



SYNDROMES PSYCHOTRAUMATIQUES ET DÉPRESSION

La plupart des demandeurs d'asile et des réfugiés ont vécu des violences et des tortures, et présentent de ce fait un risque accru de souffrir de troubles psychiques relevant du psychotraumatisme. Les troubles psychiques rencontrés chez les exilés, souvent associés, appartiennent principalement à deux grandes catégories diagnostiques : les syndromes psychotraumatiques et les dépressions. Ces personnes relèvent de soins médico-psychologiques de moyen terme, ainsi que d'un soutien social et juridique dans leurs démarches d'accès aux soins et aux droits. L'hospitalité ou l'inhospitalité des institutions de soin sont déterminantes pour lever les obstacles et permettre la continuité des soins.



Voir aussi *Violence et santé*, p. 368

LES SYNDROMES PSYCHOTRAUMATIQUES

• **Définition.** Les syndromes psychotraumatiques sont caractérisés par le lien entre un événement de vie qui a produit un sentiment d'effroi et l'émergence de symptômes qui peuvent être particulièrement invalidants. Ces symptômes peuvent devenir chroniques et entraîner une modification durable de la personnalité si les personnes qui en souffrent ne trouvent pas de soutien et de soins adaptés.

• **L'état de « stress dépassé », ou de « réaction aiguë à un facteur de stress » dans la Classification internationale des maladies (CIM) se manifeste à court terme.** Il advient dès les minutes suivant l'événement et peut durer de quelques heures à quelques semaines. Il peut prendre la forme d'états de sidération, d'hébétude, ou au contraire d'agitation. Les personnes en état de choc psychique peuvent avoir une impression d'irréalité, présenter une amnésie totale ou partielle



et agir de façon mécanique. Des raptus suicidaires (impulsion soudaine) ou des fugues peuvent être observés. Ce tableau de dissociation ou détresse péri traumatique est considéré comme un facteur de risque de décompensation ultérieure d'un trouble psychotraumatique.

• **Les symptômes peuvent se manifester dans un laps de temps variable après l'événement, de quelques semaines à quelques mois.** On parle « d'état de stress post traumatiques » dans les classifications internationales et de « névrose traumatique », dans la psychopathologie d'orientation psychanalytique. Le syndrome d'intrusion ou de répétition est spécifique du psychotraumatisme : le ou les événements font retour de façon répétitive dans des images diurnes (reviviscences, flash backs), des cauchemars, des ruminations autour de l'événement (« et si je n'avais pas fait cela... »). Dans certains cas, le syndrome de répétition s'exprime dans des états de transes, de déréalisation, répétant l'état de dissociation péri traumatique ou mimant la situation de violence (gestes de protection, cris). Ces manifestations s'accompagnent d'un sentiment de détresse extrême et de l'impression de revivre les événements au présent.

• **Au syndrome de répétition dans lequel le sujet revit, au présent, la situation « traumatique », peuvent s'ajouter un certain nombre de symptômes** caractérisés par l'angoisse que l'événement puisse se reproduire : phobie des endroits et situations qui rappellent l'événement (hommes en uniforme, lieux sombres et fermés), hypervigilance, réactions de sursaut. Les plaintes fréquentes de troubles de la mémoire et de la concentration peuvent être liés à l'envahissement du psychisme par la répétition traumatique. Il existe dans certains cas des troubles psychiques et des symptômes non spécifiques associés, particulièrement lorsqu'il n'y a pas eu de prise en charge précoce des syndromes psychotraumatiques : dépression, plaintes somatiques, anxiété généralisée, troubles du comportement, bouffée délirante, idées et passages à l'acte suicidaire.

• **Certains auteurs décrivent des formes complexes ou sévères de psychotraumatisme** dont font partie les psychoses post traumatiques. Les « traumatismes complexes » sont caractérisés par une modification profonde de la personnalité, la dérégulation des affects et la somatisation, ils peuvent être rapprochés des états limites. Ils sont particulièrement observés chez des personnes ayant vécu des situations traumatiques répétées,



précoces ou des violences extrêmes. Sur le plan clinique, les psychoses post traumatiques se caractérisent généralement par des états délirants ou des épisodes de confusion mentale. La gravité des sévices et violences subies – viols accompagnés d'actes de cruauté, tortures, massacres – semble être un facteur d'apparition de troubles psychotiques. Ceux-ci peuvent disparaître spontanément ou avec un traitement adapté. Dans certains cas, ils se chronicisent ou modifient profondément la personnalité. La clinique des pathologies traumatiques sévères fait apparaître une symptomatologie d'allure psychotique chez beaucoup de patients, même s'il n'y a pas de décompensation d'un trouble psychotique constitué.

