

Dossier Soins et migrations

Le contenu de ce numéro d'*Intersens* est constitué d'extraits du livre de Charlemagne Simplicie Moukouta également intitulé *Soins et migrations*. Dans son introduction à l'ouvrage l'auteur indique : « Dans le contexte de l'interculturalité, le migrant fait face à une offre de soins dans un nouvel univers de vie. Pendant sa trajectoire thérapeutique, il se heurte souvent à d'énormes difficultés de compréhension avec les différents intervenants du fait, entre autres, des divergences entre les systèmes de représentation de soins ainsi que de la maladie. Comment donc aider les soignants à mieux prendre en charge les patients appartenant à d'autres univers culturels ? »

Silke Schauder précise, dans une préface au livre : « La réflexion sur la prise en charge de patients migrants est un enjeu de santé publique majeur et, au vu de l'actualité, d'une urgence vitale. Les grandes crises migratoires déclenchées par une multiplicité de facteurs intriqués – les conflits armés, la persécution politique, les catastrophes écologiques, la pauvreté, la famine, pour n'en nommer que quelques-uns – constituent un des plus grands défis de notre temps. La capacité de secourir et d'accueillir l'autre dans sa différence et le respect de ses origines relève non seulement de l'urgence, mais du devoir moral des soignants dont c'est la fonction première. Éthiquement indispensable, l'ajustement des dispositifs de soins aux besoins spécifiques des patients migrants devient crucial dès que l'on s'intéresse à la dynamique relationnelle soignant-soigné et à son efficacité clinique. »

Des informations sur l'ouvrage et les auteurs figurent pages 5 et 8.

Les notes de bas de page et références bibliographiques des textes ne sont pas ici reprises par souci d'économie de place et de lisibilité. De même les intertitres ont été revus.

Vous voulez participer à cette revue, réagir à un article, nous proposer une contribution, n'hésitez pas à nous contacter ! (nos coordonnées en page 3)

Sommaire

Dossier Soins et migrations

- Les médecines : quelles ressources face à l'altérité ? 2
- Singularités et spécificités de l'itinéraire thérapeutique du sujet africain en cas d'événement pathologique ou d'un traumatisme désorganisateur 3
- Singularités et difficultés dans le soin aux migrants 4
- Les auteurs 5
- Clinique de la honte chez des patients migrants alcooliques vus en cure de sevrage 6
- Enjeux de la prise en charge du deuil pathologique dans le contexte migratoire chez le sujet togolais : aspects culturel et psychopathologique 7



LES MÉDECINES : QUELLES RESSOURCES FACE À L'ALTERITÉ ?

Charles Lindor M'Béri, Charlemagne Simplic Moukouta

Qu'implique donc soigner l'humain ? Autrement, quelle alternative dans la prise en charge de l'autre ? Sachant que cet autre peut être un autre moi-même, *alter ego*, ou un autre radicalement différent c'est-à-dire un *alter*. Il n'en demeure pas moins que cet autre *alter* ou *alter ego* reste totalement humain. C'est à cette complexité de l'altérité qu'il y a lieu de faire véritablement face. Il est fort compréhensible que cette complexité puisse rebuter. Tant le sondage de l'altérité appelle inévitablement un coût supplémentaire aussi bien dans le temps présent de l'entretien-consultation pré-diagnostic mais plus encore dans le temps passé à la formation des futurs soignants. Il ne s'agit naturellement pas de former des experts en sciences humaines et sociales – psychologues, anthropologues, sociologues, etc. – dont les parcours de formation spécifiques existent depuis fort longtemps. Il s'agit plus de consolider, développer voire systématiser, ce qui a été amorcé dès les années 70 dans les pays d'Amérique du Nord (Canada, États-Unis) puis de façon balbutiante encore une à deux décennies après dans les pays de l'Europe du Nord (Suède, Norvège) et ensuite en Europe centrale (France, Angleterre), à savoir l'initiation aux sciences humaines et sociales dans les parcours de formation médicale, paramédicale et d'autres pratiques soignantes comme les soins infirmiers, par exemple.

La particularité de la relation d'altérité soignant-soigné ou médecin-patient, ce qui fait en même

temps sa complexité, est qu'elle se déroule ou devrait se dérouler à chaque fois dans une singularité sans cesse renouvelée c'est-à-dire dans un espace et un temps fixés sans échapper totalement aux contraintes des données méta-temporospatiales sociales et culturelles. La relation soignant-soigné est une relation intersubjective, relation entre un sujet humain total et un autre sujet humain total (*alter* ou *alter ego*), s'incarnant dans un lieu socialement et culturellement connoté et une temporalité aussi inscrite socialement et culturellement.

[...]

En plus de ce qui précède, il y a lieu de souscrire à la proposition de Tremblay consistant à changer de point de vue dans la manière d'aborder la problématique de la santé. Il propose dorénavant d'adopter la perspective systémique. Cette approche, selon lui, « fait éclater le modèle biomédical de la médecine occidentale afin d'y introduire les facteurs environnementaux de l'écosystème, les éléments reliés à la personnalité (perceptions, besoins, motivations, attitudes, aspirations, expériences, représentations) ainsi que ceux associés aux patrons culturels, aux modes de vie et aux visions du monde ». Le but de la démarche étant d'atteindre l'idéal d'une prise en charge totale en accordant une importance première à l'identification de facteurs et d'éléments permettant une synthèse des savoirs scientifiques de l'humain en état de crise.

[...]

De plus les éléments, les facteurs ainsi identifiés et définis doivent être conçus comme liés par des relations d'interdépendance c'est-à-dire qu'ils forment l'écosystème dans lequel s'inscrit et évolue l'individu déterminant de fait son état de santé.

