

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2019

N° 2019-174

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Hélène DEBOUDT

née le 25 mars 1992 à Villeneuve d'Ascq (59)

Présentée et soutenue publiquement le 10 octobre 2019

**La souffrance psychique des migrants précaires et son évolution
dans le temps : le point de vue des intéressés exploré à distance
par entretiens semi dirigés**

Président du jury: Madame le Professeur Anne SAUVAGET

Membres du jury : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Madame le Docteur Maud JOURDAIN

Directrice de thèse : Madame le Docteur Brigitte TREGOUET

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Anne Sauvaget, vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail. Je vous remercie vivement pour l'intérêt porté à cette thèse.

A Monsieur le Professeur Rémy Senand, vous me faites l'honneur d'être membre du jury. Merci d'avoir permis de mettre l'humain au centre de l'enseignement de la médecine générale à Nantes.

A Madame le Docteur Maud Jourdain, vous me faites l'honneur d'être membre du jury. Je vous suis reconnaissante pour votre présence aujourd'hui.

A Madame le Docteur Brigitte Tregouet, directrice de thèse et maître de stage. Pour ton éternelle énergie, ta bonne humeur, tes encouragements sans faille et l'ouverture d'esprit que tu as pu m'apporter en stage et depuis notre rencontre...

Au cabinet Ramon de La Roche sur Yon. Pour votre accueil, votre enthousiasme et vos valeurs. C'était un plaisir de se rendre chez vous durant ces six mois.

Aux migrants rencontrés depuis le début de mes études, et en particulier à ceux qui ont témoigné de leur confiance au fil des entretiens, en abordant leurs expériences traumatiques et leurs trajets de vie. Merci pour ces échanges et ces sourires qui valent tant.

Aux différents maîtres de stage que j'ai eu la chance de croiser durant mon cursus... Vous m'avez aidé à évoluer avec respect et bienveillance. Je garde en mémoire ce que vous m'avez apporté.

A mes parents, pour votre amour inconditionnel... Merci de m'avoir toujours épaulée, d'y avoir cru et d'avoir supporté avec brio les hauts et les bas depuis maintenant vingt-sept ans. Votre soutien a été indispensable à la réussite de mon parcours. Je ne vous remercierai jamais assez !

A mon petit frère, qui perpétue la tradition et s'est envolé vers la Pologne. Les liens vers ce pays ne se rompent pas de si tôt.

A Mamie et Papierre, pour votre soutien hors norme. Les sept petits enfants ont de la chance d'avoir des grands-parents si attentionnés! Papierre merci en particulier pour la relecture de cette thèse et les gaufres qui m'attendent dès que je reviens dans le Nord. Mamie, pour les quatre-quarts et les petits SMS qui viennent m'encourager quand il faut.

Au reste de la famille, pour votre présence. A ma marraine, pour ton énergie et ta « *positive attitude* ».

A mes amies du lycée, preuve que parfois rien ne change. Vous avez pu me supporter malgré le fameux passage de la P1, et vous retrouver est un grand plaisir à chaque fois.

A mon groupe « *Gwada* », présent depuis le début de l'externat. Pour les fous rires, les soirées, les retrouvailles magiques à chaque fois, notre amitié sans égal... Je pourrai vous faire un roman mais je m'arrêterai ici au « *keurkeurlove* » !

A la coloc' Gambetta, témoin de nos parcours de vie, et aux souvenirs qu'elle renferme.

Aux amis de l'internat « *Saint Naz* ». Pour les bons moments passés ensemble qui se poursuivent encore aujourd'hui. Mention particulière pour la coloc « *de l'amour* » rue Henri IV. Mais aussi à la team « *Martinique* », pour votre soutien et votre amitié si précieuse... Je n'oublie pas non plus ceux de l'internat d'été, la « *team pédiatrie* » et aux autres copains rencontrés au fil de ma vie nantaise... A toutes ces amitiés rendant cet internat encore meilleur.

A Julien, merci mon amour. Ne t'en fais pas, je ne dirai rien de plus !

ABREVIATIONS UTILISEES

ACSSIT : Association Comprendre et Soigner en Situation Transculturelle

CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

CIMADE : Comité Inter Mouvements Auprès Des Evacués (1939)

COMEDE : Comité Médical pour les Exilés (1979)

CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

CRR : Commission de Recours des Réfugiés

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration

SSPT : Syndrome de Stress Post Traumatique

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Table des matières

AVANT PROPOS	8
I. INTRODUCTION	10
A. Problématique migratoire	10
1. Rappels et définitions	10
2. La migration en France	11
a. Etat des lieux	11
b. Politiques migratoires	12
B. Le syndrome de stress post traumatique (SSPT)	14
1. Définition selon le DSM-5.....	14
2. SSPT et migrants	14
3. Difficultés diagnostiques et de prise en charge.....	15
C. Objectif de ce travail	16
II. MATERIEL ET METHODE	17
A. Population étudiée	17
B. Choix de la méthode qualitative	17
C. Recueil de données	18
1. Guide d'entretien semi dirigé	18
2. Modalités du recueil	18
3. Consentement des patients	19
D. Analyse des données	19
1. Retranscription	19
2. Codage : analyse des verbatim.....	19
3. Saturation des données	20
E. Recherche bibliographique	20
III. RESULTATS	22
A. Description de l'échantillon	22
B. Analyse thématique des verbatim	23
1. Raisons du départ / exil.....	23
a. Guerre, milice, conflits politiques.....	24
b. Travail forcé.....	24
c. Menaces de mort	24
d. Protéger la famille.....	24
e. Isolement	24
f. Recherche de la liberté (physique et psychique).....	25
g. Recherche du mieux économique	25
h. Obligation ressentie et non par choix	25
i. Opportunité de s'échapper.....	25
2. Trajet / Exil en soi.....	25
a. Qui part ?	25
b. Moyens de locomotion utilisés.....	25
c. Traversée de plusieurs pays	25
d. Menace d'être expulsé.....	26
e. Prise de risque	26
f. Conditions précaires de l'exil	26
3. Etat de santé physique à l'arrivée	26

a. Malaise général et douleurs diffuses	27
b. Le cœur	27
c. Céphalées	27
d. Lombalgies	27
e. Epuisement physique	27
f. Anorexie	27
4. Etat de santé psychique à l'arrivée	27
a. Peur de la nouveauté et méfiance	28
b. Résistance, montrer l'exemple	28
c. Troubles du langage	28
d. Troubles de l'alimentation	28
e. Agoraphobie	28
f. Symptômes s'intégrant dans le SSPT	28
5. Difficultés à l'arrivée et barrières	30
a. Rêve pré migratoire	31
b. Nouveauté	31
c. Barrière de la langue	31
d. Barrière culturelle	33
e. Barrière administrative	35
f. Isolement	37
g. Assumer la famille	38
h. Hébergement	39
i. La faim	40
j. Aspect financier	40
k. Etat de santé précaire	41
l. Peur et insécurité	41
m. Déception mise en échec	42
6. Premiers recours et aides	44
a. Associations	44
b. Population	45
c. Médecin généraliste	45
d. Psychiatre CMP psychologue	46
e. Médicaments	47
f. Réception des papiers	48
g. La langue française	48
h. Apprentissage de la culture	48
i. Religion	49
j. Travail	49
k. Famille	50
l. Occupation et loisirs	50
m. La sécurité	50
n. Du temps	51
7. Etat de santé physique actuel	51
a. Cicatrices, séquelles	51
b. Douleurs moindres mais persistantes	51
c. Amélioration progressive	51
8. Etat de santé psychique actuel	51
a. Persistance de symptômes de SSPT	52
b. Séquelles du traumatisme	52
c. Stabilité sous traitement	52
d. Amélioration nette	52
9. Projets et avenir	53
a. Rapprochement familial	53
b. Perfectionner le français	53
c. Passer le code puis le permis	53
d. Trouver un travail	53
e. Les papiers	53
10. Conseils pour les prochains arrivants	53
a. Orienter, donner l'information	54
b. Soigner	54
c. Aide à l'hébergement	54

d. Parler la langue d'origine, apprendre le français	54
e. Prendre en compte la différence culturelle	54
f. S'intéresser au vécu, instaurer un climat de confiance	54
g. Prévenir que cela va prendre du temps	54
h. Expliquer le SSPT et ses conséquences	54
11. Communication verbale	55
a. Diction élocution articulation	55
b. Métaphores et expressions	55
12. Communication non verbale	56
a. Aspect extérieur	56
b. Attitude	56
c. Gestuelle	56
d. Investissement de l'espace	56
e. Positionnement du regard	56
f. Les larmes, la peur	57
g. Le rire parfois présent.....	57
IV. DISCUSSION.....	58
A. Résultats principaux	58
B. Validité de l'étude	59
1. Forces de l'étude	59
2. Limites de l'étude	60
C. Comparaison avec la littérature	62
1. Les barrières et difficultés du migrant	62
a. Côté soignants	62
b. Côté migrants	63
2. Le SSPT chez les primo arrivants	66
a. Contexte historique	66
b. Rappels physiologiques	67
c. En pratique les plaintes somatiques dominant le tableau	67
d. Particularités liées à la migration : triple traumatisme, facteurs de risques	69
3. Importance de la langue et l'interprétariat	76
4. Importance de la culture	79
5. Importance du soin	82
a. Place de la médecine traditionnelle	82
b. Place de la psychothérapie	83
c. Place de l'ethnopsychiatrie, approche transculturelle	84
D. Perspectives	88
V. CONCLUSION	89
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	91
VII. ANNEXES	95
Annexe 1 : Guide d'entretien semi dirigé	95
Annexe 2 : La pyramide des besoins selon Maslow	96
Annexe 3 : Serment d'Hippocrate	97

AVANT PROPOS

J'ai toujours été sensible à la « différence ». Ma mère étant polonaise, j'ai pu vivre cette expérience de « l'ailleurs » et de « l'étranger » très tôt, avec de nombreux aller retours dans son pays natal, afin de revoir la famille. Cela m'a permis de rencontrer une autre culture, une autre façon de penser, développer une certaine ouverture d'esprit. Cette confrontation s'est reproduite à plusieurs reprises en voyage (je pense notamment à deux voyages particulièrement marquants au Maroc et en Tanzanie, où j'ai pu partager des expériences au contact de la population locale), mais aussi lors de mes débuts en tant qu'étudiante en médecine. En effet, j'ai pu vivre des consultations particulières de patients migrants précaires, avec un clivage, une incompréhension générale (langage, mais aussi culture, rites), ayant soulevé plusieurs interrogations... Ces migrants, qui ont fui leur pays, ou en ont été chassés, qui ont connu au cours de leur errance migratoire des violences inimaginables, se retrouvent maintenant devant nous, à se plaindre de céphalées chroniques, de lombalgies insoignables, à demander toujours plus d'explorations complémentaires. J'ai vu, à maintes reprises, les soignants s'interroger, se sentir impuissants dans ce type de consultations, où le pathos était prégnant, où on savait que les douleurs étaient beaucoup plus profondes que seulement physiques... Cela a éveillé en moi un besoin de comprendre le syndrome de stress post traumatique, ses conséquences, sa prise en charge.

Au cours de mes recherches, j'ai découvert plusieurs écrits qui évoquaient les erreurs d'interprétation vis à vis de certaines plaintes, par manque de connaissance de l'origine du patient, de sa culture. Par exemple, en Afrique la sorcellerie est très présente ; au Maghreb le malheur est dû au mauvais œil... Dans le même temps, j'ai pu rencontrer une ethnoclinicienne durant mon stage Praticien 1 en troisième semestre, lorsque j'étais à Nantes Nord et que la patientèle comptait de nombreux migrants de différents horizons. Son approche très différente sur l'importance de la culture et l'influence qu'elle avait sur le psyché était saisissante. J'ai trouvé le rapport entre la culture et la souffrance intéressante, et j'ai envisagé initialement de réaliser une thèse sur cette thématique, centrée sur l'apport de l'ethnopsychiatrie et des thérapies transculturelles.

Néanmoins, les connaissances concernant ces thérapies sont encore peu décrites dans la littérature, presque jamais évoquées dans les thèses parues, et je me suis vite rendue compte que je ne maîtrisais pas ce qu'était l'ethnopsychiatrie. Les recherches concernant la souffrance et la culture étaient trop vastes. Le sujet initial (souffrance des migrants) était trop large, l'apport de l'ethnopsychiatrie trop précis et complexe, j'ai donc abandonné l'idée de thèse restreinte à l'apport culturel dans la souffrance psychique. Elargir à un objet de recherche m'a paru nécessaire.

En effet, ayant été moi même confrontée à des consultations avec les migrants durant mon internat, j'ai remarqué que d'autres facteurs pouvaient jouer sur leur

souffrance psychique, notamment la réception du titre de séjour, les nouvelles de la famille, le logement. De plus, dans les thèses parues sur le sujet de la migration, on remarque à plusieurs reprises, à la fois du côté soignant et du côté migrant, des difficultés d'ordre administrative, juridique, sociale... La souffrance psychique pourrait potentiellement dépendre de multiples facteurs.

Au cours du stage praticien niveau 2 - SASPAS dans une maison de santé accueillant de nombreux migrants à La Roche sur Yon, j'ai rencontré plusieurs patients ayant pu bénéficier d'aides associatives, certains de thérapies culturelles, d'autres non. **Enfin, il fallait peut être débiter par cela : interroger les migrants ayant eu un syndrome de stress post traumatique (SSPT), et qui ont eu plus ou moins la possibilité d'avoir recours à différentes aides depuis leur arrivée, afin de savoir ce qui d'après eux les avait aidés à aller mieux.**

I. INTRODUCTION

A. Problématique migratoire

1. Rappels et définitions

Il n'existe pas de définition internationale au terme de « migrant ». L'usage indifférencié des différents termes ci-après témoigne d'une confusion sur le statut des personnes concernées, trouble qui s'est amplifié du fait de l'évolution de l'immigration et de l'asile depuis plusieurs années.

Les définitions qui suivent sont tirées du guide du COMEDE (1) (**encadré 1**). Pour autant, j'ai choisi d'englober dans ma thèse l'ensemble des populations vulnérables provenant d'ailleurs sous le terme de « migrants », sans distinction.

Etranger : personne résidant en France, n'ayant pas la nationalité française.

Immigré ou migrant : personne résidant en France, née étrangère dans un pays étranger. Un immigré peut avoir acquis la nationalité française, ou être étranger.

Demandeur d'asile : étranger entré en France, en séjour régulier dans l'attente de la réponse à sa demande de statut de réfugié. Ceux placés en « procédure prioritaire » ou « déboutés » par l'OFPRA sont en séjour irrégulier.

Réfugié : « statutaires » s'il s'agit d'un demandeur d'asile à qui l'Ofpra a reconnu la qualité de réfugié. Selon l'article 1 de la Convention de Genève, est réfugiée « toute personne craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, sa religion, sa nationalité, son appartenance à un certain groupe social ou ses opinions politiques ».

Sans papiers : étranger résidant en France en séjour irrégulier, souvent au terme d'une période de séjour régulier, qui réclame un titre de séjour.

Clandestin : personne vivant cachée. Souvent employé à tort, notamment pour qualifier les « sans papiers » (connus de l'administration) ou « demandeurs d'asile » (en séjour régulier).

Exilé : personne résidant en France, contrainte de vivre hors de son pays d'origine, parfois expulsée, le plus souvent ayant fui la persécution, la mort.

Victime : personne ayant subi un préjudice reconnu par la loi.

Violence (2002, OMS) : usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence.

Encadré 1 : définitions du COMEDE

Le COMEDE, comité pour la santé des exilés, a été créé en 1979. Il comprend de nombreux intervenants : médecins, psychothérapeutes, infirmiers, assistants sociaux, juristes, enseignants chercheurs... C'est un acteur important qui a pour missions l'accueil, le soin, le soutien médical, psychologique, social et juridique des exilés mais aussi l'information, la formation et la recherche. C'est un dispositif d'observation conséquent de leurs conditions d'accès aux soins et de leur santé en général. Il existe plusieurs centres en France, ainsi qu'une permanence téléphonique. Ce comité propose un guide téléchargeable en ligne, véritable référence du soin des exilés.

2. La migration en France

a. Etat des lieux

Les mouvements migratoires existent depuis toujours. Ce dynamisme est actuellement favorisé par une configuration propice : l'augmentation des moyens de transport, la circulation de l'information, l'imaginaire du voyage, l'urbanisation rapide, le développement des inégalités territoriales et la demande de main d'œuvre, l'évolution géopolitique (conflits politiques, ethniques, chute du mur de Berlin...), la démocratisation du droit de sortie, les passeports, l'Union Européenne, les réseaux migratoires, les liens historiques comme les colonies... (2)

La France est l'un des plus anciens pays d'immigration en Europe. Dans les années 1900, la migration était surtout masculine et correspondait au besoin de main d'œuvre, notamment dans les périodes d'après guerre ou les Trente glorieuses. Selon l'INSEE depuis 1975, les origines géographiques des migrants se diversifient : les provenances d'Europe se réduisent (passant de plus de 65% à 35% en 2015 notamment du fait des décès ou des retours au pays) au profit des horizons plus lointains. (3)

Quelques chiffres clés selon l'INSEE :

→ Dans le monde

- Les immigrés sont très majoritairement présents dans les grandes villes (8 immigrés sur 10 résident dans les grandes métropoles).
- Le flux migratoire majoritaire concerne essentiellement le flux Sud/Sud et il continue à s'accroître, or le flux le plus médiatisé concerne les mouvements Sud/Nord.
- 3,4 % de la population mondiale est immigrée (soit 258 millions) en 2017.

→ En Europe

- En 2017, sur les 512 millions d'habitants de l'Union Européenne (UE 28), 8 % de la population est étrangère (39 millions). Les pays avec le plus grand nombre d'étrangers sont l'Allemagne (11%) et le Royaume Uni (9%).

→ En France

- Selon le recensement de 2015, la France se situe dans la moyenne européenne avec 6,7% d'étrangers (4,6 millions) et 9,3 % d'immigrés soit 6,2 millions (voire 9,7% selon les dernières estimations, contre 6,6% en 1975 et 4,4% en 1946).
- Les immigrés sont pour la majorité nés en Afrique (45% des cas). Les pays de naissance les plus fréquents et regroupant plus de la moitié des immigrés sont l'Algérie, le Maroc, le Portugal, l'Italie, la Tunisie, l'Espagne et la Turquie. Viennent ensuite les immigrés venant d'Asie (14%), d'Amérique et d'Océanie (6%).

b. Politiques migratoires

La migration est devenue un problème politique du fait de l'augmentation des flux, marqué actuellement par les conflits hors Europe. Ce thème est au cœur du débat de société, et oriente la politique.

Cette migration est au cœur de deux logiques modernes contradictoires : d'un côté l'amélioration de la mobilité et de la circulation humaine et des biens, le capitalisme, la croissance ; et de l'autre la formation d'Etats Nation, l'apport et l'évocation d'une citoyenneté nationale, avec l'ambivalence entre ouverture et fermeture des frontières.

Le droit d'Asile a été consacré par la Convention de Genève de 1951, et dépend depuis du contexte économique et politique mondial. Dans les années 1970, les exilés commencent à obtenir des garanties juridiques, sanitaires et sociales. Néanmoins, la limitation et les contrôles des entrées et droits de séjour sont souvent bloquants, l'exilé n'ayant pas accès systématiquement au droit du travail, augmentant de fait le travail au noir.

Quelques chiffres de politique migratoire (4) (5):

→ En Europe

- en 2017, l'Union européenne a enregistré 706 000 demandes d'asile, soit moins que les deux années précédentes qui étaient de plus d'un million.
- L'Allemagne est le pays où les demandes sont les plus nombreuses. En 2016, l'Allemagne regroupait à elle seule 60% des demandes.
- En 2017, près de la moitié (46 %) des décisions en première instance relatives aux demandes d'asile dans l'Union Européenne ont eu une issue positive. Ceci étant une moyenne car à l'inverse, la France a enregistré des taux de refus en première instance de plus de 70 %

→ En France

- en 2018, les premiers titres de séjour sont délivrés pour différents motifs d'admission : économique, familial, étudiant, divers, et humanitaire. Le motif

humanitaire comprend à la fois les réfugiés et apatrides, l'asile territorial et la protection subsidiaire, les étrangers malades, les victimes de la traite des êtres humains ou de violences conjugales. On note que :

- les délivrances augmentent de 3,4% en 2018 par rapport à 2017 en globalité, principalement due à l'augmentation des admissions pour les motifs économiques et étudiants.
 - A l'inverse, on observe une diminution de la délivrance des titres pour les motifs humanitaires :-6,7% entre 2017 et 2018.
- en 2018, malgré une diminution des demandes européennes, les demandes d'Asile ont augmenté en France à 123 625 demandes, soit +22,7% par rapport à 2017.
 - La France selon EUROSTAT est le troisième pays de destination après l'Allemagne et l'Italie (environ 14% des demandes d'Asile européennes). Si on rapporte ce nombre à la population nationale, la France se classe onzième sur l'ensemble des états membres de l'UE (environ 1 300 demandeurs pour un million d'habitants).
 - Ces demandes comprennent :
 - 114 226 premières demandes (mineurs accompagnants inclus)
 - 9 399 réexamens (dont 293 réouvertures de dossiers)
 - Au total, le nombre de décisions d'accord d'un statut de protection (refugié et protection subsidiaire, hors mineurs accompagnants) prises par l'OFPRA et la CNDA s'établit en 2018 à 33 330, en hausse de 4,3 % par rapport au total des décisions positives de 2017.
 - Les premiers pays d'origine des demandeurs l'asile sont en 2018 l'Afghanistan, la Guinée, l'Albanie, la Géorgie et la Côte d'Ivoire (selon l'OFPRA).

La CMUc apparaît en 1999, permettant d'améliorer l'accès aux soins. Elle n'est pour autant pas accessible aux demandeurs d'asile prioritaires. (6). La loi du 4 mars 2002 poursuit l'effort en plaçant le malade au centre du système de soin. Les dispositifs nationaux d'accueil sont organisés dans les années 1975-2009. Depuis les années 2000, des CADA sont créés : les acteurs se diversifient et nécessitent une coordination. La loi concernant la modernisation du système de santé en 2016, augmente l'accès et les droits.

D'autres dispositifs ont été créés pour palier à la demande, tels que la PASS (permanence d'accès au soins), qui par exemple à Nantes accueillait initialement 50% d'étrangers, contre 85% actuellement, avec une file active désormais doublée, et des consultations de primo arrivants triplées.

B. Le syndrome de stress post traumatique (SSPT)

1. Définition selon le DSM 5

Selon le DSM-5, (7) le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) se définit par la présence d'un évènement traumatisant grave qui déclenche certains symptômes caractéristiques pendant plus d'un mois, avec un retentissement dans les différentes dimensions du fonctionnement. Ces derniers se repartissent en quatre types :

1. des symptômes de reviviscence (souvenirs récurrents, cauchemars, flash-back) qui font revivre au patient de façon répétitive et obsessionnelle les évènements traumatisants ;

2. des symptômes d'évitement (troubles de la mémoire et de la concentration, amnésie, agoraphobie et tendance à l'isolement social, dépression) qui poussent le patient à se tenir à l'écart de situations qui pourraient lui rappeler les évènements traumatisants ;

3. les altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur (amnésie dissociative, croyances et attentes négatives, idées déformées de blâme, peur, horreur, colère, culpabilité ou honte persistantes, aboulie, détachement, incapacité de ressentir des émotions positives).