• **Face à un même événement traumatique, certaines personnes – et non toutes – vont développer une symptomatologie traumatique, sévère ou modérée, transitoire ou durable.** Il est très difficile de déterminer des facteurs prédictifs. La demande de soins et d'aide ayant lieu dans l'après coup du traumatisme, ce sont le sens et l'inscription du trauma dans l'histoire du sujet qui constituent les objectifs des thérapies et du soutien psychologique.

• **Si une approche symptomatologique et diagnostique est importante pour ne pas « passer à côté » de troubles qui peuvent être graves et invalidants,** l'approche clinique de la question du traumatisme ne saurait s'y résumer. Les actes de violences, particulièrement lorsqu'ils sont répétés, et/ou lorsqu'une intentionnalité destructrice ou négatrice y est à l'œuvre, comme c'est le cas dans la torture et dans le viol, constituent des ruptures existentielles pour celles et ceux qui y ont été soumis. Ces actes de violence touchent à des éléments fondamentaux de l'identité et du narcissisme, ainsi qu'au rapport aux autres. Ils changent la vision du monde de ceux qui les ont subis, ainsi marquée par la confrontation au réel de la mort et par l'expérience de la volonté d'anéantissement d'un être humain par un autre.

• **Les syndromes psychotraumatiques ont un impact sur la vie quotidienne des exilés** Le syndrome de répétition empêche l'inscription dans le présent, ainsi que la possibilité d'envisager l'avenir. Les nuits agitées ou trop courtes épuisent. La mémoire et la concentration sont défaillantes, les rendez-vous oubliés. C'est parfois tout le rapport au temps et à l'espace qui subit une altération, la découverte d'un nouvel environnement demandant à l'inverse de pouvoir se repérer et de mobiliser des ressources psychiques. Les personnes souffrent de ne pas

Les violences extrêmes ne se réduisent pas à l'agression physique, elles sont des processus de destruction de l'intégrité psychique, sociale et relationnelle (voir Torture, p. 368).



« se reconnaître », de ne pas être en mesure de faire face aux exigences de témoignage et aux démarches qui leur sont demandées dans leur parcours d'exil. Cela accroît leur souffrance subjective et leur sentiment d'échec. Comprendre les effets des traumatismes permet aux professionnels de ne pas mésinterpréter certaines attitudes et certains comportements des exilés.

DÉPRESSION

• **Les épisodes dépressifs caractérisés (« dépression majeure ») sont associés à une mortalité élevée**, 15 à 20% des personnes souffrant de tels troubles étant susceptibles de commettre un suicide (OMS, 2001). Si la prévalence de la dépression majeure parmi les exilés est comparable à celle de l'ensemble de la population, elle peut être plus fréquente chez les personnes les plus vulnérables, femmes et mineurs étrangers isolés, demandeurs d'asile et « sans papiers ». Les principes généraux de la prise en charge médico-psychologique doivent être appliqués en tenant compte du contexte social et administratif du malade et de la demande de soins.

• **La tristesse est au premier plan du syndrome dépressif, associée à :**

un ralentissement psychomoteur et psychique : asthénie (fatigue), aboulie (manque de volonté), anhédonie (perte de plaisir et désintérêt généralisé), troubles de l'attention et de la mémoire, ruminations obsédantes ;

des troubles somatiques : anorexie (perte d'appétit), insomnie ; mais aussi troubles digestifs, douleurs neuromusculaires ;

une irritabilité ou une anxiété pouvant se manifester par crises d'angoisses / attaques de panique ;

un désir de mort et des idées suicidaires : **lorsque celles-ci s'accompagnent d'un « plan » précis (date, lieu, mode opératoire), la nécessité d'une prise en charge psychiatrique en urgence doit être évaluée ;**

l'autodépréciation, les sentiments d'isolement et d'abandon, le pessimisme et la perte d'espoir font partie des représentations « négatives » évocatrices d'une dépression.

Ces symptômes apparaissent en rupture avec l'état antérieur du patient.

