut donc aussi se traduire par des symptômes somatiques ainsi que par des symptômes présents dans les psychopathologies. « Le stress génère un ensemble de symptômes émotionnels que les équipes de MSF ont rencontrés lors de séance de psychothérapie : énurésie nocturne, cauchemars, clinophilie et hypersomnie, développement de nouvelles dépendances » ; « Ces symptômes se cumulent chez les personnes souffrant de stress post traumatique ». Dans le cadre des camps de réfugiés sur les îles grecques « Les psychologues et les psychiatres n'avaient guère de solution. Un grand nombre abandonnait rapidement le programme thérapeutique ». A propos du camp Moria sur l'île de Lesbos, les intervenants sociaux rapportaient « Tentatives de suicide, violences, dépressions, harcèlements, violences sexuelles... » à répétition. « Médecins et psychologues présents sur l'île ont observé des phénomènes récurrents de troubles de l'anxiété, de pertes de poids et d'automutilations répétées ». « On devient tous fous » raconte Mahmood, jeune père irakien ». Sur les camps « La nuit réveille des angoisses, les cauchemars,

les traumatismes ». Cela entraîne notamment des pensées et des actes auto agressifs chez certaines personnes : « J'ai 19 ans et ma vie devrait être devant moi, mais je préférerais être mort » dit Jonathan, jeune congolais ; « Au camp de Souda, un jeune homme prénommé Yaman venait quotidiennement faire soigner des plaies chaque jour un peu plus profondes » témoigne un bénévole. « Plusieurs tentatives de suicide ont également eu lieu. D'après les professionnels médicaux, ces phénomènes ne se sont pas développés au départ de Syrie ou d'Irak ou du pays d'origine, mais à l'arrivée sur l'île ». On peut ainsi conclure que le traumatisme ne se situe pas que dans le passé, soit au départ du pays d'origine. Pour les patients migrants, les traumatismes s'accumulent et prennent forme sur le parcours comme à l'arrivée. Nous sommes souvent tentés de nous préoccuper des traumatismes ayant pu déclencher le parcours migratoire. Cependant, nous nous situons bien souvent en per traumatisme et pas seulement en post. C'est un aspect complexe à prendre en compte dans nos pratiques.

De la même manière que dans les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP), la prise en charge du traumatisme sur le moment est une approche différente. Une boisson chaude, une couverture et une simple écoute bienveillante sont généralement conseillées. En effet, lorsque le traumatisme est trop frais, il vaut mieux attendre de laisser les échanges émerger de la personne, ne pas forcer les questionnements, et surtout, ne pas remettre en question les propos rapportés. Dans un témoignage de l'Aquarius, on peut lire que « Les équipes de SOS Méditerranée sont particulièrement attentives à entourer physiquement et symboliquement cette parenthèse de chaleur et de respect pour que les rescapés se réapproprient leur humanité. Un viol est un viol. Non, ils n'ont pas exagéré. La remise en question de ses propres perceptions étant un des symptômes du traumatisme, nous qualifions ce qu'ils ont vécu, afin qu'ils aient une chance de panser leurs plaies physiques et psychiques ». C'est un exemple de prise en charge au plus proche du traumatisme.

Dans toutes les situations observées, le traumatisme a une comorbidité forte avec d'authentiques syndromes dépressifs ou des troubles somatoformes. La prise en charge d'un TSPT est ainsi compliquée par d'autres symptomatologies apparaissant au premier plan. Une évaluation sur une plus longue durée est nécessaire afin de reconnaître et soigner un TSPT. Dans une logique de réduction des temps de séjour en intra hospitalier, il paraît donc important d'orienter et accompagner ces patients vers l'extra hospitalier afin de limiter le risque de nouvelle décompensation et/ou hospitalisation. En effet, ces temps d'hospitalisation sont également des pauses dans les démarches administratives ou dans la réinsertion sociale des personnes migrantes. L'enjeu est de ne pas les marginaliser à nouveau à travers le spectre de la psychiatrie alors même qu'ils le sont généralement déjà en tant que personne migrante.

2) Psychoses

En psychiatrie, deux grands mots distincts pour décrire les troubles psychiques reviennent : névrose et psychose. Cependant, dans le cadre du stress post traumatique, on observe que la psychose peut faire symptôme du traumatisme historiquement appelé névrose traumatique. La subtilité de ces diagnostics subsiste au sein des institutions psychiatriques aujourd'hui car les manifestations du traumatisme sont diverses. Nous allons donc voir en quoi la psychose fait partie des psychopathologies prédominantes chez les patients réfugiés.

Au sens large, la psychose se définit par une perte de contact avec la réalité. En psychiatrie, nous parlerons de patient atteint de trouble psychotique. En général, la psychose se manifeste par des idées délirantes de persécution, mystique, mégalomane ou paranoïde. Les patients psychotiques présentent souvent des hallucinations majoritairement acoustico verbale mais aussi cénesthésique, visuelle ou olfactive. Ce type de trouble est plus souvent connu sous le nom de schizophrénie dans la population générale, les différents types de schizophrénie faisant partie des troubles psychotiques.

Selena Tallarico définit la psychose comme une rupture de frontière entre le dedans, représenté par le « moi peau », et le dehors. La peau représente la frontière avec le monde tout en restant une enveloppe poreuse aux événements extérieurs.

Dr Leane et Camille Salmon décrivent en 2013 dans *Psychose et migration* une hésitation fréquente de la part des psychiatres entre Bouffée Délirante Aiguë (BDA) et TSPT dans le cadre de diagnostic chez des patients migrants à la symptomatologie psychotique avec des éléments de vie et parcours migratoire multi traumatique. Ils parlent alors de « manifestations cliniques difficilement classables et pour lesquels il (le psychiatre) amène à favoriser les diagnostics de psychose ».