Partant, deux personnes formellement diagnostiquées comme porteuses du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ne sauraient être prises en charge strictement à l'identique. De toute évidence, la thérapeutique à mettre en œuvre appelle à la prise en compte et l'intégration de plusieurs facteurs. Selon qu'on soit un homme ou une femme, un jeune ou une personne âgée. En fonction de l'appartenance à une catégorie sociale

et/ou professionnelle (ouvrier ou cadre), de son origine (africaine, asiatique ou européenne), de son appartenance religieuse (catholique, protestante, musulmane...). Le cadre institutionnel, selon son prestige, est aussi un facteur qui peut influencer l'appréhension de la maladie par le patient. De ce fait, la perception et l'attitude face à la maladie ne sauraient être identiques selon que la prise en charge ait lieu à Paris ou à la campagne, etc. Tous ces éléments sont autant de facteurs interagissants et déterminants par rapport à la qualité de la prise en charge. Il ne s'agit nullement de promouvoir un traitement inégalitaire sur la base de critères biologiques, psychologiques ou socioculturels. Il s'agit bien de ne pas considérer la santé et la maladie comme des problématiques de savoirs exclusivement rationnels et objectifs. Ce sont véritablement des phénomènes psycho-socio-culturels. La maladie et la santé revêtent un caractère éminemment subjectif. Leur perception a un caractère subjectif ; en effet, l'individu identifie et reconstruit « symboliquement » sa maladie ou son état de santé. En fonction de son histoire, sa culture et son expérience personnelle, il lui donne un sens qui dépasse les nosologies et les étiologies strictement médicales. Cette réinterprétation de la maladie ou de la santé donne lieu à des représentations individuelles marquées par des visions socialement partagées du monde ou des modèles culturels collectifs. L'individu socialise donc sa maladie et la vit différemment des autres. Les caractéristiques bio-psycho-sociales de l'individu orientent les représentations de la santé et de la maladie d'une personne ou d'un groupe qui à leur tour peuvent influencer sa participation aux soins et *in fine* son processus de guérison. Elles ont donc un réel impact sur les choix thérapeutiques opérés et leur adhésion. C'est en cela que l'apport de la psychologie interculturelle paraît à plus d'égards très innovant car elle prend en compte ces aspects pour en faire de véritables leviers d'une prise en charge efficiente, en sus d'explorer l'effet dynamique des processus psychologiques mis en œuvre dans la relation soignant-soigné.

[...]

De même, le suisse Jean Starobinski, historien de la médecine, écrivait pour sa part : « Une médecine vraiment complète ne se borne pas à cet aspect technique ; s'il accomplit pleinement son métier, le médecin établit avec son patient une relation qui satisfera les besoins affectifs de ce dernier. L'acte médical comporte donc un double aspect : d'une part les problèmes du corps et de la maladie font l'objet d'une connaissance qui n'est pas différente de celle que nous prenons du reste de la nature – et l'organisme du patient est alors considéré comme une "chose" vivante capable de réagir conformément à des lois générales ; d'autre part, le rapport thérapeutique s'établit entre deux personnes, dans le contexte d'une histoire personnelle – et la médecine devient alors cette fois un art du dialogue, où le patient s'offre comme un interlocuteur et comme une conscience alarmée ».



SINGULARITÉS ET SPÉCIFICITÉS DE L'ITINÉRAIRE THÉRAPEUTIQUE DU SUJET AFRICAIN EN CAS D'ÉVÉNEMENT PATHOLOGIQUE OU D'UN TRAUMATISME DÉSORGANISATEUR

Daniel Mbassa Menick

Dans ce texte, nous voulons montrer que lors d'un événement pathologique ou d'un traumatisme désorganisateur, le sujet africain en quête de soins a souvent consciemment ou non une démarche interthérapeutique qui dérouté et agace parfois les observateurs non avertis. Il laisse même le sentiment à l'observateur qu'il erre ou plutôt qu'il se « soigne en rond ». Cette mosaïque de recours thérapeutiques, loin d'être une errance, vectorise plutôt un itinéraire de reconstruction identitaire au cours duquel aucune étape n'est à négliger quel que soit le registre choisi : traditionnel, institutionnel ou confessionnel. Nous allons aborder la question en comparant son comportement ou son attitude face à la maladie en Afrique et en Occident, ceci, afin de donner aux intervenants quelques clés pour la compréhension de cette démarche souvent déroutante.

[...]

Mentionnons d'abord qu'en Afrique, le malade est toujours accompagné même en hospitalisation et sa prise en charge est collective avec une grande tolérance du malade mental. Il y a une conception globalisante de la santé chez l'Africain : corps, âme, esprit, ancêtres, surnaturel... d'où l'approche holistique qui en découle. C'est une particularité des sociétés collectives. Une particularité qui le pousse inconsciemment ou non vers l'offre de soins confessionnelle et traditionnelle à fonctionnement groupal qu'il n'a pas à l'hôpital.

Quelles difficultés rencontre-t-il dans le parcours de soins en Occident ? La présence de la famille n'est pas autorisée en dehors des heures de visite (pas de garde-malade) ; la prise en charge est individualisée au nom de l'éthique et du secret médical. Les repas extérieurs ne sont pas admis. À cela s'ajoutent des difficultés linguistiques, car même si le sujet africain parle la langue du pays d'accueil, il y a des mots en sa langue qui n'ont pas d'équivalent en français.

Ceci limite ses possibilités d'exprimer clairement son vécu. Plus grave encore, la difficulté de faire accepter son modèle explicatif et le système de sens y afférent. Tout ceci lui laisse un amer sentiment d'incompréhension, de solitude et/ou de rejet, celui d'être écrasé par la toute puissante machine de l'institution médicale occidentale. Non seulement le cadre législatif est rigoureux et strict, mais l'hôpital ne lui offre que la recherche d'une causalité et non celle d'un sens.