4. des symptômes d'hypervigilance, comme une hypersensibilité à des stimuli inattendus (sursauts), des insomnies fréquentes et une irritabilité exacerbée.

A noter, les symptômes du stress post traumatiques peuvent apparaître à distance, avec un temps de latence, quand le patient se sent enfin en sécurité. Il est évolutif dans le temps.

2. SSPT et migrants

Le patient migrant est particulièrement à risque de SSPT. En effet, l'exil entraîne plusieurs ruptures. Le migrant fuit son pays pour des raisons traumatisantes (guerre, conflits ethniques, menaces...), et vit potentiellement durant son exil des nouvelles violences accentuant sa souffrance psychique. L'exil en soi peut être vécu comme une rupture entraînant un déséquilibre de tous ordres, et rend nécessaire l'élaboration psychique d'un nouveau monde, la recherche d'une nouvelle identité, d'une nouvelle appartenance, pouvant en elle-même créer un traumatisme. De plus, le vécu post migratoire peut être aussi une cause de souffrance psychique, le migrant nouvellement arrivé subissant notamment les conséquences de la précarité. Nous développerons ce triple traumatisme.

Or ce SSPT est difficile à cerner en nosologie médicale. La thématique des migrants est un sujet peu abordé dans notre formation initiale de médecin généraliste et la reconnaissance en médecine générale de la souffrance psychique du migrant est plutôt « récente », dans les années 1970 (6) alors que le syndrome de stress

post traumatique (SSPT) représenterait près de 15 % de migrants ayant vécu des traumatismes de guerre et de torture (8). Selon les observations du COMEDE (1) la moitié des demandeurs d'asile ont eu à subir la violence politique de leur pays d'origine, et un quart présentent des séquelles traumatiques.

3. Difficultés diagnostiques et de prise en charge

Les conflits mondiaux actuels ont intensifiés et médiatisés les mouvements migratoires. Ainsi, tout médecin généraliste se voit ou se verra confronté durant sa carrière à la souffrance psychique, fréquente chez ces arrivants migrants, et se retrouve parfois démuni. En effet, le soin du migrant est particulier : il s'agit de combiner un soin chez un individu avec une histoire particulière, avec une expérience d'un exil plus ou moins prévu et souvent traumatique, dans un contexte de déracinement à leur terre natale. (9)

Du côté du soignant, de nombreuses interrogations peuvent se présenter. A quoi bon se poser la question de la souffrance chez le migrant quand on se sent incompetent à apporter un soulagement ? Comment gérer le déracinement, le non retour ? Le soignant est souvent submergé par le vécu des migrants, et peut se montrer indifférent ou éviter d'aborder le sujet. (6)

De plus, du côté migrant, les premières plaintes nous le verrons sont souvent somatiques et le psyché n'est pas verbalisé spontanément la plupart du temps... N'ont-ils pas peur d'évoquer cette souffrance, par crainte de ne pas être compris, crus, entendus ? Savent-ils seulement qu'ils ont la possibilité d'en parler au soignant ?

Or il faut bien s'affilier à quelque chose pour tenir une vie psychique stabilisée. Il faut souvent passer par la narration pour se reconstruire. Raconter son parcours, dire l'indicible pour mettre en sens, peut aider les migrants à aller mieux.

Outre les consultations en médecine générale et en centre médico psychologique, outre le traitement médicamenteux, un dispositif groupal peut être proposé lorsque la souffrance de ces patients est trop difficile à gérer en cabinet, tels que les soins transculturels (10) (11). Evoquer leur souffrance psychique en utilisant la culture et les origines du patient serait aidant et permettrait de restaurer un cadre apaisant chez les migrants souffrant de traumatismes psychiques (12).

Enfin, d'autres facteurs non médicaux tels que le fait d'avoir un toit, un salaire, un entourage aidant etc. pourraient participer tout aussi activement à une amélioration de la souffrance psychique (13). Une méta analyse publiée en juin 2018, réalisée sur les prises en charge psychologiques des réfugiés et demandeurs d'asile victimes de souffrance, soulève ainsi le fait que la majorité des études concernant le SSPT restent ciblées jusqu'à présent sur les psychothérapies, mais que la prise en charge du SSPT est bien plus complexe et doit prendre en compte ces autres facteurs (14). Il existe dans la littérature plusieurs études concernant le SSPT, les critères de définition même du DSM, les difficultés qu'ont les médecins généralistes face aux demandes, ou encore des études évaluant les traitements psychologiques, mais il

est difficile d'y trouver des études sur les critères non médicaux alors qu'ils peuvent influencer eux aussi le SSPT. De plus, trop rares sont celles s'intéressant au sujet de manière ouverte, en questionnant directement les migrants.

C. Objectif de ce travail

La maison de santé de La Roche sur Yon en Vendée, où j'ai effectué mon stage praticien niveau 2 – SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé) durant l'internat, draine un grand nombre de migrants, venant surtout du Caucase. Les praticiens y travaillant orientent depuis plusieurs années certains migrants difficiles à prendre en charge vers les associations comme Passerelles (aides humaines, services d'accueil, d'insertion, de soins et d'hébergement) ou encore l'association ACSSIT (Association Comprendre et Soigner en Situation Transculturelle, association bénévole qui offre des soins psychologiques pour des personnes étrangères ayant subi des traumatismes en lien avec des violences dans leurs pays ou en raison de leur parcours migratoire). Il m'a semblé intéressant d'utiliser ce pool de recrutement de la Roche sur Yon, ville qui organise l'accueil des migrants depuis des dizaines d'années, afin de récupérer à distance de leur arrivée en France leurs avis concernant nos propositions thérapeutiques mises en place, mais aussi savoir quelle est la part des facteurs supposés extra médicaux, concernant leur souffrance psychique.

L'objectif de ce projet de thèse est d'explorer les critères ayant pu participer à l'évolution de la souffrance psychique d'après les migrants adultes précaires, afin de comprendre et de proposer de nouvelles pistes afin de mieux les prendre en charge. La thèse qui suit donne la parole par des entretiens semi dirigés individuels aux migrants vivants depuis plus de cinq ans en France à La Roche sur Yon, victimes d'un stress post traumatique. Qu'en pensent-ils à distance ?

II. MATERIEL ET METHODE

A. Population étudiée

La population étudiée était celle de patients migrants, sans critère concernant leur pays d'origine, mais devant être adultes au moment de leur arrivée en France et sur notre territoire depuis au moins 5 ans. Ils devaient avoir décrit une souffrance psychique liée à un syndrome de stress post traumatique qui était défini comme : description de troubles majeurs du sommeil et/ou avoir eu besoin de médicaments à visée psychiatrique et/ou avoir eu besoin de soins psychiques spécialisés (CMP, psychiatre, associations...) et/ou avoir eu des maux de tête et/ou des maux de dos majeurs non somatiques. Les critères d'exclusion étaient les patients délirants, les migrants ayant eu un nombre élevé (défini arbitrairement par plus de trois) d'hospitalisations en psychiatrie, les mineurs au moment de leur arrivée en France (car bénéficiant d'une prise en charge particulière, fréquemment repérés par l'ASE, Aide Sociale à l'Enfance).

La population étant ciblée, particulière et réduite, l'échantillonnage a été raisonné. Les patients ont été recrutés directement dans la maison de santé Gaston Ramon de La Roche sur Yon où j'ai effectué mon stage praticien 2 (SASPAS), à l'occasion d'une consultation. Soit je les repérais directement pendant mes journées de stage, soit les médecins de la maison de santé de la Roche sur Yon les repéraient : lorsqu'ils n'étaient pas recrutés directement, les praticiens ont obtenu leur accord lors d'une consultation et m'ont communiqué leurs coordonnées. Je les contactais alors dans le mois par téléphone pour expliquer brièvement le but de la démarche. Je leur disais que nous pourrions nous rencontrer pendant une heure maximum pour parler de leurs ressentis en arrivant en France et maintenant, afin d'améliorer l'accueil des prochains migrants. En accord avec eux, je fixais une date et un lieu de rendez vous. Je proposais systématiquement soit le cabinet médical habituel, soit chez eux à domicile. Je leur envoyais un SMS de rappel la veille ou deux jours avant notre rencontre. Je prévoyais si besoin un interprète extérieur - non familial ni amical - par le biais des associations locales.

Certains patients, signalés par les praticiens et répondant aux critères d'inclusion, n'ont pu être rencontrés en consultation durant mon recueil. J'ai choisi de récupérer néanmoins leurs coordonnées afin de les contacter ultérieurement s'il me manquait des patients.

B. Choix de la méthode qualitative

Je souhaitais recueillir les retours des patients migrants précaires après quelques années de vie (et d'expérience) en France, sans postulat sur les réponses qu'ils allaient me donner. Selon Paul Frappé dans « *La recherche en médecine générale* » (15), l'étude qualitative permet de générer une hypothèse, de développer une idée,

une théorie, d'explorer les phénomènes sociaux. Elle explore le sens, la valeur, la dimension de ces phénomènes sociaux. Elle permet de plus d'étudier la population dans son propre environnement. Ce type d'étude m'a paru de ce fait la plus adaptée pour cette recherche, les hypothèses étant données au fur et à mesure par l'étude des verbatim, eux-mêmes produits par les interviewés.

Je voulais un retour d'expérience personnel, j'ai donc choisi de réaliser des entretiens individuels. Ces entretiens étaient semi directifs : j'ai utilisé un guide d'entretien avec des questions ouvertes. C'est un système organisé de thèmes que l'interviewer doit connaître afin de structurer l'entretien, avoir un canevas de domaines à explorer (16). Il n'y a pas de formulation standardisée : je m'adaptais à chaque patient avec un vocabulaire compréhensible voire posais de nouvelles questions. Les thèmes n'étaient pas forcément abordés dans l'ordre mais le guide permettait de faire des relances au moment opportun sans influencer les réponses du migrant ou lui couper la parole. Ainsi l'ordre des questions pouvait varier, certains entretiens nécessitaient plusieurs relances alors que d'autres ne nécessitaient presque aucune intervention, les patients parlant spontanément des différents thèmes souhaités (17). Une seule rencontre était nécessaire par participant.

Je me suis basée sur les critères COREQ de recherche qualitative afin de réaliser cette étude (18).

C. Recueil des données

1. Guide d'entretien semi dirigé

J'ai constitué le guide d'entretien en avril 2018 en m'appuyant sur mes premières recherches bibliographiques, sur une base de quatre questions générales. Ce canevas a été complété après le premier entretien exploratoire en ajoutant une cinquième question (*auriez vous un conseil à donner, pour les prochains arrivants ?*). Les points importants à aborder étaient ajoutés afin de relancer le patient s'il ne les évoquait pas spontanément durant l'entretien (**ANNEXE 1**).

2. Modalités du recueil

Les différents entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone après accord oral des patients. Je me suis chargée de réaliser l'ensemble des entretiens. Je n'écrivais pas durant l'entretien, et notais juste quelques indications concernant les éléments de la communication non verbale après le départ du patient afin de ne pas les oublier. Ces entretiens ont été réalisés dans la salle de réunion vacante au sein de la maison de santé de La Roche sur Yon, après avoir créé un endroit calme et plus accueillant avec chaises et tissus colorés, jus de fruits et eau accessibles. Les secrétaires savaient qu'il ne fallait pas nous déranger, et je n'avais pas de téléphone afin de ne pas interrompre les entretiens.

La période de recrutement et de réalisation des différents entretiens était de cinq mois englobant ainsi ma période de stage Praticien niveau 2 (SASPAS), débutant mi novembre 2018 et se terminant mi avril 2019. Un interprète extérieur était prévu si le patient n'était pas allophone.

3. Consentement des patients

Du point de vue éthique, cette étude étant une recherche en soins courants hors loi Jardé et utilisant la méthode des sciences humaines et sociales, elle ne nécessitait pas d'avis obligatoire du Comité de Protection des Personnes (19). Un engagement de conformité a été déclaré de manière simplifiée à la CNIL (Commission Nationale de l'informatique et des Libertés) selon la méthode de référence MR 003.

Après avoir expliqué le but de mon étude et m'être présentée, j'ai recueilli le consentement oral des patients afin de réaliser l'entretien. Ils étaient informés du caractère anonyme de cette étude. J'ai décidé de ne pas ajouter de consentement écrit ni de fiche de renseignements écrite, pensant que cela aurait été peu utile et peu lu par les migrants, ou risquant d'être mal compris. Venir spontanément à la consultation était pour moi synonyme de consentement.

D. Analyse des données

1. Retranscription

Les entretiens ont été saisis sur Word® 2008, et anonymisés. Chaque entretien a été retranscrit mot à mot (sans correction de la construction originale des patients et avec prise en compte des hésitations, des blancs, des reprises) le lendemain ou surlendemain de l'entretien afin de limiter la perte d'informations notamment non verbales, notifiées aussi. Les entretiens étaient retranscrits manuellement, sans aide de logiciel. Il fallait compter environ une heure pour saisir quinze minutes d'entretien.

2. Codage : analyse des verbatim

Je souhaitais laisser la parole aux migrants précaires pour cette thèse, recueillir leurs ressentis, étudier leurs symptômes avant – pendant – après l'exil, c'est pourquoi la branche phénoménologique de la recherche qualitative m'a paru être la plus appropriée. La phénoménologie vise à explorer comment les personnes interprètent le monde, recherchant des explications issues des expériences subjectives. Dans cette étude, le but n'était pas de faire émerger une nouvelle théorie mais plutôt de comprendre leurs différents points de vue, d'aborder leurs expériences. Il s'agissait de décrire leur vécu, dans ce contexte particulier de traumatisme psychique, après quelques années en France. L'intérêt était de laisser les migrants s'exprimer librement sur cette souffrance psychique, afin de mieux la

comprendre, et suggérer des propositions pour mieux accueillir les prochains arrivants (16) (15).

J'ai réalisé manuellement l'analyse des verbatim dans des délais courts par rapport à l'entretien, au maximum une semaine après la retranscription, et dès que possible avant l'entretien suivant afin de faire évoluer le guide si besoin. Pour cela, les expressions porteuses de sens (« verbatim ») ont été identifiées et regroupées en thématiques sur une seconde page Word® 2008, et ont ensuite été divisées en sous catégories. Chaque entretien a été analysé une seconde fois avec cette liste ainsi créée. Les thématiques ressortant de cette analyse ont été développées dans la partie résultats. Chaque patient a été représenté par un chiffre romain (premier patient : I, deuxième patient : II), les différentes expressions porteuses de sens ou verbatim par des chiffres arabes 1, 2, 3 selon l'ordre d'apparition dans l'entretien, que je reportais secondairement dans des catégories d'idées différentes nommées par des lettres (exemple catégorie A : tous les verbatim correspondant au motif de l'exil). Chaque verbatim a été ainsi référencé, par exemple « *ils me menaçaient tout le temps, au travail forcé sans être payé* » correspond à (I3A) : c'est le troisième verbatim du patient I, attribué à la catégorie A : motif de l'exil.

L'ensemble des entretiens a aussi été relu et analysé par ma directrice de thèse Dr Brigitte Tregouet, afin de tendre vers une triangulation des données.

3. Saturation des données

La saturation des données a été obtenue lorsque la collecte de nouvelles données n'apportait pas de nouveaux éléments. Cette saturation est arrivée au bout du neuvième entretien. J'ai réalisé un entretien supplémentaire pour confirmer l'absence de nouvelle information avant de cesser le recueil. A partir des huit premiers entretiens, je disposais des principales données me permettant de répondre à ma problématique. Dans les deux derniers entretiens, les patients confirmaient avec leurs propres ressentis les notions déjà présentées. Je me suis donc arrêtée après le dixième entretien.

E. Recherche bibliographique

Les recherches bibliographiques dans le cadre de ce travail ont été réalisées en langue française et en langue anglaise.

En langue française, les mots clés MESH utilisés ont été principalement :

- troubles liés au traumatisme et au stress
- troubles de stress post traumatique / troubles psychiques liés à la guerre
- psychothérapie
- anthropologie culturelle / sciences sociales
- réfugiés / population de passage et migrants

En langue anglaise, les mots clés MESH utilisés ont été principalement :

- refugees / asylum seekers
- post traumatic stress disorder
- psychological trauma
- psychotherapy

Les sources documentaires suivantes ont été notamment consultées :

- bases de données bibliographiques PUBPED et CiSMeF,
- Système Universitaire de Documentation SUDOC
- Le portail documentaire de l'université de Nantes NANTILUS, mais aussi thèses.fr, cairn.info
- Moteur de recherche Google Scholar
- Les sites internet de l'INPES, INSEE...

Mais aussi :

- Plusieurs livres dont le COMEDE (dont le guide est accessible sur internet)
- Plusieurs films dont
 - o *Ceux de Primo Levi* d'A.Barbet - 2010
 - o *Jimmy P* de A.Desplechin - 2013
 - o *Nous trois ou rien* de Kheiron - 2015 (ciné débat « parcours de migrants et trauma » à Rezé en mars 2019)...
- Des conférences dont:
 - o XXI journée d'étude du GNPP (Groupe Nantais de pédopsychiatrie), « Naitre et grandir en situation migratoire » le 26 avril 2019 à Nantes
 - o Rencontre du GNEDS (Groupe Nantais d'Ethique Domaine de la Santé) « Le soignant face aux migrants : enjeux éthiques » le 14 mai 2019 à Nantes
- Des rencontres notamment avec une ethnoclinicienne, Mme Christine Mannouni, en mai 2018 à Nantes Nord...

III. RESULTATS

A. Description de l'échantillon

Le recrutement initial m'a permis d'obtenir une liste potentielle de vingt patients. Parmi eux, dix patients ont participé à cette étude. Trois ont refusé de me rencontrer : le premier n'a pas donné suite à ma relance téléphonique, le second s'est montré indisponible malgré la large disponibilité que je lui proposais, et la dernière n'est pas venue au rendez vous prévu après appel. La saturation des données arrivant rapidement, je n'ai pas eu besoin d'interroger les sept autres migrants. Parmi ces derniers, six patients n'avaient pas été rencontrés durant mon recueil mais envisagés par les praticiens du fait de leur expérience : leurs coordonnées étaient disponibles mais ils n'ont pas su qu'une étude était en cours et qu'ils étaient potentiellement envisagés comme participants.

Le **tableau I** décrit les principales caractéristiques des dix participants, âgés de 38 à 80 ans, soit une moyenne d'âge de 51 ans.

Six entretiens ont pu être réalisés en français, quatre autres ont nécessité l'aide d'un interprète (patients I, III, VI et VIII). Les interprètes sollicités provenaient d'associations avec lesquelles le cabinet avait l'habitude de travailler. Dans la majorité des cas, le patient avait déjà bénéficié par le passé de l'aide de l'interprète choisi, un seul migrant a rencontré un interprète qu'il ne connaissait pas, remplaçant sa compagne habituellement présente pour traduire. La plupart des entretiens ont eu lieu dans la salle de réunion du cabinet médical de La Roche sur Yon. Je suis allée deux fois les réaliser à domicile (patients V et X). Ces entretiens duraient entre 23 minutes et 50 minutes, avec une moyenne de 34 minutes par entretien.

Tableau I : caractéristiques principales des participants à l'étude

patient	sexe	âge	origine	Arrivée en France	Papiers	Travail actuel	Traitement actuel
I	H	58	Somalie	2011	réfugié	chômage	psychotropes
II	F	50	Arménie	2008	réfugié	chômage	Antalgiques si besoin
III	H	40	Tchéchénie	2012	réfugié	chômage	aucun
IV	H	38	Tchéchénie	2009	réfugié	Espaces verts, BTP	Antalgiques si besoin
V	F	59	Tchéchénie	2009	réfugié + naturalisé	Chômage, avant blanchisserie	Antalgiques si besoin
VI	F	80	Géorgie	2010	réfugié	retraite	Cardiaque
VII	F	48	Arménie	2011	réfugié	Chômage, avant cuisine et commandes	Antalgiques si besoin
VIII	F	42	Tchéchénie	2012	réfugié	Chômage, avant usine	Antalgiques si besoin
IX	H	50	Algérie	2000	réfugié	aide soignant	Antalgiques si besoin
X	F	45	Congo	2012	réfugié	Femme de ménage	Antalgiques si besoin

B. Analyse thématique des verbatim

Pour plus de lisibilité, le **tableau II** reprend les différentes catégories d'idées qui ont été par la suite détaillées et illustrées.

