

Traumas psychiques chez les demandeurs d'asile en France : des spécificités cliniques et thérapeutiques

Baubet T¹, Abbal T², Claudet J³, Le Du C⁴, Heindenreich F⁵, Levy K⁶, Mehallel S⁷, Rezzoug D⁴, Sturm G³, Moro MR⁸

La souffrance psychique des populations soumises à des conflits, des situations de violences organisées, des déplacements forcés est aujourd'hui une donnée connue et admise par tous. Nous rencontrons ces patients dans le cadre de notre travail en situation humanitaire (Baubet & al. 2003a et 2003b, Lachal & al. 2003), mais également en France, lorsqu'ils sont en position de demandeurs d'asile. Il faut rappeler qu'il s'agit aujourd'hui de la seule modalité légale pour venir s'établir en France lorsqu'on vient d'ailleurs... Nous rencontrons ces patients à l'Hôpital Avicenne, à Bobigny, dans le cadre d'une consultation transculturelle du psychotraumatisme extrême⁹. Hutus rwandais, Juifs ouzbeks, Algériens kabyles ou arabophones, Congolais du Congo-Brazzaville et de RDC, Indiens sikhs ou du Kerala, Sri-lankais, Ivoiriens, Sierra Leonais, Peuls de Mauritanie, etc. leur histoire témoigne de conflits qui secouent la planète, et dont beaucoup se déroulent dans le silence de la communauté internationale, des conflits invisibles ou oubliés mais toujours actifs et destructeurs. Notre rencontre avec ces patients nous a amenés à nous questionner : la prise en charge des patients demandeurs d'asile présentant des troubles post-traumatiques présente-t-elle certaines spécificités ? Nous soutenons que ces spécificités existent, qu'elles concernent à la fois le vécu pré-migratoire, l'expérience de l'exil, la dimension transculturelle et le vécu post-migratoire, et que leur prise en compte est nécessaire pour le diagnostic comme pour le soin. Nous n'évoquerons pas ici la question importante de la résilience pour nous intéresser aux sujets qui présentent des tableaux de souffrance psychologique avérée.

I. Le vécu prémigratoire : une clinique de la violence extrême et organisée

¹ Psychiatre, Service de Psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent et de psychiatrie générale du Pr MR Moro. Hôpital Avicenne (AP-HP), 125 rue de Stalingrad 93009 Bobigny Cedex, Université Paris 13, (UPRES EA 3409), Médecins Sans Frontières, Paris. E-mail : thierry.baubet@laposte.net

² Psychologue clinicien, même service

³ Assistante de service social, même service.

⁴ Psychologue clinicienne, même service, consultante pour Médecins Sans Frontières

⁵ Psychiatre, même service, consultante à Médecins Sans Frontières

⁶ Psychologue clinicienne, même service

⁷ Psychiatre, même service

⁸ Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, même service. Université Paris 13.

⁹ Cette consultation, à laquelle participent l'ensemble des auteurs de cette communication, est dirigée par T. Baubet.

Certains demandeurs d'asile ont été exposés à des souffrances dramatiques et extrêmes. Nous ne pensons pas que nos outils usuels, comme le concept d'Etat de stress post-traumatique, soient adaptés à ces cas : en raison de la gravité des trauma subis, souvent sous-tendus par une cruauté extrême (Nahoum-Grappe 1995), de leur caractère inter-humain et intentionnel, et de leur dimension collective, témoignant d'une situation de violence organisée, c'est-à-dire d'une relation de violence exercée par un groupe sur un autre (Rousseau 2003). Les traumatismes sont souvent répétés, et accompagnés de deuils multiples. Les troubles observés répondent parfois à ce que la CIM-10 nomme « Modifications durables de la personnalité liées à une expérience de catastrophe » ou bien le plus souvent à ce qui a été décrit comme le tableau de « PTSD complexe » (Herman 1992, Van der Kolk 1996, Frey 2001). Ce tableau clinique associe :

a. Altération dans la régulation de l'état affectif

Elle se caractérise par divers troubles :

- troubles chroniques de la régulation des affects ;
- difficultés à moduler les réactions de colère ;
- comportements auto-agressifs et suicidaires ;
- difficultés à moduler l'engagement dans des activités sexuelles ;
- comportements impulsifs ;
- prises de risque.

b. Altération de l'attention et de l'état de conscience

- amnésie (totale ou partielle) ;
- épisode dissociatif transitoire (dépersonnalisation, déréalisation, autres).

c. Somatisations

Celles-ci constituent souvent le motif initial de consultation :

- douleurs chroniques ;
- troubles somatiques fonctionnels ;
- symptômes conversifs ;
- symptômes sexuels.

d. Modifications chroniques du caractère

- altérations de la perception de soi ;

- altérations de la perception de l'agresseur (mais on peut se demander si le désir de vengeance est normal ou pathologique) ;
- altérations de la relation aux autres.

e. Altération des systèmes de sens

- désespoir ;
- la perte de certaines croyances, qui soutenaient jusque là l'individu.

