



Les problèmes spécifiques de santé mentale

La santé mentale des personnes migrantes, qui ont connu bien souvent des parcours traumatisants et ont des conditions de vie difficiles, est un problème de santé publique auquel il est nécessaire d'apporter une réponse adaptée.

Définition du trouble post-traumatique et interventions efficaces selon la littérature scientifique actuelle

Marc-Antoine Crocq
Médecin psychiatre,
praticien hospitalier,
centre hospitalier de
Rouffach, F-68250,
expert-psychiatre
auprès de l'Ofii

Diagnostic du trouble stress post-traumatique

Le « trouble stress post-traumatique » (TSPT) est défini dans le DSM-5, la dernière édition de la classification de l'Association américaine de psychiatrie, publiée aux États-Unis en 2013 et traduite en français en 2015¹. Un terme synonyme, « état de stress post-traumatique », est employé dans la Classification internationale des maladies de l'OMS (CIM-10).

Le diagnostic de trouble stress post-traumatique suppose que plusieurs critères anamnestiques et cliniques soient remplis. Le premier critère (A), primordial, définit l'événement causal, qui doit être une exposition directe à la mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles. La personne doit avoir été confrontée violemment à un risque vital, ou à la perte de son intégrité physique ou psychique, sans possibilité de fuite ni de défense. Les critères suivants décrivent les symptômes qui vont apparaître après le traumatisme, et qui doivent durer plus d'un mois.

1. American Psychiatric Association. DSM5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française coordonnée par Crocq M.-A. et Guelfi J.-D. Paris : Elsevier Masson, 2015.

Les critères B et C décrivent des symptômes quasi pathognomoniques, traduisant la résurgence du traumatisme et les efforts faits pour s'en protéger, qui ne s'observent guère dans d'autres troubles mentaux. Il s'agit (B) de réminiscences envahissantes et intrusives du traumatisme sous la forme de souvenirs ou de cauchemars, de réactions dissociatives (flashbacks) où la personne agit comme si elle revivait le traumatisme, d'une détresse psychique lors de l'exposition à des indices rappelant le traumatisme, et (C) d'un évitement des stimuli symbolisant le traumatisme et déclenchant des symptômes.

Les critères D – altérations négatives des cognitions et de l'humeur, sentiment de détachement d'autrui, réduction de l'intérêt pour des activités importantes – et E – altérations de la réactivité, avec des réactions de sursaut, une hypervigilance et une irritabilité – sont comme les deux visages du dieu Janus, apparemment opposés mais intimement liés. Les patients peuvent être à la fois dans un état d'alerte permanent dans leurs rapports avec autrui (critère E) et, en même temps, en retrait, incapables de s'investir dans des relations et

Symptômes somatiques, souffrances psychiques et/ou troubles psychiatriques en Pass

Les patients reçus en Pass ont pour la plupart vécu des exils longs et très difficiles, avant leur départ, pendant leur trajet de migration et, souvent également, à leur arrivée en Europe. Corps et psyché ont été rudement mis à l'épreuve. Souvenirs de tortures, de la proximité de la mort, épuisement physique et moral, anxiété majeure peuvent, au décours des premières consultations médicales, se manifester par des douleurs corporelles, des plaintes diffuses, des amaigrissements très importants. Désespoir et déception aussi par rapport à un monde de rêve bien cher payé à des rabatteurs et passeurs, associés à une forte inquiétude pour leur devenir et celui de leurs proches complètent ce tableau d'hommes et de femmes vulnérables au plus haut point, en position d'insécurité maximale.

Des syndromes dépressifs graves peuvent se manifester par des symptômes physiques : insomnies, tachycardie, douleurs digestives, maux de tête, etc., associés à des douleurs psychiques, dont le point central est constitué par les reviviscences traumatiques nocturnes. La frontière entre douleur physique et douleur morale, telle que nous la concevons parfois trop caricaturalement en Occident, est ici mise à mal et nous amène à une grande prudence dans les diagnostics. L'intérêt d'un travail rapproché entre cliniciens psychiatres et généralistes est d'aider à repérer cette symptomatologie somatique et psychique largement entremêlée, et d'éviter de passer à côté d'une souffrance subjective globale et de perdre du temps dans la prise en charge ou d'y apporter des réponses trop rapides.