Cela rejoint les écrits d'Elise Pestre, psychologue clinicienne, qui dit que « certaines formes de la névrose traumatique prendront l'allure de troubles psychotiques : des phénomènes élémentaires, hallucinatoires et/ou dissociatifs, des clivages, des sentiments de déréalisation, de dépersonnalisation, voire une sensibilité allant parfois jusqu'à l'apparition d'angoisses persécutrices et paranoïaques, apparaîtront fréquemment ». « De récentes études épidémiologiques montrent que plus d'un quart des réfugiés, toutes catégories confondues, sombrent dans des pathologies psycho traumatiques ou des états dépressifs. D'autres, plus fragiles encore, décompensent sur un mode délirant ». « Il me semble que la référence à la psychose permet surtout de retranscrire la puissance de l'effraction et les manifestations symptomatiques qui s'y articulent sans pour autant se poser en termes de structure ».

Ferenczi décrit l'apparition d'une schizophrénie progressive lors de répétitions multiples de traumatismes, ici l'inceste dans le cadre de ses travaux. Il y explique que la psychose agit alors comme un processus de défense. Dans certain cas, la dissociation favorise la conservation de l'individu qui ne peut se confronter au caractère traumatique de ce à quoi il est exposé. Il décrit la folie de persécution, de grandeur, de toute-puissance comme une protection psychique, système d'autoconservation.

D'après Moussaoui et Ferrey, « les psychoses délirantes aiguës et les états confusionnels sont fréquents. La thématique retrouvée peut être persécutoire, mystique, hypocondriaque ; les idées d'empoisonnement et d'ensorcellement proviennent du fonds culturel traditionnel des patients ».

D'après Dr Sydney Gaultier, les décompensations psychotiques sont prises en charge relativement tard chez les migrants car ces derniers maintiennent des habilités sociales et adaptatives à leur arrivée dans le pays d'accueil, et ce malgré leur détresse psychique intense, jusqu'à atteindre un point de rupture avec une symptomatologie beaucoup plus lourde. Il nomme ce phénomène le désajustement de l'identification des besoins de soins.

Ysiaka Anam écrit « Je m'interroge encore sur l'exil. N'est-ce pas seulement une manière de se retrouver, pour toujours, à côté de soi. » lorsqu'elle revient sur son parcours de migration ayant eu lieu lorsqu'elle était enfant. Cela évoque une sorte de dissociation. Elle explique en effet ne jamais se sentir à sa place depuis son enfance, ce qui a entraîné une souffrance certaine chez elle.

Finalement, la psychose est mieux connue et a une symptomatologie souvent plus facile à traiter en milieu psychiatrique. En unité de crise à l'hôpital public, il s'agit de la famille de troubles la plus rencontrée. Je suppose donc que c'est pour cela que les diagnostics de troubles psychotiques se posent généralement dans un premier temps. Dans les situations que j'ai pu rencontrer, c'est uniquement une fois que l'abrasion de la symptomatologie psychotique a lieu que nous pouvons avoir accès aux éléments en faveur d'un TSPT. Lorsque les troubles délirants sont ancrés et envahissants, il est difficile de pouvoir observer une situation et un patient dans sa globalité. On peut alors penser qu'il n'y a peut-être pas tant d'erreurs de diagnostics mais plutôt des diagnostics incomplets du fait de comorbidités importantes. Les équipes doivent gérer les problèmes selon leur degré d'urgence et de dangerosité, amenant ainsi à prendre en charge le trouble psychotique en priorité. C'est ainsi que nous voyons émerger les signes évocateurs de TSPT après un temps de traitement par neuroleptique. Pour autant, les patients migrants que j'ai eus l'occasion de prendre en charge disent qu'ils n'étaient « pas malades avant ». Deux hypothèses existent alors. Soit le pays d'origine, le contexte culturel, les compensations par l'entourage, etc. ne permettaient pas un diagnostic de trouble psychiatrique. Les personnes pourraient donc être malades sans le savoir depuis plus longtemps. Soit, ce qui est le plus souvent observé, la migration représente un tel chamboulement psychique de par tous ses aspects que l'individu développe des troubles une fois qu'il se détache de ses capacités instinctuelles. La qualité d'accueil des personnes migrantes aurait donc un rôle déterminant sur le risque de décompensation psychique chez ce public.

SOINS RELATIONNELS

1) Communication verbale et non verbale

Dans le film *Les arrivants*, disponible sur Youtube, on peut observer une assistante sociale indiquant à sa collègue qu'elle a eu des propos agressifs auprès d'usagers. Cette dernière lui répond en haussant les épaules que cela n'a pas été traduit. La travailleuse sociale lui rétorque alors que dans le fond cela l'était quand même. Cela sous-entend que même si les usagers n'ont pas compris les mots, ils ont pu en percevoir un certain sens. On peut alors parler de communication non verbale.

Selon Bourdieu, l'habitus est la façon dont on se présente à l'autre dans notre apparence générale comprenant la culture et l'ensemble des dispositions (comportements, style de vie...) acquises au sein du milieu social d'origine et qui vont par la suite structurer les pratiques quotidiennes. Autrement dit, ce qui reste quand on a tout oublié indépendamment du langage. C'est de ce reste dont nous allons ici nous préoccuper. Ce reste qui symbolise tout ce que nous renvoyons à l'Autre en dehors des mots.