• **La prédominance des plaintes somatiques peut masquer une dépression.** L'asthénie, l'aboulie, l'insomnie et les



douleurs sont au premier plan. Elles sont souvent multiples, atypiques, diffuses, changeantes, plus souvent à la tête et au ventre. Un tel syndrome peut toutefois évoquer un syndrome psychotraumatique. La discordance entre les symptômes allégués et l'importance de l'incapacité fonctionnelle qui en résulte plaide alors en faveur d'une dépression associée.

• **La dépression sévère (appelée parfois « dépression mélancolique ») est plus rare mais plus grave.**

Elle se caractérise par :

une douleur morale intense, des difficultés accrues de communication ;
des idées de culpabilité et d'incurabilité, des idées suicidaires ;
une altération de l'état général avec délabrement de l'aspect physique.

Les antécédents de dépression sévère, l'ancienneté des troubles ou l'apparition d'idées délirantes sont autant de facteurs du risque suicidaire.

Troubles du sommeil et anxiété

• **Les difficultés d'endormissement, les réveils précoces, les cauchemars récurrents ou l'impression de ne pas dormir du tout constituent des plaintes fréquentes des patients au cours des consultations.** Consécutifs aux violences de l'exil et de l'exclusion, aux violences subies dans le pays d'origine, ils peuvent être l'expression de troubles psychologiques sévères et nécessitent une prise en charge médico psychologique spécifique. Il n'est cependant pas inutile de proposer dans un premier temps des conseils simples pour faciliter l'endormissement : éviter les stimulants (caféine, alcool, tabac) et un repas trop riche le soir, ne pas dormir le jour après une mauvaise nuit pour ne pas inverser le rythme veille/sommeil. La prescription de tisanes ou de comprimés à base de plantes comme la valériane peut être utile.

• **Lorsque l'insomnie est invalidante et qu'un traitement paraît indispensable il est recommandé de prescrire une cure de courte durée.** Les benzodiazépines et/ou apparentés (zolpidem et zopiclone) entraînent en effet une accoutumance et une dépendance très rapidement, et sont responsables de syndrome de sevrage. Dans l'expérience du comede, le recours à l'hydroxyzine (ATARAX®, antihistaminique) est une alternative efficace pour des troubles du sommeil à composante anxieuse.



• **L'anxiété est fréquente chez les patients exilés, notamment chez les primo-arrivants.** Elle se révèle par de nombreux symptômes qui entraînent une véritable souffrance : agitation, fatigabilité, tension musculaire, troubles de la mémoire et du sommeil, peur de « ne pas y arriver ». L'accompagnement médical par des consultations rapprochées, le soutien psychologique et social, ainsi que la psychothérapie améliorent les symptômes.

PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES TROUBLES PSYCHIQUES

• **Souvent sollicité en premier devant les plaintes somatiques, le médecin généraliste peut jouer le rôle de pivot dans l'accompagnement global** entre les soignants, les travailleurs sociaux et les associations de soutien. L'examen clinique, le bilan de santé (incluant un bilan thyroïdien), et les traitements symptomatiques peuvent constituer une première approche. L'accessibilité de la structure de soins, sa qualité d'accueil, la souplesse du cadre du suivi, la présence d'un interprète professionnel chaque fois que nécessaire sont des éléments essentiels de la prise en charge (*voir Interprétariat, p. 16*).

• **Le traitement par médicaments antidépresseurs est indiqué en cas de dépression confirmée, invalidante, avec retentissement fonctionnel et social important.**

Il n'est pas justifié dans les états de tristesse non pathologiques. Le médicament antidépresseur doit être choisi au vu de sa balance bénéfice risque. S'il est bien toléré (pas ou peu d'effets secondaires) par le patient, mais perçu comme inefficace, il est préférable d'attendre 6 semaines avant de modifier la posologie. L'augmentation trop rapide des doses de médicament expose à des effets secondaires qui conduisent à l'arrêt du traitement.