Fort de ce qui précède, l'itinéraire des soins est généralement une mosaïque de recours thérapeutiques entre le système du pays d'accueil et le système du pays d'origine. En Occident, les familles migrantes ont d'abord spontanément recours au système du pays d'accueil et le premier système de sens lui est également rattaché. Cette démarche s'inscrit généralement dans le cadre de la recherche d'une étiologie, car les sujets africains savent que le médecin agit plutôt au niveau du mal. C'est l'approche institutionnelle. Seulement, ils se rendent souvent compte que les entretiens médicaux (psychothérapeutiques) les engagent plutôt dans un travail de rétrospection, c'est-à-dire une recherche de sens orientée vers le passé, d'où peut ressortir l'idée qu'il y aurait des éléments du passé qui pourraient justifier la survenue de leur maladie. Cette reconstruction médicale du passé basée sur les antécédents se fonde étonnamment sur les systèmes de sens traditionnels concernant, le plus souvent, soit l'hypothèse étiologique du *djinn* ou des *rabs*, soit celle d'un sort (sorcellerie, maraboutage, envie, mauvais œil, malchance...). Soit déçus par l'aide qui leur est proposée dans le système du pays d'accueil, soit encouragés par certains services qui ont une approche interculturelle, par leur famille ou enfin, convaincus que les soins traditionnels doivent compléter les soins hospitaliers, certains immigrants entreprennent un pèlerinage au pays natal. Les vacances au pays natal sont parfois

fondées sur la réconciliation avec le pôle de l'ancestralité. C'est l'approche traditionnelle ou culturelle. À défaut d'obtenir une guérison, ils retrouvent au moins leur cohérence culturelle interne parce que les rituels et/ou les soins sont administrés dans un espace thérapeutique hautement symbolique, difficile à reconstituer dans un contexte occidental.

[...]

À l'inverse, face à l'intrusion de la maladie et devant un traumatisme désorganisateur, les familles africaines en Afrique optent d'abord et presque toujours pour le système de soins et de sens traditionnel (guérisseurs, marabouts, groupes de prières, exorcisme...) pour les maladies indigènes et ce n'est que lorsque la guérison tarde à venir, qu'ils vont alors en désespoir de cause essayer autre chose. Souvent ils viennent à l'hôpital en dernier ressort après avoir épuisé tous les recours traditionnels possibles. Même quand ils viennent consulter le psychiatre ou le médecin, l'histoire des soins montre de manière éclatante qu'ils retournent souvent chez le guérisseur sans en informer le premier, disqualifiant ou mettant en échec le psychiatre ou le médecin. Ce départ chez un autre thérapeute (fut-il institutionnel, confessionnel ou traditionnel) n'exclut pas un retour chez le psychiatre ou le médecin suivi d'une autre rupture. Ces allées et venues thérapeutiques connues sous le label d'errance thérapeutique ont été qualifiées de « soins en rond » par Mboussou. Pour cet auteur, il s'agit de ruptures successives de soins ou de thérapies interminables qui résument le parcours thérapeutique de la majorité de la clientèle africaine en santé mentale, en quête d'un idéal thérapeutique ou mieux, d'un thérapeute idéal. Ainsi, au lieu de tourner en rond, les Africains se soignent en rond. En effet, aujourd'hui en Afrique noire, la grande tendance consiste à s'orienter vers la religiosité thérapeutique comme une nouvelle forme d'assistance médicale ou psychiatrique.

INTERSENS – villes et territoires, diversités et égalités en Picardie – est édité par l'EPI diversités et migrations en Hauts-de-France et la Licorne.

EPI : 21 rue de Sully, espace 22, 80000 Amiens. Tél. 03 22 91 92 38.

Fax 09 82 63 44 26. epi.crdm@gmail.com - www.epi-diversites-migrations.com

Licorne : 10 rue Victor-Duvauchelle, 80000 Amiens. Tél. 03 22 91 55 24.

editions.licorne@wanadoo.fr

Ont collaboré à ce numéro : Soizic Cayer, Anne Dechoz, Maria-Isabel Dos Santos, Alain Merckaert, Nelly Salé.

Merci aux auteurs des articles.

Photos :

p. 1, 2, 5, 8 : Anne Dechoz/Licorne ;

p. 4 Pixabay ;

p. 6 et 7 : Alain Merckaert/Licorne.

Directeurs de publication : Maria-Isabel Dos Santos, Alain Merckaert.

Impression : Imprimerie moderne de Bayeux.

Trimestriel. Dépôt légal à parution.

ISSN : 2101-910x

Réalisé avec le soutien de la préfecture de la région Hauts-de-France/SGAR, du Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET)/direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale des Hauts-de-France (DRJSCS).



SINGULARITÉS ET DIFFICULTÉS DANS LE SOIN AUX MIGRANTS

Laurence Le Page

La France est traditionnellement un pays d'accueil avec des vagues successives de migrants depuis le milieu du XIX^e siècle, pour faire face, notamment, aux besoins de main-d'œuvre. Dans les années soixante-dix, avec les premières crises pétrolières, il y eut des restrictions et des modifications des flux migratoires. Cependant dès 1993, des mesures en faveur des populations précaires ont été inscrites dans le code de santé publique (CSP). Puis, la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 a permis la création des permanen-

Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) : différents fonctionnements

Une étude réalisée en 2008 (« Analyse du profil socio-démographique et médical des patients de 5 permanences d'accès aux soins de santé parisiennes ») montrait que sur les 351 PASS existantes, plus de 50 % ne fonctionnaient qu'avec une assistante sociale. Inversement il existe des PASS regroupant dans des locaux dédiés une équipe médicale et paramédicale en

sultation de ce type se fait par l'intermédiaire d'un travailleur social et ne concerne que des personnes qui ne bénéficient d'aucune couverture sociale. De ce fait, au regard de ce qui a été mentionné *supra*, elle ne concerne de manière quasi exclusive que les nouveaux migrants, arrivés depuis moins de trois mois sur le territoire français. Il ne s'agit donc pas d'une consultation précarité, comme cela existe dans d'autres PASS. Le patient relevant de la PASS peut soit être admis directement aux urgences si son état de santé l'exige, soit, pour les patients relevant d'une consultation de médecine de ville, être orienté en consultation de médecine interne avec un rendez-vous fixé dans la semaine courante. Au terme de cette consultation si le patient nécessite un traitement médicamenteux, nous pouvons dispenser les médicaments par l'intermédiaire de la pharmacie hospitalière. Il convient de souligner également que, lors de cette consultation, nous ne délivrons pas les certificats médicaux nécessaires à la constitution des dossiers de demande d'asile, ceux-ci étant rédigés par le service de médecine légale du CHU, puisqu'il s'agit de constater des lésions et des sequelles et non de traiter une affection.