Selon Margaux Phaneuf, les principaux atouts pour la communication sont :

- Être à l'écoute, sensible à ce que vit le malade, à ses valeurs et à sa culture.
- Repérer les signes verbaux et non verbaux indicateurs du sens qu'il veut communiquer.
- S'écouter, s'autoévaluer afin de modifier notre comportement pour l'adapter selon les besoins de la situation et les attentes des malades.
- Savoir gérer ses émotions afin d'éviter les réactions trop marquées, les risques de malentendus ou de conflits.
- Adopter une attitude appropriée : gestes, regards, posture, vêtements, expressions faciales

Au-delà du verbal, Margaux Phaneuf liste ici tout ce qui participe à la communication et qui peut jouer sur ce que nous percevons de l'Autre, ainsi que ce qu'il peut percevoir de nous. Nous allons voir ces éléments plus en détail à travers d'autres lectures.

Selon Brigitte Tison, la communication est une voie de circulation des messages. Au-delà d'un canal physique, il s'agit aussi d'une prise de contact psychologique. Un message de communication positif est réalisable sous trois conditions de la part de l'émetteur : vouloir, savoir et pouvoir. Un retour de communication positif est, quant à lui, perceptible lorsque le récepteur est capable d'intégrer le message, de l'exprimer sans déformation avec les sentiments transmis. Il s'agit d'un acte complexe aux multiples enjeux.

Toute communication comporte un contenu explicite et un contenu implicite. Brigitte Tison nomme ce dernier « métacommunication ». Il s'agit du ton de la voix, des expressions et attitudes greffées au premier message explicite. Les aspects de la communication non verbales sont classés sous trois catégories : la kinésique (gestuelle, expression faciale, relations spatiales), la chronémie (rapport au temps) et l'haptique (toucher, sensoriel).

Le langage non verbal a toute son importance dans la relation et peut susciter autant de malentendus que le langage verbal. D'après Margot Phaneuf, « c'est une marque de respect que

de nous assurer d'avoir bien saisi ce qu'ils cherchent à nous communiquer » que les réactions soient positives ou négatives.

Dans le cadre de la communication interculturelle, cela peut passer par une observation vigilante, une intonation de voix, une mise au niveau physique de la personne, une articulation lente et des termes simples. Parfois, il est aussi possible de faire appel à une personne ressource, que cela soit un ami, un membre de la famille ou bien un interprète.

Face à ces enjeux complexes, les relations soignant-soigné peuvent parfois être impactées. Dans le cadre de mon exercice de nuit, nous ne pouvons jamais faire appel à un interprète. Il nous faut alors trouver d'autres ressources pour communiquer. Cela peut être internet, chercher un collègue dans une autre unité parlant la langue, ou encore de la gestuelle. Au-delà des incompréhensions qui peuvent se faire, il existe aussi un fort sentiment de frustration. D'une part, du patient qui n'arrive pas à se faire comprendre et qui a parfois des demandes qui lui paraissent tellement importantes que cela relève de l'intolérable de ne pas pouvoir avoir de réponse dans l'immédiateté. D'autre part, des soignants qui ont l'impression de passer à côté d'une partie de la clinique du patient et de ne pas le prendre en charge correctement. En effet, la temporalité de ces prises en charge se trouve particulièrement affectée car, c'est comme si tout se déroulait au ralenti pour ces patients en détresse psychique qui ont du mal à être réassurés par des mots dont ils ne saisissent pas le sens. La communication non verbale possède alors un rôle primordial afin de limiter au maximum les moments de tension et d'angoisse qui peuvent émerger.

2) Transfert et contre-transfert, phénomène de rejet

Toujours dans le film *Les arrivants*, un couple mongol en demande d'asile explique qu'il est difficile de parler avec leur assistante sociale car cette dernière est toujours en colère. Ils ont du mal à comprendre son attitude alors même qu'ils ont saisi le fait qu'elle est là pour les aider. En effet, la travailleuse sociale paraît irritable du fait de contraintes de temps et de procédures. Elle n'arrive plus à comprendre les retards ou les initiatives des usagers. Lorsque nous regardons cet extrait de film, nous sentons une personne agacée par le public qu'elle accueille. Avec un regard de soignant, nous pouvons nous demander si cette personne est en souffrance sur son lieu de travail. Elle se dit en colère d'un manque de moyen. La souffrance institutionnelle se répercute alors sur les demandeurs d'asile qu'elle accompagne. Cet exemple parlant est assez représentatif de ce qui se passe dans la plupart de nos institutions qui balisent le déroulement des procédures de manière très précise. Le temps de soins ponctue toutes les démarches et complexifie un peu plus l'accompagnement des personnes en situation de migration.

Dans les soins, le transfert est défini comme une projection émotionnelle du soigné sur le soignant. A l'inverse, le contre-transfert désigne l'ensemble des réactions inconscientes du soignant vis-à-vis du soigné. Dans l'exemple ci-dessus, nous pouvons donc imaginer que nous sommes en situation de contre-transfert de l'assistante sociale envers le couple accueilli.

Selon Brigitte Tison, chaque métier possède ses habitudes et routines défensives. Dans le même sens, d'après Margot Phaneuf, l'ignorance peut être un moyen de défense dans la communication. Le respect des caractères individuels et le fait d'éviter de nier leurs cultures est primordial. « Il n'a pas deux personnes qui ne s'entendent pas, il y a seulement deux personnes qui n'ont pas discuté », proverbe sénégalais. En d'autres termes, les soignants ont leur propre identité culturelle et peuvent aussi mettre en place des moyens de défense face à ce qui leur est étrange.

Selon Dr Zeroug-Vial, les phénomènes de rejet peuvent s'expliquer par des mouvements défensifs qui visent à protéger l'interlocuteur face à des récits trop violents, comme par exemple dans le cas de suspicion de la véracité d'un récit migratoire. Le traumatisme peut sidérer au point que le vécu d'impuissance soit trop intense et ébranle la sécurité interne entraînant le développement de stratégies défensives et donc de rejet du migrant.

