

CONTEXTE ET REPÈRES

Les troubles psychiques constituent la pathologie la plus fréquente chez les exilés, particulièrement les demandeurs d'asile et les réfugiés. L'exil, la migration et le voyage peuvent entraîner des conséquences psychopathologiques en raison des violences ou événements ayant motivé la migration, mais aussi de la rupture des liens familiaux, des repères culturels et des repères sociaux. Or, face à un dispositif public en situation de pénurie, les migrants/étrangers en situation précaire rencontrent de nombreux obstacles dans l'accès aux soins de santé mentale. La connaissance du contexte institutionnel de la psychiatrie et de la santé mentale, ainsi que la prise en compte des conditions de vie des exilés sont essentielles à la qualité des actions de prévention et de soins.



Voir aussi *Exil et santé*, voir p. 8

ÉPIDÉMIOLOGIE

• **Dans l'observation du Comede** (voir *Épidémiologie, Exil et santé*, p. 8), les troubles psychiques, et parmi ceux-ci les troubles réactionnels (voir *infra Psychotraumatismes et dépression*), constituent le premier motif de suivi. Les prévalences les plus élevées sont retrouvées parmi les personnes originaires d'Afrique centrale (femmes : 219 ‰, hommes : 189), d'Europe de l'Est (femmes : 252, hommes : 147), et d'Afrique de l'Ouest (femmes : 255, hommes : 115). Par classe d'âge, les taux de prévalence sont plus élevés entre 20 et 50 ans. Les patients suivis en psychothérapie au Comede présentent plus souvent que les autres des antécédents de violence (93 ‰ versus 74 ‰ pour l'ensemble des consultants), de torture (51 ‰ vs 27 ‰), et de violences liées au genre (38 ‰ contre 14 ‰), évoquant une forte corrélation entre violences et troubles psychiques. Les femmes sont plus touchées que les hommes par les psychotraumatismes et constituent la majorité des victimes de violences liées au genre (voir p. 380). Selon une



étude française sur la santé mentale en population générale datant de 2004, la prévalence ponctuelle d'état de stress post traumatique serait de 7 ‰. Selon l'OMS, en 2000, sa prévalence ponctuelle dans la population générale est de 3,7 ‰.

• **Dans le monde, la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés (voir infra) est estimée à 9,5 % pour les femmes et 5,8 % pour les hommes sur une période de 1 an** (OMS, 2001), mais ces taux peuvent être nettement plus importants parmi les personnes en situation de grande précarité. Dans un contexte d'exil, un certain nombre de ces dépressions sont réactionnelles. Il est parfois difficile d'établir un diagnostic différentiel entre dépression associée à un syndrome psychotraumatique, dépression réactionnelle et dépression endogène, tant les facteurs de risque et de vulnérabilité sont nombreux pour les exilés. Les enquêtes en population générale soulignent que certains facteurs sociaux, tels que le fait d'être séparé ou divorcé et sans emploi, favorisent la survenue d'un trouble dépressif.

DÉFINITIONS

• **Il n'existe pas de définition universelle de la santé mentale.** L'OMS insiste sur l'importance de définir la santé de manière positive comme « *un état de complet bien être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». On emploie désormais communément le terme santé mentale pour caractériser des actions de prévention des troubles psychiques, de traitements de ceux-ci, de réinsertion des personnes souffrant de ces troubles. Dans son rapport sur la santé dans le monde en 2001, l'OMS estime que « *les troubles mentaux et du comportement représentent 12 % de la charge globale de morbidité : or la plupart des pays continuent à consacrer à la santé mentale moins de 1 % du total de leurs dépenses de santé* ». La santé mentale d'un individu est un état subjectif, dont les déterminants sont à la fois psychologiques, sociaux, politiques et biologiques. Les personnes souffrant de troubles psychiques sont très fréquemment, dans toutes les sociétés humaines, victimes de discrimination et de stigmatisation.