Or il faut garder à l'esprit que toute consultation médicale s'inscrit dans une relation duelle médecin-patient basée sur la confiance réciproque entre les deux protagonistes, dans ce qu'il est convenu d'appeler un colloque singulier. Le cœur de la consultation médicale repose donc sur la notion d'interrogatoire par le médecin sur la symptomatologie du malade. Une douleur devra être définie le plus précisément possible pour essayer d'en connaître les modalités d'apparition, les facteurs déclenchants, aggravants, son intensité, son type (brûlure, picotement, lancement...). La qualité de cet interrogatoire permettra de prescrire les examens complémentaires les plus efficaces et de poser rapidement un diagnostic.

Difficultés de communication

Face aux patients rencontrés lors des consultations PASS du CHU, essentiellement nouveaux migrants, qu'en est-il lorsque le dialogue est impossible ? Chaque type d'interprète que nous pourrions solliciter présente des avantages mais soulève également des difficultés.

Parfois, la première personne ressource en matière d'interprétariat est un membre de la famille ou de la communauté. Bien souvent, au sein de la famille, ce sont les enfants qui grâce à leur scolarisation apprennent le plus rapidement les rudiments de français et se retrouvent en situation d'interprète pour le compte de leurs familles. Ces personnes, qui sont la plupart du temps de bonne volonté, vont nous permettre d'avancer dans le diagnostic notamment pour les situations d'urgence. Ainsi, en présence d'un patient présentant une douleur thoracique, le médecin pourra appréhender l'heure de début de la douleur, savoir s'il est tabagique, ou tout autre élément susceptible d'affiner le diagnostic. Néanmoins, se pose rapidement avec ce type d'in-



ces d'accès aux soins de santé (PASS). Enfin, depuis 1999, la loi n° 99-641 garantit à tous les résidents de plus de trois mois, français ou étrangers en possession d'un titre de séjour, une prise en charge par un service de sécurité sociale de la part obligatoire, « couverture maladie universelle de base » (CMUB). Pour les plus démunis, une couverture complémentaire (CMUC) est envisageable. Enfin, les résidents depuis plus de trois mois sans titre de séjour bénéficient de l'aide médicale de l'État (AME).

Pour mieux comprendre les difficultés dans le soin aux migrants, nous aborderons d'une part les différents types de PASS et plus spécifiquement le fonctionnement de la PASS du CHU d'Amiens afin de bien cerner la typologie des patients que nous sommes amenés à prendre en charge, puis les problèmes de communication avec les migrants et nous terminerons par les singularités en matière de prévention.

plus des travailleurs sociaux. Il s'agit d'une offre de soin en consultation précarité. Une étude sur 581 patients, dans cinq PASS parisiennes en une semaine en 2008 avait permis de dresser un profil des patients qui fréquentaient cette consultation précarité :

- environ 80 % étaient des étrangers dont seulement 7,5 % étaient en France depuis moins de trois mois ;
- un peu plus de 38 % d'entre eux bénéficiaient du régime général de la sécurité sociale ;
- 21 % disposaient de l'aide médicale de l'État ;
- 16,9 % bénéficiaient de la couverture maladie universelle de base ;
- seulement 17,2 % ne bénéficiaient d'aucune couverture sociale.

Plus de la moitié des patients étaient suivis pour une maladie chronique ce qui montrait bien les effets négatifs de la précarité sur la santé.

La PASS du CHU d'Amiens fonctionne très différemment puisque l'orientation sur une con-

terprète la question du secret médical. Comment aborder dans ces conditions la notion de risque par rapport au VIH par exemple ?

Nous disposons également de listes de traducteurs disponibles au sein de l'établissement qui correspondent à des personnes travaillant au sein du CHU et maîtrisant une langue étrangère. Ces personnes ressources sont très utiles notamment pour les migrants hospitalisés car elles permettent de rassurer le patient, égaré dans un système de soin qui lui est étranger et qui ne comprend pas l'enchaînement des événements. Par contre en consultation, il est rare que ces personnes soient disponibles à l'heure précise de l'examen.

Il existe également des traducteurs agréés, joignables par téléphone. Cependant, l'emploi de cette catégorie d'intervenant brise le colloque singulier entre le patient et son médecin.

Finalement les outils informatiques (« Google traduction », « Reverso » et autres systèmes de traduction instantanée), même s'ils demeurent souvent imparfaits, permettent de préserver la relation duelle médecin-patient et valorisent la bonne volonté réciproque des deux protagonistes pour essayer de se comprendre, de communiquer. Toutefois, cela nécessite de prendre le temps... beaucoup de temps...

De même cette difficulté de compréhension entre le patient et son médecin peut être source d'erreur.

[...]

À l'autre bout de la chaîne : la prévention

En matière de prévention il existe de fortes disparités en fonction des continents. Les données de l'OMS de 2013 montrent ainsi une incidence croissante du cancer du col de l'utérus en Afrique subsaharienne avec une incidence de 34,8/100000 femmes et une mortalité de 22,5/100000 contre une incidence de 6,6/100000 femmes et une mortalité de 2,5/100000 en Amérique du Nord, du fait de la carence des dispositifs de dépistage. Cette différence en matière de prévention se retrouve aussi pour les migrants arrivés en France comme le montre une étude INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) de 2010. Les auteurs ont étudié « l'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction des caractéristiques migratoires chez les femmes de l'agglomération parisienne en 2010 ». Ils ont mis en évidence que si 91,2 % des femmes de plus de 25 ans avaient eu au moins un frottis cervico-vaginal dans leur vie, les femmes de nationalité étrangère avaient cinq fois plus de risques de n'avoir jamais été dépistées. Cependant la proportion de temps passé en France faisait décroître le risque de non-dépistage pour les femmes étrangères. Cette inégalité de dépistage en matière de frottis cervico-vaginal ne se retrouve pas pour le cancer du sein ce qui suggère l'implication de facteurs psychosociaux et culturels.