Dr Sydney Gaultier décrit la fonction psychologique du rejet et du doute comme protection. A l'inverse, il parle aussi des agirs compensateurs qui peuvent mener certains travailleurs sociaux au burn out. Il s'agit alors de vouloir toujours faire plus pour palier ceux qui ne feront pas.

Selon Marie-Rose Moro, « utiliser le contre-transfert nécessite d'abord d'accepter de se laisser affecter par le patient. Analyser le contre-transfert c'est analyser tout autant ce que l'autre engendre en nous que ce que nous engendrons chez l'autre ».

Severine Masson, psychologue au centre ESSOR intervenant dans le module 5, aborde la notion d'intersubjectivité. Il s'agit d'un concept élaboré par Kant qui théorise que la relation entre deux personnes est la prise en considération de la capacité à penser d'autrui. C'est la considération de la pensée d'autrui dans son jugement sur l'Autre. Ce concept d'intersubjectivité est fondamental dans l'analyse des transferts et contre-transferts.

D'après Roman Pétrouchine, psychiatre intervenant dans le module 6, le contre-transfert des soignants/accompagnants peut se manifester de différentes manières : la fascination, le déni, la fuite, la distance ou l'attachement excessif.

Selon Elise Pestre, la prise en charge d'un patient migrant peut ébranler le thérapeute dans un sens ou dans l'autre. Elle dit que « L'admiration devant la demandeuse d'asile semble laisser place à la fascination et rappelle combien cette clinique peut être vécue sur un mode passionnel lorsqu'il n'y a pas de reprise élaborative. Car l'archaïque exerce son attraction mortifère sur le thérapeute. Et celui qui survit pourra être envisagé tel un surhomme, dont l'aura rayonne tout autour de lui. » et à propos d'un collègue, qu'à l'inverse, « Il relate que c'est finalement grâce au travail de supervision qu'il est parvenu à se dégager des affects puissants qu'il éprouvait (rejet, tristesse, etc.) et à se distancier de l'emprise qu'exerçait sur lui le rejet ». On retrouve ici deux modes de fonctionnement des affects engendrés par la relation accompagnant/accompagné. « Lorsque le psychologue parle de mouvement de rejet ressentis à l'égard du patient, il introduit la question de l'authenticité du témoignage qu'il explicite en termes de défense ». La remise en question du discours reçu permet de se protéger de la violence de ce dernier. Pour préciser, « La multiplication des séparations et des pertes vécues par le patient semble renforcer l'investissement transférentiel » de l'accompagnant. « Ce serait sous

l'effet des identifications projectives du patient qui agissent sur le psychisme du thérapeute en y projetant une partie de leur propre psychisme que ce fantasme de mensonge se produirait. Cette modalité d'identification projective, dans laquelle est rejeté dans l'autre ce que le sujet refuse en lui, permet en effet que l'angoisse de destruction soit désormais à l'œuvre dans le psychisme du thérapeute ». « Ce qui est transféré sur le praticien est si violent et rempli de haine qu'il induit cette réaction contre-transférentielle négative : pour supporter le vécu d'une demande d'aide débordante et les pulsions destructrices qui sont associés à l'écoute de ces atrocités insensées, le clinicien non préparé retourne vers le patient l'agressivité reçue de plein fouet ». Finalement, « La question du vrai et du faux réfugié induit par le discours politique actuel, sert finalement de support défensif au clinicien ».

Les contre-transferts sont toujours en action dès lors qu'une interaction a lieu entre deux individus. Dans le cadre de la prise en charge des patients migrants, les récits et problématiques peuvent être d'une extrême violence pour les soignants. Comme observé dans le cas de Mme V, cela peut mettre à mal les équipes et créer des divergences de points de vue. Repérer ces phénomènes de rejet et les limites de chacun permet de pouvoir passer la main si nécessaire et ainsi améliorer les prises en charge des personnes soignées.

PHENOMENES PSYCHIQUES SPECIFIQUES AU PUBLIC MIGRANT

1) Syndrome de déracinement

Le déracinement est défini par une perte de réseaux sociaux et un remaniement identitaire. En d'autres termes, il s'agit d'un ébranlement de la place d'un individu dans un groupe. C'est cette perte de place au sein d'un groupe social donné qui agit sur le psychisme de la personne comme une perte d'identité sociale.

Selon Serena Tallarico, psychologue intervenant dans le module 5, la migration est un phénomène de pertes et de gains composée de facteurs fragilisants et de facteurs protecteurs. Savoir repérer les facteurs de protection est essentiel dans l'accompagnement pour éviter un syndrome de déracinement trop grand.

Margot Phanoëuf définit le syndrome de déracinement par une difficulté d'adaptation, de la tristesse, une perte d'énergie ou encore un sentiment d'impuissance d'un individu se trouvant dans un autre pays que son pays d'origine. « Une culture est un bien précieux et adaptation ne signifie en rien abandon ». Il peut être facile de changer quelques éléments de langages ou de marques de respect mais plus difficile de modifier des valeurs anciennes plus ancrées dans les individus. « Une culture est un peu comme un iceberg avec une partie émergée, évidente et une partie submergée, profonde ». Un subconscient collectif est présent dans chaque ethnie. Abandonner les cultures différentes de la nôtre entraînerait un appauvrissement de notre société car, « une culture, quelle qu'elle soit, est une richesse de l'humanité qui vient rehausser la nôtre de ses apports ».

R. Bastide dit, quant à lui, que « ce ne sont pas les cultures qui se rencontrent mais les hommes ». Ainsi, T. Ogay explique que toute rencontre interculturelle est finalement une rencontre interpersonnelle dans laquelle chaque protagoniste apporte son identité culturelle, mais aussi son identité individuelle car, on ne partage jamais exactement les mêmes appartenances de groupe. Toute communication serait alors interculturelle avec un degré d'interculturalité variant en fonction du degré d'homogénéité culturelle des protagonistes. Brigitte Tison nous explique que ces relations mutuelles permettent d'envisager tout contexte culturel comme une entité dynamique et évolutive faite d'échanges et de transformations.