• **Psychologues et psychiatres :**

les psychiatres sont des médecins spécialistes du traitement et de la prévention des troubles mentaux. Ils sont habilités à prescrire des traitements psychotropes et à conduire des psychothérapies ;



Les psychologues sont titulaires d'un diplôme universitaire de niveau master et peuvent exercer dans des domaines différents, notamment la psychologie du développement, la psychologie expérimentale, la psychologie sociale ou la psychologie clinique ;

les psychologues cliniciens sont formés à la psychopathologie (c'est à dire la connaissance et l'étude des troubles psychiques) et exercent le plus souvent comme psychothérapeutes.

• **Les psychothérapies désignent des méthodes de soin se rapportant au psychisme.** Il existe de nombreuses formes de psychothérapie (individuelles, de couple, familiales, en groupe...). Certaines utilisent la parole comme médiation thérapeutique, mais d'autres formes de médiation existent par le corps, ou le jeu, dans les psychothérapies d'enfant par exemple. Les psychiatres et psychologues cliniciens sont habilités à conduire des psychothérapies, ainsi que d'autres professionnels ayant suivi une formation adéquate dans une école de psychothérapie.

• **En France, les principaux courants des psychothérapies sont les psychothérapies d'orientation psychanalytique et les thérapies cognitivo-comportementales.** Ces courants se sont intéressés à la question du traumatisme et en proposent des théories et des modèles thérapeutiques. Des thérapies non directives, fondées sur la création d'un espace de parole libre, sont adaptées aux personnes ayant vécu des expériences de violence, et sont pratiquées par les centres spécialisés.

• **La clinique auprès des exilés est marquée par la rencontre entre professionnels et patients de cultures différentes.** Le champ de la clinique transculturelle peut être compris de manière large, incluant le recours à l'interprétariat professionnel pour les patients non francophones et la prise en compte des représentations du soin, de la maladie et de l'altérité chez les patients comme les soignants. En ce sens, tout psychothérapeute est à même de recevoir des patients exilés sans qu'une expertise ethnopsychiatrique ne soit forcément nécessaire.

PATHOLOGIES DU VOYAGE ET DE L'EXIL

• **Toute migration constitue aussi un voyage, au sens d'un déplacement dans l'espace, mais aussi d'une découverte du monde et de soi.** Le voyage et la vie psychique sont intimement liés, la découverte de l'espace extérieur reflétant celle de notre monde intérieur. Nombreux sont donc les



voyageurs partant à la découverte d'eux mêmes, à travers notamment les voyages initiatiques, étapes d'une construction identitaire. L'expérience du voyage, tout comme celle de l'art ou du mysticisme, engendre des émotions intenses et peut amener à éprouver « un sentiment océanique », renvoyant à l'impression de « faire un » avec l'environnement extérieur, le monde, dans un mouvement de retour aux origines, propre au registre du narcissisme primaire. La part d'Autre en soi suscite le désir de partir à l'étranger, à la rencontre de l'altérité. L'expérience de la confrontation à la différence culturelle peut amener à vivre ce qui a été nommé un « choc culturel », se référant au sentiment d'anxiété provoqué par le fait de se retrouver plongé dans un contexte à la fois étranger et étrange, donnant une impression « d'inquiétante étrangeté ». En effet, voyager dans un environnement étranger signifie souvent ne pas pouvoir anticiper, comprendre les comportements des autres et perdre les symboles familiers de son cadre habituel. Cela peut entraîner un état de tension psychique, de désorientation, ainsi qu'un sentiment de perte et une peur d'être rejeté.

• **Il faut distinguer la notion de choc culturel normal, propre à l'expérience du voyage, et la confrontation à l'étrangeté des manifestations psychopathologiques avérées.**

Le plus souvent, les symptômes s'expriment dans un registre anxieux et s'avèrent passagers. Dans certains cas, des troubles psychiques plus spectaculaires peuvent apparaître, avec notamment l'émergence de bouffées délirantes aiguës. Leur pronostic est souvent plutôt favorable. Ces phénomènes psychiques ont été décrits aussi bien chez les voyageurs que chez les migrants arrivant dans le pays d'accueil. Chez les voyageurs, ils sont connus sous les noms de syndrome de Stendhal, de Jérusalem, ou de Paris, ou encore syndrome de l'Inde.

LA MIGRATION, UN FACTEUR DE RISQUE PSYCHIQUE ?