Par ailleurs en matière de prévention, de nombreux éléments dépendent du contrôle alimentaire. Il convient de lier l'importance du facteur indice de masse corporelle dans un grand nombre de pathologies avec la préoccupation actuelle quant au surpoids, à la réduction des graisses, à l'intérêt d'introduire fruits et légumes dans les régimes alimentaires. Il est toujours extrêmement difficile de faire évoluer les habitudes alimentaires. Or, l'alimentation traditionnelle est un élément de l'identité culturelle des migrants, un rattachement à la communauté et au pays d'origine. Ainsi, la prévention pour ces populations est obérée par la méconnaissance des professionnels de santé quant aux modes d'alimentation non occidentaux, ce qui ne nous permet pas d'adapter notre discours de prévention par l'adoption de bonnes pratiques.



LES AUTEURS

Coordination de l'ouvrage

Charlemagne Simplic MOUKOUTA

Docteur en psychopathologie et psychologie clinique, maître de conférences à l'université de Picardie Jules-Verne. Il exerce dans l'unité de psychogériatrie du centre hospitalier Philippe-Pinel à Amiens. Il est également formateur à l'institut de formation en soins infirmiers d'Amiens et à l'École nationale de la magistrature (Paris et Bordeaux). Auteur de nombreux articles, il a publié plusieurs ouvrages dans les domaines de la psychiatrie, de la psychopathologie et de la psychologie interculturelle.

Moukouta C. S., *Maladie mentale : représentations, itinéraires thérapeutiques au Congo*, Paris, Éd. Paari, 2004.

Moukouta C. S., *Vieillesse et migration en France : approches psychopathologique et interculturelle*, Paris, L'Harmattan, 2010.

Moukouta C. S., *Ma grand-mère avait raison*, Paris, Jets d'encre, 2013.

Moukouta C. S., *Le cancer : plaidoyer pour une approche psychopathologique et interculturelle*, Paris, (édition en cours).

Contributions

Amal BERNOUSSI, docteur en psychopathologie, maître de conférences à l'université de Picardie Jules-Verne

Marianne DAILLY, médecin-psychogériatre, service de psychogériatrie, centre hospitalier Philippe-Pinel, Amiens

Hélène DELIGNE, médecin-psychiatre, service de psychogériatrie, centre hospitalier Philippe-Pinel, Amiens

Kossigan KOKOU-KPOLOU, doctorant en psychologie sociale à l'université de Picardie Jules-Verne, rattaché au Centre universitaire des recherches sur l'action publique et le politique – épistémologie et sciences sociales, psychologue clinicien et de la santé au Togo

Abel KOUVOUAMA, professeur des universités, directeur de l'UFR, université de Pau et des Pays de l'Adour

Laurence LE PAGE, médecin de prévention pour les centres d'examen de santé de la caisse primaire d'assurance maladie, praticien hospitalier en médecine interne, référent PASS (permanence d'accès aux soins de santé)

Joanic MASSON, docteur en psychopathologie clinique, maître de conférences à l'université de Picardie Jules-Verne

Daniel MBASSA MENICK, psychiatre et pédopsychiatre, psychocriminologue-victimologue, praticien hospitalier au pôle 93G15 de psychiatrie adulte du Dr Didier Boillet, établissement public de santé mentale de Ville-Évrard, ancien chef de service de psychiatrie à l'hôpital Jamot, hôpitaux universitaires de Yaoundé, Cameroun

Charles Lindor M'BÉRI, docteur en psychologie sociale, chargé d'enseignements à l'institut de formation en soins infirmiers, centre hospitalier Philippe-Pinel, Amiens, conseiller d'orientation psychologue, membre de l'association pour la Santé mentale des immigrants et des personnes âgées

Silke SCHAUDER, professeure de psychologie clinique et psychopathologie à l'université de Picardie Jules-Verne, psychologue clinicienne, art-thérapeute

Fayek SOLTANI, médecin-psychiatre, centre hospitalier Philippe-Pinel, Amiens

François THOMAS, psychologue clinicien, service de néphrologie, hémodialyse, transplantation et réanimation médicale, centre hospitalier universitaire d'Amiens

Laurent VALOT, docteur en psychopathologie, psychologue clinicien, addictologue, centre d'alcoologie SESAME, centre hospitalier Philippe-Pinel, Amiens, membre du Centre de recherche en psychologie (EA 7223), université de Picardie Jules-Verne

CLINIQUE DE LA HONTE CHEZ DES PATIENTS MIGRANTS ALCOOLIQUES VUS EN CURE DE SEVRAGE

Laurent Valot

Brèves considérations psychopathologiques sur les sujets migrants demeurant en France

La psychopathologie des sujets issus de l'immigration est rapportée le plus souvent à la pathologie dite d'adaptation. Cette pathologie recouvre tous les désordres psychiques liés à la condition d'immigré face à son nouveau cadre de vie. Le sujet migrant se trouve le plus souvent obligé d'accepter des contraintes, source de tensions permanentes qui le placent dans une situation conflictuelle qui dure jusqu'à la décompensation. Les facteurs qui conduisent aux troubles psychiques sont variés et souvent intriqués. Il s'agit en majorité de facteurs psychosociaux tels que le statut temporaire du migrant, la durée de résidence sur le territoire, la méconnaissance ou la faible maîtrise de la langue française, les difficultés de compréhension du fonctionnement du pays d'accueil, les discriminations, les conditions précaires de logement, les problèmes liés à la formation ou au travail (chômage, emploi précaire, accidents du travail), les faibles revenus, l'isolement familial, la vie sociale et les modes culturels différents. À ces facteurs, il faut ajouter les composantes personnelles des sujets, telles que l'épreuve de la solitude, la nostalgie du pays d'origine et l'ambivalence pour retourner dans son pays. La pathologie psychique des sujets issus de l'immigration prend la forme le plus souvent de plaintes somatiques persistantes et invalidantes (maux de tête, insomnie, mal au ventre...). Les autres modes de décompensation se caractérisent par des troubles psychotiques, des syndromes psycho-traumatiques, des complications anxio-dépressives, un tableau d'effondrement narcissique, des tentatives de suicide et des conduites addictives.