Tableau II : Synthèse des différentes catégories de verbatim

Raisons du départ	Trajet / Exil	Etat physique (arrivée)	Etat psychique (arrivée)	Difficultés (en France)	Premiers recours et aides
<ul style="list-style-type: none"> - Conflits - Travail forcé - Menaces de mort - Protéger la famille - Isolement - Liberté recherchée - Economique - Obligation - Opportunité 	<ul style="list-style-type: none"> - Qui part ? - Moyens de locomotion - Traversée de plusieurs pays - Menace d'expulsion - Prise de risque - Conditions précaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Malaise général - Douleurs diffuses - Cœur - Céphalées - Lombalgies - Epuisement - Anorexie 	<ul style="list-style-type: none"> - Peur de la nouveauté - Résistance - Troubles du langage - Trouble alimentaire - Agoraphobie - SSPT détaillé 	<ul style="list-style-type: none"> - Rêve pré migratoire - Nouveauté - La langue française - Culture - Administration - Isolement - Famille - Hébergement - Faim - Aspect financier - Etat de santé - Peur et insécurité - Mise en échec 	<ul style="list-style-type: none"> - Associations - Population - Médecin généraliste - Psychiatre, CMP et psychologue - Médicaments - Les papiers - La langue française - Apprentissage de la culture - Religion - Travail - Famille - Occupations loisirs - La sécurité - Du temps
Etat physique (aujourd'hui)	Etat psychique (aujourd'hui)	Projets / Avenir	Conseils pour les prochains	Communication verbale	Communication non verbale
<ul style="list-style-type: none"> - Cicatrices - Douleurs +/- 	<ul style="list-style-type: none"> - SSPT détaillé - Séquelles du traumatisme - Stabilité sous traitement - Amélioration 	<ul style="list-style-type: none"> - Projet familial - Apprentissage du français - Passer le code puis le permis - Le travail - Les papiers 	<ul style="list-style-type: none"> - Orienter - Soigner - Aide hébergement - Parler avec interprète puis apprendre le français - Prendre en compte la culture - S'intéresser au vécu - Nécessité de temps - Expliquer le SSPT et ses conséquences 	<ul style="list-style-type: none"> - La diction, le débit - Utilisation d'exemples - Utilisation de métaphores et expressions 	<ul style="list-style-type: none"> - Aspect extérieur - Attitude - Gestuelle - Investissement de l'espace - Regard - Pleurs - Rire

1. Raisons du départ / exil

Par définition, les migrants interrogés ont été des victimes, et n'ont pas choisi de partir. Ils m'ont évoqué les menaces de mort permanentes ou d'extrêmes violences, les poussant à fuir le pays. Certains ont vu leurs proches décéder, d'autres ont été témoins d'attentats, d'autres encore ont subi des violences physiques et sexuelles... **(encadré 2)**

a. Guerre / milice / conflits politiques

- La milice Shebab nous contrôlait tous les jours (I2A)
- C'est ça qui est plus compliqué à vivre après la guerre parce que toutes les choses qui se passent s'aggravent après la guerre. (V.12A)
- Je courrais de gros problèmes avec les personnalités politiques... (VII.2A)
- C'était pas uniquement le terrorisme, mais tout l'état policier... (IX.2A)
- Je viens d'une région un peu particulière c'est la Kabylie, un état policier, intégriste, moi j'étais très engagé en politique, j'ai eu pas mal de soucis, j'ai fui en Tunisie, après c'était pareil avec la même dictature, je suis retourné en février là j'étais parti dans le sud et pareil, j'ai eu des gendarmes qui se présentaient tout le temps chez mes parents, (IX.3A)
- Quand la guerre a commencé... C'était pas vraiment la guerre, c'était des conflits ethniques. (X5A)

b. Travail forcé

- ils me menaçaient tout le temps, au travail forcé sans être payé (I3A)
- Pour moi c'est ça qui se passe là bas, dans ces pays là, soit c'est l'esclavage... L'esclavage physique, sexuel, des filles de 14 15 ans... Aux yeux de tout le monde ! (IX.109A)

c. Menaces de mort

- J'ai eu un accident, je suis monté dans une voiture pour aller dans autre ville et une bombe a explosé dans la voiture (I5A)
- En Tchétchénie avant de venir là, j'ai vu beaucoup de personnes qui étaient mortes, des corps dans la rue etc, (III.48A)
- On est parti parce que c'était très très dur en Russie, il y avait toujours des bagarres, des tirs, des trucs comme ça quoi. (IV.1A)
- C'était une maison inachevée loin de tout et on était là... Pour finalement nous maltraiter, nous tabasser, nous violer... et après... à partir de là j'ai fui. (X8A)

d. Protéger la famille

- Ce n'est pas mon choix c'était obligé, parce que c'était dangereux pour la vie, la mienne et celle de mes enfants aussi (II.4A)
- Après par rapport à mon frère, les gens qui commençaient à harceler mes enfants aussi, ils étaient ramenés je ne sais où, ils restaient une nuit, et après pendant une journée, je ne sais pas ce qu'ils faisaient, mais mon fils est revenu avec le bras cassé (V.9A)
- Mon mari était violé ? Violenté ? Et moi j'étais à coté. Quand j'ai voulu le protéger je suis tombée, j'ai reçu un coup et j'ai perdu connaissance... (*difficultés à parler*) (VII.4A)
- Pour la sécurité de ma famille c'était la guerre... (IX.1A)

e. Isolement

- Quand mon fils est décédé j'étais seule en Géorgie donc j'ai décidé de venir ici vu qu'il y avait une fille, enfin une connaissance, une nièce quoi. (VI.5A)
- Ils ont tué mes parents, ma famille a disparu, je me suis enfuie, je sais que mes parents sont morts à la maison. (X6A)

f. Recherche de la liberté (physique et psychique)

- J'ai eu des problèmes, personnellement c'était avec mon ex mari. J'ai fui la Tchétchénie à cause de lui, je ne pouvais plus vivre avec lui, car j'étais en danger (*on ressent qu'elle n'a pas envie d'approfondir la question*) (VIII.1A)
- Comme on dit chez nous moi je préfère vivre sous un pont en Occident que d'être riche dans cette dictature et cette anarchie. (IX.58A)
- J'ai pas mal de copains qui sont sur Paris, sur Nantes et ont de très bons diplômes, mais ils se retrouvent dans les marchés, dans la sécurité... c'est... Mais ils préfèrent ça que voilà, les endroits où tu ne peux pas t'exprimer, pas dire ce que tu penses, les endroits où tu n'as pas le droit de rêver et d'espérer ! (IX.62A)
- D'ici quand on regarde on voit par exemple le Maroc comme un pays plutôt stable mais en fait non c'est ... stable parce que oui les gens mangent à leur faim, il n'y a pas la misère, il n'y a pas la faim voilà, mais la faim... La misère intellectuelle, la liberté c'est ça ! Tu n'en as pas. (IX.63A)

Encadré 2 (a) : Raisons motivant l'exil

g. Recherche d'un mieux économique

- Je suis parti parce qu'il n'y avait pas de travail, pas de possibilité, même pas de moyens pour partir... Partir c'est une chose mais il y a aussi des gens qui sont malades à cause de ça (*visé sa tête*). (V.77A)
- Il y a des personnes qui sont dans une détresse inimaginable! Quand je vois les africains qui prennent des barques, pour venir en Occident, c'est pas des terroristes, c'est pas des islamistes, c'est la misère, c'est la guerre, c'est l'injustice ! Ils n'ont même pas de l'eau à boire ni de quoi manger... Il y a 99% des gens qui cherchent juste à vivre, qui cherchent la liberté. (IX.103A)

h. Obligation ressentie, non pas par choix

- On n'immigre pas pour le plaisir, (IX.55A)
- Profiter de ma femme, de mes frères et sœurs... moi j'avais la maison, le travail, mais les conditions nous poussent à partir... (IX.57A)
- J'avais pas envie de quitter mon pays. (X4A)

i. Opportunité de s'échapper

- C'est ça la vie en Tchétchénie jusqu'à aujourd'hui, je suis sûre qu'il y a encore beaucoup de monde qui veut partir mais ils ne peuvent pas... (V.76A)
- Après là où j'ai essayé de m'enfuir, il y avait un camion sur la route, ils nous ont dit qu'ils allaient nous aider, on était beaucoup de gens, des gens du village à côté, des voisins, des copines aussi à moi, on était plus de 40 personnes qu'on a mis dans une grande passerelle. (X7A) A partir de là j'ai fui. (X8A)
- Une fois éloignés du camp, ils ont eu l'idée de fuir. On a marché marché, pour arriver après plusieurs jours de route dans un autre village là où il y avait de la tranquillité (X10A)

Encadré 2 (b : suite) : Raisons motivant l'exil

2. Trajet / Exil en soi

Le trajet en soi a été souvent rude, et évoqué au fil des entretiens. Ainsi, ce sont les transports terrestres qui ont été majoritairement utilisés chez les migrants interrogés, de manière parfois illégale et dans des conditions précaires. Ce trajet a été long, rares sont ceux qui sont arrivés directement en France. (**encadré 3**)

a. Qui part?

- Oui j'étais tout seul (I21E)
- Jamais seul, les enfants ont toujours déménagé avec nous et quand nous avons quitté le pays c'était avec mes enfants (II.6E.)
- Parfois on était en groupe et parfois on était tout seul. On est partagé sur la route quoi. (IV.6.E)

b. Moyens de locomotion utilisés

- Oui d'abord je suis arrivé à Paris en avion, et directement à la Roche sur Yon depuis Paris (I22E)
- J'ai pris le train, vers la Pologne (III.E3),
- Au black, en camion. Dans le camion on se cache dans les marchandises. (IV.7.E) On donne de l'argent au conducteur du taxi, bah oui sinon qui est ce qui te ramène ? Et c'est cher. (IV.8.E)
- Je ne suis pas venue de manière légale, d'abord en Pologne puis arrivée ici sans visa. (VIII.2.E)
- J'ai fui j'ai continué à marcher à pied jusqu'à passer la frontière hors de mon pays.(X.9.E)

c. Traversée de plusieurs pays

- Nous sommes d'abord restés en Russie jusque 2004, puis en 2004 nous sommes allés en Allemagne, pendant environ quatre ans, et ensuite en France à La Roche sur Yon. (II.5E.)
- Oui ce n'est pas facile de passer par plusieurs pays, nous c'est le troisième pays, à chaque fois on est obligé de recommencer à zéro zéro zéro... (II.72E.)
- Le voyage m'a permis de rencontrer beaucoup de gens, beaucoup de personnes, je me suis faite des amis, et après on commence à partir, on est parti au Cameroun, du Cameroun on est parti au Nigeria, du Nigeria on est parti en bus etc... (X14.E) Ensuite on est allé au Bénin, puis en Algérie, puis au Maroc. Et du Maroc, je suis venue ici. (X17.E)

d. Menace d'être expulsé

- Je dis souvent que nous habitons avec « une valise toute la vie » (II.32E.)
- Vraiment c'est comme ça parce que chacun avait toujours une valise et un sac, toujours nous laissions tout rangé, jamais sorti. En Allemagne quand ils arrivaient pour nous chasser, ils nous laissaient que quinze minutes pour tout ranger. (II.33E)
- On avait une fois pris un petit bus, des trucs de huit ou neuf places, des gens entraient comme ça sans difficulté par la frontière, et la deuxième fois la police a attrapé ces gens qui amènent les gens comme ça, ça dépend avec qui tu tombes... (IV.9.E)
- Et pour partir il fallait faire ça discrètement, personne sauf un frère savait que je partais ! (V.19.E)
- Euh, non c'était... Par rapport au visa c'est trop difficile à avoir, et puis tu ne peux pas attendre le visa et partir, il fallait partir vite pour fuir. (VII.43.E)

e. Prise de risque

- Parfois le chauffeur de taxi il s'endormait quand il conduisait, c'était compliqué j'avais peur qu'il fasse un accident alors je n'arrivais pas à dormir (III.9E)
- Tu ne sais pas qui est ce qui vient devant toi, dans les trucs blacks du camion, j'ai aussi vu des débiles qui vont entrer dans le pays. Il est possible d'y avoir des mauvaises personnes dans le lot. (IV.60D) (IV.60.E)
- Et c'était une maison inachevée loin de tout et on était là... Pour finalement nous maltraiter, nous tabasser, nous violer... et après... à partir de là j'ai fui. (X8A) (X8.E)

f. Conditions précaires de l'exil

- Partout où nous habitons, c'était une pièce maximum ou deux pas plus, en Allemagne une pièce avec quatre personnes, sans toilettes ni douche, partagée avec autres. (II.28E.)
- Il y avait beaucoup de neige ! (*rit*) (III.6E) Le voyage c'était difficile et très long (III.8E)
- Quand j'étais dans le camion on avait des bouteilles d'eau, des tasses pour faire pipi dedans, des trucs comme ça... On vidait après quand on s'arrêtait. (IV.10.E)
- Dans un camion on était tout seul ou avec la famille, mais parfois on était séparés, tu restes à peu près je sais pas combien de temps à ne pas rouler, cinq heures et hop on repart. (IV.11.E)

Encadré 3 : Caractéristiques de l'exil

3. Etat de santé physique à l'arrivée

Comme l'évoquait un migrant, « *comme tu as vécu durement pendant la guerre et après, tu es obligé de faire des choses que personne d'autre ne va faire (...)* (*souffle*) *après quand tu arrives ici, tu ne peux pas arriver en bon état* ». (V.102B). Les migrants ne sont pas arrivés indemnes en France. Plus de la moitié ont notamment souffert de céphalées invalidantes. (**encadré 4**).

a. Malaise général et douleurs diffuses

- Après j'ai eu mal au cœur très fort, des douleurs, j'avais mal dans la poitrine, mais je n'avais pas envie de parler, je n'avais pas envie de dire que j'avais des douleurs, j'étais fermé. (III.22B)
- Après je faisais beaucoup de vélo et quand je prenais le vélo je tremblais je ne savais pas pourquoi, j'étais surpris j'aimais pas ! (III.56B)
- Je n'étais pas bien, des fois j'avais des sueurs, très chaud, j'étais pas bien. (VII.14B)
- Une violence morale, une violence physique, des douleurs tout le temps tout le temps... (IX.25B)

b. Le cœur

- Mais après j'ai commencé à avoir des problèmes de cœur, des palpitations et je ne me sentais pas bien (III.19B)
- Après il y a une période je ne sais pas pourquoi c'était rien, je me rendais compte que ça ne marchait plus bien dans la poitrine, ça brûlait, et j'arrivais pas à dormir. (III.55B)

c. Céphalées

- Je ne sais pas si c'était une maladie ou pas, comment dire, toujours, tout le temps comment dire, la tête faisait mal (II.18B),
- Après j'ai eu du mal à la tête très fort, comme des bruits dans la tête tout le temps. (III.24B)
- J'avais la migraine surtout, avant je n'avais pas de problème avec la tête et là oui, je n'arrivais parfois plus à discuter tellement ça fait mal alors je prenais de l'ibuprofène des trucs comme ça. (IV.35B)

d. Lombalgies

- Oui les douleurs ! ça ne lâche pas... même avec mon dos ça ne part pas. (IV.23B)
- Après pendant des mois des années je disais toujours que j'avais mal, au dos surtout (V.101B)

e. Epuisement physique

- Physiquement j'étais évidemment très très fatigué, (IV.13B)

f. Anorexie

- De temps en temps je ne mangeais pas pendant plusieurs jours consécutifs (I16B)
- Même quand je voulais, pour manger trois jours je n'avais pas faim ! (I24B)

Encadré 4 : plaintes somatiques à l'arrivée en France

4. Etat de santé psychique à l'arrivée

Les migrants interrogés m'ont aussi décrit différents symptômes psychiques qui les invalidaient en arrivant en France, symptômes pouvant s'intégrer ou non dans la définition du syndrome de stress post traumatique tel que le définit le DSM-5 (7) (**encadrés 5 et 6**).

a. Peur de la nouveauté et méfiance

- Avant jamais je n'étais sorti du pays, c'était très stressant, je ne connaissais rien (I9C)
- Les gens qui parlaient français, moi je ne connaissais pas un seul mot de français, ils me parlaient très fort, il y avait aussi des chiens... Moi ça me faisait peur ! (I38C)
- Dès que je suis arrivé, je ne m'étais pas adapté à ici, c'était dur avec les gens (IV.16C)
- Tout ça quand tu arrives, tu es vraiment vraiment pétrifié. (V30C)
- C'était un choc ! (VIII.5C)

b. Résistance, montrer l'exemple

- Bien sûr c'est très très dur, avec les enfants qui sont petits, ils ont peur, et physiquement je n'ai pas le temps pour réfléchir pour mon corps ni pour mon moral (II.14C)
- Cela dépend du caractère de chaque personne, je pense je ne sais pas, on craque au début puis après on résiste (II.17C)
- Il faut que je m'habitue à cette vie. (VIII.8C)

c. Troubles du langage

- J'ai eu des difficultés à trouver les paroles (I10C)
- Je ne parlais pas comme avant (I11C)
- À l'arrivée je n'ai pas parlé à tout le monde. J'étais comme dans une prison ouverte, quand je suis arrivé ici je parlais à personne, (...) c'était dur. Il y avait plein de choses dans la tête. (I61C)
- La première fois que j'ai vu le docteur, je n'ai pas oublié, elle me regardait comme ça (*fait les gros yeux*), je n'arrivais pas à répondre ! C'est à dire que j'étais absent, j'étais là, mais je n'étais pas avec elle, par le mental. (I72C)
- Mais c'est vrai au début nous on sait qu'il y a un problème, les choses sont gelées, tu vois tout devant toi tu es pétrifié, tu arrives tu ne comprends pas c'est comme un état de choc. (V.100C)
- Comme mon frère dit « jusqu'à aujourd'hui tu as les mains serrées et tu ne peux pas les desserrer, c'est la même chose dans la tête, je suis prisonnier » (V123C)

d. Troubles de l'alimentation

- Même quand je voulais, pour manger trois jours j'avais pas faim ! (I24C)
- Il y avait une période aussi où je ne mangeais pas du tout, je n'avais pas envie (III.25C)
- Pendant un mois je n'ai presque rien mangé j'ai pris que des jus de fruits ou de l'orange, ça durait un mois puis petit à petit j'ai commencé à être bien. (III.27C)

e. Agoraphobie

- Quand je suis allé chercher mon courrier, il y avait des gens, et je n'arrivais pas à voir ces gens, à chaque fois que je voyais des gens j'avais peur, j'ai peur. (I25C)
- Les nuits, de temps en temps je ne dors pas toute la nuit parce que je dors à côté d'eux, la chambre était partagée, c'était dur. (I39C)
- Parce qu'il y avait beaucoup de familles, douze.... Dans le squat il y avait plusieurs familles sur le 1er et le 2ème étage et il y avait beaucoup de bruit, toutes les familles avaient des enfants, c'était fatiguant, je n'étais pas bien (III.37C)

Encadré 5 : plaintes psychiques à l'arrivée (hors SSPT)

f. Symptômes s'intégrant dans le SSPT

(Critère B) Symptômes d'intrusion du SSPT

→ Souvenirs répétitifs, envahissants, involontaires du traumatisme

• Pendant les périodes où j'étais très très très très mal, je marchais dans la rue et je pleurais en y repensant, c'était l'angoisse, c'était la peur, la dépression... (IX.44C)

→ Cauchemars récurrents

• Comment expliquer ? A chaque fois quand nous déménagions et les enfants aussi, pas juste moi, toujours je voyais dans ma tête quand tu dors dans le rêve, toujours cette même situation que nous sommes déportés avec retour au pays, j'ai eu ça longtemps ! (II.22C)

→ Dissociation / flash back

• Il faut comprendre, par exemple quand je traverse la route je revois parfois l'image : d'un côté j'ai les policiers et de l'autre côté j'ai les terroristes. (IV.78C)

• Ça c'est une bonne question. Vous savez c'est comme quand tu n'as pas encore les pieds sur terre, tu n'es pas encore là (V.25C)

→ Détresse psychique lors de l'exposition à des moments rappels

• A chaque fois je regarde derrière, juste pour voir si personne ne me suit, à chaque fois ça me revient en tête quoi. (IV.15C)

• Comme je disais à cette dame, à chaque fois que tu arrives tu commences à raconter des choses, à répondre à des questions, pas tout de suite mais après tu déranges tout, tu te souviens de tout, et tout de suite arrivent les douleurs, le mal à la tête, tu te sens pas bien... (V.67C)

• Désolée j'ai toujours du mal avec ça je ne voulais pas pleurer ! (VII.17C)

→ Réaction exagérée lors d'une nouvelle exposition rappelant le traumatisme

• Même les enfants, je ne supportais pas quand les enfants jouaient avec les fausses armes. Vous savez les trucs pour Noël et nouvel an pour faire plaisir aux enfants là... Oui les feux d'artifices ! Tout ça non plus. Et même quand quelqu'un n'est pas bien et que les autres rigolent, en blaguant « *je t'ai tué !* » des choses comme ça c'est bien parce que les enfants n'ont jamais vu la peur, la guerre, mais ce n'est pas pareil pour nous qui comprenons ça. (V65C)

• Déjà tu n'oses pas, quand tu arrives on te propose un traducteur Arménien, mais toi quand t'as peur, t'as... tu doutes, tu as peur de tout, tu as peur de dire des choses, peur que le traducteur connaît quelqu'un et qu'il va lui dire que je suis là, et va venir... (VII.9C)

(Critère C) Symptôme d'évitement du SSPT

• Je ne veux pas regarder la TV, je ne veux rien faire, Cela fait vingt ans que je suis en France et j'ai regardé aucun film car il y a toujours de la violence... La radio, internet... C'est horrible. (IX.40C)

(Critère D) Altération de la cognition et de l'humeur

→ Culpabilité

• Avant je rêvais toujours que c'était de ma faute, ma faute que mon mari soit perdu, c'était ma faute, les enfants sont là et ont laissé leurs études et c'est ma faute... (*commence à rire*) le voisin il perd son chien bah c'est ma faute, il y a un crash d'avion à la TV c'était ma faute aussi ! C'est les sentiments que j'avais à l'époque. (VII.76C)

→ Amnésie dissociative

• La première fois que j'ai vu le docteur, je n'ai pas oublié, elle me regardait comme ça (*fait les gros yeux*), je n'arrivais pas à répondre ! C'est à dire que j'étais absent, j'étais là, mais je n'étais pas avec elle, par le mental. (I72C)

• Je voulais m'asseoir, je pouvais m'asseoir 3h 4h sans remarquer que j'étais comme ça, je regardais un endroit comme ça et j'étais perdue. (VII.67C)

→ Etat émotionnel négatif persistant (peur, colère, honte)

• après on a toujours peur comme quand on était au pays. (IV.14C)

• J'ai pété des câbles plusieurs fois, ne pas pouvoir repartir dans son pays, vivre trente deux ans dans un pays ce n'est pas possible de ne pas pouvoir revoir sa famille, ne pas pouvoir partager des trucs... (IX.26C)

→ Réduction intérêt pour les activités importantes

• C'était surtout... Je ne voulais rien. Rien du tout. (VII.66C)

• Je me demande, il m'a vraiment fallu du temps, j'ai très très très mal vécu, je me suis mis avec beaucoup de filles et ça se passait mal toujours à cause de ça, voilà des fois pendant 15 20 jours j'avais envie de rien... (IX.72C)

→ Sentiment de détachement / devenir étranger par rapport aux autres

• Pour vivre on regardait par la fenêtre, et (*pause, difficultés...*) les gens étaient là mais.. Nous on était tous les trois, comme isolés à côté d'eux... (VII.13C)

→ **Incapacité à ressentir des émotions positives (bonheur, satisfaction...)**

- Même quand je ne me sentais pas bien, il y avait une période même si j'avais tout, j'étais régularisé, j'avais le logement mais je n'étais pas bien (III.46C)
- Le moment où j'ai eu les papiers, je ne voulais pas, je ne comprenais pas car c'était le moment où j'étais en dépression alors je n'ai pas senti de joie. (VII.29C)

(Critère E) Modification de l'état d'éveil / réactivité

→ **Colère**

- Avant je n'aurais pas pu, c'était des crises de nerfs, pour rien je m'enflammais (IX.39C)

→ **Comportement irréfléchi / autodestructeur**

- Déjà à ce moment là j'ai pensé plusieurs fois au suicide, c'était plus simple (I20C)
- Et, ça m'arrivait aussi plein de fois, de penser... penser à me suicider. (VII.68C) Sauter par les étages... J'imaginai tout le temps « si je vais faire ça, est ce que je vais mourir ou pas ? » je voulais quelque chose pour que mes enfants ils ne souffrent pas, ils ne voient pas ça, et que ça marche d'un coup comme ça. (*regarde la prise sur le mur*) genre l'électricité et paf je meurs comme ça. Tout le temps je pensais à ça. (VII.69C)
- J'ai eu trois tentatives de suicide, j'ai vécu des choses, j'ai fait des choses qu'il ne fallait pas faire mais je n'avais pas le choix, je me suis dit peut être que je vais partir je vais traverser la méditerranée et ça va aller mieux mais non, c'est un traumatisme profond qui est toujours là. (IX.99C)

→ **Hyper vigilance**

- J'étais stressé, angoissé, j'avais peur, je ne savais plus pourquoi (I19C)
- Quelqu'un passe à côté de toi et t'as peur tout le temps. (VII.10C)

→ **Troubles de la concentration**

- Quand je suis arrivé, j'avais l'impression que ma tête ne marchait pas, enfin elle marchait quand même un peu mais difficilement (III. 16C)

→ **Troubles du sommeil**

- Je faisais des cauchemars, naturellement, je voyais vraiment les images comme devant moi, et je voyais même des morts, des squelettes et des corps partout c'est pour ça le médecin il m'a donné un traitement. (III.53C)

(Critère F) dure plus d'un mois

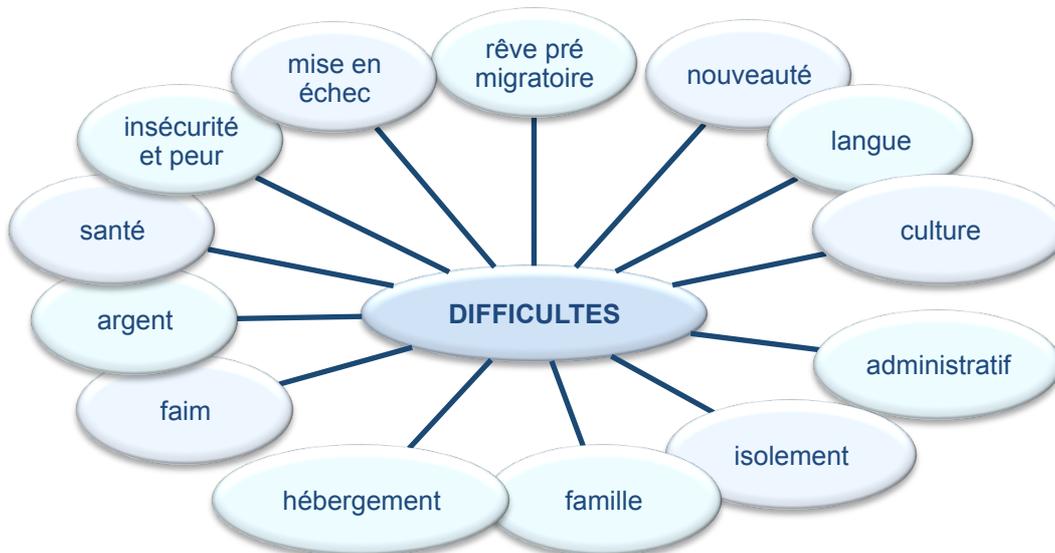
- Pendant environ six mois c'était horrible j'étais pas bien (III.28C)

(Critère G) entraîne une incapacité dans les dimensions sociales, professionnelle...