Les violences subies sont souvent associées à des deuils, ce qui complexifie encore le tableau clinique. La violence extrême, intentionnelle et organisée provoque des effets qui vont au-delà de l'effroi et de ses conséquences décrites par des auteurs comme F. Lebigot (2002). C'est ce qui fonde l'humanité même du sujet qui est touché : les liens sont rompus, la Loi attaquée, l'ordre symbolique bouleversé, les tabous fondamentaux brisés. La révélation de la nature possiblement monstrueuse de tout être humain – et de soi – en surgit (Rousseau). Ce type de situation affecte non seulement les individus, mais aussi la famille, le groupe qui se trouvent désorganisés, privés parfois de leur capacité à se protéger les uns les autres.

II. L'expérience de la migration et de l'exil

La migration possède en elle-même des potentialités traumatiques, du fait de la rupture du contenant culturel qu'elle implique (Nathan 1986). Des deuils sont à élaborer (de personnes, mais aussi de pays et de statut social). Migrer c'est bien sûr laisser derrière soi de la famille, des amis, un métier, un statut social, la terre des ancêtres vivants et morts. Cela implique donc des renoncements, de la nostalgie, et parfois des deuils inacceptables. Ce travail de deuil qui passe par les phases classiquement attribuées à ce processus, a notamment été décrit par Grinberg & Grinberg (1986) : les sentiments initiaux de douleur intense pour ce qui a été perdu, accompagnés de désorganisations anxieuses dans un sentiment de détresse, de solitude, d'abandon, laissent progressivement la place à des affects dépressifs (et éventuellement à des défenses maniaques se traduisant par une minimisation ou une dénégation du changement survenu). Ce double mouvement de traumatisme et de perte vient redoubler celui qui est lié aux événements vécus. L'exil, migration sans projet préalable, fuite sans espoir de retour, nécessite un travail d'élaboration plus difficile. La situation de « demande d'asile » est encore plus complexe : exil, oui, mais pas garanti, avec le risque de se voir refuser cet asile et de devoir être menacé d'expulsion. On imagine sans peine combien cette insécurité dans la réalité entre en résonance avec le sentiment d'insécurité interne.

III. La dimension transculturelle

L'éclairage de la psychiatrie transculturelle est importante à plusieurs titres : il permet d'affiner le diagnostic, d'améliorer l'alliance thérapeutique avec le patient et sa famille, et de proposer des soins plus efficaces, notamment lorsqu'existe un codage culturel des troubles. La culture conditionne le vécu de la maladie, et la stratégie de recherche de soins. Les anthropologues anglo-saxons ont distingué les termes : *disease* (la maladie décrite par le médecin), *illness* (expérience de la maladie pour le patient) et *sickness* (la maladie sur le plan de la scène sociale). Trois manières très différentes de parler de la même « maladie » ! Les troubles observés répondent fréquemment à un codage culturel. Le décodage se fait à un niveau ontologique (l'être tel qu'il est construit à partir des représentations culturelles) qui détermine les théories étiologiques du patient (le sens) et ses logiques thérapeutiques (le « faire ») (Moro 1994).

Les tableaux cliniques correspondant aux critères diagnostiques du PTSD peuvent être retrouvés dans des aires géographiques très diverses. Cependant, le PTSD ne couvre pas l'ensemble des réactions observables (Baubet & Moro 2003b). Les symptômes que nous considérons comme cardinaux ne sont pas toujours vécus comme les plus gênants par les patients ; de plus, la fréquence des formes incomplètes ou complexes est extrêmement élevée.