La culture peut se montrer comme une barrière dans certaines prises en soins. En effet, les perceptions corporelles et de la douleur ne sont pas les mêmes à travers les cultures. De plus, la santé mentale n'est pas perçue de manière identique dans tous les endroits du monde. Les connaissances culturelles soignantes sont alors primordiales afin de permettre l'installation d'une relation de confiance entre patients et professionnels de santé. Par ailleurs, la dissonance cognitive peut faire filtre à la communication. Il s'agit d'une attitude courante qui élimine, minimise ou rejette les informations contredisant trop fortement nos systèmes de croyances habituels.

Le déracinement touche toute personne en situation de migration. Les individus ne vont cependant pas le vivre de la même manière selon leurs ressources propres. Le psychisme est marqué par cette perte de repères et la personne peut perdre elle-même son identité jusqu'à ne plus savoir qui elle est. Le rôle du soignant est d'identifier les ressources de chacun afin d'adapter l'accompagnement des patients. Repérer le stress de déracinement est également un

moyen d'anticiper la bascule vers de potentiels épisodes dissociatifs ou d'angoisses de morcellement qui peuvent être liés à ce phénomène.

2) Stress acculturatif

Selon Moussaoui et Ferrey, « Le télescopage, parfois même la simple confluence de deux cultures hautement spécifiques, peut être stressant et le chemin de l'adaptation du migrant ou de son intégration passe parfois par la maladie mentale ». Ils ajoutent que « l'immigration représente en effet un stress psychologique et social incontestable vis-à-vis duquel on a peut-être tendance à repérer la pathologie comme obligatoirement réactionnelle ».

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'acculturation est « l'adoption progressive d'éléments d'une culture étrangère (idées, vocabulaire, valeurs, normes, comportements, institutions) par des individus ou groupe d'une culture donnée ».

Selon Arnaud Beal, enseignant chercheur intervenant lors du module 2, l'acculturation correspond à « l'ensemble des phénomènes qui résultent d'un contact continu et direct entre des groupes d'individus de cultures différentes et qui entraînent des changements dans les modèles culturels initiaux de l'un ou des deux groupes. Ces changements culturels peuvent être plus soutenus et profonds chez les membres du groupe culturel minoritaire que chez ceux du groupe culturel dominant et majoritaire ».

Il existe différents modes d'acculturation :

- L'assimilationniste : renoncement à la culture d'origine afin d'adopter la culture de la majorité d'accueil.
- L'exclusionniste : croyance selon laquelle certains groupes d'immigrants seraient non assimilable par la société d'accueil car considérés comme trop différents culturellement.
- L'individualiste : prédominance des relations interpersonnelles sur les pratiques culturelles. Les caractéristiques personnelles y sont plus importantes que l'appartenance à un groupe défini.
- L'intégrationniste : valorisation du maintien de la culture d'origine des immigrants et favorisation en même temps de l'adoption de la culture d'accueil.
- La ségrégationniste : tolérance du maintien de la culture d'origine et mise à distance du groupe différent.
- La séparatiste : conservation de tous les aspects de l'identité culturelle d'origine et non intéressement à la culture de la majorité d'accueil.

Cela rejoint la définition de l'acculturation de Brigitte Tison qui explique que l'acculturation désigne les processus mis en jeu lorsque deux cultures se rencontrent et interagissent.

Le stress acculturatif a été désigné par J.W. Berry comme « un facteur qui accompagne l'adaptation à un environnement différent. Il se manifeste par des problèmes de santé (confusion, dépression, angoisse), de marginalité, d'aliénation et des difficultés identitaires ».

Lors de la rencontre entre deux cultures, Freud parle d'économie psychique. La quantité d'énergie psychique limitée de l'individu entraînerait des pertes de la culture d'origine afin de laisser de la place à la nouvelle.

L'intégration reste un processus complexe ne dépendant pas que des ressources de l'individu mais aussi de la société d'accueil.

Lorsqu'elle a été désirée, la migration dans un pays d'accueil a souvent été fantasmée ou du moins imaginée d'une manière souvent idéalisée. Il existe alors un phénomène de désillusion intense à l'arrivée de la personne.

Des rituels de séparation conscients ou inconscients avec la société de départ peuvent s'opérer et agir comme des facteurs protecteurs pour l'individu.

Le fait de se sentir à sa place pour l'individu passe aussi par le fait de pouvoir apporter quelque chose à la société d'accueil, donner et ne pas seulement recevoir. Cela augmente la valeur de l'estime de soi.

D'après Brigitte Tison, une des limites à la rencontre interculturelle est la capacité d'un individu à s'ajuster à une nouvelle culture et à en acquérir les comportements et les valeurs différents de sa culture d'origine. Elle nous rappelle que ce processus de familiarisation ne peut être que progressif. Elle définit l'acculturation comme la transformation d'une culture par intégration et reformulation d'éléments étrangers.

On peut donc voir que la rencontre avec une nouvelle culture est un chamboulement qui peut s'appréhender de différentes manières. La compétence interculturelle entre en jeu à ce niveau car cela nécessite une capacité d'adaptation et de décentrage du soignant. En effet, son rôle va aussi être d'expliquer au patient le fonctionnement des soins occidentaux et des éléments culturels de la société afin de limiter les incompréhensions. C'est un questionnement constant lors duquel le soignant peut également être amené à remettre en question sa propre culture. C'est aussi l'occasion d'apprendre les us et coutumes des cultures d'origine car nous ne pouvons jamais tout maîtriser même après avoir été régulièrement en contact avec le public migrant.