- J'arrivais pas à dormir, je dormais quatre heures maximum par nuit pas plus et je commençais mon boulot difficilement. (IV.15C)

Encadré 6 : plaintes psychiques en lien avec le SSPT

5. Difficultés à l'arrivée et barrières



a. Rêve pré migratoire

La différence entre l'attendu, l'espoir, et la réalité a été illustrée, avec l'évocation du « rêve pré migratoire ».

- A l'arrivée en France la situation était très compliquée parce que l'État français, l'accueil des réfugiés ce n'était pas simple et ça je ne le savais pas avant d'arriver ici (I12D)
- (*parlant de rêves de déportation*) En France c'est un peu plus tranquille que les autres pays (II.23D)
- Quand je vois les gens qui arrivent sans papiers ça me fait mal car ça me rappelle mon arrivée qui était difficile. (V122D)
- Et ceux qui immigreront sont des gens harcelés, qui n'ont pas leur place dans le système corrompu et dictatorial et ça me fait de la peine de voir ça, des gens incroyables, des journalistes, des avocats, des médecins... Des universitaires, qui viennent ici et se retrouvent comme des clochards, des malfrats... Sans papiers ni travail c'est dur. Ayant déjà vécu ça c'est dur... (IX.54D)

b. Nouveauté

La nouveauté en général a été une difficulté. Les migrants se sentaient perdus en arrivant en France, notamment en ce qui concernait les papiers, le logement, le travail, la culture, la langue...

- Quand je suis arrivé j'étais complètement perdu ! (I37D)
- Au début quand on est arrivé on ne savait pas comment faire, ce que c'était ces papiers, le positif ou le négatif (*comprendre l'acceptation réfugiés : positif, ou non*), je comprenais pas tout ça, (III.59D)
- Tu sais rien ! (V31D)
- Et on arrive comme ça dans un pays inconnu, qu'on ne connaît pas, la langue... tu ne connais rien ! (*essouffée, se mouche et se calme un peu*). (VII.8D)
- On sait travailler. Ici quand tu commences tu perds totalement confiance en toi, « je ne peux pas, je ne sais pas » (*sourit*), c'est une très grande peur ! (VII.62D)
- C'était un choc ! (VIII.5D)
- Il fallait tout découvrir, la nouvelle langue, le nouveau pays, tout était nouveau pour moi. (VIII.6D)

c. Barrière de la langue

→ Difficultés apprentissage car langue difficile

Comme l'a remarqué une migrante, la langue française a été particulièrement dure à apprendre pour les étrangers.

- On a partout des mots synonymes mais quand moi j'étais habituée à un mot, pour expliquer une situation quelque chose comme ça, si on me dit un autre mot je ne comprends pas ! (*rit*) (V.88D)
- Mais ici les mots masculins et féminins se différencient c'est tordu ! (V.93D) mais quand même j'essaie de parler ! Avec ma mémoire aussi c'est difficile j'ai beaucoup de mots que je découvre, par exemple quand je lis je découvre beaucoup et je comprends beaucoup de choses, mais quand je veux raconter ce que je lis c'est compliqué j'enregistre pas tout, même les mots que je connais déjà, (*rit*) quand tu veux le redire tu n'y arrives plus ! (V.94D)
- La langue c'était trop dur j'arrivais pas à comprendre. Maintenant ça va mais... (VII.22D)

- Mon seul problème en France c'est la langue, j'ai toujours essayé de faire des cours de français, je suis présente à chaque fois en cours mais c'est très difficile de retenir, je vais retenir au départ et puis j'oublie ! (VIII.11D)

→ Difficultés apprentissage vs traumatisme

Certains évoquent le fait que l'apprentissage de la langue française a été compliqué par le traumatisme et ses conséquences.

- Je n'ai pas encore appris le français, la tête ne marchait pas bien mais j'essaie un peu. (III.66D)
- Je me sens bloqué. (IV.73D)
- Déjà tu n'oses pas, quand tu arrives on te propose un traducteur Arménien, mais toi quand t'as peur, t'as... tu doutes, tu as peur de tout, tu as peur de dire des choses, peur que le traducteur connaît quelqu'un et va lui dire que je suis là, et va venir... (VII.9D)

→ Difficultés apprentissage car accès difficile

Une grande majorité de migrants m'a fait part des difficultés à accéder à l'apprentissage du français. Certains se sont débrouillés autrement afin d'apprendre peu à peu.

- Avant d'être réfugiés, nous avons pris des cours avec une personne qui voulait en donner, et en plus nous avons regardé la TV (II.39D) Après, l'OFII donne 350 heures de français si on le veut, et après vu que tu es contacté par des personnes françaises ça n'aide pas si tu parles pas ! (II.40D)
- (*car pas de papiers*) et pendant 2 ans et demi on n'a pas le droit d'apprendre le français ! (V33D)
- Or pour les enfants sans avoir appris le français, tu ne peux pas entrer au lycée, même s'ils sont jeunes et que c'est plus facile d'apprendre, il faut quand même quelques leçons pour apprendre le français ! (V36D)

→ Parler français pour comprendre /communiquer / s'intégrer

Ne pas pouvoir dialoguer dans la même langue était considéré souvent comme une impasse. Ne pas savoir parler français était un frein pour communiquer, et au delà encore une difficulté supplémentaire pour s'intégrer dans ce pays d'arrivée.

- En plus quand la personne arrive dans un nouveau pays, surtout en Europe, ces gens là ils sont partis de leurs pays sans rien, ils ont vécu beaucoup de problèmes sur le chemin : parlez ! (I71D)
- Le plus important, en premier c'était la langue. Le langage. Quand tu ne connais pas c'est dur, tu vois les gens qui te regardent et tu te demandes ce qu'ils disent, est ce que ils disent des trucs bons ou pas sur toi. (IV.51D)
- Même aujourd'hui je ne parle pas bien mais au début quand il fallait prendre rdv, aller au CADA passerelles, les magasins, n'importe où, pour expliquer les choses même les petits problèmes si tu parles pas tout de suite tu casses tout ! Même si tu es de bonne humeur ça te casse tout de suite (*sourit*) c'est vrai hein ? (V.86D)

→ Parler français pour travailler

Une migrante a expliqué qu'elle avait besoin de son permis pour travailler, or ne parlant pas bien le français à l'époque, elle n'a pas pu le passer et n'a pas pu accepter l'offre de CDI.

- J'avais même commencé à travailler, dans une usine de poulets, là bas ils prenaient beaucoup de migrants, et j'ai travaillé 18 mois et après ils m'ont proposé un contrat en CDI, mais vu que je n'avais pas de permis, ça commençait trop tôt le matin il n'y avait pas de transport, j'ai dû arrêter. (VIII.12D)
- Maintenant il y a une nouvelle loi mais ça n'existait pas à l'époque pour moi, pour les gens en difficultés avec la langue française, ça ne les pénalise pas au niveau du permis ils peuvent passer le code avec présence d'interprète. (VIII.13D)

→ Parler français pour les loisirs, les voyages

Ne pas parler français a paru aussi être une contrainte pour les loisirs, les voyages. Un papa a expliqué ainsi qu'il n'est jamais entré dans un restaurant ou un cinéma car il avait peur de ne pas comprendre et de ne pas assumer devant ses enfants.

- Mais c'est très compliqué dans la vie, par exemple plusieurs fois on a voulu rentrer dans un restaurant, bah on n'est jamais entré. (IV.68D) Oui, parce que je n'ai pas osé commander, parce que je ne connais pas. (IV.69D)
- Pareil, je ne suis jamais entré avec les enfants dans un cinéma. Le KFC et le zoo oui, mais le cinéma et le restaurant, des trucs comme ça, c'est vraiment dur. (IV.71D)
- C'est difficile, je regarde avec mon portable quoi, quand c'est vraiment très difficile je demande à mon pote qui habite à la Roche sur Yon comme ça si il est là il y a pas de problème quoi. (IV.72D)
- On a beaucoup de choses comme ça à apprendre, pareil aller à la mer, la Tranche, les châteaux... Tu passes à côté mais tu ne rentres pas parce que tu ne comprends rien, (IV.74D)
- A cause de ça les enfants ils me cassent un peu les pieds aussi, surtout pour les vacances « *vous allez où ?* » des trucs comme ça, c'est compliqué je ne sais pas quoi répondre. (IV.75D)

d. Barrière culturelle

→ Incompréhension / mauvaise interprétation due au choc culturel

Certains migrants m'ont avoué se braquer facilement au départ, car ils avaient des difficultés de compréhension ou d'interprétation vis-à-vis de la culture française. Certains ont été victimes de racisme.

- Ici oui, ils sont pas vraiment méchants mais plutôt parce qu'ici ce n'est pas la même culture ; juste à cause de ça. (IV.17D)
- La culture pour l'apprendre, pour entrer dedans, par exemple ce qui est normal chez nous peut ne vraiment pas être bien du tout ici. (IV.21D)
- Quand j'ai entendu les autres arméniens quand on parle entre nous, il y a des gens par exemple qui ne sont pas contents de quelque chose, euh, que les français étaient méchants avec eux etc... (VII.80D)

• Bah oui ! Parce que j'ai eu des problèmes par exemple à Paris en maison de retraite une mamie qui ne voulait pas que je m'occupe d'elle, qui a dit à mes collègues « *je veux pas que ce soit un sénégalais qui s'occupe de moi* » j'étais mort de rire mais elle a insisté, on a du faire appel à la directrice... Après la directrice elle a fouillé elle a gratté, et en fait les enfants de cette dame c'est des francs maçons, donc... C'est moi qui suis venu m'excuser, après je n'ai plus eu ce problème. (IX.83D)

→ Source d'empêchement / blocage dans la vie quotidienne

Le choc culturel a bloqué certains migrants dans la vie quotidienne.

• Dès que je suis arrivé ici après, j'ai eu du mal à m'adapter, c'était dur avec les gens (IV.16C)
• Notre culture est différente, et il y a un changement de culture, c'est à dire la culture somalienne c'est une communauté qui communique entre eux, qui parle beaucoup ! Mais ici, tout le monde est individuel, moi je n'aime pas rester avec les autres tout seul. (I63D)

→ Difficultés à apprendre la culture française

Certains m'ont fait remarquer qu'il n'existait pas de « cours de culture » pour eux, et qu'ils l'ont appréhendé progressivement, en se débrouillant.

• Ça j'ai appris ça, mais petit à petit, et trop tard quoi. C'est ça qui était très dur, très compliqué pour moi. Là ça va mieux. (IV.22D)
• Je vous ai dit les problèmes avec la culture. (IV.46D) Avec les gens du travail j'ai appris à comprendre, mais pas avec les familles. (IV.47D)
• Il n'y a pas de cours sur ça et en plus je travaille tout le temps : je n'ai pas le temps. (IV.54D)

→ Tolérance et acceptation

La plupart ayant évoqué le choc culturel initial ont émis un message de tolérance, et d'acceptation de cette différence.

• Je comprends et je répète ce n'est pas facile. (V130D) Les mentalités en Tchétchénie, musulmans ou chrétiens, on est tous différents et en même temps on est tous pareils, on doit tous manger dormir travailler, on a des enfants, une famille tout est pareil ! (V131D)
• Nous on est aussi là, on vient, avec notre langue, notre culture, on insiste pour se voiler, dire « *inchallah* » par exemple (*rit*) (VII.87D) On vient et on insiste avec nos règles et on comprend pas quand on part que l'on a choisi un autre pays, et que c'est donc à nous de changer ! (VII.88D)
• même en Arménie quand quelqu'un vient d'une autre région les arméniens ne supportent pas ! « *Ah il vient d'une autre région, d'un autre pays* » etc. (VII.90D)
• Dans tous les pays, chacun ont leurs traditions, donc il faut du temps, il faut du temps pour commencer à s'adapter. (VIII.9D)
• A la maison on essaie, j'explique à mes enfants que c'est « notre culture à nous » à la maison, et quand vous sortez c'est pas pareil il ne faut pas mélanger, quand on est à la maison on respecte notre tradition mais dehors avec les copains vous acceptez leurs traditions, vous êtes chez eux en France. Mais à la maison gardez nos principes. (VIII.53D)

→ Exemples concrets de différence culturelle

Afin d'illustrer leurs propos, les migrants m'ont exposé des exemples concrets de différence culturelle.

- Euh... Par exemple oui ici, quand je parle avec vous, si par exemple je vous disais que « vous êtes belle », des trucs comme ça, chez nous quelqu'un peut être tapé à cause de ça quoi. (IV.19D)
- Euh, non... euh oui ! Le mariage ! Pour moi c'est très bizarre que les jeunes peuvent vivre ensemble et pas mariés ! Pourquoi ils ne se marient pas ? (*rit franchement*) Nous quand on décide de vivre ensemble la première chose qu'on fait c'est qu'on se marie ! Oui ! Parce que c'est un geste de confiance, geste que tu veux continuer à vivre ensemble, si on ne se marie pas ça veut dire quoi, « j'ai un doute ? » (*rit*) (VII.92D)
- Oui ! Pareil pour manger... C'est très long pour moi. L'apéro, puis l'entrée... Le plat principal je n'arrive pas à le manger ! Maintenant j'habite avec un français, quand je commence avec lui, moi j'arrive plus après je suis calée déjà ! Moi quand j'ai faim c'est le plat principal d'abord et après le reste si j'ai encore faim... Nous on met tout sur la table, il y a plein de choix, des salades etc, et chacun prend ce qu'il veut, chacun décide quoi manger ! Ici on met, et si tu fais une pause au resto par exemple et bien ils reprennent ton repas même si tu as laissé un peu pour après, tu ne comprends pas au début ! (*rit*) (VII.93D)
- Par exemple, chez nous, si j'avais une fille à l'école en sport, elle ne pourrait pas aller à la natation car ici c'est mixte. En Tchétchénie il y a des piscines spéciales filles et d'autres pour les garçons là pas de problème. (VIII.54D)
- Sinon, chez nous, pour une femme c'est interdit de fumer et boire, les hommes aussi et du coup là bas on en voit peu, sauf ceux qui ne pratiquent pas la religion. Ici on en voit partout ! (VIII.55D)
- Mais il y a aussi des choses mauvaises que j'aime pas dans notre culture, par exemple à seize ans quand tu finis l'école il faut que tu te maries tout de suite. (VIII.57D)
- Voilà t'es un homme. Je sais pas si vous connaissez bien la société maghrébine macho mais voilà t'es un homme donc il faut subir, on a tous des sensibilités différentes mais il faut fermer sa gueule. J'en connais qui se sont suicidés à cause de ça ! (IX.36D)

e. Barrière administrative

→ Absence d'information et d'aide

Presque tous les migrants m'ont fait part leurs difficultés administratives, notamment par l'absence d'information et d'orientation initiale.

- A l'arrivée en France la situation était très compliquée parce que l'Etat français, l'accueil des réfugiés ce n'était pas simple et ça je ne le savais pas avant d'arriver ici (I12D)
- Après quand j'ai eu la régularisation de ma carte je ne savais pas si j'avais le droit de travailler, le droit d'avoir quelque chose, (I44D)
- Quand j'ai rencontré l'association, mon état était très dur, j'avais pas de papiers, pas de travail, c'était le soin avant. D'abord l'hébergement (*comprendre avoir l'asile*), et puis le soin, et le troisième degré d'importance pour moi c'était avoir des papiers. En quatrième avoir un logement. (I49D)
- Non j'ai pas d'idée pour les autres, vu que moi je n'ai eu pas d'aide, je suis venue ici sans aide, si vous avez une idée d'ailleurs vous me dites ! (*me remontre le post-it avec le prix du timbre fiscal lui permettant de récupérer son titre de séjour plusieurs fois*)... (VI.33D)
- Personne ne m'a indiqué, j'ai essayé de me renseigner toute seule. (VI.56D)
- Le problème c'est uniquement administratif ah oui oui ça... c'est l'enfer ! (IX.88D)

→ Pénibilité de la demande administrative (morale)

Beaucoup m'ont avoué la pénibilité de ces demandes de titres de séjour.

- J'ai eu deux ans de procédure Dublin et un an de procédure ici pour avoir les papiers. (III.60D)
- J'ai fait plusieurs demandes pour mes enfants mais à chaque fois on me répondait qu'il fallait attendre parce que je n'avais pas de papiers, pas de possibilité d'aller à école ! (V37D) C'était très dur. (V38D)
- Ils voulaient des infos mais moi je ne travaille pas, je n'ai pas de ressource, pas de retraite, donc ils ont délivré une carte un an seulement (VI.21D)
- Je suis toujours en préfecture avec les problèmes de papiers (VI.26D)
- Personne pour les papiers non plus, j'ai demandé la carte « étranger maladie » cinq ans, je l'ai eu juste pour un an puis l'OFII a décidé de ré examiner la situation (VI.41D)
- J'ai passé un long moment très difficile car quand tu viens, il faut toujours se justifier, déposer les papiers, écrire les dossiers, parler à tout le monde (*pleurs à nouveau*) et chaque fois il fallait tout raconter, tous les détails, c'était trop dur ! (VII.16D)
- Oui c'est ça, même les associations comme CADA, il faut parler, avec les mots, dire... (VII.18D) mais c'est pas une poésie qu'on raconte facilement, les sentiments sont trop difficiles, chaque mot va être très important car il va aller à Paris et le juge va décider avec ça, mais c'est très difficile de trouver les mots, on n'est pas écrivain c'est difficile (*sourit*). (VII.19D)
- Pour les papiers je me souviens... J'ai eu plusieurs fois l'examen de mon dossier vu que c'était refusé la première fois, la première fois mon avocat était un homme. (VIII.48D)
- J'avais le titre de séjour, c'est vrai que j'étais avec quelqu'un mais non, c'était par principe, je ne me marie pas pour avoir des papiers ! (IX.17D)
- Puis ici quand je suis arrivée au CADA j'ai montré ma carte de réfugiée du Maroc, et eux ils m'ont dit qu'il faut recommencer à zéro ! (X30D)

→ Lenteur de la réponse

Nombreux sont ceux qui ont attendu très longtemps avant de recevoir une réponse concernant leur demande d'asile.

- En fait ça durait l'équivalent de trois ans pour la famille c'était long. (III.58D)
- Peut être que ce n'est pas pareil pour tout le monde, mais on a attendu le statut de réfugié deux ans et demi... C'est long ! (V32D)
- Mais oui j'ai dû batailler pendant un moment, plus de deux ans pour avoir un titre de séjour de statut réfugié politique (IX.20D)

→ Coût de la démarche

Une migrante m'a fait part du coût des démarches administratives.

- J'ai demandé le titre d'étranger maladie (*s'énerve, fouille dans son sac et sort un papier : c'est un post-it où il est noté « timbres fiscaux 559 euros »*), ils ont demandé plusieurs fois mon titre de séjour, après cinq fois quand j'ai changé la préfecture a dit « non on ne peut pas vous le donner, il faut refaire une demande » (VI.20D)
- Donc je n'ai jamais eu de sous ici, je n'ai pas de retraite, pas de sous, rien rien rien, je ne peux pas payer, je trouve où cet argent pour payer hein ? (VI.23D)

→ Menace du refus du statut de réfugié, papiers « salvateurs »

Pour la plupart des migrants interrogés, les papiers ont été une source principale de préoccupations : stress d'être refusés, soulagement lors de la réception de l'accord...

- Quand je suis devenue calme? Quand nous avons été réfugiés ! (*sans hésitation*). (II.30D)
- Oui les papiers peut être que pour quelqu'un d'autre ce n'est pas grand chose, mais vraiment pour nous c'était tout, plus de cinq ans que tu attends ces papiers, (II.54D)
- Cela a duré plus de un an. Je ne voulais pas retourner au pays, même là je ne veux pas rentrer, je ne veux pas... (IV.30D)

→ Réaction ambivalente à la réception des papiers

Certains m'ont d'ailleurs décrit la réaction ambivalente qu'ils ont eu quand ils ont « enfin » reçu leur accord en tant que réfugiés.

- Papiers positifs, mais finalement ce n'est pas ça que je voulais. (VII.27D)
- A ce moment je n'ai pas compris ce qu'étaient les « papiers », à quel point c'était important pour vivre ici, je pensais que tout allait passer après, j'étais perdue : un jour je décide de rester ici l'autre jour non je retourne là bas, c'était bizarre et flou. Oui flou. (VII.28D)

→ Influence des rencontres

Enfin, certains m'ont confié qu'ils se sont sentis très chanceux, et que les rencontres ont influencé leurs démarches. D'autres rencontres ont à l'inverse été vécues comme des barrages.

- La première fois la réponse de l'Ofpra était négative, c'est là que mon assistante sociale était présente à coté de moi et depuis toujours, elle m'a beaucoup aidé moralement et soutenu, pour les démarches administratives (VIII.27D)
- Après j'ai demandé à mon assistante sociale de changer et que ce soit une avocate femme, elle m'a demandé pourquoi, je lui ai dit « une femme, elle pourra me comprendre. » (VIII.49D)
- Bah je suis tombée sur une personne euh... Je m'excuse mais je vais tout raconter, le chef de service de la préfecture à l'époque, lui il me mettait les bâtons dans les roues, après j'ai su que c'était parce que son papa était un pied noir qui a été tué en Algérie... (IX.14D)

f. Isolement

Tous m'ont fait part d'un sentiment d'isolement surtout à leur arrivée en France. Isolement familial, amical, culturel, social...