Dans certaines aires culturelles, on observe des tableaux spécifiques des pathologies causées par la frayeur, comme le *susto* en Amérique latine, et la *khal'a* au Maghreb. Ce dernier terme, qui provient de l'arabe littéraire, renvoie au fait d'ôter, d'arracher brutalement quelque chose, et dans le cas de la frayeur, à une séparation, une disjonction âme/corps. Lors de la *khal'a*, l'âme peut quitter le corps, et des êtres surnaturels (comme par exemple un *djinn*) peuvent y pénétrer. La personne touchée est dite *makhlouï* : son être a été enlevé, « sa raison est partie », il est « effaré », et un *djinn* a profité de cet instant pour prendre possession de son intériorité. La *khal'a* réalise ainsi un type particulier de possession qui est soudaine, totale, et prive le sujet de ses capacités de résistance et de toute possibilité de « négociation » avec le *djinn* (Lhumeur 1990). Cliniquement, lors de l'épisode de frayeur, la personne apparaît figée, hébétée, elle semble « ne plus être là », ne « plus être la même », et peut uriner sur elle. C'est ce moment de sidération, caractéristique de l'effroi, qui fait reconnaître la *khal'a*. La logique thérapeutique consiste alors à faire émerger la raison par un autre trauma. Par exemple chez les Berbères du Maroc, ce peut être une brûlure circonscrite, réalisée par surprise par un membre de la famille, par exemple à l'aide d'une cuillère chauffée au feu, réalisant une petite marque corporelle. Ce traitement permet à la fois de répéter l'expérience traumatique dans ce qu'elle a de douloureux, d'incompréhensible et de surprenant, tout en agissant sur l'enveloppe corporelle, pour la

« fermer ». Lheimeur (1990) donne une description de traitement de la *khal'a* par une thérapeute *ghawia* (Maroc) qui illustre cette nécessité de provoquer un nouvel effroi. Nathan (1990) a insisté sur la notion d'effraction repérable dans tous les modèles traditionnels de troubles liés à la frayeur, et particulièrement sur l'idée de « bipolarité sémantique effraction/extraction » qu'on peut finalement rapprocher des modèles psychanalytiques du trauma psychique. Il est vraisemblable qu'il existe encore bien d'autres manières locales de comprendre la souffrance psychique liée à la frayeur. Ces modèles ont été jusqu'ici peu étudiés et constituent une piste de recherche intéressante que certains auteurs cherchent à explorer. On peut citer les travaux de Fox chez les Mandingues (2003), d'Igreja au Mozambique (2003), ou de Chan chez les Hakka de Polynésie française (2003).

Les tableaux non spécifiques le plus souvent observés sont les trances, les pseudo-hallucinations, et les somatisations, qui masquent parfois totalement la symptomatologie post-traumatique. Rechtman (1992) a montré par exemple, auprès d'une population de réfugiés cambodgiens à Paris, la fréquence des phénomènes d'apparitions de défunts dans le cadre de pathologies liées à des traumas extrêmes et des deuils, sans que cela soit à interpréter dans le sens de phénomènes psychotiques. Les états aigus d'allure délirante posent des problèmes diagnostiques importants, car on a souvent tendance à « sur-diagnostiquer » une psychose, alors que ces modalités réactionnelles et défensives peuvent correspondre à une spécificité culturelle. La psychiatrie anglo-saxonne est particulièrement sensible à cet aspect de l'erreur diagnostique liée aux biais culturels du clinicien (Baubet & Moro 2003a).

Dans notre expérience, les somatisations, extrêmement fréquentes se présentent sous deux formes : il s'agit soit d'une douleur chronique invalidante, soit d'une douleur plus aiguë et répétitive qui peut constituer une véritable reviviscence traumatique (Baubet & Moro 2003b). Un long parcours médical est souvent nécessaire avant que la dimension post-traumatique des troubles soit reconnue (rhumatologue, gynécologue, etc).

IV. Le contexte social et politique de l'accueil (le post-migratoire).

Une fois dans le pays-hôte, les migrants se retrouvent coincés entre un discours idéal sur l'asile, la réalité d'une opinion publique souvent hostile et des politiques migratoires contraignantes qui les forcent sans cesse à prouver qu'ils ne sont pas des fraudeurs ou des criminels (Rousseau & Nadeau 2003). Les réfugiés qui ont vécu un trauma dans le pays d'origine vivent donc un triple traumatisme : le traumatisme pré-migratoire, les effets potentiellement traumatiques de la migration et le traumatisme découlant du déni de leur vécu par le pays d'accueil.