APPROCHES DES PAYS D'ACCUEIL EN SANTE MENTALE MIGRATOIRE

1) L'ethnopsychiatrie

Pour rappel, dans *Psychopathologie des migrants*, nous avons vu que « les psychoses délirantes aiguës et les états confusionnels sont fréquents. La thématique retrouvée peut être persécutoire, mystique, hypocondriaque ; les idées d'empoisonnement et d'ensorcellement proviennent du fonds culturel traditionnel des patients ».

D'après Daniel Derivois, l'ethnopsychiatrie part du constat que la psychiatrie est ethnocentrée. Elle questionne le codage culturel des symptômes, prend en compte les différences et se veut de dépasser l'occidentocentrisme. Le premier à la définir fut Louis Price Mars en 1953.

On peut ainsi mettre en lien l'expression de certains symptômes notamment délirants avec un aspect culturel. L'ethnopsychiatrie permet une approche de ces symptômes à un niveau de lecture différent.

Tobie Nathan nous apprend que, pour lui, « il n'existe pas de peuple sans ethnopsychiatrie, c'est-à-dire de peuple qui ne possède son propre système de repérage et de prise en charge d'un certain type de négativité ». « L'ethnopsychiatrie part du constat que les peuples possèdent un savoir sur la folie ». « Elle ne peut être qu'un outil de déconstruction des certitudes du psychiatre ». « L'ethnopsychiatrie place immédiatement tout praticien en position d'apprentissage ». « Je dirai que j'ai conclu que ces populations continuaient à faire confiance aux thérapies traditionnelles à cause de leur intelligence, autrement dit pour de bonnes raisons ». En effet, chaque culture a sa propre lecture et interprétation de la maladie mentale. Cela m'évoque la situation évoquée brièvement en introduction de ce travail. Il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années admise pour une bouffée délirante aiguë. Cette femme disait ouvertement faire confiance aux soins occidentaux et adhérerait ainsi aux traitements. Cependant, pour elle, elle était ensorcelée et les psychiatres ont d'abord parlé de délire mystique avant de comprendre qu'il s'agissait de sa lecture des symptômes qu'elle rapportait.

Toujours selon Tobie Nathan, l'ethnopsychiatrie « consiste à apprendre des autres peuples les connaissances qu'ils ont des troubles psychiques et de leur traitement, à tenir compte de leurs traditions et de leurs rites ancestraux pour les soigner » ; « l'étude des thérapies traditionnelles et de leur efficacité, d'une part ; et ce que l'on pourrait désigner comme une géopolitique de la psychopathologie, d'autre part ». Cela évoque les différents secteurs de soins décrits lors du module 4 par Valérie Rousselon. Elle définit les soins comme un processus dynamique où chaque étape trouve sa légitimité au sein de l'itinéraire thérapeutique du patient, que le type de soin soit populaire, traditionnel ou professionnel.

Selon Dr Zeroug-Vial, l'ethnopsychiatrie permet de se décentrer de ses schémas cognitifs professionnels et personnels. Cependant, elle reste limitée car elle présente un risque d'assignation à la culture d'origine, culturalisme, sans prise en compte des éléments extérieurs comme le décrit Didier Fassin, sociologue. Elle démontre une « fascination exotique » dans la continuité de la psychiatrie coloniale. En effet, dans *Le parcours du combattant*, des cahiers de rhizome, les différents témoignages soulignent que « les failles dans l'accueil des populations migrantes peuvent conduire à une souffrance psychique d'origine sociale » et que « la précarité de l'accueil peut conduire à une forme de vulnérabilité psychique ».

Devereux dit que « tout individu tombe malade de la façon dont la société dans laquelle il vit lui demande de tomber malade ». Dans le cadre de la migration, la société d'accueil va donc avoir un rôle à jouer dans l'expression de la santé mentale des individus. Cela pourrait en partie expliquer pourquoi nous rencontrons régulièrement les mêmes signes cliniques et les mêmes thématiques délirantes au-delà de l'aspect culturel des patients.

D'après Papa Mamadou Diagne, sociologue intervenant lors du module 6, une partie des pratiques d'ethnopsychiatrie proviennent de l'Afrique de l'Ouest, notamment du Sénégal. En effet, Henri Colomb a étudié les différentes prises en charge selon les cultures dès 1958. Il prônait alors une psychiatrie capable de tisser des liens avec les différentes pratiques de soins préexistantes et de rester attentif aux différentes représentations de la maladie.

Brigitte Tison définit l'ethnopsychiatrie comme « la médecine qui s'attache à soigner les malades mentaux porteurs d'autres cultures que la culture occidentale ».

Enfin, selon Elise Pestre, « L'ère moderne, la mondialisation participent du remodelage, et de l'intégration de nouveaux éléments dans les cultures. La culture n'est pas figée mais s'inscrit dans un mouvement synchronique et diachronique, dans un travail de la culture ». La mutation perpétuelle de la culture se pose ainsi en limite à l'ethnopsychiatrie qui s'ancrerait sur des bases elles-mêmes en métamorphose.

L'ethnopsychiatrie est donc une pratique fondamentale dans les prises en charge des patients migrants, mais connaît également ses propres limites.

2) Soin interculturel

Nous allons dans un premier temps définir l'interculturel.