Dans le champ des addictions, l'alcoolisme de l'immigré résidant en France et de ses enfants est un phénomène indiscutable, mais qui demeure « tabou » et insuffisamment documenté. Le schéma trivarié cher au psychiatre Olievenstein selon lequel la personne addictée aux substances psychoactives (alcool, drogues...) se caractérise par la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un environnement socioculturel a toute son importance ici. Pour ce qui nous intéresse, le sujet migrant oublie ses soucis en tout genre en buvant le psychotrope alcool. Les situations traumatisantes deviennent plus supportables, de même que la perte d'appartenance à une communauté, l'éloignement des siens.

En nous inspirant des travaux de Roussel et de Moussaoui, nous pouvons dire que l'alcoolisation varie selon les ethnies, plus particulièrement celles d'Afrique du Nord, d'Afrique noire et de l'Europe du Sud. Les travaux portant sur la psychopathologie et l'intégration sociale des migrants originaires d'Europe du Nord et de l'Est en France sont plus rares.

Pour un grand nombre de sujets originaires du Maghreb, la consommation des boissons alcoolisées est un comportement acquis au cours du séjour en France, de manière plus ou moins précoce. La durée de séjour et le déracinement sont des facteurs de risque majeurs d'alcoolisation chronique. Les migrants adoptent les valeurs françaises de boire de l'alcool, tout en gardant ou non un attachement aux traditions de leur pays (pratique du ramadan).

Parmi les Européens, les immigrés italiens, polonais, espagnols ou portugais rencontrent en France une société relativement proche de leurs modèles socioculturels. L'alcoolisation tient une place dans leur vie quotidienne (repas) et lors des célébrations festives. L'alcoolisme est plus marqué dans la population migrante masculine d'origine espagnole. Dans la communauté des Polonais, Devarenne-Megas rapporte la présence de perturbations alcooliques, dont des psychoses alcooliques chez les hommes.

Pour les Africains, la rupture avec les traditions du pays d'origine est source de tensions et d'un vécu dépressif lié au déracinement et d'alcoolisme chronique.

Selon Roussel, les personnes migrantes présentent deux types de conduites d'alcoolisation : l'alcoolisme paroxystique ou l'alcoolisation continue. Le premier type d'alcoolisation se retrouve chez les sujets migrants récemment arrivés et isolés, témoin d'un échec socioprofessionnel ou de difficultés d'adaptation. Les circonstances déclenchantes sont le chômage ou l'accident de travail. L'alcoolisation continue concerne les personnes immigrées installées en France depuis plus de dix ans. Elle relève d'un entraînement, surtout dans le milieu professionnel, avec une consommation sur les lieux de travail. Elle relève également d'un processus de socialisation, témoin d'une insertion progressive et critère de sociabilité dans une société française où l'alcool est éminemment présent : au café, chez les amis, dans les familles. Cette alcoolisation fait partie de la convivialité. Toutefois, ces conduites de consommation répétée et prolongée entraînent des dommages, notamment un retentissement sur le plan social et familial, et sont accompagnées d'un sentiment de culpabilité mêlé de honte. [...]

Caractéristiques de la population migrante à l'hôpital Philippe-Pinel

Le centre hospitalier Philippe-Pinel de la ville d'Amiens accueille des patients migrants étrangers souffrant de troubles mentaux. Lors des consultations, le personnel soignant s'efforce de prendre en compte les valeurs culturelles du patient étranger afin de saisir au mieux sa psychopathologie et de l'accompagner dans les soins. [...]

La population de sujets migrants hospitalisés pour des troubles addictifs à l'alcool dans une unité d'alcoologie, le SESAME – « service de soins et d'aides aux malades éthyliques » – du centre hospitalier Philippe-Pinel, est peu importante. Au cours des trois dernières années, elle représente environ 4 % du nombre de patients hospitalisés. Ce sont le plus souvent des hommes ; l'importance numérique du sexe masculin semble plus le reflet de la migration célibataire ou menacée de séparation. Les patients sont le plus fréquemment en arrêt de travail. Certains sujets ont été plusieurs fois admis à l'hôpital psychiatrique pour une courte période de sevrage (trois à cinq jours). [...]

Dans le détail des données d'hospitalisation des personnes migrantes au SESAME, les patients ont été majoritairement adressés par leur médecin traitant. Lors des entretiens avec le personnel soignant, les malades alcooliques déclarent une ancienneté de leur consommation d'alcool supérieure à dix ans. Leur alcoolisme concerne le plus souvent une dépendance à la bière et au vin. L'absorption d'alcools forts est le plus souvent citée par des consommateurs plus jeunes. Les apéritifs sont consommés par les femmes migrantes. Les sujets d'origine étrangère remontent leur début d'alcoolisation pathologique à la période de l'âge adulte en lien à leur séjour en France. Les périodes d'abstinence sont de courte durée, un an, après deux ou trois sevrages. Par ailleurs, dans le témoignage des patients, on note d'une part la méconnaissance des dangers de l'alcool, d'autre part les difficultés d'accéder aux soins. Enfin, le problème d'alcoolisation chez la femme immigrée existe, mais demeure clandestin, caché et culpabilisé.