- Je n'ai pas trouvé une association qui m'a accueilli (I13D)
- Je ne connais personne (I18D)
- Je suis surtout resté dans la gare, et quand la gare était fermée je restais devant, ou dans la mosquée, ou dans la journée en association (I30D)
- Je ne sais pas, je le redis mais par exemple je ne connais pas de famille quoi. Juste les voisins bonjour / au revoir mais pas de discussion ... (IV.62D)

- Après on a attendu, on a vécu à la Motte pendant neuf mois, on a été très isolés car les gens qui viennent sont des français qui sont en vacances, nous on est à coté, mais pas avec eux. (V38D)
- Au début j'avais une grande dépression, mon mari n'était pas là, je ne connaissais rien (VII.11D)

g. Assumer la famille

→ Les enfants, le pivot central

La famille a été un élément très prépondérant dans leurs histoires. Nombreux sont ceux qui ont tout fait pour leurs enfants notamment, source d'inquiétude principale fréquente.

- Après l'enfant voit comment je fais face à chaque situation, peut être qu'il a peur ou peut être qu'il voit maman qui n'a pas peur et du coup « ça va car maman dit que ça va bien »... Je cachais mon moral bas pour les enfants mais bien sûr ce n'était pas facile ! (II.16D)
- On ne sait pas où les enfants vont continuer les études (V29D)
- Les enfants étaient petits à poser plein de questions comme « pourquoi on est là ? » « Quand est-ce qu'on va aller à l'école ? » (VII.12D)
- Après je me disais c'est moi qui suis responsable de nous, responsable de notre maison, responsable toute seule de mes enfants et de moi (VIII.8D)

→ L'impossibilité de retourner au pays

Un migrant a évoqué la culpabilité et la colère éprouvées à l'idée de ne pas retourner dans son pays.

- J'ai pété des câbles plusieurs fois, le fait de ne pas pouvoir repartir dans son pays, vivre trente deux ans dans un autre pays, ce n'est pas possible de pas pouvoir revoir sa famille, de ne pas pouvoir partager des trucs... (IX.26D)
- J'ai eu beaucoup de décès dans ma famille à qui je n'ai pas pu dire au revoir ! (*traits tirés*) ça c'est pas facile... (*souffle*). (IX.27D)
- Comme j'ai la carte de réfugiée, je ne peux plus retourner au Congo. (X47D)

→ L'absence de nouvelles des proches

L'absence de nouvelles de la famille et des amis, restés au pays, a été vécue comme insupportable.

- Puis après deux ans on a eu des nouvelles de mon mari, des gens l'avaient caché car il savait beaucoup de choses qu'il ne fallait pas dire, il a travaillé pour eux... Et il a réussi à s'échapper aussi, il est venu en France... (VII.7D)
- On est venu ici en mai, notre fils nous a rien dit, il a fait ses papiers, et il est venu en France pour être avec nous, il a tout laissé là bas et juste pour nous soutenir il est venu avec nous. (VII.51D)
- Oui, mais d'un autre côté ça reste difficile de parler, parce que ça me rappelle que je ne sais pas ce que ma famille est devenue. (X45D)
- Je ne sais pas où sont mes frères... Je n'ai pas de nouvelles alors que j'ai cherché. (X46D)

→ Les conséquences du traumatisme sur le schéma familial, séquelles /« split »

Une maman migrante m'a décrit les conséquences du traumatisme sur son enfant désormais adolescent, une autre m'a expliqué que la souffrance était telle qu'ils ont du mettre fin à la relation avec son ex-mari.

- Mon mari est arrivé mais... Il y avait trop de choses qui avaient changé... (VII.36D) « C'était toi, c'était à cause de toi »... ça commençait un petit peu, les humains on est comme ça, on n'est pas toujours reconnaissant de ce qu'il s'est passé et on a donc décidé de divorcer. (VII.37D)
- Je me souviens mon fils aîné à l'époque il avait 17 ans, et avec ses copains ils ont torturé une personne qui était gravement blessée, et du coup il devait passer au tribunal mon fils avec ses amis, ça c'était un autre grand choc pour moi. (VIII.31D)

h. Hébergement

→ Absence d'information

Une des difficultés à l'arrivée a été liée à l'absence d'information. Les migrants étaient en manque d'une orientation initiale concernant les possibilités de logement.

- Je suis resté dans la gare, et quand la gare était fermée je restais devant, ou dans la mosquée, ou dans la journée en association (I30D)
- Cela me fait de la peine pour eux, mais il m'a dit qu'ils sont dans un centre, ils sont quatre dans des chambres de 13 m2... Mais je me dis que c'est déjà ça, c'est déjà mieux que de dormir dehors, mais j'ai discuté et j'ai dit « si vous avez besoin je suis là pour vous orienter, pour vous aider »... (IX.114D)
- A l'époque on n'appelait pas le 115 hein ! et là il faut toujours l'appeler le plus vite possible et avant les autres parce que si le 115 dit qu'il n'y a pas de place tant pis pour toi, tu restes dehors et ça ça fait mal à voir hein. (X52D)

→ Rôle limité des associations / aides initiales

Certains ont été reconnaissants envers les associations qui leur sont venues en aide, mais ont notifié les conditions parfois insalubres, ou la difficulté à avoir un logement acceptable.

- J'ai toujours dit que peut être que c'est Dieu qui nous aide, nous avons eu beaucoup de difficultés, beaucoup de souffrance et maintenant peut être qu'il veut nous aider parce que vraiment nous avons eu un appartement avec cinq pièces ! (*étonnée*) (II.26D)
- Les premiers jours j'habitais dans un hôtel, après trois jours la CADA nous disait de partir, pas de maison disponible ni d'hôtel (III.31D)

→ Lenteur /difficultés de la démarche d'acquisition d'un logement d'aide

La difficulté pour se loger initialement a englobé en outre le long délai d'attente avant d'obtenir un endroit adéquat. Certains ont exprimé la dureté de la « loi du premier servi » dans ces logements d'aide première.

- Oui mais ça prenait du temps aussi, après avoir eu les papiers, la carte, je n'ai pas profité tout de suite d'avoir un toit, j'ai attendu au moins cinq mois six mois, j'ai attendu au moins ça minimum et je n'avais pas le droit de demander un logement social sans ressource ! (I48D)
- Je n'ai pas eu de logement tout de suite, j'habitais dans le squat vers pôle emploi pas très loin du cabinet ici. (III.30D)
- Après quelques jours à l'hôtel c'était fini, et le CADA a dit « Pas de place, il n'y a pas d'hébergement, on ne peut rien faire » (III.34D)
- Mmmh ça va, peut être trois à six mois, pas tout le temps avec les clochards, il y en avait quand même qui étaient propres aussi, c'est le 115 quoi. (IV.28D)
- Je vois les autres en route, les gens, souvent les blacks d'ailleurs, je les salue, je leur demande « pourquoi tu es là ? » « Ah je viens d'arriver, j'ai appelé le 115 mais le 115 a dit qu'il n'y a pas de place alors je reste dehors » c'est dur ! ça fait mal à voir. (X53D)

→ Pénibilité et nuisances des locaux partagés

Enfin, l'hébergement a été rendu encore plus difficile à cause des nuisances, de la promiscuité dans les locaux partagés.

- Les gens qui faisaient l'hébergement, avec l'association PASSERELLES, je n'étais pas tout seul, j'habitais avec quelqu'un, que je ne connais pas, et ce monsieur était malade, j'étais pas au courant, d'une maladie la tuberculose, et à ce moment là il m'a transmis la maladie ! (I34D)
- Les nuits, de temps en temps je ne dormais pas toute la nuit parce que je dormais à côté de eux, la chambre était partagée, c'était dur. (139D)
- Parce qu'il y avait beaucoup de familles, douze.... Dans le squat il y avait plusieurs familles sur le 1er et 2ème étages et il y avait beaucoup de bruit, toutes les familles avaient des enfants, c'était fatiguant, j'étais pas bien (III.37D)

i. La faim

Le rapport avec la nourriture a aussi été énoncé : soit par les symptômes d'anorexie, soit au contraire la faim à cause du manque de ressources financières.

- Il y avait une période où je ne mangeais pas du tout, j'avais pas envie (III.25D)
- Pendant un mois je n'ai presque rien mangé j'ai pris que des jus de fruits ou de l'orange, ça durait un mois et petit à petit j'ai commencé à être bien (III.27D)
- Mais c'est difficile sans argent de vivre (VI.60D) En Allemagne, En Belgique etc il y a d'autres Géorgiens et on parle entre nous et il y a partout un petit peu d'aide par exemple quand on est vieux pour manger un petit peu, en France, il n'y a rien pour cet âge là ! (VI.61D)

j. Aspect financier

Plus généralement, tous les migrants ont évoqué l'aspect financier associé aux difficultés pour se loger, pour s'alimenter, pour vivre... Alors qu'ils venaient d'arriver en France, et même encore quelques années après.

- Imaginez quelqu'un qui est arrivé en France en 2011, jusque 2015 sans un seul centime gagné ! Ce n'est pas facile. (I62D)

- Je n'ai jamais eu de sous ici, je n'ai pas de retraite, pas d'argent, rien rien rien, je ne peux pas payer, je le trouve où cet argent pour payer hein ? (VI.23D)
- C'est toujours aussi difficile de vivre, ça fait huit ans que je suis là mais je n'ai aucun sou ! (VI.31D)
- Je pensais que j'allais être mieux aidée, qu'on allait être logé pour vivre et aidé. (VI.46D)

k. Etat de santé précaire

Les migrants interrogés se sont rappelés de leur état de santé précaire à l'arrivée, rendant encore plus difficile leur insertion en France.

- Et déjà avant d'arriver ici je n'étais pas bien, j'étais malade (I18D)
- La blanchisserie c'est quand même un travail physique, mais c'est pas très important pour moi, mais a cause du dos il fallait rester debout toute la journée et pour la hernie je ne peux pas rester debout et porter des choses comme ça. J'ai dû arrêter (V.57D)
- Petite somme quand même... Aujourd'hui je ne peux pas soigner ma santé, j'ai 80 ans, en Géorgie impossible d'acheter des médicaments, de voir le médecin... (VI.49D) (VI.49F)

I. Peur et insécurité

Comme déjà évoqué précédemment, la peur et l'insécurité étaient prégnantes.

→ Peur des autres

La peur des autres a été plusieurs fois confiée.

- Quand je suis allé chercher mon courrier, il y avait des gens, et j'arrivais pas à voir ces gens, à chaque fois que je voyais des gens j'avais peur, j'ai peur. (I25D)
- Les nuits, de temps en temps je ne dormais pas toute la nuit parce que je dormais à côté de eux, la chambre était partagée, c'était dur. (139D)
- Au 115, des gens étaient propres, d'autres vraiment qui ne s'habillaient pas propres aussi. On avait quand même des gars de la sécurité qui travaillaient ça me rassurait un peu (IV.29D)

→ Peur de l'avenir incertain

L'avenir incertain a été une crainte pour plusieurs migrants.

- Quand je me suis mariée, nous avions une belle maison de deux étages avec une grande terrasse et une voiture, nous n'avions pas de problème pour manger, pour s'habiller, tout était bien, et là tout quitter tout devoir tout laisser, je ne savais pas où ni comment ça allait se passer après... (II.9D)
- On ne sait pas où les enfants vont continuer les études. (V29D)

→ Peur de l'expulsion

On peut citer à nouveau la peur de l'expulsion, qui a été une difficulté non seulement pendant l'exil, mais aussi en France pour de nombreux migrants.

- Après vu que je ne peux pas retourner chez moi et je ne peux pas rester en Russie parce que la police connaît où nous habitons et peut nous chercher, peut être qu'ils vont pas nous renvoyer dans notre pays mais ils vont nous demander de quitter cette maison (II.12D)
- Nous n'y croyons pas, peut être que nous resterons ici pas longtemps, peut être que nous serons chassé à nouveau (II.27D)
- Oui, oui c'est ça. Même en arrivant en France, même en nous donnant un appartement, nous n'étions pas tranquilles. Nous n'étions pas calmes jusqu'aux papiers ! (II.31D)

→ Insécurité financière

La précarité, a été aussi une grande difficulté. Cela reste d'ailleurs une problématique actuelle pour beaucoup.

- La première chose très dure c'est quand tout le monde a l'habitude de vivre comme ça : je sais que je travaille, c'est stable comme ça, à la fin du mois je prends mon salaire je suis payée je sais gérer comme ça. Et là, tout est cassé, et aussi tout tout tout est fermé, comment expliquer toutes les fabriques toutes les usines.. (II.7D)

m. Déception, mise en échec

Ces différentes difficultés et barrières évoquées ont fait ressortir une certaine déception, une mise en échec de leur arrivée en France.

→ Les traitements

Certains migrants ont avoué avoir eu des gros doutes vis à vis des traitements instaurés. D'autres se sont sentis obligés pour leur santé de rester en France car ils ont eu besoin de la couverture maladie.

- J'ai aussi commencé à ne plus bien prendre le traitement parce qu'il n'y avait pas de résultat, je me disais que ça ne servait à rien. (III.26D)
- Je reste ici pour la CMU, j'ai besoin du docteur et de médecins, je ne peux pas aller ailleurs maintenant. (VI.52D)

→ Les titres de séjour

L'administration française avec le long parcours du combattant pour obtenir des papiers a été à nouveau pointée du doigt. Une migrante évoquait : « *Huit ans que je suis là et je suis toujours en préfecture avec les problèmes de papiers !* » (VI.26D)

→ Les aides financières

Nombreux sont ceux qui ont espéré avoir plus de facilités à accéder à des aides financières pour vivre.

- Je pensais que j'allais être mieux aidée, qu'on allait être logé pour vivre et aidé. (VI.46D)
- Si l'état est d'accord pour que je reste en France, peut être qu'il faut qu'ils donnent une aide aussi, quelque chose pour vivre un peu comme pour manger ! (VI.48D)
- En Allemagne, En Belgique etc il y a d'autres Géorgiens et on parle entre nous et il y a partout un petit peu d'aide par exemple quand on est vieux pour manger un petit peu, en France, il n'y a rien pour cet âge là ! (VI.61D)

→ Le travail

Certains se sont sentis désabusés vis à vis de la difficulté d'accès au travail.

- J'ai déposé plusieurs CV, en chantier, en couture etc, mais je n'ai pas réussi (*souffle*). (V55D)
- C'est dommage parce que avec mon allocation handicapé je pouvais travailler, c'est dommage je voudrais bien. (V56D)
- Pour ça je suis au chômage mais je continue à chercher du travail. Mais on le sait bien (*sourit*) : pour l'étranger, l'âge, le niveau de français, pas de voiture, pas de transport possible, pas de permis de conduire... 59 ans c'est déjà la vieillesse ici ! (V.58D)
- Et je ne peux pas travailler alors que je veux bien travailler un peu, mais avec mon âge je ne peux même pas ici ! (VI.62D) (*rit jaune, elle a l'âge de la retraite en France*)

→ La sphère familiale

D'autres ont été marqués et déçus pour leur famille et surtout pour l'avenir de leurs enfants, avenir compromis par l'exil et le changement de pays.

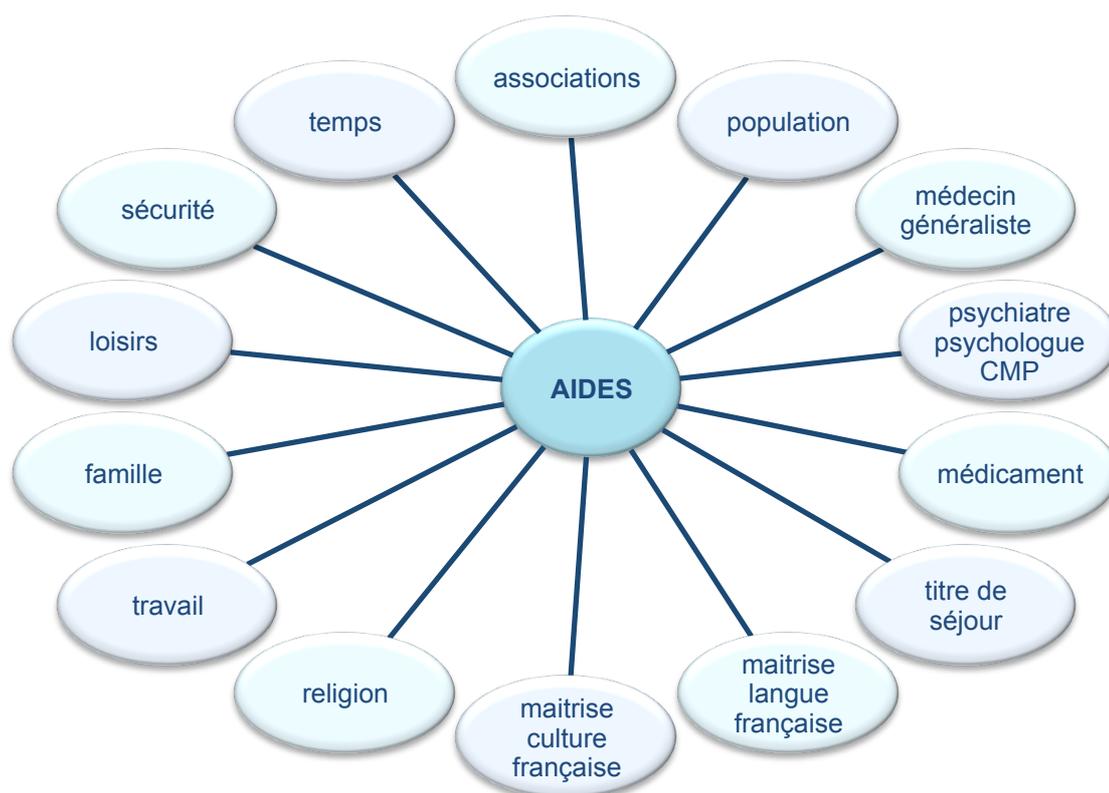
- « C'était toi, c'était à cause de toi »...Et ça commençait un petit peu, les humains on est comme ça, on n'est pas toujours reconnaissant de ce qu'il s'est passé et on a donc décidé de divorcer. (VII.37D)
- Mais je suis déçue pour mon fils ils voulait être architecte, il est très intelligent mais ici pour être architecte il faut le bac et des études... C'est dommage il est dans l'automobile et la mécanique maintenant. Il reste dans le manuel au moins (*sourit*)... (VII.101D)

→ Accueil en France parfois mal vécu

Certains ont souffert de discrimination et étaient victimes de préjugés.

- Quand j'ai entendu les autres arméniens quand on parle entre nous, il y a des gens par exemple qui ne sont pas contents, que des français étaient méchants avec eux etc. (VII.80D)
- Malheureusement beaucoup les voient comme des voleurs, des criminels, ils vont manger le pain des français, ils vont prendre leur travail, ce n'est pas vrai la France est un pays riche qui peut accueillir... Oui. (IX.118D)

6. Premiers recours et aides



a. Associations

Les migrants interrogés m'ont tous notifié l'aide indispensable des associations. Ce sont souvent elles qui les ont accueillis et orientés au départ. Elles ont participé notamment à l'aide pour l'hébergement, l'orientation médicale. Elles ont offert un accompagnement jugé indispensable pour de nombreux migrants concernant les papiers, la recherche du traducteur... Mais aussi une aide pour se sentir écouté et pour ne pas se sentir seul.

Les migrants interrogés ont tous entendu parler du 115. Cinq patients ont connu l'association ACSSIT (et la CIMADE), cinq ont évoqué l'importance de l'aide du CADA, trois celle de PASSERELLES et du 115, un de France Terre d'Asile. Ces organisations ont été appréciées.

- Le premier c'était le 115 (I26F) Tous les jours je les appelais, et ils me proposaient que quelques jours d'hébergement. Et à ce moment là quelqu'un me demande enfin « est ce que tu es bien ? » et j'ai enfin profité et parlé ! (I28F)
- La première personne qui m'a aidé c'est le 115 et l'association Passerelles, c'est lui qui a appelé pour me donner un rendez vous pour voir un docteur, faire des analyses... (I31F)
- C'est l'association, qui m'a aidé, qui a complété tous les formulaires, qui a envoyé des dossiers médicaux, grâce à ça j'ai eu tout ça et là je suis bien aujourd'hui. (I46F)
- non je parlais notre langue, à Passerelles ils connaissent un petit peu les langues et quelle personne parle quelle langue et ils appellent un traducteur pour venir faire la traduction (II.38F)
- Heureusement en France il y a beaucoup d'associations, de psychologues, d'assistantes sociales, qui travaillent avec des gens comme nous pour expliquer, savoir de quoi on a besoin tout de suite pour aider dans les situations, pour les gens qui arrivent. Cela marche très bien ce travail ! (V129F)

- Même si je savais que c'était une période difficile etc, je comptais toujours sur l'assistante sociale et sa présence, je savais que je n'étais pas toute seule, j'avais quelqu'un pour me guider. J'étais rassurée. (VIII.29F)

b. Population

De manière plus générale, le contact avec la population française a été bénéfique pour de nombreux migrants. Ils ont cité par exemple les familles de même origine ou de culture similaire, les amis, le traducteur, la juriste, pôle emploi, les collègues de travail, les voisins, les bénévoles de l'association... Les migrants interrogés m'ont à plusieurs reprises fait part de leur chance mais aussi de la tolérance que la France a pu avoir vis-à-vis des « étrangers ».

- Les gens il y en a qui s'en foutent que tu es étranger ou pas, t'es un bon gars c'est bon, ils sont rentrés chez moi et je suis rentré chez eux, ils ont donné un coup de main pour remplir les papiers tout ça... (IV.49F)
- C'est difficile de comprendre, je traduis avec mon portable quoi, quand c'est vraiment très difficile je demande à mon pote qui habite à La Roche comme ça s'il est là il n'y a pas de problème (IV.72F)
- C'est vrai... Et la propriétaire du camping un couple très gentil, pour moi c'est un bon souvenir pour toute ma vie (*sourit*). (V39F) Oui vraiment ils étaient très gentils avec nous, et même si on ne parlait pas on se comprenait bien (*rit*) même par le sourire on sentait qu'ils étaient bien. (V40F)
- Moi quand même j'ai trouvé que travailler avec et dans une équipe, j'ai trouvé que beaucoup de monde étaient très gentils, très accueillants, au travail et même partout. (V.79F)
- En fait chez nous malgré tous les problèmes, tout ce qui pouvait soulager les douleurs et les problèmes c'était les gens qui arrivaient tout de suite. Ils ne se posent pas de question ils arrivent quand tu as besoin d'aide, c'est pas euh, vraiment les proches de la famille, c'est plutôt les voisins, les amis, même pour parler pour aider pour faire les choses par exemple débarrasser, les choses détruites on aide... (V.82F)
- Mais je voudrais bien que les gens qui arrivent soient accueillis comme nous. Je souhaite à tout le monde un accueil comme nous avons été accueillis en France. (V116F)
- La France supporte différentes cultures, ils supportent tout le monde... (VII.91F)

c. Médecin généraliste

Le médecin traitant a joué un rôle phare dans l'accueil et l'accompagnement.

→ Ecoute ouverte

Certains migrants ont été très reconnaissants de l'écoute qui leur a été proposée en cabinet de médecine générale.

- Je suis venue voir le médecin. Vraiment je suis très reconnaissante car elle m'a compris, elle m'a cru (*très émue*), même sans savoir, sans avoir parlé de toute l'histoire, elle m'a vu, elle a compris que vraiment je n'étais pas bien ! (VII.15F)
- Il me donnait toujours rendez-vous à 22h c'était le dernier, et il restait des fois jusque minuit, rien que pour parler avec moi... (IX.45F)

→ Orientation / aide administrative

D'autres ont considéré que c'est le médecin qui les a orientés au départ dans les démarches administratives.