Selon Brigitte Tison, l'interculturel est « un lieu virtuel à géométrie variable ». Il s'agit d'un « terme polysémique » qui « désigne tous les processus de rencontre entre deux cultures ». C'est une idée d'échange et d'interaction relationnelle. Les réflexions sur l'intégration ont apporté à la définition de l'interculturalité l'idée de prise en compte d'une pluralité ethno culturelle. L'approche interculturelle est basée sur le fait de repousser ses certitudes en permanence. L'interculturalité est une dynamique du changement. Pour elle, cette dynamique s'exécute en deux étapes. Tout d'abord, la reconnaissance de l'hétérogénéité et de la pluralité. Puis, le développement de la capacité à percevoir des éléments significatifs de la communication en évitant les phénomènes de filtre culturel.

Selon Le Breton, « l'interculturel est un savoir être à partir duquel on découvre la bonne manière d'utiliser le savoir et l'on invente le savoir-faire adéquat ».

Pour Claude Canet, il s'agit de « l'ensemble des processus psychiques, relationnels, groupaux et institutionnels générés par les interactions de cultures, dans un rapport d'échanges réciproques et dans une perspective de sauvegarde d'une relative identité culturelle des partenaires en relation ».

Enfin, d'après Carmel Camilleri, l'interculturel est « la préoccupation de réguler les relations entre ces porteurs de culture au minimum pour réduire les effets fâcheux de la rencontre, au mieux pour les faire profiter des avantages supposés ».

L'interculturalité nous propose de s'adapter aux incompréhensions, de développer une capacité de négociation, à lâcher prise et à remodeler nos idées.

Daniel Derivois, psychologue clinicien intervenant lors du module 4, définit l'interculturalité comme « l'espace dans lequel on se retrouve entre deux personnes et deux contextes ».

Dans un second temps, nous allons aborder les différentes approches du soin interculturel.

La clinique de la mondialité de Derivois est un soin interculturel « pour tous, pas uniquement pour le tiers monde, mais à distance du clivage entre les civilisations ». Elle refuse l'existence d'une psychiatrie spécifique aux migrants et met l'accent sur le lien mondial. Elle prend en compte la mondialisation et la mondialité, c'est-à-dire l'humanité et la diversité. « C'est une manière de se penser dans le monde et de penser le monde en soi ». Elle se veut de passer des générations racisées aux générations mondialisées et réhumanisées, et ainsi, penser une résilience à l'échelle de l'humanité. La résilience étant « un processus complexe, multifactoriel et dimensionnel résultant de l'interaction entre l'individu et l'environnement qui permet de surmonter une épreuve traumatique et de continuer à se construire et à se développer de façon adaptée ». C'est un processus en perpétuel cheminement.

Selon Nathan, « la psychiatrie transculturelle permet au psychiatre de continuer à pratiquer le même métier auprès de population culturellement hétérogènes, de parvenir à un diagnostic de schizophrénie ou de dépression, même dans un monde où le mot n'existe pas ». Cela aide à « traverser les cultures sans perdre le bagage constitué dans la sienne ».

Selon Arnaud Béal, il existe un degré d'interculturalité qui correspond à « l'étendue de la différence quant aux valeurs, aux normes et aux codes langagiers dans la communication entre individus de cultures différentes ». L'interculturalisme est quant à lui « l'interpénétration des cultures, sans atténuer l'identité spécifique de chacune d'elles, mettant le multicultural en mouvement pour le transformer en interculturel. La pratique de l'interculturalisme inclut plus qu'une information sur les autres cultures, elle implique le développement d'attitudes positives à l'égard de l'autre, le respect de la diversité, et les échanges culturels continuels sur une base égalitaire ».

Pour Margot Phanoëuf, les principales difficultés rencontrées au sein de l'interculturalité dans les soins sont des limites linguistiques, les différences de normes d'hygiène, les interdits religieux, la domination du mari, les croyances concernant la maladie, ses origines et ses moyens traditionnels de soins. Les habitudes alimentaires peuvent aussi faire frein car, « l'alimentation est souvent le lieu où s'expriment les différences culturelles et religieuses ». D'autres thématiques peuvent aussi refléter les différences culturelles telles que le respect des aînés ou encore l'approche de la mort. Selon elle, dans une situation de soins, « les infirmiers ne font pas de distinction entre couleur de peau et appartenance culturelle, ils sont ouverts à tous, dans la diversité de chacun ». Pour autant, la tolérance, les stratégies d'adaptation et tout ce dont un soignant est capable en situation d'interculturalité ne doit pas pousser à tout accepter. En effet, il est normal de vouloir redonner à un individu son droit de parole quant à ses propres soins, notamment dans des contextes de différentes considérations des genres. Notre esprit critique doit toujours être présent sans pour autant rentrer dans un jugement de valeur. Cela fait partie de la complexité de la compétence culturelle. « Les soins interculturels sont une manière éclairée de comprendre la réalité des autres et de les aider avec ouverture d'esprit, mais sans perdre de vue nos propres valeurs. C'est une question de jugement ».

Les différences qui nous séparent les uns les autres peuvent être difficiles à concilier avec notre manière d'envisager les soins. Les différentes valeurs et manières de vivre la maladie à travers les continents peuvent susciter de l'incompréhension lorsqu'elles se confrontent.

Le soin interculturel consiste à prendre en compte les différences même si celles-ci peuvent rentrer en conflit avec notre logique des soins. Lorsque ce qui est différent vient nous heurter, le principal est de ne pas brusquer la communication, penser en premier lieu au bien-être du patient et adapter notre communication aux niveaux de compréhensions et de besoins observés.