• **Le suivi médical doit être régulier** pour évaluer le bénéfice thérapeutique et l'intérêt de poursuivre ou non le traitement après la rémission des symptômes (phase de consolidation) :

les imipraminiques (tricycliques ou non) sont les médicaments de référence en cas de dépression sévère, mais peuvent provoquer des effets indésirables (sécheresse de bouche, constipation, somnolence, troubles ophtalmologiques et urinaires) : clomipramine 75 à 150 mg/j en 1 prise par paliers initiaux de 25 mg/j. L'amitriptyline peut être utilisée en cas de douleurs physiques associées à la dépression :



la solution buvable permet la prescription de doses progressives (gouttes à 1mg) limitant les effets secondaires (solution à 40 mg/ml et cp à 25 et 50 mg);

les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont mieux tolérés, mais ont une efficacité moins régulière : paroxétine 20 à 40 mg;

les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN, EFFEXOR);

les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO);

parmi les autres antidépresseurs, la miansérine a une action plus anxiolytique : 30 à 60 mg/j le soir (athymil ou Gé cp 30 mg).

• **L'amélioration des symptômes apparaît après 2 semaines, et le traitement sera donné pour 6 mois à 1 an.** L'arrêt du traitement doit être progressif et programmé avec le patient, sous peine de rechute. Si durant cette période d'arrêt progressif, les symptômes réapparaissent, il est conseillé de reprendre le traitement à la dose initiale. Il n'y a pas lieu d'associer systématiquement en début de traitement, un anxiolytique ou un hypnotique. Toute éventuelle association avec un autre psychotrope doit être brève et rapidement réévaluée. Il est essentiel d'être à l'écoute des patients pour dépister les effets secondaires des médicaments dont certains justifient la prescription de doses plus faibles voire l'arrêt du traitement.

RECOURS AU PSYCHIATRE OU AU PSYCHOTHÉRAPEUTE

• **Le recours au psychiatre, ponctuel ou en relais du médecin, est indiqué en cas d'incertitude sur le diagnostic ou le traitement, ainsi que pour les patients psychotiques (délire, hallucinations...).** Les dépressions sévères relèvent également d'un suivi psychiatrique et parfois d'une hospitalisation en urgence. Une psychothérapie associée au traitement psychotrope doit être proposée au patient dans le cas des dépressions modérées. Dans les périodes de crises et les états dépressifs majeurs, il est recommandé d'initier le traitement avant d'orienter vers un psychothérapeute, afin que les personnes puissent être en mesure de mobiliser leurs ressources psychiques dans un travail d'élaboration.

• **Une prise en charge psychothérapeutique doit être proposée aux personnes souffrant de psycho-traumatisme.** Dans certains cas, des traitements adjuvants peuvent être utiles, principalement antalgiques, antispasmodiques, anxiolytiques ou hypnotiques (en cure courte). Les antidépresseurs ne sont pas

Voir aussi :

Le bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux, Recommandation Afssaps, octobre 2006

Les thématiques Prescrire, Médicaments à visée psychotropes, Session janvier avril 2011



indiqués (*voir supra*). En cas de syndrome psychotraumatique sévère ou complexe, le TERCIAN® à doses faibles (25 mg le soir au coucher) améliore les symptômes (angoisses massives, pseudo hallucinations, troubles du sommeil). L'ostéopathie peut soulager certaines douleurs lésionnelles, en permettant aux patients de retrouver un contact de toucher « réparateur », à distance des sévices physiques.

• **L'hospitalisation peut être indiquée dans certaines situations** : risque de passage à l'acte auto ou hétéro agressif, état dépressif sévère ou mélancolique, initiation d'un traitement neuroleptique en cas de délire ou d'hallucinations au premier plan du tableau clinique. Par ailleurs, pour les personnes en très grande précarité sociale et souffrant de troubles psychiques, l'épuisement peut être une indication pour une hospitalisation, afin de minimiser les risques de passages à l'acte suicidaire et/ou le risque de décompensation massive d'une pathologie psychique plus grave.

Dispositifs psychiatriques

Des psychiatres sont présents dans les urgences générales des hôpitaux. Les centres d'accueil et de crise (CAC), sectorisés, reçoivent les personnes en urgence et peuvent proposer des hospitalisations de courte durée. Les équipes mobiles psychiatrie et précarité (EMPP) vont à la rencontre des personnes en souffrance psychique en situation de précarité et d'exclusion. Elles ont aussi un rôle de soutien pour les équipes sanitaires et sociales. Elles constituent un dispositif complémentaire aux secteurs, dont la vocation est de s'adapter aux problématiques de personnes ne formulant pas d'emblée de demande de soins. À Paris, le CPOA (centre psychiatrique d'orientation et d'accueil) reçoit en urgence et sans rendez vous, jour et nuit, sans interruption. Outre l'évaluation et la prise en charge en urgence pour une hospitalisation, le CPOA joue un rôle d'orientation et de sectorisation de personnes ne pouvant bénéficier directement d'une prise en charge de proximité du fait de l'absence de logement stable.