• **La migration peut constituer une fracture profonde dans ce qui constitue la base des rapports humains, au niveau individuel, collectif et culturel.** Le « traumatisme migratoire » n'est pas à envisager de manière systématique, toutefois la migration est un facteur de vulnérabilité psychique. En effet, elle induit une confrontation, parfois brutale, entre le cadre culturel externe de la société d'accueil et celui qui a été intériorisé par le patient. Cette confrontation s'accompagne d'une perte des étayages culturels habituels fonctionnant comme des contenants

de pensée à partir desquels la réalité est décodée. La rupture des contenants psychiques et culturels peut favoriser, dans certains cas particuliers, une décompensation psychique, dont la forme et l'expression sont à mettre en relation avec la structure antérieure de la personnalité.

• **Il n'y a pas de pathologie spécifique à la migration.**

La migration n'entraîne pas uniquement des effets pathogènes ou traumatiques, elle peut également être porteuse d'une dynamique de transformation et de création. Quels que soient les enjeux associés à la migration, celle-ci nécessite toujours un travail d'élaboration psychique, de deuil, afin que le patient puisse intégrer cet événement majeur à son histoire de vie.

• **Pour les demandeurs d'asile et les réfugiés, l'exil renvoie à une fuite du pays d'origine face à un risque vital encouru.**

Plus qu'un départ vers l'ailleurs, l'exil est d'abord une fuite sans possibilité de retour, face à la violence, les persécutions, la torture (*voir p. 368*). Compte tenu des événements de violence vécus ou des risques encourus parmi les exilés, la fréquence et la complexité des troubles post-traumatiques sont importants.

LA PRÉCARITÉ ADMINISTRATIVE, UN RISQUE POUR LA SANTÉ MENTALE DES EXILÉS ?

• **La clinique auprès des exilés est marquée par l'intrusion du réel des violences mais aussi par l'intrication des facteurs intimes et sociaux**, parmi lesquels la précarité administrative et juridique tient une place importante. Les réponses, entretiens et convocations des instances d'attribution du statut de réfugié rythment le parcours de la personne et le processus thérapeutique : attente angoissée, sentiment de ne pas être prêt à parler, effondrement lorsque les demandes sont rejetées, sentiment de reconnaissance et de soulagement lorsque le statut de réfugié ou la protection subsidiaire est accordé(e) (*voir Droit d'asile, p. 31*). Il est parfois nécessaire de multiplier les entretiens de psychothérapie à l'approche des convocations, pour contenir l'angoisse, ou parce que la perspective de « prendre la parole » précipite le processus d'élaboration psychique.

• **Pour certains patients, les entretiens et convocations représenteront une épreuve dont ils ne sortiront pas indemnes.** Lorsque la demande d'asile est rejetée, à la tristesse



et la peur de vivre sans papiers peut s'adjoindre le sentiment de n'avoir pas été à la hauteur. Un certificat médical expliquant les difficultés d'expression, voire la prématurité d'une comparution devant des instances administratives ou judiciaires, peut aider à faire comprendre à ses interlocuteurs des domaines judiciaires et administratifs la situation particulière du patient. Il peut être utile dans les cas où la possibilité de parler a été ébranlée par l'expérience traumatique, ou que la mise en mots de l'expérience replonge dans un vécu de détresse intense (*voir Certification et demande d'asile, p. 308*).

• **Pour les demandeurs d'asile, la santé mentale est affectée par des conditions de vie de plus en plus précaires.**

La suppression du droit au travail pour les demandeurs d'asile depuis 1991, l'inexistence de droit à un revenu suffisant, la multiplication des procédures à garantie diminuée (*voir Procédures prioritaires, p. 34*) et le rejet massif des demandes d'asile font obstacle aux efforts thérapeutiques entrepris, et peuvent même aggraver les troubles psychiques. Le déni de la possibilité d'être inscrit légalement et socialement dans un lieu peut provoquer des effets de « désabritement » psychique, d'errance, et de mélancolisation du lien aux autres et au monde.