Il est essentiel d'avoir en tête l'importance, dans nombre de cultures, du corps comme vecteur de la plainte et de l'appel au secours. La fatigue, la tête qui serre, le cœur qui s'emballe, les plaintes gynécologiques, les douleurs diffuses, les insomnies rebelles, les démangeaisons sont, par exemple, autant de symptômes que les médecins généralistes rencontrent au quotidien dans les Pass. Bien sûr ces plaintes

nécessitent un examen clinique et un bilan médical général – et spécialisé si besoin – à la recherche d'une étiologie organique. C'est lorsque le bilan est normal, avec une plainte qui continue à s'exprimer, voire se majore, chez le patient que l'avis du psychiatre prend tout son intérêt.

Il s'agit alors de faire comprendre au patient qu'un bilan somatique négatif ne veut pas dire que sa souffrance d'être humain est niée. Il faut lui offrir un cadre thérapeutique permettant d'établir un dialogue autour de cette souffrance. Ce dialogue peut s'établir avec le généraliste, le psychologue et ou le psychiatre, selon les possibilités de la structure d'accueil – peu de structures médicales, peu de Pass accueillant des patients migrants ont sur place des psychiatres et, en leur absence, elles doivent faire appel à des centres spécialisés en psychiatrie souvent débordés, avec des listes d'attente très longues, alors qu'il faut réagir assez vite, avant que les symptômes, physiques comme psychiques, ne s'enkystent chez le patient.

Donnons ici les contours de ce que pourrait être un cadre thérapeutique de ce premier entretien d'évaluation de souffrance psychique grave et ou de symptomatologie psychiatrique, après un bilan somatique normal, chez un patient migrant nouvellement arrivé.

1. Pouvoir assurer un vrai échange à l'aide d'un interprète – en évitant les traducteurs familiaux qui peuvent être trop impliqués.
2. La réassurance : « Vos examens médicaux sont bons, vous n'avez pas de maladie », mais vous souffrez.
3. Évaluation : « Vous ne vous sentez pas bien, nous allons essayer de comprendre et de vous aider. » Recherche de symptômes de dépression, d'anxiété, de syndrome post-traumatique, évaluation du mode de vie passé et actuel, conditions d'hébergement, etc.
4. Donner à cet entretien une durée suffisante, sans pour autant questionner de manière trop intrusive le patient sur les épisodes traumatiques, au risque de la réactivation des symptômes.
5. Proposer en fin d'entretien un projet

de suivi en fonction des possibilités de la structure d'accueil et de ses réseaux :

- ◆ suivi psychiatrique avec prescription médicamenteuse et engagement d'une relation psychothérapeutique sur place ;
- ◆ suivi par le médecin généraliste et le psychologue avec prescription du généraliste et entretiens psychologues réguliers, sur place ;
- ◆ adresse à un centre spécialisé psychiatrique dès qu'existe un risque de détérioration ou d'aggravation.
- Ce qui rend les personnes migrantes particulièrement sensibles aux plaintes somatiques et aux vulnérabilités psychiques est renforcé, chez nombre d'entre elles, par l'incertitude d'un avenir en proie à des logiques administratives européennes complexes, occasionnant parfois plusieurs années d'errance d'un pays à l'autre. Ces conditions de précarité extrême présentent un haut risque de décompensation psychiatrique et/ou médicale.

● Un lieu d'accueil et une écoute spécifique doivent être proposés. C'est ce que propose la Pass de l'hôpital Saint-Louis, grâce au travail d'accueil des infirmières, qui, par la qualité de leur présence et leur disponibilité, créent les conditions de prise en charge somatique et psychique de base. Les plus invisibles d'entre les humains sont souvent aussi les plus vulnérables, et n'osent plus demander de l'aide : la plainte corporelle peut être alors être le seul signe d'appel d'une souffrance bien plus grande. Il est important de former les externes et internes à cette symptomatologie de l'insécurité profonde, qui peut prendre mille facettes – et permettre aussi de redonner au métier de soignant tout son sens : la souffrance humaine n'est pas réservée aux oreilles des seuls psys.

Aussi pourrait-on remettre en place des groupes de supervision, voire des groupes Balint, entre soignants confrontés à ces situations de séméiologie mixte, à la jonction entre le somatique et le psychique. Cette intrication souffrance psychique/douleur physique est finalement le propre de la condition humaine et les patients migrants nous l'enseignent avec une acuité certaine, à leur corps défendant. 🟡

Sylvie Zucca

Psychiatre
vacataire Pass
Saint-Louis,
médecin auprès
de l'Ofii

Auteure de *Je vous salue ma rue : clinique de la desocialisation*, Stock, 2007. Coauteure de *Chère anorexie*, film documentaire, Arte, 2016.



des projets, entravés par des cognitions à thèmes de culpabilité ou de dévalorisation.

