
Patients migrants : Comment aborder les soins psychiques ? Quelles problématiques et solutions ?

Equipe de la PASS Psy du CHU de Nantes

Dr Maxime Duplantier, psychiatre

Laëtitia Calvino, psychologue

Judith Lacoue-Labarthe, psychologue remplaçante

17 octobre 2012



I. Des patients migrants

- ▶ Primo-arrivants, en attente de CMU ou d'AME
- ▶ En attente de régularisation : demande d'asile (OFPRA) ou « Dublinais »
- ▶ Une problématique sociale : le présent. « Vivent au 115 » ; avant Aide Temporaire d'Attente. Barrière de la langue (interprète 1 fois/2). Précarité+++
- ▶ + parfois mais pas toujours, une problématique psy (passé, présent, futur)
- ▶ Tant que le social n'est pas réglé, pèse sur la problématique psy
- ▶ Point d'appel : plaintes somatiques. La première chose qui peut se dire.



Manière dont travaille la PASS Psy de Nantes

- ▶ Articulation avec la PASS, fixe, et qui trie : il y a des migrations qui se passent bien. Tout n'est pas un problème psychiatrique ou psychologique. Tout n'est pas un problème culturel non plus.
- ▶ Non situé à l'H.P.
- ▶ Co-consultation puis différenciation
- ▶ Débriefing indispensable



II. Quelles problématiques ?

- ▶ Pour 85% à 90%, ESPT

Peur de la mort, effroi extrême pour soi ou un proche, avec effraction psychique.

1. Répétition
2. Evitement
3. Activation neuro-végétative

- ▶ Plus encore, syndrome post-traumatique

1. douleurs somatiques comme point d'appel
2. Quand chronique, risque de remaniement de la personnalité (ex. versant hystérique, versant anxieux notamment)



Comment repérer le stress post-traumatique ?

- Patients présents et absents : « là et pas là... »
- Revivent leur histoire (yeux fixes...)
- État d'alerte
- Des personnes épuisées (dorment 1/2h à 1h par nuit)
- Cauchemars dès qu'ils dorment, se réveillent effrayés et épuisés ; ne veulent pas s'endormir
- Evitement (policiers)
- Méfiance, côté un peu persécuté en France
- Peu de guérisons spontanées, risque de comorbidité, donc si c'est le cas, passer *aussi* le relais à un CMP ou un psy...



Autres pathologies (10% restant)

- ▶ Deuil pathologique (ou « deuil post-traumatique »)
- ▶ + Pathologies non prises en charge au pays (psychose, dépression...)
- ▶ Troubles de l'adaptation.



4 types de traumatismes... +1

- ▶ Pré-migratoire
- ▶ Pendant la migration
- ▶ A l'arrivée en France
- ▶ En fin de droit (ou à l'aboutissement du processus)

- ▶ Des traumatismes aux strates multiples : par ex. traumatisme dû à une migration forcée... sur fonds de violences dans la famille pendant l'enfance ou l'adolescence, ne pouvant se dire que grâce à l'éloignement du pays



Spécificité n° 1 : le poids de l'OFPRA

- ▶ // hospitalisations sous contraintes : le poids du droit, question de la demande
- ▶ L'OFPRA : l'oral prime sur l'écrit, le migrant est auditionné seul, sans avocat, avec un interprète si besoin. De 4h à 12h d'audition parfois...
- ▶ Texte de référence : la *Convention de Genève* de 1949, O.N.U.
- ▶ Asile ? « avoir des craintes de persécution pour un motif politique, ethnique ou religieux », même si opinion politique imputée
- ▶ Protection subsidiaire ? Appartenance à un certain groupe social. Ex. violences conjugales, mariage forcé, excision, homosexualité.



-
- ▶ Secret professionnel auquel est tenu l'OFFPRA. Dossiers vraiment lourds. / CNDA : moins spécialisés, audience publique, avocat...
 - ▶ OFFPRA « allergique » aux histoires préfabriquées par communautés. Cherchent un « récit de vie » authentique, un vrai parcours de vie (> « accord »). Très bons connaisseurs des régions et des conflits concernés. Ce qui est arrivé, qui ils sont, pourquoi quittent leur pays et ne veulent pas y retourner.
 - ▶ OFFPRA voit peu d'ESPT
 - ▶ OFFPRA... CNDA... « étranger malade ».



Spécificité n° 2 : les certificats

- ▶ Pour obtenir un hébergement, pour éviter un renvoi dans le pays d'entrée en Europe (« Dublinais »), pour obtenir le statut d'étranger malade quand tout le reste a été épuisé (titre de séjour pour soins)

- ▶ Ce dont aurait besoin l'OFPPRA ?
 1. Rien sur la vérité, non médicale !
 2. Mais décrire et expliquer, degré de gravité, notamment tout ce qui peut apparaître dans l'entretien (effondrement, sidération, amnésies, absences, personne coupée de ses émotions, façons particulières de réagir...).
 3. Si évolution
 4. Jusqu'à une bonne page... voire 10 pages autorisées s'il y a du « lourd »
 5. Si « jargon », traduire à côté.

- ▶ Intérêt de dissocier équipe soignante / certificat de médecine légale
- ▶ > entraîne bien des questions. Utile pour la personne ? La fige dans sa maladie ? Ne pas trop en dire ? Mais ne pas en dire assez non plus ?...