ENJEUX DE LA PRISE EN CHARGE DU DEUIL PATHOLOGIQUE DANS LE CONTEXTE MIGRATOIRE CHEZ LE SUJET TOGOLAIS : ASPECTS CULTUREL ET PSYCHOPATHOLOGIQUE

Kossigan Kokou-Kpolou, Charlemagne Simplicie Moukouta, Daniel Mbassa Menick

[...] Dans ce contexte migratoire, la perte d'un être cher – dans le pays d'accueil ou dans le pays d'origine – est une réalité douloureuse qui réinvestit les traces mnésiques des pertes liées à la migration. La migration est en effet par définition une expérience de deuil, qui plus est, peut devenir une expérience de deuil redoublé : le deuil lié à la migration elle-même et le deuil d'un proche. Les stratégies d'ajustement du migrant à la perte, pris dans l'état d'un « entre-deux » culturel, peuvent devenir défaillantes, les ressources sociales limitées et le précipiter ainsi dans une décompensation psychopathologique. [...]

Dans le cas spécifique de la migration, l'élaboration d'un travail de synthèse de sa culture avec celle du pays d'accueil peut s'avérer difficile, et entraîner une « confusion identitaire ». Selon une étude sur les sujets migrants ghanéens aux Pays-Bas, Mazzucato Kabbi et Smith trouvent que les migrants sont souvent informés les premiers de la mort d'un proche dans le pays d'origine. Dans le cas de la mort d'un parent, suite à une maladie, ces sujets migrants le vivent comme une tragédie, avec beaucoup d'appréhension et d'inquiétude. Pour ceux dont l'intégration dans le pays d'accueil se fait avec difficulté pour des raisons administratives et qui sont dans l'impossibilité de se rendre aux funérailles de leur parent dans le pays d'origine, le chagrin lié au deuil est très intense. Pour surmonter la peine du deuil, les migrants qui n'ont pas pu voyager pour les funérailles organisent des « bricolages rituels ». Il s'agit en fait d'une pseudo-reconstitution de la cérémonie de séparation d'avec le défunt sans dépouille, à laquelle sont souvent conviés les

ressortissants de la communauté d'origine à l'étranger. Celle-ci est grossie par d'autres membres de la diaspora qui s'y joignent par solidarité pour dire des prières en la mémoire du défunt. Sans pour autant s'attarder sur les aspects psychopathologiques du deuil dans cette étude, les auteurs ont eu le mérite de souligner au passage comment quelques modalités des difficultés d'intégration dans le contexte migratoire sont associées à un vécu intense du deuil et à une modification des pratiques culturelles. [...]

L'une des singularités du deuil dans le contexte migratoire chez le sujet africain est le risque accru de l'absence des ressources culturelles favorisant l'élaboration du sens de la perte. En effet, dans les sociétés africaines, où traditions et pratiques religieuses demeurent prégnantes, l'attribution d'un sens social et collectif à l'expérience de la mort d'un proche à travers des rituels codifiés est non seulement une nécessité personnelle, mais plus encore un impératif social. Le deuil est concomitamment un deuil social et psychologique ; le deuil est « une affaire de communauté et de lien » (Fauré). En d'autres termes, le deuil est pris en charge par la communauté à travers un ensemble de dispositifs et de rituels (rituels de trépas, rituels funéraires et rituels de deuil) constituant une matrice du traitement, de la négociation du sens et de l'orientation de l'issue du deuil. « Les mouvements psychiques de deuil sont abrégés par le collectif et par les us et coutumes » (Romano et al.). À travers un dispositif cathartique complexe institutionnalisé servant de défenses collectives en parade à l'an-

goïse et au non-sens de la mort, les personnes en deuil – les deuilés – sont, étape après étape, accompagnées en vue de liquider la souffrance et la détresse liées au deuil. Certes, les rituels de deuil, sans toutefois contenir systématiquement le deuil psychique, lui servent de support important à travers des rites de passage sur fond des représentations collectives à la fois dramatisées et sublimées de la mort comme un phénomène inscrit dans une temporalité cyclique.

Aussi, lors des rituels funéraires, la présence des enfants et des proches du défunt est-elle un devoir de mémoire, de piété familiale, une sorte de contrat avec la mémoire collective de l'*ethnos*. Ce sont eux, les premiers deuilés, soutenus en effet par la communauté, qui préparent le voyage du défunt. Dans l'imaginaire collectif, la mort étant représentée comme un voyage parsemé d'embûches vers le monde d'En-haut, celui des ancêtres, c'est par le surfrage de leurs prières, privations et sacrifices qu'ils plébiscitent la pérégrination paisible de l'âme du défunt et assurent son ancestralisation s'il est mort d'une bonne mort. Les réunions familiales préfunéraires visent à régler les conflits intrafamiliaux, à faire la paix entre les enfants et les proches du défunt, et entre eux et le défunt. L'une des fonctions de ces rituels est la déculpabilisation. Les rituels d'adieu, de la maison funèbre qui est souvent la maison du défunt jusqu'au cimetière appelé « dernière demeure », sont marqués par l'expression codifiée des émotions, des pleurs, des cris qui sont tolérés et encouragés.

En somme, les rituels de deuil sont une prescription informelle d'un modèle de conduites à tenir ; leur observance s'accompagne de gratification symbolique en termes de reconnaissance et de manifestation de soutien émotionnel et social. Toute l'orchestration des rituels se joue sur le plan symbolique et imaginaire, où la réalité de la perte est déplacée dans un souci collectif de transcender le sentiment de néantisation du non-sens de la mort, de purifier les pulsions de mort et de liquider les affects du deuil.