La présence des manifestations répertoriées ci-dessus n'est pas suffisante. Un diagnostic ne peut être porté que si les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Interventions fondées sur des éléments probants

Des informations sur les interventions préventives et curatives pour le trouble stress post-traumatique peuvent être trouvées dans l'espace francophone sur le site de l'Association de langue française pour l'étude du stress et du trauma (<http://www.alfest-trauma.com>). Des recommandations internationales ont été publiées récemment par l'International Society for Traumatic Stress Studies², le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) au Royaume-Uni (www.nice.org.uk/guidance/ng116), et conjointement par l'administration des vétérans et le ministère de la Défense aux États-Unis³. Ces dernières recommandations sont celles qui sont le plus élaborées et exhaustives.

Les interventions qui sont étayées par un niveau de preuve élevé sont, en premier lieu, des psychothérapies centrées sur le traumatisme. La focalisation sur le traumatisme est un élément central du processus thérapeutique. Des techniques cognitivo-comportementales doivent entraîner une extinction, permettant que des indices rappelant le traumatisme cessent de déclencher des symptômes. Ces psychothérapies reposent sur un manuel et impliquent le plus souvent huit à seize séances avec des combinaisons variées des techniques de base : exposition à des images ou des souvenirs traumatiques par le biais d'une exposition narrative ou imaginaire, exposition à des indices évités ou déclencheurs *in vivo* ou par la visualisation, et techniques de restructuration cognitive axées sur l'amélioration de la compréhension et la modification des schémas cognitifs faussés découlant des expériences traumatiques.

Les psychothérapies axées sur les traumatismes les mieux validées sont l'exposition prolongée (PE, *prolonged exposure*), la thérapie du processus cognitif (CPT, *cognitive processing therapy*), l'EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*) et la thérapie par exposition narrative (NET, *narrative exposure therapy*). Ces interventions ont été testées dans de nombreux essais cliniques, chez des patients ayant des présentations complexes et des comorbidités, par rapport à des conditions de contrôle actif, avec un suivi à long terme. Elles ont aussi été confirmées par des équipes de recherche autres que les développeurs

initiaux. Les diverses psychothérapies diffèrent dans l'utilisation et la mise en œuvre des techniques de base focalisées sur le traumatisme. Par exemple, l'exposition prolongée (PE) met l'accent sur l'exposition imaginaire en racontant à haute voix et de manière répétée le récit du traumatisme (souvent au présent, les yeux fermés, renforcé par la demande d'écouter un enregistrement audio de la narration entre les séances de traitement). Cela est combiné avec une exposition *in vivo* et un traitement émotionnel de l'expérience narrative.

La thérapie du processus cognitif (CPT), et d'autres thérapies cognitives axées sur le traumatisme, mettent l'accent sur la restructuration cognitive par le dialogue socratique pour examiner les croyances problématiques, les émotions et les évaluations négatives découlant de l'événement, telles que l'autoaccusation ou la méfiance. L'EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*) incorpore l'exposition imaginaire par la narration et la visualisation pour traiter les pires images, émotions et cognitions négatives associées au traumatisme, ainsi qu'une réévaluation cognitive plus saine, avec des mouvements oculaires bilatéraux destinés à créer un état de conscience facilitant le traitement cognitif et la relaxation. La thérapie par exposition narrative (NET) repose sur l'exposition imaginaire par un processus structuré de narration orale de la vie qui aide les patients à intégrer et à trouver un sens à de multiples expériences traumatisantes tout au long de leur existence.

Des inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine comme la sertraline, la paroxétine ou la fluoxétine, ou un antidépresseur sérotoninergique et noradrénergique comme la venlafaxine, sont recommandés en monothérapie pour les patients souffrant de trouble stress post-traumatique qui choisissent de ne pas s'engager dans une psychothérapie centrée sur le traumatisme ou qui sont incapables d'y accéder. Les benzodiazépines en usage chronique ne sont pas conseillées dans le trouble stress post-traumatique.

À long terme, l'adaptation de la personne et son bien-être vont être influencés par des éléments tels que les conditions de précarité dans le nouvel environnement, les possibilités d'emploi, l'accès aux services, le soutien d'une famille étendue et des réseaux traditionnels, l'environnement culturel. Il ne faut pas négliger l'impact thérapeutique des méthodes de soin et de soutien propres à chaque culture, connues de la psychiatrie transculturelle [9].

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 61.

2. https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL-March-19-2019.pdf.aspx

3. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDPCG-Final012418.pdf>