• **L'impact subjectif de la situation d'exil est singulier.**

Chaque patient est différent, chaque histoire, particulière. C'est cette particularité historique qu'il s'agit de prendre en compte, en se posant la question, avec le patient, de savoir pourquoi il s'effondre aujourd'hui. La négation de l'impact des conditions actuelles d'existence et de la réalité des violences constituerait un déni pouvant faire penser aux patients que leurs interlocuteurs sont sourds à leur détresse actuelle et passée. Cependant, la recherche exclusive des causes « du dehors » maintiendrait le patient dans un statut de victime, d'objet et non de sujet toujours en devenir, grâce à l'accès à ses propres ressources psychiques. L'espace de soin se dessine entre l'ici et maintenant, le passé et ses retours, et l'ouverture sur un possible avenir.

DISPOSITIFS ET OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS

• **La logique territoriale qui prévaut dans l'organisation des secteurs de psychiatrie est parfois inadéquate pour les étrangers en situation précaire,** dont les parcours sont

marqués par de nombreuses ruptures sur le plan de l'hébergement. En France, les secteurs psychiatriques désignent à la fois la zone géographique (un bassin de population d'environ 70 000 habitants pour la psychiatrie générale et 210 000 habitants pour la psychiatrie infanto juvénile) et le dispositif de prévention, de traitement et de coordination des soins en santé mentale. La politique de secteur a été initiée dans les années 1960 pour mettre fin à la réclusion et parfois l'internement à vie des malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques. Ses objectifs principaux sont la précocité, la proximité et la continuité des soins. Le pivot de cette politique est le centre médico psychologique (CMP), situé au sein de la cité, qui est à la fois lieu de diagnostic et d'organisation d'un réseau de soin autour des patients (hôpital, médecin traitant). Rendue possible par le développement de la psychiatrie communautaire, l'évolution des médicaments neuroleptiques et la démocratisation des psychothérapies, la politique de secteur a constitué un grand progrès dans les conditions de vie des malades et la lutte contre leur exclusion. Cependant, elle connaît des limites liées au manque et à la disparité des moyens alloués à la psychiatrie publique de secteur.

• **L'absence de politique active de recours à l'interprétariat professionnel dans les soins en santé mentale rend parfois impossible toute prise en charge (voir *Interprétariat*, p. 16).**

Le recours à un interprète professionnel ne saurait être remplacé par l'appel à des accompagnants ou interprètes de fortune. En effet, en cas de difficulté de communication linguistique, la compétence et la neutralité d'un interprète professionnel sont nécessaires, car la proximité entre les patients et les interprètes non professionnels risque d'interférer avec le soin. Si cette interférence existe dans l'ensemble des situations de soins, c'est sans doute dans le domaine du trauma qu'elle est la plus néfaste.

• **Face aux spécificités des situations des exilés, le risque existe d'une orientation systématique vers des structures spécialisées dans une approche interculturelle ou dans les pathologies psychiques traumatiques,** accentuant ainsi le désengagement des services de droit commun pour l'accueil de migrants/étrangers. Un autre écueil consiste à considérer que leurs troubles sont uniquement réactionnels à la situation sociale (être « sans papiers », ou « SDF » par exemple). Si le développement de recherches et de connaissances spécifiques dans ces domaines est essentiel, leur diffusion vers l'ensemble des professionnels du soin psychique est tout aussi



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Ayrault R., *Fous de l'Inde*, Payot, Paris, 2000

Comede, *Santé mentale des exilés, quel accès aux soins ?*, *Maux d'exil* n° 36, mars avril 2012

OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, <http://www.who.int/whr/2001/fr/>

Nathan T., (1986) *La Folie des autres*, Dunod, Paris, 2001

Lemperière et coll., *Psychiatrie de l'adulte*, Masson, Paris, 2006

nécessaire. En effet, de par leur vulnérabilité particulière, les exilés vivant avec des troubles psychiques devraient voir leur accès au droit commun facilité. De plus, de nombreuses intersections existent entre ces problématiques particulières et des facteurs universels. Le rapport à l'autre et à l'ailleurs, l'impact traumatique d'actes de violences, la souffrance psychique liée la précarité des conditions de vie sont susceptibles de nous concerner, toutes et tous, soignants comme soignés, à certains moments de notre vie.