En raison du démaillage culturel et de la perte des repères symboliques inhérents au contexte de l'immigration, l'élaboration collective et symbolique de la perte peut être frappée de blanc. « Les endeuillés en migrations voient leur souffrance se découpler. Ils sont contraints, seuls, de faire le travail de séparation avec le défunt. Travail, qui culturellement est une œuvre collective. Le migrant est ainsi amené à faire le deuil du mort, sans les ressources culturelles qui permettent ce deuil. Cette situation est une injonction de fait, d'un double deuil : le deuil du mort et le deuil d'un deuil collectivement porté. À cela il faut ajouter le réinvestissement par association des traces mnésiques et les affects associés des autres ruptures et pertes relatives à la migration » (Romano et al.).



Les auteurs de Soins et migrations lors d'une présentation de l'ouvrage le 9 juin 2016 à l'hôpital P.-Pinel, Amiens, et Charlemagne Simplicie Moukouta en signature



SOINS ET MIGRATIONS

Sous la direction de

Charlemagne Simplicie Moukouta



villes plurielles



Les auteurs de ce livre collectif, universitaires, praticiens hospitaliers, médecins, psychologues, s'appuient sur leur expérience de terrain et soulignent unanimement l'intérêt de tenir compte des spécificités des migrants : si cela peut parfois déconcerter le soignant, cette attitude permet une meilleure prise en charge. Les textes qui figurent ici proposent alors des clés en ce sens.

Cette publication s'adresse aux infirmiers, médecins, psychiatres, psychologues et autres professionnels du champ médical et socio-éducatif, ainsi qu'à toute personne concernée par la question de la santé en relation avec les migrants.

Elle s'inscrit dans la suite d'une rencontre centrée sur la problématique de « l'offre de soins et la relation soignant-soigné en situation de migration ».

LES MÉDECINES : QUELLES RESSOURCES FACE À L'ALTERITÉ

Charles Lindor M'Béri, Charlemagne Simplicie Moukouta

OFFRES DE SOINS ET DYNAMIQUES INTERCULTURELLES EN CONTEXTE MIGRATOIRE : REGARD ANTHROPOLOGIQUE

Abel Kouvouama

SINGULARITÉS ET SPÉCIFICITÉS DE L'ITINÉRAIRE THÉRAPEUTIQUE DU SUJET AFRICAIN EN CAS D'ÉVÈNEMENT PATHOLOGIQUE OU D'UN TRAUMATISME DÉSORGANISATEUR

Daniel Mbassa Menick

RECOURIR À LA GREFFE À L'ÉTRANGER : L'IMMIGRATION COMME DERNIER REMPART POUR UNE SURVIE

François Thomas

SINGULARITÉS ET DIFFICULTÉS DANS LE SOIN AUX MIGRANTS

Laurence Le Page

ITINÉRAIRE DE SOINS DANS LA PRISE EN CHARGE D'UN SUJET AGÉ MIGRANT EN PSYCHOGÉRIATRIE

Hélène Deligne, Charlemagne Simplicie Moukouta, Marianne Dailly, Fayek Soltani

CLINIQUE DE LA HONTE CHEZ DES PATIENTS MIGRANTS ALCOOLIQUES VUS EN CURE DE SEVRAGE

Laurent Valot

ENJEUX DE LA PRISE EN CHARGE DU DEUIL PATHOLOGIQUE DANS LE CONTEXTE MIGRATOIRE CHEZ LE SUJET TOGOLAIS : ASPECTS CULTUREL ET PSYCHOPATHOLOGIQUE

Kossigan Kokou-Kpolou, Charlemagne Simplicie Moukouta, Daniel Mbassa Menick

PSYCHOLOGUE ET PRATICIEN CHAMANIQUE

Joanic Masson, Amal Bernoussi

CONCLUSION GÉNÉRALE ET RECOMMANDATIONS

Charlemagne Simplicie Moukouta

BIBLIOGRAPHIE

En librairie, 256 pages, 2016, 17 €

ISBN : 978-2-910449-47-6

Édition Licorne, diffusion L'Harmattan

« Nous pouvons d'ailleurs mettre en discussion la notion d'ethnopsychiatrie telle qu'elle est définie par G. Devereux. L'auteur désigne curieusement par ce terme, toutes pratiques de diagnostic et de soins se situant dans des contextes non occidentaux. En se référant à Pewzner, il y aurait une psychiatrie occidentale et une ethnopsychiatrie à coup sûr non occidentale, la seconde ne semblant pouvoir être définie qu'à partir de la première. Or, si l'on admet qu'un concept doit sa définition à la fois à l'histoire qui le situe dans l'évolution du champ social où il s'inscrit et au contexte social qui le produit, on se rend vite compte que ce terme ainsi défini pose problème. En effet, la clinique du sujet, qui est aussi celle de la rencontre de l'autre, celle de l'intersubjectivité, de l'altérité, nous montre à l'évidence que toute psychiatrie est et ne saurait être autre qu'une ethnopsychiatrie, en tant qu'elle représente un ensemble de savoirs et de pratiques inséparables d'une tradition mythique et religieuse, d'une tradition intellectuelle et scientifique, d'une organisation familiale et sociale dont les particularités influencent les relations interpersonnelles, ainsi que le mode de communication du sujet avec la sphère du sacré. Or, la psychiatrie occidentale, en réservant la notion d'ethnopsychiatrie aux sociétés dites traditionnelles, semble entièrement se débarrasser de toute trace d'irrationnel. Cette prudence épistémologique peut aller au-delà du champ psychiatrique et se généraliser sur tous les domaines de la médecine.

Comme le suggère Michel Serres, connaître les choses demande d'abord à se placer entre elles. Non pas seulement devant pour les voir, mais dans le milieu de leur mélange, sur les chemins qui les unissent. »

« Enfin le dernier enseignement a trait à la nécessité de la formation des soignants sur des approches interculturelles et transculturelles. De même il serait important d'ouvrir des espaces de médiation interculturelle dans la plupart des structures de santé, à l'instar de ce qui se fait déjà au centre de Bobigny, à Paris ou à Montataire. Ces lieux sont de véritables espaces interdisciplinaires qui permettent aux uns et aux autres de mieux se connaître. »

Charlemagne Simplicie Moukouta