Selon Brigitte Tison, le soin interculturel nécessite une compétence culturelle du soignant qu'elle définit en quatre groupes de sous compétences :

- La compétence allocentrique : il s'agit de l'accueil d'autrui dans sa singularité et d'une « suspension du moi ». Basée sur l'empathie, la capacité d'allocentrisme demande une bonne connaissance de soi afin de pouvoir mettre sa propre identité de côté.
- Les compétences générales de communication basées sur l'image de soi, la capacité à gérer les conflits, la capacité à réduire l'anxiété et l'incertitude, l'aptitude à gérer cognitivement ses affects, l'aptitude à initier et gérer les relations, le fait d'être centré sur la relation plutôt que sur sa tâche.
- Les compétences générales de communication interculturelle basées sur la conscience de sa propre identité culturelle, la conscience des différences culturelles, le développement de l'ethno relativisme.
- Les compétences interculturelles spécifiques basées sur les connaissances des spécificités de l'interlocuteur, soit les connaissances culturelles opérationnelles.

Les soins interculturels ont des spécificités mais sont avant tout des soins que nous devons pouvoir prodiguer à tous, sans jugement de valeur, sans limite de ressource et sans distinction. La compétence interculturelle est venue se définir à l'endroit où les soignants et les institutions faisaient face à leurs propres limites. Elle apporte ainsi un autre éclairage sur ce qu'est le soin, la position de soignant et la relation soignant-soigné.

Dans un environnement mondialisé avec des individus en mouvement, il est important de développer cette capacité d'adaptation afin d'exercer au mieux et prendre en charge le public migrant, notamment en milieu psychiatrique.

CONCLUSION

Pour conclure, les patients migrants accueillis en psychiatrie publique présentent la plupart du temps des éléments psychotiques, qu'ils soient transitoires ou permanents. Un lien peut exister avec le vécu traumatique du patient. Face aux obstacles de communication, les soignants peuvent passer à côté de certains signes cliniques. Un décentrage et une utilisation des ressources disponibles est ainsi primordial.

Qu'elle soit volontaire ou non, la migration représente un chamboulement psychique pour les individus. Plus la culture d'origine est éloignée de la nôtre, plus les obstacles à la rencontre peuvent se faire ressentir. La relation soignant-soigné en est nécessairement impactée et savoir repérer ce qui se joue au cœur de cette rencontre a toute son importance. En effet, l'altérité provoque de manière évidente que chacun de nous renvoie de soi à l'autre et inversement.

Le concept de compétence culturelle soignante est né récemment pour les professionnels paramédicaux. Nombreux sont ceux qui s'accordent à dire qu'il existe un manque de formation dans ce domaine. Pour autant, les choses sont en constante évolution et l'augmentation des flux migratoires actuels et à venir laissent à penser que les institutions se saisissent peu à peu de ce phénomène.

Dans une société de plus en plus clivée sur les questions d'immigration, chacun est amené à se poser la question de son positionnement et de son rôle. La santé, y compris mentale, est un droit fondamental et un domaine auquel nous sommes tous confrontés au cours de notre existence. Pour aller plus loin, la notion de l'accès aux soins est donc le questionnement qui me vient à la fin de ce travail.

« Le chantier de la géohistoire de la rencontre clinique est immense. La mondialisation suscite des tensions interculturelles et soulève des problématiques identitaires. Il ne suffit pas de se voir pour se rencontrer ». Daniel Derivois.

BIBLIOGRAPHIE

- Anam Ysiaka, *Et ma langue se mit à danser*, 2017
- Baubet Thierry, Le Roch Karine, Bitar Dounia et Moro Marie-Rose, *Soigner malgré tout ; Tome 1 : Trauma, cultures et soins*, 2003
- Bernardie-Tahir Nathalie et Schmoll Camille, *Méditerranée : Des frontières à la dérive*, 2018
- Bories Claudine et Chagnard Patrice, *Les arrivants*, film documentaire, 2010
- Derivois Daniel, *Clinique de la mondialité : vers une géohistoire de la rencontre clinique*, Rhizome n°43, orspere samdarra
- Diebold Fabienne, *La « clinique des nuances »*, Rhizome n°71, orspere samdarra
- Dubos Antoine, *Avec les mots des autres*, film documentaire, 2020
- Ferenczi Sandor, *Le traumatisme, 1920-1932*, traduit en 1982
- Geeraert Jeremy, *Langues et cultures plurielles : l'altérité dans les soins*, Youtube
- Larchanché Stéphanie et Santiago Jorge P, *Migrants et santé mentale : Anthropologie, rites thérapeutiques et psychiatrie*, 2020
- Moussaoui Driss et Ferrey Gilbert, *Psychopathologie des migrants*, 1985
- Nathan Tobie, *Questions d'ethnopsychiatrie*, outre-terre n°11, février 2005, cairn info
- Pestre Elise, *La vie psychique des réfugiés*, 2010
- Phaneuf Margot, *l'approche interculturelle, communication et soins dans un contexte d'ouverture*, 2009
- Schmid Laurin et Rajablat, *Les naufragés de l'enfer : Témoignages recueillis sur l'Aquarius*, 2017
- Tison Brigitte, *Soins et cultures, formation des soignants à l'approche interculturelle*, 2007



Prises en charge des décompensations psychiques auprès des patients migrants

Soins interculturels en milieu psychiatrique

Mots clés: santé mentale, migration, interculturalité, soins, décentrage

J'exerce en tant qu'infirmière en service de psychiatrie adulte. Ce travail part du constat que le public migrant est surreprésenté dans ce type d'unité par rapport à la population générale. Le sujet de mon mémoire est axé sur les spécificités liées à la santé mentale des migrants et à leur prise en charge à l'hôpital public.

Il soulève plusieurs questionnements tels que l'accompagnement des migrants à leur arrivée après un parcours multi traumatique et les difficultés rencontrées dans la relation d'aide auprès de ces patients.

Au travers de plusieurs situations, cet écrit tente de montrer que la prise en charge des migrants peut rencontrer des difficultés de diagnostic ainsi que des divergences au sein des équipes pluri professionnelles. Il interroge le rôle de la communication et de la culture dans les soins.