- C'est le docteur qui a contacté plusieurs associations, surtout La Cimade, et donc j'ai fait des consultations santé « étranger malade » et moi je ne connaissais pas toutes ces démarches là, et grâce à elle j'ai eu cette idée. (I43F)
- J'ai été chez le docteur, je voulais un certificat médical pour expliquer que je ne pouvais pas me déplacer à Paris pour le recours des papiers, mais le docteur m'a dit « non c'est pas possible, c'est une procédure il faut absolument y aller ! » (VI.35F)

→ Mise en place de traitements

L'apport du médecin est apparu indissociable de la mise en place de traitements. Une migrante a confié rester en France parce que le système de santé français lui permettait de se soigner correctement, ce qui était impossible dans son pays d'origine. Une autre a témoigné un profond respect vis-à-vis du médecin, déclarant éviter de la déranger « *pour rien* » après tout ce que ce médecin a pu faire pour elle.

- Après analyse, le médecin m'a prescrit des médicaments, pour dormir, pour l'angoisse, pour l'appétit (I32F)
- En France, c'est une grande aide à cause de la maladie pour bien soigner (VI.50F)
- Je reste ici pour la CMU, j'ai besoin de docteurs et de médecins, je ne peux pas aller ailleurs maintenant. (VI.52F)
- Quand je suis malade ou qu'il m'arrive quelque chose j'ai peur d'aller là bas *pour* « *ah j'ai mal ici, je me gratte ici...* » j'ai peur (*rit*) des petits problèmes je ne veux pas, je la protège. Quand j'ai un vrai problème par exemple je saigne beaucoup oui je vais chez elle, je ne sais pas comment dire, j'ai beaucoup de respect alors je ne veux pas l'embêter pour rien. (VII.54F)

d. Psychiatre, CMP, psychologue

Outre le médecin, la sphère psychiatrique a été évoquée à de nombreuses reprises. Les migrants ont pu en effet bénéficier pour certains d'entre eux d'un accompagnement par le CMP, par un psychologue, un psychiatre... Et cela de plusieurs manières : en libéral, en hospitalisation, ou encore via les interventions d'associations comme la CIMADE, ACSSIT, La Carène...

- j'ai rencontré le médecin psychiatre, qui a prescrit un médicament longue durée, que je dois prendre tous les jours (I41F)
- Après j'ai eu des traitements, j'ai vu un psychologue et quand je suis allé là-bas j'étais libéré je me sentais bien dans l'association (III.21F) Oui bien sur ça aide, j'ai vu un psychiatre pas loin et l'association ACSSIT aussi, je me sentais mieux un petit peu (III.45F)
- Je me disais à chaque fois avant d'y aller « *non je vais arrêter* », mais j'ai remarqué que c'est vrai, après tout quand tu t'exprimes, on peut dire comme si on vidait son sac, ça soulage quand même et j'ai continué encore deux ans. (V.68F)

- J'étais hospitalisée à l'hôpital psychiatrique, j'étais envoyée là-bas. (VI.9F)
- C'était important pour moi car il fallait que je parle avec quelqu'un de confiance, pour ne pas supporter toute seule le problème, j'avais besoin de parler, et j'ai pu parler avec une psychologue à ACSSIT. (VIII.32F)
- Ah je parle je parle... j'en parle au psychiatre, à ACSSIT... Je commence enfin à évacuer. (IX.70F)

On remarque que cette intervention ne s'est pas limitée à l'accompagnement psychique mais a pu être une grande aide dans d'autres domaines, pour les problèmes administratifs par exemple.

- J'expliquais ma situation : j'ai pas de logement, et le médecin (psychiatre) a écrit un certificat, il m'a donné un papier pour l'association Passerelles et l'association m'a hébergé. A partir de ce jour là, ma situation a changé. (I42F)
- Il y avait une troisième personne c'est la psychologue, vraiment c'est très rare elle m'a aidé et bien, elle m'a pas posé de question, elle a juste regardé mes gestes, mon comportement, et voilà tout, elle a analysé tout, tout ça et en vingt jours j'ai eu les papiers. (VII.26F)

Verbaliser a fait du bien à la plupart des patients interrogés, pour autant certains ont indiqué leurs difficultés et le doute concernant le bien fondé à évacuer la souffrance de cette manière.

- J'y suis allée une fois par mois, euh... Il y a quatre personnes, et la traductrice, il faut encore parler, raconter ses rêves... Quand j'y allais je n'étais pas bien. (VII.57F)
- Quand tu sens quelque chose tu pleurs tu ne peux pas parler ! (VII.58C) Je suis allée juste pour le docteur mais j'ai pas l'impression que cela m'ait aidé à grand chose... (VII.59F)

e. Médicaments

L'apport du médicament a été relaté à plusieurs reprises.

→ Positif

Certains migrants ont été convaincus de l'effet positif de leurs traitements, notamment sur les douleurs, le sommeil, leur anxiété.

- Au début du traitement je dormais, ça marchait, c'était bien. (III.54F)
- Comme je dis toujours j'arrive pas même à fermer les yeux pour dormir bien et j'ai eu un médicament et mon frère aussi, on m'a expliqué « *si vous ne vous sentez pas bien peut être qu'on va changer, on va prendre un médicament plus fort* » etc, mais à certains moments oui je prenais des médicaments pour dormir. (V.98F)
- Oui j'en avais, je n'en ai plus maintenant. C'était pour dormir, et des anti déprimeurs. (VII.55F)

→ Méfiance

D'autres se sont montrés plus réticents et méfiants vis-à-vis de leur efficacité.

- Je pense que toujours prendre des médicaments ce n'est pas bien, et je pense que le médicament ne laisse pas l'esprit libre pour que les gens arrivent à se contrôler, c'est pour ça que je ne prenais pas beaucoup de traitement. (III.42F)
- Parfois je prends les quatre Doliprane 1000 par jour et ça ne me fait rien du tout ! (IV.36F)
- (*Aviez vous des médicaments ?*) (*grimace*) Oh beaucoup trop ! (VI.17F)

→ Négatif / mise en échec

D'autres encore les ont mis rapidement en échec, certaines souffrances ne pouvant pas se traiter par des médicaments d'après eux...

- Même s'il y avait des périodes où je prenais les médicaments parce qu'il n'y avait pas d'autres solutions, il n'y avait pas de résultat! (III.43F)
- Quand ton fils de 23 ans est mort, rien n'aide à aller mieux. (VI.18F)

f. Réception des papiers

Des migrants ont considéré aller mieux lorsqu'ils ont reçu leur titre de séjour.

- (*souffle*) Oui, j'ai vu la psychologue jusqu'au statut réfugié. (*Rit*) Après j'allais mieux ! (II.53F)
- Mon mal de tête a fini quand j'ai eu les papiers. (X36F) Ce qui m'a aidé c'est les papiers. (X40F)
- Après, j'ai eu ma carte demandeur d'asile et quand j'ai eu le document avec la carte de dix ans, j'ai repris un peu espoir, et j'ai commencé à chercher du travail. (X27F)

g. La langue française

L'apprentissage de la langue française a paru être une des pierres angulaires afin d'avancer.

- Là je fais des cours de français et après j'ai envie de trouver du travail, j'en ai parlé avec un assistant il m'a conseillé de mieux apprendre le français d'abord avant de demander un emploi et de faire le CV. (III.68F)
- C'est ça quand tu commences à parler un peu, je ne dis pas que je parle très bien, mais tu trouves des gens pour parler, tu recommences à vivre ! (V.80F)
- Si tu ne parles pas tu ne vis pas, pour moi c'est ça. (V.81F)
- C'est pour ça, je dis toujours que c'est très important de parler français. Pour moi, c'est très important ! C'est la plus importante chose (*rit*) (V.85F)
- C'est ça, c'est pour ça cela m'a aidé pour m'adapter, pour vivre en France, de parler. (V.89F) Sinon sans savoir parler c'est très compliqué, pour d'autres peut être pas mais pour moi c'est impossible, il faut parler il faut savoir parler français ! (V.90F)

h. Apprentissage de la culture

Alors que certains migrants avaient une culture se rapprochant de la culture française, d'autres sont partis de rien, et ont dû véritablement se renseigner, apprendre.

- Après comme je vous l'ai dit, apprendre la culture. (IV.52F)
- J'y connaissais rien, et même encore maintenant c'est dur. (IV.53F)
- Je vous ai dit les problèmes de la culture. (IV.46F) Avec les gens du travail j'ai appris à comprendre, mais pas avec les familles. (IV.47F)

i. Religion

La religion a été ressentie comme une grande aide pour certains migrants.

- Ah oui et le dernier sujet très important c'est que je pratique la religion ! Cela m'aide beaucoup, tout le temps je fais la prière, tout le temps. Je suis musulman. (I73F)
- Chez nous les musulmans on dit « *Abdullah* » ça veut dire « *Merci à Dieu* » (V104F)
- Oui c'est ça qui donne quand même la force, c'est ça. (V111F)

j. Travail

Le travail a aussi été évoqué comme une aide pour aller mieux.

→ Pour s'intégrer

En effet, comme l'ont souligné certains, le travail a été un moyen de s'intégrer.

- J'ai travaillé trois ans et demi dans une blanchisserie, j'étais très contente, je voudrais bien continuer (V.51F)
- J'ai repris confiance en travaillant en cuisine et les collègues étaient bien ! (VII.63F)
- Oui le travail et les collègues de travail, c'est mes collègues mes amis, je me suis fait un bon groupe d'amis ça m'aide beaucoup. (IX.48F)
- Quand j'ai commencé à travailler sincèrement pour moi c'était le bonheur : j'ai retrouvé mon public, le handicap j'adore, j'ai beaucoup travaillé avec les handicapés en Algérie, je me suis fait une famille. (IX.79F) C'est pas des gens qui jugent. Depuis j'ai aussi travaillé avec les autistes, c'est pareil ! (IX.80F) Il n'y a pas de discrimination. (IX.84F)

→ Perfectionner le français

D'autres ont considéré que c'est par le travail qu'ils ont perfectionné leur français.

- Après petit à petit quand tu apprends la langue c'est beaucoup mieux quoi. J'ai pris des cours de français mais le plus aidant c'était avec le travail ! (IV.51F)
- Ce matin je suis allée à Pôle emploi pour demander à bénéficier de quelques cours de français supplémentaires. (VIII.17F)

→ Se sentir utile

Travailler a aussi été un moyen de se sentir utile et reconnu au sein de la société.

- Je ne veux pas rester à rien faire moi, il y en a qui ont le RSA des choses comme ça, moi non je ne veux pas, ce n'est pas pour moi ça. (IV.56F)
- Quand je travaille je me sens utile, même pour la famille, dans la vie. (VIII.16F)

→ S'occuper l'esprit

De plus, le travail a été vécu, comme l'ont bien cerné quelques migrants interrogés, comme un bon moyen pour s'occuper l'esprit.

- J'aime bien le travail comme ça, ça occupe, on ne réfléchit pas comme ça on a des choses à faire on est tranquille, et en fin de mois de l'argent pour les enfants des choses comme ça quoi. (IV.55F)
- J'ai trouvé du travail là, j'ai enfin trouvé un peu de tranquillité en moi. (X28F)
- Quand j'ai trouvé du travail ça me faisais du bien : je sortais le matin, je rentrais le soir (X32F)

→ Indépendance financière

Enfin, bien entendu, le travail a été source d'indépendance financière. Une migrante expliquait « *Et j'avais des sous je pouvais me débrouiller !* » (X34F)

k. Famille

La famille a été un pivot central de la discussion concernant ce qui a pu les aider à aller mieux. Le rapprochement familial a été d'une grande importance pour tous les migrants interrogés.

- Ce qui est important aussi c'est les enfants ! Là je vous vois pour le rendez vous et je suis content parce qu'après je rentre à la maison et je vois mon petit, rentrer voir les enfants c'est bon. (IV.59F)
- Pour moi personnellement c'est les enfants, ils ont fait leurs études, ils ont trouvé de bonnes relations avec les gens, ils ont réussi. (V.78F)
- J'habite avec ma nièce car plus rien en Géorgie. (VI.6F)
- Et son père est arrivé, quand il est arrivé bien sur c'était magique (VII.34F)
- Ce qui m'a vraiment aidé c'est le docteur, l'assistante sociale et l'aide du CADA. Et mes enfants ! (rit) (VII.60F)
- J'ai rencontré mon mari, je me suis mariée, j'ai eu mon fils, oui là je me sens mieux. (X35F)

I. Occupations et loisirs

Les loisirs, l'occupation en général a été plusieurs fois citée comme aide.

- En fait ça aide quand les gens aiment quelque chose, une activité, ça aide à aller mieux. (III.40F)
- Moi j'étais mieux quand j'ai fait de la peinture et du bricolage, j'aimais bien ça m'occupait. (III.41F)
- J'ai travaillé en tant que bénévole dans la cuisine (*sourit, parle quelques mots de français, « 3 ans, cuisine » avec sourire*) (VI.28F)

m. La sécurité

Le sentiment de sécurité a aussi été d'une grande importance.

- Sinon vivre toujours sous pression, sous tension, c'est pas ça ici en France quand même tu peux vivre, tu peux faire tes affaires, travailler, si tu as des capacités tu vas faire des études, tu es libre de vivre ! C'est ça le plus important ! (V110F)
- Là en France ou en Europe, je me sens chez moi. J'ai visité plusieurs pays et je me sens toujours chez moi. (IX.76F)

n. Du temps

Enfin, certains migrants ont assuré qu'il fallait surtout du temps et prendre de la distance pour aller mieux.

- On parle, on rigole, mais c'est pour relaxer et on a besoin des années pour ça, c'est ça le problème. (V124F)
- Toutes ces années on a eu de la chance, on espère que les autres auront les mêmes choses pour relaxer et bien comprendre, il faut du temps. Ce n'est pas pour tout de suite. (V125F)
- Et pour ça les enfants grandissent peu à peu et comprennent que cela soulage comme ça, et commencent avec le temps à vivre normalement... c'est le temps qu'il faut c'est tout. (V127F)

7. Etat de santé physique actuel

Après plusieurs années en France, les migrants ont pour la plupart trouvé que leur état physique s'était amélioré par rapport à l'arrivée. Néanmoins, pour beaucoup la guérison n'était pas totale et les douleurs ont pu rester. (**encadré 7**)

a. Cicatrices, séquelles

- (*Le patient montre ensuite ses poings, marqués par des cicatrices*) ça c'est l'accident ça, il y a plein de traces partout sur le corps. (I65G)
- J'ai des migraines parfois, ça a débuté en France jamais j'ai eu ça là bas. (VII.72G)
- C'était dur... d'ailleurs je paie les conséquences là. (IX.24G)

b. Douleurs moindres mais persistantes

- Je n'ai plus de médicament maintenant, parfois du doliprane pour le mal de tête, avant j'avais beaucoup demandé pour le mal à la tête. (II.62G)
- Un peu encore de douleurs au niveau du corps (IV.39G)

c. Amélioration progressive

- Et même j'ai mal aux jambes, quand il fait froid, j'ai mal au dos, j'ai mal à la tête... Même si c'est moins qu'à l'arrivée car oui il y a un grand changement, mais je ressens quand même. (I66G)
- Aujourd'hui, maintenant que ça va bien, on souffle ça va mieux (*souffle et montre qu'elle est soulagée avec des gestes lointains*) (II.21G)

Encadré 7 : plaintes somatiques encore actuelles

8. Etat de santé psychique actuel

Une migrante expliquait que même si le temps passait, il n'en restait pas moins des séquelles. « *On est en France aujourd'hui, pour revenir sur la santé du début ; vous savez c'est comme une blessure qui guérit, mais la cicatrice reste toujours là. C'est ça que je sens toujours* ». (V.61H). La moitié des patients interrogés m'a fait part de la persistance des symptômes de stress post traumatique, de manière plus ou moins marquée. Certains se trouvaient mieux sous traitement, qu'ils

n'envisageaient pas d'arrêter. D'autres ont affirmé une amélioration nette vis-à-vis de leur état antérieur. (**encadré 8**)

a. Persistance de symptômes du SSPT

(Critère B) intrusion, souvenirs, cauchemars, détresse aux rappels du traumatisme

- Je vois des scènes même quand je ne dors pas, quand je suis assis, dans la journée. (I53H)
- Ça m'arrive de faire encore des cauchemars. (IX.33H)

(Critère C) évitement

- On reste très sensible, par exemple les films dès que c'est triste ou violent je pleurs. (VII.98H) Je ne regarde pas les trucs négatifs, il y a beaucoup d'émissions bien c'est sûr mais je ne regarde pas car c'est mon point faible cela me casse et je n'arrive pas à me calmer après ! (VII.99H)
- J'ai peur de faire le ménage chez les particuliers. (VIII.19H) Quand je me retrouve dans une maison qui ne m'appartient pas, j'ai peur. (VIII.20H)

(Critère D) altération de la cognition et de l'humeur

- Je me sens bloqué. (IV.73H)
- Un rebelle, voilà on a fait des exécutions, il fallait faire ça et là, c'est... L'emprise du cercle est horrible j'ai des remords qui me bouffent la vie. (IX.30H)

(Critère E) éveil, réactivité, autodestruction, hypervigilance, concentration, sommeil

- De temps en temps aussi quand je prends le bus, j'ai un rendez-vous, je regarde les horaires et les arrêts c'est prêt et quand je monte, la tête me tourne et j'oublie l'arrêt, ce n'est pas guéri (I54H)
- Toujours stressée sinon... (*larmes aux yeux*) (VI.30H)
- J'ai des périodes voilà de sautes d'humeur pour rien, et où je ne dors pas je remue toute la nuit pendant des jours tu deviens faible après. (IX.42H)

b. Séquelles du traumatisme

- Je rêve tout ça, je fatigue mais après quand je réfléchis bien je comprends que c'est ce qu'il reste, qui vient de l'ancien, oui parce que comment dire 20-30 ans quand tu habites avec le stress, en trois ou quatre ans ça ne peut pas partir vite, il reste quelque chose en toi. (II.49H)
- Après la psychologue m'a proposé encore de continuer et j'ai dit non, quand même, il faut apprendre avec ce qu'il reste. (V.69H) C'est impossible que quelqu'un te tienne toujours la main, il faut apprendre à vivre, on a vu, on a subi, mais il faut apprendre à vivre avec. (V.70H) C'est ça qui soulage, on commence à comprendre tout ça. (V71H)
- C'est vrai que j'ai des problèmes qui persistent mais je sais que ça ne vient pas de la France, c'est des problèmes qui persistent, qui viennent de chez moi, de la guerre, onze ans de guerre c'est du traumatisme très profond qui ressurgit par moment, ça ne peut pas se soigner comme ça. (IX.98H)

c. Stabilité sous traitement

- Oh oui, sûr, sans médicament je ne peux pas parler et je ne peux pas venir devant vous, je les ai toujours ! Et je vois le docteur tous les trois mois qui me prescrit les médicaments, je vois une fois tous les trois mois le CMP. Avant c'était une fois par mois. (I47H)
- Je suis bien. Je ne suis pas guéri mais je suis bien. Je dors grâce à mes médicaments, si j'arrête les médicaments peut être que je ne dormirais pas. (I52H)
- Quand je prends le médicament je suis très stable (*il paraît insister sur cet état de stabilité*) si je l'oublie, le stress revient. (I69H)

d. Amélioration nette

- (*souffle*) Bien sûr que ça va mieux. (II.58H)
- Ah beaucoup mieux. Beaucoup beaucoup mieux. C'est sûr oui. (IV.38H)
- (*idées suicidaires*) Maintenant non, c'est fini (*sourit*). (VII.70H)
- La santé ça va. La tête aussi (*rit*) (VIII.46H)
- Il y a toujours des petits problèmes mais ce sont des problèmes normaux, je n'ai plus d'inquiétude maintenant. (VIII.47H)

Encadré 8 : plaintes psychiques encore actuelles

9. Projets et avenir

La plupart des migrants ont spontanément parlé de leurs projets, de leur avenir, quand je leur demandais s'ils allaient désormais mieux. (**encadré 9**)

a. Rapprochement familial

- Bien sûr j'ai un grand projet : faire venir mes enfants ici en France, là ils sont à Djibouti (I511)
- Là j'ai des enfants de 1, 5 et 6 ans, alors les voir grandir et leurs études. Et acheter une maison, pour les enfants. (IV.611)
- Oui, je vais aller jusque chez nous au Congo, je vais aller les récupérer et les ramener ici. Oui. C'est un projet que j'ai en tête si c'est possible. (X491)

b. Perfectionner le français

- Là je fais des cours de français et après j'ai envie de trouver du travail, j'ai parlé avec un assistant il m'a conseillé de mieux apprendre le français d'abord avant de demander un emploi et de faire le CV. (III.681)
- Ce matin je suis allée à Pôle emploi pour demander à bénéficier quelques cours de français supplémentaires. (VIII.171)

c. Passer le code et le permis

- Là non, mais je suis en train de faire le code ! J'ai une très grande phobie pour conduire ici mais je fais l'effort pour me déplacer pour le travail c'est important. (VII.791)
- Mon but maintenant c'est d'avoir mon permis pour ne pas être bloquée pour travailler. (VIII.451)

d. Trouver un travail

- Je suis inscrit sur la liste mais pour l'instant je n'ai pas travail. (I671)
- Là je commence aussi à m'intéresser à différentes boîtes d'intérim, pour voir si je peux commencer à faire le ménage (VIII181) J'ai demandé dans les offices, dans les entreprises... J'attends la réponse. (VIII.211)

e. Les papiers : naturalisation, nationalité française

- Après on a déposé la demande de naturalisation, et je l'ai eue quand même (*sourit*) il y a quand même quelques résultats positifs ! (V591)
- Je compte demander la nationalité, et si on me la donne je vais aller chercher la famille. (X481)