Le parcours administratif des réfugiés a des interférences très fortes avec les prises en charge cliniques. Ils doivent en effet raconter en détail à l'OFPRA¹⁰ des événements traumatiques qu'ils n'ont parfois jamais pu évoquer ; l'acceptation de leur dossier en dépend. Lorsque des troubles de la mémoire ou des reviviscences traumatiques les empêchent de donner des détails précis, on leur répond « qu'on ne les croit pas » et ils sont déboutés (Asensi & Le Du 2003). Ce processus lent, douloureux, et hasardeux a bien sûr de lourdes conséquences sur l'expression des symptômes et les possibilités d'élaboration. Il faut signaler ici qu'à plusieurs moments de ce parcours délicat, des certificats médicaux sont nécessaires au patient.

La demande d'asile ne repose pas sur un constat de troubles médicaux. Le statut juridique des demandeurs d'asile et en conséquence leur devenir social sont actuellement réglementés par les textes supranationaux que sont les conventions de Schengen¹¹ et de Dublin¹², lesquelles, opérant un verrouillage des frontières, offrent désormais aux états européens l'occasion d'une application très restrictive du premier texte signé en faveur des réfugiés¹³, rédigé il y a cinquante ans dans un contexte géopolitique international très différent de celui que nous connaissons actuellement. Relisons les termes de ce texte du 28 juillet 1951 : le réfugié est une « *personne qui, craignant avec raison, d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut, ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays*¹⁴ ». Dans ce processus, un certificat médical peut être déterminant si le patient, du fait de ses troubles psychiques, présente des difficultés dans l'évocation de son histoire, qu'il s'agisse de difficultés mnésiques, ou de reviviscences entraînant des moments de sidération. Il faut savoir que les troubles mnésiques, incohérences, non réponses, seront généralement interprétés par l'OFPRA comme témoignant de mensonges ou d'affabulations de la part du requérant. Dans les autres cas, le certificat médical est un des éléments du dossier, sans être déterminant (l'asile n'est pas accordé parce qu'on est malade, mais parce que, pour schématiser, on serait persécuté dans son pays si on y retournait). D'autres procédures existent, comme le titre de séjour provisoire pour soins, destiné aux patients qui nécessitent

¹⁰ L'Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides est un organe travaillant sous la responsabilité du Quai d'Orsay, qui a notamment pour fonction de traiter les demandes d'asile. Actuellement, moins de 20% des demandeurs se le voient accordé.

¹¹ La convention d'application de l'accord de Schengen instituant un espace de libre circulation des personnes a été signée par treize Etats membres de l'Union européenne dont la France le 19 juin 1990.

¹² La convention relative à la détermination de l'Etat responsable de l'examen d'une demande d'asile présentée dans l'un des Etats membres des Communautés européennes a été signée à Dublin le 15 juin 1990.

¹³ Convention des Nations Unies de 1951, relative au statut des réfugiés. Voir : Bouchet-Saulnier 2000 : 386.

des soins impératifs qui ne peuvent pas leur être dispensés dans leur pays d'origine. La place du certificat médical est alors centrale puisque c'est une pièce nécessaire à l'ouverture du dossier en Préfecture. Les psychiatres connaissent souvent mal ces procédures et leurs interférences possibles avec la prise en charge thérapeutique, et la collaboration avec un travailleur social s'avère toujours utile. L'attitude observée parfois de refuser systématiquement la rédaction de certificats médicaux chez ces patients est à notre sens injustifiable. Le psychiatre qui prend en charge le patient devrait au minimum s'assurer alors qu'un collègue peut se charger de la rédaction de ce certificat.

Conclusion

Nous pensons avoir montré la complexité de ces situations, et ce que peut apporter une pratique qui tienne compte à la fois de l'histoire des patients (vécu pré-migratoire et impact de la migration), des aspects culturels, et du contexte social et politique de leur prise en charge en France. Une pratique qui nous conduit, au quotidien, à ré-interroger nos pré-supposés théoriques, et nos manières de faire...

Bibliographie

Asensi H, Le Du C. Savons-nous accueillir les réfugiés en France ? In : Baubet T, Le Roch K, Bitar D, Moro MR, editors. *Soigner malgré tout. Vol 1 : Trauma cultures et soins*. Grenoble : La Pensée Sauvage Editions ; 2003b.p.71-95.

Baubet T, Moro MR, editors. *Psychiatrie et migrations*. Paris : Masson ; 2003a.