III. Quelles solutions thérapeutiques ?

Dans l'équipe PASS

- ▶ La demande est amenée, portée par l'équipe de la PASS : déjà des récits partiels au médecin, à l'infirmière, à l'assistante sociale, à l'aide-soignante
- ▶ Importance d'une équipe **à l'écoute**, dans sa diversité (transfert sur chacun de ses membres)
- ▶ Importance d'une **reconnaissance (/ déni)**
- ▶ **Soutien**
- ▶ Donne à la personne de la confiance sur la suite de la prise en charge
- ▶ Du coup besoin d'un débriefing (individuel ou collectif pour l'équipe, car risque de traumatisme par ricochet)
- ▶ « Trucs » pour l'équipe : pas par surprise, pas en urgence ; ne pas croiser le regard ; mettre à distance (technique de l'écran de cinéma), ne pas se laisser « aspirer » dans le récit. Ou technique du satellite.

Ensuite, techniques plus spécialisées : psy, CMP ou PASS Psy



Choix de travailler dans l'aigu

- ▶ 1^{ère} co-consultation / 2^{ème} co-consultation
- ▶ Intérêt des consultations très rapprochées au début (une par semaine si besoin)
- ▶ Laisser le patient décider du moment où on espace les consultations, ou s'il a besoin de les rapprocher
- ▶ Lui demander si cela lui fait du bien
- ▶ Patient perdu dans l'espace, le temps : le rappeler s'il ne vient pas (vrai pour toute l'équipe !)



L'aigu ne préjuge en rien de l'évolution ultérieure

- ▶ ... en même temps, renoncer à tout soigner, à tout guérir, à l'illusion de sauver : il y a des choses qu'on ne pourra pas réparer.
- ▶ Un débat : raconter, ou ne pas raconter ?
- ▶ Laisser le choix au patient : que veut-il, lui ? SA demande ?
- ▶ Ex. un grand récit retenu pendant 40 ans... cathartique
- ▶ Des petits mieux dans la vie quotidienne
- ▶ Sil ne veut pas parler de l'événement traumatisant, il nous reste tout le questionnement sur un présent précaire +++, à aborder de toute façon
- ▶ Quid du futur ?



-
- ▶ Principes de base : aider à retrouver un fil narratif, chronologique, ordonné
 - ▶ Des mots plutôt que le chaos
 - ▶ Une écoute bienveillante, un questionnement actif et engagé pour activer les ressources du patient



-
- ▶ Techniques de thérapies brèves intéressantes, d'autant qu'en théorie, prise en charge brève
 - ▶ Côté humaniste de la prise en charge : croire dans les ressources de l'autre, « juste » les réactiver
 - ▶ Travail, d'une façon ou d'une autre, sur un recadrage, un récit alternatif ou une perception alternative (petits changements et effet boule de neige)



Thérapie narrative (Michael White)

- ▶ Externalisation du symptôme (la Peur)
- ▶ travail sur les valeurs
- ▶ travail sur les exceptions
- ▶ procédé de *re-membering* (se souvenir + retrouver un groupe d'appartenance)



Hypnose ericksonienne

- ▶ Même avec interprète
- ▶ Hypnose sur un événement traumatique isolé et unique : paradoxalement peu de demandes (cf. statut d'étranger malade)
- ▶ Beaucoup plus : hypnose conversationnelle
 - sur douleur
 - désensibilisation d'une petite image traumatique (mais pas de la « grande »)



-
- ▶ Travail sur la « place sûre » (ou bouclier de sécurité) : parfois impossible.
 - ▶ Contre-indications :
 - Pas d'hypnose pour retrouver souvenir traumatique oublié (pas éthique + respecter les défenses du patient)
 - Pas si traits psychotiques (borderline, mélancolie, bouffée délirante aigue...)



Approche trans-culturelle

- ▶ Nos limites... seulement des notions, manque un centre ressource
- ▶ Pas le dispositif collectif qu'il faudrait en 2^{ème} intention
- ▶ Mais : du collectif quand même (co-consult, interprète, interne...)
- ▶ Des questionnements spécifiques :
 1. Étiologie selon la personne. Ex. « avait-il vu un chien, avait-il vu un loup, il a eu très peur et... »
 2. Les mots pour dire la peur dans la langue + associations d'idées autour de ce mot. Ex. Travail sur les mots dans la langue, notamment le mot pour dire « peur », « effroi »



3. Les cauchemars : on remonte au traumatisme source (cf. éléments de vulnérabilité DSM-IV), qui n'est pas forcément celui qu'on croit

Quasi élément de diagnostic différentiel si scène complètement différente.



▶ Les rêves

- Les raconter, les interpréter et déboucher sur un faire
- Rêves prémonitoires
- Islam : les raconter à l'eau (Azerbaïdjan ou Turquie)
- Islam : Eblis dans le cauchemar / prier
- Islam : aller voir l'imam pour enlever les péchés
- Différencier les cauchemars des autres rêves :
cauchemars traumatiques / des rêves récents, qui
viennent dire autre chose

Nos limites : grandes en ce domaine. Or parfois patients
semblent aller mieux après rien que d'en avoir parlé.
Quelques cas de disparitions spontanées des cauchemars.



Deux grands fonds culturels sur lesquels on aurait besoin de ressources :

- ▶ L'Afrique sub-saharienne : sorcellerie, maraboutage, attaques sorcières, sorts...
- ▶ Le Caucase : chamanisme, magie, sorts...



Conclusion provisoire

- ▶ Intérêt d'une prise en charge précoce
- ▶ Et limites
- ▶ Dans la rencontre : avec les psys, mais aussi avec toute l'équipe
- ▶ Consultations grevées par le manque d'hébergement (> insécurité et précarisation+++), et le risque de déni final de la part de l'OFPRA ou de la CNDA, qui peut tout faire basculer à nouveau (décompensation)
- ▶ Importance d'avoir essayé de redonner de la dynamique dans la vie psychique, du jeu.
- ▶ Bref, on ne peut pas tout réparer, mais il faut au moins essayer.



This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.