Encadré 9 : les projets évoqués

10. Conseils pour les prochains arrivants

Durant le premier entretien qui a été très riche, j'ai remarqué que le migrant interrogé a évoqué spontanément des conseils afin de mieux accueillir les prochains. D'autres après orientation ont fait de même avec plus ou moins d'inspiration : « *Bien sûr j'ai plein de conseils* ». (I55J), « *C'est difficile à dire ! En conseil il faut être à votre place pour savoir ce qu'il faut faire exactement, c'est pour ça je ne peux pas vous dire exactement « je vous conseille ça ou ça* » »... (V115J) (**encadré 10**)

a. Orienter, donner l'information

- Le premier c'est donner l'information à celui qui arrive dans le pays qu'il ne connaît pas. (I56J)
- Le principal c'est accueillir la personne ! Accueillir, on est nouveau, c'est très très important. (I70J)
- Et l'aide pour l'administration. (IX.51J)

b. Soigner

- Et aussi demander si la personne est malade, si elle est malade, orienter tout de suite. (I59J)
- Je pense que juste bien comprendre le problème de santé ou psychologique c'est bien (II.71J)
- C'est vraiment important de rencontrer le psychiatre, de parler, de se défouler (X56J)

c. Aide à l'hébergement

- Deuxièmement donner l'aide minimum c'est-à-dire héberger, c'est le plus important. (I57J)

d. Parler la langue origine / apprendre le français

- Et trouver quelqu'un qui trouve la même langue que l'étranger parce que la personne elle ne parle pas français. C'est une grande barrière ça. (I58J)
- C'est pour ça, je dis toujours que c'est très important de parler français. Pour moi, c'est très important ! C'est la plus importante chose (*rit*) (V.85J)

e. Prendre en compte la différence culturelle

- Après comme je vous le dit, apprendre la culture. (IV.52J)
- C'est bien pour moi si je trouve une famille à rencontrer, pour découvrir et expliquer comment ça marche chez vous. (IV.63J)
- Moi je demande à ce que les gens ici voient ces migrants comme des humains comme eux, qu'ils viennent d'Afrique ou d'Asie, c'est des noirs c'est des jaunes, c'est la même... On parle de race il n'y a pas de race pour moi, il y a juste la race humaine et la race animale. (IX.117J)

f. S'intéresser au vécu, instaurer un climat de confiance

- Quand nous sommes malades comme moi au début, nous n'avons pas confiance en tout le monde : donnez la confiance ! (I60J)
- Et quand la personne arrive, on a besoin d'entendre quelqu'un nous encourager, qui dit « *ça ira mieux, la démarche va juste commencer* » Je n'ai pas eu ça. Je n'ai pas eu ! (I64J)
- En plus quand la personne arrive dans un nouveau pays, surtout en Europe, ces gens-là ils sont partis de leur pays sans rien, ils ont vécu beaucoup de problèmes sur le chemin : parlez ! (I71J)
- Il faut juste vraiment croire les gens qui arrivent. (VII.84J) Quand tu vois qu'ils croient tu as envie de raconter, ça sort difficilement mais tu veux partager ! (VII.85J)
- Surtout l'écoute ! (IX.50J)
- Et même, quand on ne peut pas aider les personnes financièrement, on peut toujours les aider autrement, on peut les écouter, leur donner le temps de s'exprimer, de dire ce qu'ils ont sur la conscience, ce qui fait mal, ce qui les gêne, ce qu'ils ressentent, c'est même parfois mieux que de leur donner juste un billet. (IX.119J)

g. Prévenir que cela va prendre du temps

- On parle, on rigole, c'est pour relaxer, on a besoin des années pour ça, c'est ça le problème... (V124J)
- il faut du temps, il faut du temps pour commencer à s'adapter. (VIII.9D)

h. Expliquer le SSPT et ses conséquences

- Même les enfants, quand j'ai entendu qu'il y avait des problèmes à l'école, beaucoup d'enfants étrangers avec les enfants français, et je comprends pourquoi, mais on ne peut pas expliquer aux enfants français tous les problèmes qu'ils ont subi les étrangers, ils ne sont pas agressifs c'est pas ça, c'est une réaction de protection c'est ça qui arrive ! (V126J)
- Et pour ça les enfants grandissent peu à peu et comprennent que cela soulage comme ça, et commencent avec le temps à vivre normalement... c'est le temps qu'il faut c'est tout. (V127J)
- Mais c'est bien, merci, vous avez choisi un très bon thème pour votre thèse. Faut que ça sorte, faut qu'on en parle ! (IX.120J)

Encadré 10 : Conseils proposés pour les prochains arrivants

11. Communication verbale

La communication verbale a été analysée durant les entretiens. (**encadré 11**)

a. Diction élocution articulation

→ Insistance sur certains mots

- Quand je prends le médicament je suis très stable (*il paraît insister sur cet état de stabilité*) si je l'oublie, le stress revient. (I69K)
- C'est leur faute (*insiste*), ils ont interdit aux gens de donner aux mendiants ! Pour que les gens ne viennent plus... C'est... révoltant quand on voit ces enfants. (IX.106A)
- *Insiste sur le terme de la « liberté »* (VIII65L)

→ Contrôle du discours

- *Visage fermé, très peu de mimiques, rares sourires, voix monotone (hausse la voix à seulement deux reprises)* (I75L)
- *Utilise des intonations différentes, voix non monocorde, voix calme, posée* (III77L)
- *Expressive : sourires, larmes quand parle de son fils et exprime le malheur, revendicatrice lorsque l'on parle de sa situation financière et administrative* (VI63L)
- *Pas de pause, pas de larme, pas de moment de flou ou d'inattention ressentie, maîtrise de son discours* (X60L)
- *Parle français très facilement, rares hésitations ou demandes de confirmation du terme choisi, bonne maîtrise et se sent très à l'aise pour discuter* (II76L)
- *Patient essayant à plusieurs reprises de débiter l'explication en français, ou de dire les mots qu'il arrive à traduire en français durant l'ensemble de l'entretien* (III77L)

→ Débit rapide, parfois logorrhée

- *Coupe à plusieurs reprises l'interprète afin d'apporter de nouvelles informations* (I75L)
- *Voilà. C'est tout, c'est trop court un entretien, quand nous voulons expliquer c'est trop vite mais tout ce que je veux dire c'est sur une longue vie de plusieurs années !* (II.74L) *Mais si je peux aider je suis très contente* (II.75L)

→ Débit lent, émotions

- *Quand quelque chose arrive dans la vie qui casse tout... et après récupérer tout ça c'est très compliqué...* (*Grande pause*) (V132K)
- *C'est pareil en Algérie on a aussi ce problème d'immigration, les pays autour vous allez en Kabylie, c'est... je n'arrive pas à comment dire? je perds mes mots...* (*ému*) (IX.104A)

b. Métaphores et expressions

→ Etre prisonnier d'un mal être

- *A l'arrivée je n'ai pas parlé à tout le monde. J'étais comme une prison ouverte, (...), c'était dur. Il y avait plein de choses dans la tête.* (I61K)
- *Comme mon frère dit « jusqu'à aujourd'hui tu as les mains serrées et tu ne peux pas les desserrer, c'est la même chose dans la tête, je suis prisonnier »* (V123K)

→ Etre sous la menace fréquente de l'expulsion

- *Je dis souvent que nous « habitons avec une valise toute la vie »* (II.32K)
- *Comme on dit chez nous moi je préfère « vivre sous un pont en Occident plutôt que d'être riche dans cette dictature et cette anarchie ».* (IX.58K)

→ Etre perdu, en décalé, dissocié

- *Quand j'ai quitté le pays, je me souviens que quand j'ai reçu les papiers, et quand je suis sortie dehors c'était noir et blanc... Tout. Je n'ai pas vu les couleurs, c'était un choc dans la tête, je regardais les voitures qui passaient et c'était noir et blanc !* (VII.30K)
- *Ça c'est une bonne question. Vous savez c'est comme quand tu n'as pas encore les pieds sur terre et tu n'es pas encore là* (V.25K)

→ Relativiser sur la souffrance, la blessure

- *On est en France jusqu'à aujourd'hui, pour revenir sur la santé du début ; vous savez c'est comme une blessure qui guérit, mais une cicatrice qui reste toujours là. C'est ça ce que je sens toujours.* (V.61K)
- *Tu sais c'est comme à force de toucher l'eau chaude tu comprends que ça brûle, et l'eau froide c'est froid. Tu comprends, tu apprends avec !* (V72K)
- *Comme on dit après la nuit arrive la journée et après la journée arrive la nuit... C'est ça la vie. C'est alterné comme un zèbre avec les traces blanches et noires* (*rit*). (V114K)

Encadré 11 : éléments de la communication verbale

12. Communication non verbale

Il a été intéressant de constater que seul un migrant a accepté par exemple un verre d'eau sur les huit qui y avaient accès durant l'entretien. Le retrait ou non du manteau a aussi pu être une évocation de l'aisance du patient. (**encadré 12**)

a. Aspect extérieur des protagonistes : tenue traditionnelle, en civil

- *Arrive bien présentée, maquillée coiffée, lunettes à la mode. Se dévêt pour se mettre à l'aise, souriante, pose son sac derrière elle sur une table non utilisée (II76L)*
- *Elle est habillée en tenue traditionnelle. (X1L)*

b. Attitude : rapprochement ou un rejet. Méfiant ou à l'aise

- *Reste en doudoune courte durant tout l'entretien (I75L)*
- *Dès l'arrivée à son domicile, le dictaphone encore rangé et non allumé, elle me demande si j'ai une caméra cachée d'un air méfiant ! (X1L)*
- *Evènement du post-it où le coût du timbre fiscal est noté: me le montre plusieurs fois avec insistance, je me demande si elle ne souhaite pas que je lui donne cet argent finalement (VI63L)*
- *Il se sent du coup à l'aise : souriant, rit à plusieurs reprises, enlève son manteau. Non figé, s'assoit confortablement, se mobilise facilement. (III77L)*
- *Accepte le verre d'eau (IV82L)*
- *Emploie le « tu » (II76L)*
- *Etant à son domicile, la patiente termine l'entretien en proposant du café. Puis viennent les chocolats russes, les chaussons aux pommes qu'elle dit adorer (je n'en prends pas, elle insiste deux fois en disant qu'elle refera les courses, qu'il faut en prendre !). (V133L)*

c. Gestuelle

- *S'exprime ensuite plus avec les gestes, plus souriant au fur et à mesure de l'entretien (IV82L)*
- *A la porte, il me remercie en me regardant dans les yeux et pose une main sur mon épaule, avant de partir avec son ordonnance de Doliprane (I75L)*
- *Utilise beaucoup de gestes avec utilisation de ses deux mains, dessine sur la table avec ses doigts... (II76L)*
- *Joint ses mains comme pour faire une prière à la fin (III77L)*
- *Beaucoup de gestuelle, s'agite sur sa chaise, très à l'aise avec moi et l'interprète (VIII65L)*
- *Plusieurs fois va pointer du doigt avec insistance (IX121L)*

d. Investissement de l'espace

- *Coupe à plusieurs reprises l'interprète afin d'apporter de nouvelles informations (I75L)*
- *La TV russe est en muet en arrière fond (V133L)*
- *La TV allumée sur une chaîne africaine, en muet en arrière fond (X1L)*
- *Me fait entrer chez elle, termine ce qu'elle avait débuté dans la cuisine avant de me rejoindre au bout d'une dizaine de minutes. Elle est habillée en tenue traditionnelle. (X1L)*

e. Positionnement du regard

- *Peu de contact oculaire, bref une à deux secondes avec moi, plus longs avec l'interprète que monsieur connaît, comme une discussion avec lui sans difficulté (I75L)*
- *S'adressant facilement à moi et me fixant, discussion privilégiée, en passant outre l'utilisation de l'interprète, qu'il connaît par ailleurs car c'est elle qui l'a aidé initialement dans l'ensemble de ses traductions au sein de l'association (III77L)*
- *Regarde souvent en l'air quand il réfléchit ou quand il fait des pauses dans son discours, se concentre et s'applique pour parler (VII103L)*

Encadré 12 (a) : éléments de la communication non verbale

f. Les larmes, la peur

- *Moment difficile et vite éludé lorsque je questionne brièvement sur la raison du départ de son pays d'origine, long silence ne motivant pas à demander plus de détails, sentiment que l'évocation risque d'être à nouveau très douloureuse et non recherchée lors de cet entretien !(III77L)*
- *Gouttes de sueur sur son front lorsqu'il se remémore les morts de la famille (III77L)*
- *Très émotive durant l'entretien à l'évocation des passages de vie difficile (VII103L)*

g. Le rire parfois présent

- *Rires faciles, respire la joie de vivre et la victoire, la fierté aussi (II76L)*
- *Expressive : sourires, larmes quand parle de son fils et exprime le malheur, revendicatrice lorsque l'on parle de sa situation financière et administrative (VI63L)*
- *Nombreux rires et sourires durant l'entretien, bonheur ressenti (VIII65L)*

Encadré 12 (b : suite): éléments de la communication non verbale

IV. DISCUSSION

A. Résultats principaux

Il ressort de cette étude plusieurs facteurs impactant le ressenti des migrants sur le syndrome de stress post traumatique depuis leur arrivée en France. En effet, outre la violence et les traumatismes physiques et psychiques subis dans leur pays d'origine motivant leur départ, les migrants ont rencontré des difficultés de plusieurs ordres lors de l'exil, mais cela ne s'arrête pas en France : un grand nombre de barrières se dressent encore à l'arrivée et peuvent perdurer. Ces difficultés ne sont pas seulement d'ordre adaptatif, elles concernent aussi les difficultés à accéder aux titres de séjour, aux soins, l'apprentissage de la langue, le choc culturel... Elles viennent complexifier l'évolution de leur souffrance psychique et peuvent accentuer l'isolement des nouveaux arrivants.

Néanmoins, on note que plusieurs recours existent et ont été utilisés par les migrants interrogés. En premier lieu les associations, qui sont souvent le premier levier à l'arrivée. Nombreuses à La Roche sur Yon, elles permettent notamment de faciliter l'accueil et l'orientation des primo arrivants, afin d'accéder aux soins médicaux ou facilitent la compréhension des étapes administratives... Pour mémoire, il existe deux types d'associations. Les premières ont un mandat de l'Etat, avec des subventions permettant de faire le travail d'accueil des demandeurs d'asile. C'est le cas du 115, du CADA, de l'association France Terre d'Asile, de PASSERELLES. Les secondes sont des associations de bénévoles, indépendantes de l'Etat, avec leurs fonds propres, ACSSIT ou AMIs/Yon (regroupant anciennement la CIMADE et le réseau citoyen Welcome) par exemple à la Roche sur Yon.

Dans mon étude, tous les migrants ont eu l'aide d'au moins une association, voire deux. Cinq patients ont connu l'association ACSSIT (et la CIMADE), cinq ont évoqué l'importance de l'aide du CADA, trois celle de PASSERELLES et du 115, un de France Terre d'Asile.

Le médecin joue un rôle clé pour de nombreux migrants : il assure la santé physique, mais il est aussi le pivot permettant la mise en lien avec les réseaux d'aides du territoire, mais aussi dans la santé psychique. En ce qui concerne la souffrance psychique, il paraît important de leur expliquer ce qu'est le syndrome de stress post traumatique, leur proposer des traitements médicamenteux mais aussi un suivi psychologique, en leur faisant comprendre que cela va être long. En effet, les migrants après plusieurs années en France se rendent compte pour la plupart que la souffrance va perdurer potentiellement à vie, même si elle peut s'estomper dans le temps. « *Je ne peux pas dire, ce n'est pas possible de guérir. (II.46H)* » avait déclaré une migrante. Plusieurs migrants font le lien entre les symptômes physiques et leur souffrance, leur passé violent. Un migrant avait évoqué « *C'est vrai que j'ai des problèmes qui persistent mais je sais que ça ne vient pas de la France, c'est des*

problèmes qui restent, qui viennent de chez moi, de la guerre, onze ans de guerre c'est du traumatisme très profond qui ressurgit par moment, ça ne peut pas se soigner comme ça. » (IX.98H). Certains ont pu passer outre certaines incompréhensions initiales par le biais de consultations spécialisées, comme l'ethnopsychiatrie. Un bon nombre de migrants ont considéré que l'intégration joue un rôle important dans leur vécu de cette souffrance, et conseillent aux futurs arrivants d'apprendre la langue française, comprendre la culture du pays d'arrivée qui peut être très différente de celle « du pays ». Plusieurs migrants interrogés ont désormais des projets solides, et vont de l'avant (perfectionner la langue française, permis, travail, rapprochement familial, activités...). D'autres sont restés enkystés dans les problèmes administratifs notamment, plombant la possibilité, d'après eux, d'aller mieux. Je pense notamment à cette femme qui m'a montré plusieurs fois son post-it indiquant le prix du timbre fiscal permettant de recevoir son titre de séjour. Il paraît important en tant que médecin de les accompagner dans ce parcours du combattant, et oser leur parler du syndrome de stress post traumatique, de leur vécu.

L'accueil initial, les conseils outre médicaux, paraissent les bienvenus et manquent encore souvent pour ceux qui viennent d'arriver en France. Ces migrants sont démunis et marqués par leur passé et arrivent chez nous avec de l'espoir, et beaucoup d'attentes. Ces différentes aides pourraient venir alléger leur souffrance psychique déjà impactée par l'exil et le changement de cadre imposé.

B. Validité de l'étude

1. Forces de l'étude

Une des forces de cette étude est l'originalité du travail : je donne la parole aux migrants, experts de leur histoire et de leur trajectoire, dans le cadre d'un cabinet de médecine générale, avec le recul du temps. Le phénomène migratoire est un sujet d'actualité depuis plusieurs années, motivant de plus en plus d'articles et de thèses, néanmoins il est peu fréquent de trouver des études interrogeant directement les migrants. La plupart des travaux de recherche soulèvent les problématiques du vécu côté soignant, ou évoquent les migrants sur la thématique de la précarité, en épidémiologie. Concernant leur état de santé psychique, ce sont souvent des observations des psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux, dans des structures spécialisées et pendant les premiers mois en France.

De plus, le choix de la méthode qualitative phénoménologique est à noter. En effet, cette méthode d'analyse permet d'ouvrir sur des sujets ou des données encore peu explorées, sans postulat au préalable. Ce travail participe à la création de nouvelles connaissances, à travers le retour d'expérience personnelle des migrants arrivés en France.

Il me paraissait important d'aborder directement le point de vue des migrants afin de mieux les prendre en charge. Les migrants sélectionnés pour mon étude avaient un suivi médical car ils étaient connus de la maison de santé pluri professionnelle de La Roche sur Yon. Ils avaient un certain recul sur les informations, les critiques ou remarques à faire sur leur parcours depuis leur arrivée. La ville de La Roche sur Yon était intéressante aussi car elle est en capacité d'accueillir les migrants depuis des années, avec des possibilités d'aides variées (associatives, sanitaires, hébergement...) et de l'expérience. L'inclusion permettait d'obtenir une variance maximale de la migration : les pays d'origine, les causes de l'exil, les violences et traumatismes subis n'étaient pas détaillés en critères d'inclusion. De plus, je n'ai pas sélectionné selon les critères spécifiques compris dans la définition du DSM-5 du SSPT. Cela me permettait de faire un point global sur la souffrance psychique et l'exil, sans distinction, afin de correspondre avec une patientèle que l'on peut croiser dans chaque cabinet de ville. J'ai considéré que chaque migrant pouvait nous faire avancer sur la réflexion, et que les difficultés ou aides qu'ils ont pu rencontrer pouvaient être souvent similaires et croisées.

Enfin, il est important de remarquer que s'entretenir avec les migrants est complexe à réaliser. Il faut impérativement savoir s'adapter. La plupart des patients interrogés pouvaient être méfiants au départ, frileux à l'idée de revenir sur leur passé et de me rencontrer pour parler de souffrance ou de l'accueil en France. Leur expliquer que cela était intéressant pour nous, soignants, français, afin de mieux accueillir les futurs arrivants a pu les motiver. Il a fallu créer un cadre souple, de confiance, afin de les mettre à l'aise. J'avais en tête de gérer le contact et la bonne distance avec le migrant que je questionnais. De plus, il était de bon ton de rester objectif et éviter le voyeurisme facile dans cette thématique de violence, de souffrance indicible et inimaginable dans notre pays. Cette étude pourrait entrer dans le cadre de thérapie par récit de vie volontaire. Il fallait éviter de narrer en détail ou remuer les récits violents afin de ne pas réactiver la souffrance, car je ne proposais pas d'autre rencontre, je n'avais pas d'autre suivi à leur proposer si ce n'est de continuer celui qui était déjà en place (le médecin traitant, le suivi psychologique habituel s'il existait).

Il était nécessaire de prévoir un temps raisonné bref entre le premier contact, le rappel téléphonique et le rendez vous afin d'éviter les perdus de vue, les refus secondaires, les non réponses. En outre, il était parfois nécessaire de prévoir un interprète extérieur, tout en s'adaptant aux contraintes de temps et de lieu. J'ai pu me déplacer chez les migrants si besoin, en aménageant un temps long incluant la traduction, prendre le temps de reformuler, ne pas se précipiter.

2. Limites de l'étude

Cette thèse est ma première expérience de recherche qualitative, ce qui peut expliquer certains biais. (15)

Il existe des biais de sélection. En effet, les migrants que j'ai inclus dans l'étude sont tous patients de la maison de santé de La Roche sur Yon, et déjà connus du cabinet depuis plusieurs années. Ma directrice de thèse, Dr Tregouet Brigitte, est l'un des praticiens de cette maison de santé, elle participe à une association d'aide aux migrants, et peut être présente dans certaines consultations transculturelles proposées sur La Roche sur Yon. Il existe donc un biais de recrutement, non seulement du fait du pool de patients, mais aussi parce que les migrants interrogés pouvaient connaître ma directrice de thèse et ne pas oser refuser l'entretien, voire lui être redevable et accepter la rencontre comme une faveur à son égard.

De plus, les patients qui ont accepté sont tous volontaires. Ce sont potentiellement ceux qui souhaitent discuter car ils vont peut être mieux, ils sont un minimum installés, avec des titres de séjour, et sont de ce fait plus accessibles. Ce ne sont pas les migrants potentiellement très souffrants, hospitalisés longtemps, les mutiques, les patients inconnus de la maison de santé, ou en errance... Ces patients là relèvent du biais d'attrition. Inversement, ce ne sont pas non plus les migrants ayant un travail prenant, ou n'ayant pas besoin de consultation chez le généraliste durant mon temps de recrutement, et qui vont possiblement bien.

Il existe aussi des biais d'information. Concernant les entretiens, plusieurs erreurs peuvent être évoquées. En premier lieu, le biais enquêteur. En tant que novice concernant les entretiens semi dirigés, j'ai amélioré peu à peu ma façon de questionner et de rebondir sur certaines réponses, afin de ne pas chercher à induire les réponses supposées comme je pouvais le faire au début. Ma technique s'est affinée au fur et à mesure des entretiens. De plus, le biais d'interprétation et d'analyse est attendu dans une étude qualitative : il existe par exemple des erreurs à prendre en compte côté interviewé suite à la mauvaise compréhension de certaines questions, ou côté intervieweur dans la façon de classer les verbatim en catégories avec une subjectivité possible, une interprétation potentiellement erronée de manière non intentionnelle suite à la négligence ou la mauvaise compréhension de la réponse du patient, ou la prise en compte d'une réponse non pertinente. En outre, il faut prendre en compte les altérations intentionnelles de l'enquêteur pouvant modifier les réponses fournies en reformulant les questions, réduites via l'enregistrement audio.

Enfin, outre le biais enquêteur principal il faut évoquer le biais lié à l'interprétariat, inclure une troisième personne n'est pas anodin. L'interprète peut lui aussi « interpréter », mal comprendre, mal reformuler les questions de l'intervieweur ou les réponses de l'interviewé. Certains migrants pouvaient avoir un dialecte particulier dans leur langue natale, et malgré la précision ne parlaient pas exactement la même langue que l'interprète (souci pratico pratique de la disponibilité de la langue, il existe par exemple plusieurs « arabes », certains dialectes africains sont non reconnus...), pouvant fausser aussi certaines traductions. A évoquer aussi la subjectivité de l'interprète outre celui de l'enquêteur principal. Le contre transfert langagier peut entraîner une modification de l'histoire selon la vision de l'interprète ou selon sa culture, sa propre histoire. Tous les types de relation peuvent exister entre

l'interprète et le patient : des relations de domination, de dépendance, de communautarisme, de jalousie... Ces difficultés peuvent échapper à l'enquêteur et au soignant. J'ai choisi de ne pas utiliser un membre de l'entourage du migrant pour traduire, afin de réduire cette subjectivité et les possibles « non dits » pour (se) protéger (de) l'entourage.