Baubet T, Moro MR. Cultures et soins des traumatisés psychiques en situation humanitaire In : Baubet T, Le Roch K, Bitar D, Moro MR, editors. *Soigner malgré tout. Vol 1 : Trauma cultures et soins*. Grenoble : La Pensée Sauvage Editions ; 2003b.p.71-95.

Baubet T, Le Roch K, Bitar D, Moro MR, editors. *Soigner malgré tout. Vol 1 : Trauma cultures et soins*. Grenoble : La Pensée Sauvage Editions ; 2003c.

Baubet T, Le Roch K, Bitar D, Moro MR, editors. *Soigner malgré tout. Vol 2 : Bébés, enfants, et adolescents dans la violence*. Grenoble : La Pensée Sauvage Editions ; 2003d.

Bouchet-Saulnier F. *Dictionnaire pratique du droit humanitaire – 2^{ème} édition*. Paris : La Découverte & Syros : 2000.

Chan ES. Une étiologie traditionnelle chez les Hakka de Polynésie française : le *hak tao*, ou la théorie étiologique de la frayeur. *Ethnopsy* 2003 ; (5) : 181-207.

Frey C. Posttraumatic stress disorder and culture. In : Yilmaz AT, Weiss MG, Riecher-Rössler A, editors. *Cultural Psychiatry : Euro-International perspectives*. Basel : Karger ;2001.p.103-16.

Fox SH. The mandinka nosological system in the context of post-trauma syndromes. *Transcultural Psychiatry* 2003 ; 40(4) : 488-506.

Grinberg L, Grinberg R. *Psychanalyse du migrant et de l'exilé*. Lyon : Cesura Lyon Editions ; 1986.

¹⁴ Article premier de la Convention des Nations unies de 1951.

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

Igreja V. « Why are they so many drums playing until dawn ? » Exploring the role of *Gamba* spirits and healers in the post-war recovery period in Gorongosa, Central Mozambique. *Transcultural Psychiatry* 2003 ; 40(4) : 459-87.

Lachal C, Ouss-Ryngaert L, Moro MR, editors. *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire*. Paris : Dunod ; 2003.

Lebigot F. L'effroi du traumatisme psychique : le regarder en face ou s'en protéger. *Stress & Trauma* 2002 ;2(3) :139-46.

Le Du C, Baubet T. De l'accès aux soins psychologiques des réfugiés Kosovars en France. Été 1999 : une intervention de Médecins Sans Frontières. *L'autre, Cliniques, Cultures, et Sociétés* 2000 ; 1(2) : 349-66.

Lheimeur M. D'un type de possession déclenché par la frayeur (Maroc). *Nouv Rev Ethnopsychiatrie* 1990 ; (15) : 151-61.

Moro MR. *Parents en exil, psychopathologie et migration*. Paris : PUF ; 1994.

Nahoum-Grappe V. Anthropologie de la cruauté. Quelques pistes au sujet de la guerre en ex-Yougoslavie. In : Moro MR, Lebovici S, editors. *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie*. Paris : PUF ; 1995.p.23-50.

Nathan T. *La folie des autres*. Paris : Dunod ; 1986.

Nathan T. Angoisse ou frayeur : un problème épistémologique de la psychanalyse. *Nouv Rev Ethnopsychiatrie* 1990 ; (15) : 21-38.

Ngugen S. L'articulation du social et du soin pour les migrants malades en France. In : Baubet T, Moro MR, editors. *Psychiatrie et migrations*. Paris : Masson ; 2003.

Rechtman R. L'apparition des ancêtres et des défunts dans les expériences traumatiques : introduction à une ethnographie clinique chez les réfugiés cambodgiens de Paris. *Cahiers d'Anthropologie et de Biométrie Humaine* 1992 ; 10(1-2) : 1-19.

Rousseau C. Violence organisée et traumatisme. In : Baubet T, Moro MR, editors. *Psychiatrie et migrations*. Paris : Masson ; 2003.

Rousseau C, Nadeau L. Migration, exil et santé mentale. In : Baubet T, Moro MR, editors. *Psychiatrie et migrations*. Paris : Masson ; 2003.

Van der Kolk BA. The complexity of adaptation to trauma. In : Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L, editors. *Traumatic stress : the effects of overwhelming experiences on mind, body and society*. New York : Guilford Press ; 1996.p.182-213.