PSYCHOTHÉRAPIE

• **Une écoute hospitalière et ouverte.** Les conditions réelles et symboliques de l'accueil dans les institutions et structures médico sociales sont essentielles afin que les exilés puissent

exprimer librement leurs besoins et demandes. Il s'agit d'accueillir ce qui se dit, mais aussi les silences, en respectant le rythme de chaque patient, et en prenant garde à ne pas être dans une posture d'interrogatoire. Avant qu'un travail d'élaboration, de mise en histoire du trauma et de l'exil ne soit possible, la psychothérapie a vocation à rétablir un lien de confiance à travers la relation entre deux êtres humains, au delà de l'asymétrie de la relation soignant soigné, des différences de genre, d'âge et de culture.

• **Bienveillance et reconnaissance.** Face aux récits d'exil et de violence, le psychothérapeute ne peut se retrancher derrière une hypothétique neutralité. La tristesse, la colère, l'indignation, la compassion sont inévitables et parfois nécessaires au processus psychothérapeutique. Les émotions, particulièrement les affects de honte et de culpabilité, sont souvent rejetées consciemment ou inconsciemment par les patients, car insupportables, invivables. Ressenties par et en présence du thérapeute, elles deviennent reconnaissance de la teneur d'inadmissible des situations de violence et d'exil. C'est une condition nécessaire à ce que des pensées, images, émotions « mobiles » et supportables émergent en lieu et place de la répétition traumatique, de l'angoisse et de la détresse qui figent le fonctionnement psychique.

• **Construction commune d'un espace de soin.**

Le cadre de la psychothérapie est partagé et discuté lors des premières consultations. En effet, patient et psychothérapeute ne partagent pas les mêmes représentations et connaissances du soin psychique. Il est donc nécessaire de construire ensemble un espace thérapeutique que chaque patient puisse investir comme sien. Cela signifie entre autres que la fréquence et la régularité des entretiens soient décidées en commun et adaptées à la situation sociale, mais aussi l'état psychique du patient. Il est souvent utile de demander au patient ce que représente pour lui un psychologue ou un psychothérapeute, et ce qu'il imagine de son rôle. Le corollaire pour le psychothérapeute consiste à expliquer le cadre de la psychothérapie, c'est à dire la confidentialité des entretiens, l'impartialité du thérapeute, et la liberté donnée au patient de parler de tout ce qu'il souhaite, mais aussi de garder le silence. Il peut aussi être important de dire au patient ce que l'on ne peut pas faire en tant que thérapeute (par ex. trouver un hébergement ou donner des médicaments).



• **Ce partage du cadre de la psychothérapie a pour but de donner un rôle actif à des personnes qui, lors des violences, avaient été contraintes à la passivité.** Il participe à réhabiliter l'espace psychique propre et à réinvestir la parole. Il permet aussi de prévenir l'arrêt soudain et sans discussion préalable de la psychothérapie. Enfin, cette « co construction » du cadre constitue un garde fou pour le thérapeute, qui face à des sujets en détresse psychique et se vivant très dépendants d'un autre secourable, risque à son insu de succomber au mirage d'une position de toute puissance.

PERSPECTIVES POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES SOIGNANTS

• **Inhérent à tout accompagnement d'une personne qui souffre, le risque d'épuisement professionnel est majoré lorsque cette souffrance apparaît entretenue par notre propre société, perçue comme inhospitalière vis-à-vis des migrants/étrangers.** Il n'est ni souhaitable ni possible de faire abstraction du contexte social, administratif et politique dans lequel s'exprime la demande d'accueil et de soin. Un sentiment d'impuissance peut survenir devant la faiblesse des moyens dont les professionnels disposent pour aider ces patients à être en « bonne santé ». Le désespoir des patients peut ainsi sembler logique, cohérent et sans issue. On peut alors perdre de vue le sens d'un accompagnement social, médical ou psychologique.

L'exigence inappropriée du « certificat médical » pour les demandeurs d'asile peut accentuer les effets du trauma

(voir *Certification et demande d'asile*, p. 308), lorsque sous la pression de l'entourage, des soutiens ou encore des instances d'attribution du statut de réfugié, l'exilé est sommé de témoigner dans des conditions de temps et de lieu qu'il n'a pas choisies, et le plus souvent dans l'urgence, des sévices infligés par ses bourreaux.

• **Le risque de « contagion du trauma ».** Pour les professionnels exerçant auprès des exilés, le risque d'une forme de traumatisation « par contagion » ou « par identification » se pose. Elle s'accompagne d'une symptomatologie ressemblant à celle des syndromes psychotraumatiques, mais sans la présence d'un syndrome d'intrusion constitué : troubles du sommeil, sentiment de vulnérabilité et d'insécurité, troubles somatoformes, perte d'estime de soi sur le plan personnel et professionnel, sentiments de détresse et d'impuissance.

• **Au-delà du retentissement individuel de l'accompagnement des exilés, les équipes, en tant que groupes, peuvent « dysfonctionner » en reproduisant les éléments des problématiques rencontrées par les patients :** perte de confiance mutuelle, clivage des équipes en « clans », circulation empêchée de la parole, agressivité et suspicion envers les patients. Des espaces de parole et d'expression des ressentis et des émotions doivent être aménagés, afin de prévenir et minimiser les risques psycho sociaux.



Des supervisions d'équipe, introduisant un tiers régulateur et permettant une prise de distance par l'élaboration des affects et des représentations en jeu peuvent être pertinentes. Les réunions pluridisciplinaires, autour des situations des personnes reçues permettent de consolider la responsabilité clinique collective, la prise de distance et la compréhension des rôles de chacun. Enfin, la solidarité interprofessionnelle doit être favorisée, comme le partage et l'appropriation par tous les intervenants du sens politique et clinique de l'action auprès des exilés, pour éviter que les liens humains et de pensée ne soient attaqués par l'action « par ricochet » du traumatisme.

RAPPORT MÉDICAL POUR LE DROIT AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS MALADES (VOIR P. 312)

• La demande de carte de séjour pour raison psychiatrique doit faire l'objet d'une évaluation médico-psycho-juridique.

Cette évaluation devra tenir compte, en plus de la disponibilité du traitement psychotrope dans le pays d'origine ;

du risque d'aggravation de l'état psychique du patient, et notamment du risque suicidaire. L'OMS estime à 15 à 20 % le nombre de personnes souffrant d'une dépression susceptible de commettre un suicide ;

de la perte de chance d'amélioration de son état psychique en cas de rupture de la continuité des soins, particulièrement de séparation brutale avec le/la psychothérapeute ;

pour les personnes ayant subi des violences à l'origine de leur exil, du risque de traumatisme secondaire par réimmersion contrainte dans l'environnement traumatogène ;

du risque de rejet, de violences, de traitement inhumain et dégradant dans certaines sociétés où les personnes souffrant de troubles psychiques sont particulièrement stigmatisées et exclues.

• Une attention particulière doit être portée aux possibles ambiguïtés de la délivrance d'un titre de séjour pour raison psychiatriques. Il arrive en effet que la demande initiale aboutisse à la délivrance d'un titre de séjour, le plus souvent précaire, lequel sera renouvelé ou non au terme de la prise en charge. Il ne le sera pas pour un patient « guéri », par exemple, de sa dépression. Dans cette situation, le trouble psychique peut devenir la justification même du statut social espéré pour les étrangers « sans papiers », dans une logique humanitaire paradoxale. Ces risques doivent être exposés au patient.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Barrois C., *Les Névroses traumatiques*, Dunod, Paris, 1998

Baubet T., Moro, M.-R., *Psychopathologie transculturelle*, Masson, Paris, 2009

Bessoles P., *Victimologie* (trois tomes), Presses Universitaires de Grenoble, 2008.

Damiani C., Lebigot F. dir, *Les Mots du trauma* ed. Philippe Duval, Savigny sur Orge, 2011

Herman J., *Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma*, J Trauma Stress 1992; 5: 377-91

Permanence téléphonique Santé Mentale du Comede

☎ 01 45 21 39 31, mardi et jeudi, 14h 30 - 17h 30

Soutien et expertise pour l'orientation et l'accès aux soins en santé mentale. Information et partage d'expérience sur les questions relatives à la clinique de l'exil et au droit au séjour pour raison médicale.