Cela nous amène au biais de prévarication possible, si les patients occultent certaines parties du récit pour différentes raisons (peur d'être jugé, peur de réactiver certains souvenirs, peur d'être incompris, gêne éprouvée, mensonges liés à la présence d'autrui comme un interprète « à l'écoute »...). Enfin, il ne faut pas oublier d'évoquer le biais de mémorisation, les patients interrogés pouvaient être en France depuis plus de dix ans, entraînant des oublis possibles, ayant vécu trop de changement. A noter que le syndrome de stress post traumatique en soi peut modifier ou discréditer les souvenirs et la mémoire.

C. Comparaison avec la littérature

1. Les barrières et difficultés du migrant

a. Côté soignants

La prise en charge des personnes migrantes en médecine générale fait partie des compétences du médecin généraliste définies par la WONCA (20). On y retrouve notamment les principes d'égalité d'accès aux soins et d'approche globale, intégrant les dimensions à la fois individuelle, familiale, communautaire, mais aussi physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle des problèmes de santé. Ces caractéristiques sont aussi retrouvées dans le référentiel « métier et compétences du médecin généraliste », élaboré par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) qui évoque le « patient migrant s'exprimant mal en français » comme une situation mettant en jeu des compétences essentielles du médecin généraliste (21). Ces principes sont déterminants dans l'état de santé du patient migrant, le parcours de soin, la mise en œuvre d'un traitement. Or soigner un patient migrant est complexe, et difficile. Ces difficultés sont retrouvées dans la littérature, et notamment reprises dans les travaux de thèses médicales.

On peut citer la thèse de C.Matz (22) réalisée à Nancy en 2011, qui enquête sur les difficultés qu'ont les médecins généralistes sur la prise en charge des patients précaires et notamment migrants précaires. Les difficultés semblent fréquentes car plus de 90% des médecins interrogés ont déclaré au moins une situation complexe avec les patients précaires. La difficulté principale est l'impossibilité d'avance des frais, puis viennent les difficultés de communication et enfin les pathologies psychiatriques et la souffrance morale qui paraît mettre mal à l'aise près de 40% des médecins interrogés. Nombreux sont ceux qui manquent d'information concernant

les structures d'aides et d'orientation et se disent prêt à obtenir ces informations via une formation.

J'ai pu rencontrer personnellement durant mon parcours étudiant des médecins honteux d'avoir des préjugés, se demandant quoi répondre à certaines demandes notamment les certificats pour la préfecture, jusqu'où aller quand on sait que les patients face à nous ont subi des traumatismes inimaginables... Doit-on leur demander de raconter ? Face à la dureté des récits, sommes nous dans le voyeurisme ? Que répondre ? Les sentiments d'impuissance et d'incompétence sont retrouvés dans ces situations particulières. De plus, les consultations avec les patients migrants sont souvent longues, complexes, avec des particularités (telles que l'infectiologie, le mode de vie... Ces différences peuvent même se présenter avant le début d'une consultation : il est par exemple parfois difficile de faire respecter un horaire et la patience dans une salle d'attente pour un migrant qui ne connaît pas cela dans son pays d'origine !).

Ces difficultés du côté soignant sont aussi retrouvées dans le rapport d'enquête réalisé à Rennes en 2006 par le Réseau Ville Hôpital 35 (23). Les médecins interrogés sur la prise en charge des patients immigrés ont évoqué que par manque de temps, par souci de discrétion et notamment du fait de difficultés de communication (50% ont déclaré que la langue différente était un vrai problème) ils ne connaissent que rarement l'histoire migratoire éprouvante de leurs patients (sauf signes cliniques évidents comme les tortures ou les viols). Ils ont observé aussi qu'il existait une très grande expression des troubles fonctionnels difficiles à traiter, avec l'influence culturelle. Certains ont évoqué le cliché réflexe de l'étranger « profiteur » lors des demandes de soin (influence de la CMU ou l'AME).

En parlant d'expression somatique et psychique différente, nous pouvons aussi citer le travail de thèse de A.Douja (13) présentée à Nantes en 2012, qui observe les difficultés et les attentes des praticiens face à la souffrance psychique du migrant. Dans les difficultés énoncées, on retrouve à nouveau la barrière de la langue ; le problème de la différence culturelle et de l'expression de la souffrance psychique très variée (expression clinique différente, non observance car non compréhension de certains traitements, recours à des thérapies annexes), qui remettent en cause les compétences médicales. Selon A.Douja, les médecins ont plusieurs attentes, on retrouve la demande de formations (à la fois pour les praticiens mais aussi pour les migrants) concernant la culture et la prise en charge de la souffrance, un souhait d'accès plus facile à des spécialistes type psychiatre ou ethnopsychiatrie (parlant leur langue, disponibles...). Les soignants se retrouvent encore souvent démunis face aux patients migrants en souffrance.

b. Côté migrants

Il a été plus difficile de trouver dans la littérature des travaux s'intéressant au regard du migrant concernant la souffrance psychique et son évolution depuis leur

arrivée en France, avec ou non recours aux aides disponibles. Plusieurs thèses de médecine générale émergent néanmoins concernant le « migrant vulnérable ».

Le migrant est un sujet fragile socialement, entravant par conséquent un accès aux soins. L'INPES rappelle que le patient migrant est souvent plus atteint par la précarité : ses revenus et son niveau de vie sont souvent moindres que l'ensemble de la population, avec des difficultés d'accès au logement et au travail. On note de plus une « précarisation spécifique », notamment du fait du statut juridique d'étrangers précaires (sans possibilité d'accès à l'emploi, obstacle à l'hébergement, exploitation économique) ainsi qu'une discrimination surtout à l'accès aux soins (24). C'est le cas d'une migrante de mon étude, qui se rappelait « *Quand je suis arrivée je ne suis pas restée à la maison, moi j'ai travaillé comme bénévole dans une association, parce que quand tu n'as pas les papiers tu n'as pas le droit de travailler. (II.41D)* ».

Le COMEDE énonce huit critères de vulnérabilité sociale que l'on retrouve chez les migrants exilés : le recours aux aides alimentaires, la non maîtrise de la langue française, la précarité de l'hébergement, l'isolement relationnel, social, les problèmes de titre de séjour, de protection sociale, de ressources financières. Pour le COMEDE, les personnes qui ont au moins cinq des huit critères doivent bénéficier d'un accueil et suivi prioritaires car ils sont considérés comme en situation de grande vulnérabilité (1).

Les résultats de thèse de L.Federici en 2013 (25) rejoignent l'idée que les précarités sociale et économique entraînent une difficulté à l'accès au soin dans cette population migrante. Dans une étude descriptive consultant à l'hôpital Bichat à Paris, elle a interrogé des patients migrants sur leur parcours de soins et leurs difficultés. Les patients migrants sont significativement moins suivis par un médecin généraliste de manière proportionnelle à leur précarité, alors que la médecine générale est un pivot dans la coordination des soins et doit être accessible et égalitaire pour tous.

Ces décalages sont aussi retrouvés dans les résultats de thèse de M.Abt (26) en 2015 dans le Nord Pas-de-Calais. D'après les réponses aux questionnaires soumis aux patients migrants, le recours aux soins primaires est à améliorer. Il existe en effet des discordances importantes entre les attentes des patients, et les résultats de consultation témoignant de difficultés persistantes dans la prise en charge en soins primaires des patients migrants, du fait de situations de grande précarité, des faiblesses du système de soins, et d'une pratique des soignants insuffisamment adaptée aux besoins et aux attentes des patients. On remarque que les migrants sont demandeurs d'une prise en charge globale et d'une écoute, pas seulement d'un réflexe humanitaire qui se réduirait à l'accueil à leur arrivée.

Dans mon étude, ces difficultés ont été observées à plusieurs reprises. On peut citer ce migrant, qui s'est senti particulièrement démuné à l'arrivée sur le territoire :

« à l'arrivée je n'ai pas parlé à tout le monde. J'étais comme dans une prison ouverte, quand je suis arrivé ici je parlais à personne, je n'avais pas les moyens d'acheter, même un café, pas le moyen d'aller au restaurant, pas les moyens d'avoir un logement, c'était dur. Il y a plein de choses dans la tête. » (I61D)

Le patient migrant est aussi exposé à des difficultés administratives non négligeables, empêchant notamment l'accès aux titres de séjour. Dans un film, *Ceux de Primo Levy* de Anne Barbé (27), la complexité des prises en charge des migrants est observée du point de vue des soignants. Ce centre parisien accueille les exilés depuis 1995 et regroupe de nombreuses professions diverses (médecins, psychologues cliniciens, kinésithérapeutes, travailleurs sociaux, interprètes, juristes), qui prennent la parole dans ce film documentaire. L'insensibilité de l'administration française est évoquée à plusieurs reprises. La psychologue évoque *« la mémoire et l'oubli fonctionnent dans cette même complexité, pour une personne victime survivant de persécution, de torture, de violence, l'enjeu d'arriver ici, de par la procédure d'asile d'être obligé de se souvenir et de produire des souvenirs extrêmement précis chronologiques et cohérents et de subjectivement n'avoir envie que d'oublier ce passé, ca fait un conflit psychiquement parlant monumental (...) »* *« c'est incroyable comment ces décisions (obligation de quitter le territoire) ont un effet catastrophique sur eux. Je ne sais pas si l'OFPPRA ou la cour, ceux qui décident (...) ont la moindre idée de ce que cela engendre pour eux, cette décision »*. Un ancien juge CNDA devenu sociologue rajoute : *« j'ai mis un certain temps à me rendre compte des procédures absurdes d'évaluation des demandes d'asile (...) aucun moyen d'instruction ici ni là bas (...) quelques heures, budget ridicule (...) les juges n'ont pas d'accès en amont au dossier donc ils découvrent en une demi heure ce qu'est la vie de la personne »*. Il explique effectivement que personne n'est capable de savoir si le réfugié est un « vrai ou un faux » ; et que l'essentiel du rejet se fait sur le fait qu'on croit ou non à leur histoire...

Les patients migrants interrogés dans mon étude ont tous parlé de difficultés administratives à leur arrivée. La pénibilité s'est fait ressentir à plusieurs reprises, notamment chez cette migrante qui *évoquait « J'ai passé un moment très difficile car quand tu viens, il faut toujours se justifier, déposer les papiers, écrire les dossiers, parler à tout le monde (pleurs à nouveau) et chaque fois il fallait tout raconter, tous les détails, c'était trop dur ! » (VII.16D)*

On retrouve d'autres obstacles évoqués par les migrants dans le travail de thèse de A.Mathieu en 2011 (26). A partir d'entretiens semi dirigés, A Mathieu a récolté les difficultés qu'ont ressenties les migrants à leur arrivée en France. Ils citent à nouveau la barrière linguistique, même en présence d'un interprète, la difficulté liée à la présence des enfants, la divergence des priorités sanitaires, les divergences culturelles ou religieuses, les résistances quant aux aspects non somatiques. On remarque dans son étude que les migrants sont souvent mécontents car le délai d'attente de la consultation est trop long, et le temps de consultation trop court, que l'élargissement de la consultation aux motifs secondaires (type psychique, social, ou

dépistage) peuvent être jugés intrusifs mais sont souvent ressentis positivement. On se rend compte que les migrants ne savent pas qu'ils peuvent parler de leur souffrance psychique chez le médecin qu'ils considèrent souvent comme « médecin du corps » et auraient aimé qu'on les interroge plus. Les migrants considèrent la relation avec le médecin généraliste très importante, et préfèrent la prise en charge par un généraliste en France plutôt qu'à l'hôpital ou dans le pays d'origine.

Ce respect du médecin traitant a été évoqué dans les entretiens réalisés, tel que « *Là vraiment le médecin m'a compris sans preuve, d'une façon « docteur », pas quelque chose de sentimental parce que parfois le médecin était froid mais je savais pourquoi elle est comme ça, c'est comme une claque « allez, réagis ! »* ». (VII.20F). Le patient migrant attend une réponse médicamenteuse mais aussi une écoute, une réponse adaptée, un lieu de repos et d'échange et une reconnaissance en tant qu'être humain. Il demande de la réassurance et le respect du secret médical. C'est ce dont certains migrants m'ont fait part durant les entretiens semi dirigés : « *En plus quand la personne arrive dans un nouveau pays, surtout en Europe, ces gens-là ils sont partis de leur pays sans rien, ils ont vécu beaucoup de problèmes sur le chemin : parlez !* » (I71D).

2. Le SSPT chez les primo arrivants

a. Contexte historique

Rappelons dans un premier temps que les effets physiques et psychologiques des violences et des traumatismes de guerre sur les individus ont longtemps été négligés. La considération de « névrose traumatique » évoquée par le neurologue Hermann Oppenheim (1889, Allemagne), définissait initialement la symptomatologie pour des accidentés de construction de chemin de fer. Concernant les guerres, on a longtemps parlé de « sinistrose » en considérant que les sujets ayant subi une violence, qui avaient du mal à accepter leur guérison, manifestaient une « résistance psychique ». Freud en évoquant la « névrose de guerre », souhaitait l'unifier aussi aux névroses traumatiques et aux névroses classiques, évoquant de plus le lien avec la sexualité (hystérie, mise « hors circuit » de l'érotisation, du plaisir/déplaisir, pulsion de mort, part narcissique de la pulsion sexuelle dont l'objet est le « moi » qui serait une voie de la guérison de cette souffrance psychique) (28).

Concernant les migrants, la psychiatrie était aussi baignée de préjugés racistes ou culturalistes. La reconnaissance élargie au traumatisme psychique chez les victimes de guerre et de violence n'apparaît que dans les années 1970 (contexte de guerre du Vietnam). Le terme de « syndrome de stress post traumatique » arrive dans la nosographie internationale du DSM-3 en 1980. Peu à peu, grâce à la mobilisation des acteurs de santé et des décideurs politiques notamment du fait des enjeux actuels en matière de politique migratoire, la prise en charge des migrants et de leur souffrance est devenue un enjeu de santé publique et a permis une évolution dans leur prise en charge (6). Le DSM 5, dernière version, fait une distinction avec

les autres troubles anxieux, dans un chapitre distinct, identifié « Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress » (7).

b. Rappels physiologiques

Physiologiquement, la réponse à un stress aigu se fait en trois étapes et rétro contrôles négatifs. Dans un premier temps, l'hypothalamus est stimulé au niveau cérébral, activant l'axe du stress : les catécholamines (adrénaline et noradrénaline). Ces dernières vont agir au niveau périphérique par le système nerveux autonome sympathique (activateur) sur les médullosurrénales, pour notamment activer certaines régions cérébrales, dont la région limbique amygdalo hippocampique et la région préfrontale. Les catécholamines vont aussi stimuler directement ces régions cérébrales. De manière schématique, l'amygdale est la zone cérébrale traduisant l'information « émotionnelle » tandis que l'hippocampe consolide la mémorisation de cette information (acquisition de nouvelles expériences). Le cortex préfrontal est quant à lui en charge de nos capacités d'adaptation (intelligence, initiative, décision). Si le stress perdure, le système endocrinien est mobilisé : l'axe corticotrope est stimulé, le cortisol est sécrété pour stimuler l'énergie de l'organisme en périphérie, il active aussi le système central (régions préfrontale, limbique). La dernière étape est celle du rétro contrôle négatif afin d'éviter au corps tout épuisement, c'est le retour au niveau basal via différentes autorégulations. L'amygdale et l'hippocampe (région limbique) comparent les informations avec les expériences déjà vécues par le cortex préfrontal, effectuant ainsi un rétro contrôle permettant de calmer cet état de stress.

Lors d'un stress violent ou traumatisme, les amygdales (information « émotionnelle ») secrètent tellement qu'elles viennent inhiber le cortex : il n'y a plus de régulation, la réponse émotionnelle est exagérée : on parle de dissociation péri traumatique ou anesthésie émotionnelle. De fait, les mécanismes de défense sont défaillants, des symptômes apparaissent et peuvent conduire à ceux du SSPT.

c. En pratique, les plaintes somatiques dominent le tableau

Cette souffrance est souvent difficile à identifier en nosologie médicale, le médecin étant confronté à de nombreuses demandes ou points d'appels somatiques, ou au contraire se retrouve face à un mutisme sans savoir comment aborder la problématique de violence passée ou actuelle. Ce mutisme a pu être décrit durant les entretiens, comme l'évoque ce migrant : « *La première fois que j'ai vu le docteur, je n'ai pas oublié, elle me regardait comme ça (fait les gros yeux), j'arrivais pas à répondre ! C'est à dire que j'étais absent, j'étais là, mais je n'étais pas avec elle par le mental. (I72C)* ».

On estime que chez les patients victimes de torture ou traumatismes de guerre, 15% souffrent de SSPT, et que le diagnostic de dépression est deux fois plus posé que celui du SSPT (8). On estime à environ 30% les diagnostics de dépression chez les travailleurs migrants, ce taux s'élevant à 44% chez les réfugiés (29).

Masquée, la souffrance psychique se manifeste par différentes plaintes, parfois somatiques. Il existe des outils permettant de savoir quand évoquer un antécédent de torture ou de violence, ainsi que des astuces pour dérouler un entretien dans ce contexte. Il faut savoir évoquer un SSPT devant des blessures physiques évidemment, mais aussi devant des douleurs chroniques intenses, de localisation variables, non soulagées malgré plusieurs thérapies ; des céphalées, une hyperexcitabilité neurovégétative, des états de tension, des états dissociés, des troubles du sommeil ; mais aussi devant une crainte, de la colère ou méfiance que l'on peut trouver exagérée, une intolérance à l'injustice ou encore un vagabondage médical (plusieurs passages aux urgences, des hospitalisations répétées... Et les résultats complémentaires quasiment toujours « normaux »...) (8).

Ces plaintes physiques ont été souvent abordées durant les entretiens de mon étude. Ainsi, nombreux sont ceux évoquant des douleurs physiques chroniques, et le lien avec le SSPT n'est pas forcément fait : « *Oh oui, j'avais très très mal à la tête* » (X19B), « *Après pendant des mois, des années, je savais toujours que j'avais mal, j'avais mal au dos* » (V.101B) ou encore « *Après il y a une période je ne sais pas pourquoi c'était rien, je me rendais compte que ça ne marchait plus dans la poitrine ça brûlait, et j'arrivais pas à dormir* ». (III.55B).

Une revue de la littérature datant d'il y a 20 ans au Canada, proposait à l'époque un cadre interprétatif et une signification potentielle à des symptômes somatiques : cela peut bien entendu être un indice de maladie ou de désordre métabolique ou un indicateur psychopathologique spécialisé, mais aussi une expression symbolique de conflit intra psychique, une forme de commentaire et de protestation sociale, la métaphore d'une expérience, un acte de positionnement social ou l'expression socialement reconnue de détresse (30).

Une autre étude de cohorte prospective au Danemark sur les migrants, observe que la somatisation est plus présente chez les migrants souffrant de SSPT ou de dépression comparé aux migrants sans trouble psychique ; la différence existant aussi en fonction de la région d'origine ou selon le motif d'obtention du statut de résident (31).

Ces constats se confirment dans les entretiens réalisés ici, les patients migrants interrogés décrivant des douleurs chroniques, plus de la moitié avaient des céphalées à l'arrivée en France. Plusieurs patients vont mieux maintenant, mais certaines souffrances physiques perdurent.

Des études établissent que les patients font eux-mêmes le lien entre les symptômes « somatiques » et l'expérience du traumatisme pré migratoire (32).

Dans mon étude, un migrant l'a abordé « *C'était dur... d'ailleurs je paie les conséquences là* ». (IX.24G)

d. Particularités liées à la migration : le triple traumatisme, facteurs de risques

Le patient migrant est particulièrement exposé à la souffrance psychique. Le COMEDE définit des facteurs de risque de souffrance psychique, facteurs encore plus nombreux chez le sujet migrant, se croisant avec les difficultés côté migrants énoncées ci avant. Nous pouvons citer par exemple les raisons de l'émigration, la durée et les conditions d'acheminement jusqu'au pays d'accueil, les difficultés de communication, la précarité, les exclusions, la culpabilité du départ, les responsabilités économiques vis-à-vis des proches restés au pays, le chômage, le bas niveau scolaire, les conduites à risque (1)...

Le patient exilé est victime d'un « triple traumatisme » comme le rappelle Thierry Baubet : un traumatisme pré migratoire motivant le départ, la violence de l'exil et les effets de la migration, et enfin le traumatisme découlant du déni de leur vécu par le pays d'accueil (33). Tobie Nathan rajoute que la migration en elle-même est susceptible de créer du traumatisme, avec des deuils et des ruptures réelles et symboliques notamment (34). Migrer entraîne effectivement une modification des cadres externes, il s'agit de l'élaboration psychique d'un nouveau monde interne, d'une nouvelle appartenance, une nouvelle identité. Plusieurs facteurs viennent influencer cet état psychique.

→ Facteurs pré migratoires

Concernant les facteurs pré migratoires, plusieurs notions sont à évoquer. Comme l'explique T.Baubet (33), nous ne pouvons pas chez les migrants exilés nous réduire à la définition du SSPT tel que le DSM 5 le définit, mais au delà car le traumatisme est souvent plus grave, plus intentionnel, collectif, répété, entraînant des deuils multiples. Cela se rapproche plus de la définition du CIM 10 « modifications durables de la personnalité liée à une expérience de catastrophe » ou de « PTSD complexe » (Herman 1992, Van der Kolk 1996, Frey 2001, repris ensuite par Lopez en victimologie). Citons de plus la notion de traumatisme de type 2, incluant notamment la maltraitance infantile, les violences conjugales, la guerre, la migration, les traumatismes répétés. Il s'agit d'une répétition et d'une accumulation de tensions ou pressions éprouvantes, présentes constamment ou menaçant de se reproduire à l'instant durant une longue période de temps. Cette situation entraîne un dépassement des capacités à maintenir ses défenses, un état d'impuissance (35).

Dans le groupe de migrants interrogés, on retrouve ces différentes situations. Une patiente notamment a été victime de violences *conjugales* « *Je ne pouvais plus vivre avec lui, car j'étais en danger* » (VIII.1A).

Les migrants sont souvent victimes de violence organisée (10). On peut citer les terreurs instaurées par les politiques en place ou les milices, les arrestations de la police, les attentats, les tortures. Les tortures sont plus ou moins particulières comme

le Falaka au Moyen Orient (où on frappe sur les plantes des pieds avec un bâton) ou le Palestinian hanging (retrouvé aussi en Asie, suspension du corps par les bras) ou en Inde par Ghotna (écrasement du corps), les enlèvements, les viols...

Là aussi, ce sont des situations vécues par les migrants interrogés : « *la milice Shebab qui nous contrôlait tous les jours* » (I2A), « *j'ai subi énormément de menaces* » (III.2A), « *Je courrais de gros problèmes avec les gens politiques...* » (VII.2A). Une autre migrante nous a rappelé que malgré l'absence de guerre « objective » le climat post conflictuel reste *insécure* « *C'était dur pour vivre, même s'il n'y a plus de bombe, il y a des pilleurs, tout tout tout.* » (V.13A).

Ces actes diminuent la capacité d'opposition, ou de résilience que nous allons développer plus loin. En outre, ces violences ont comme conséquences des effets physiques souvent musculo squelettiques aspécifiques (céphalées, insomnie, cervicalgies, douleurs abdominales ou lombaires). Ces violences sont porteuses de honte voire d'exclusion familiale ou de la communauté et sont de véritables tabous, aggravant la souffrance psychique (36). Ces événements viennent donc complexifier la prise en charge du traumatisme chez ces patients.

Nous retrouvons ces facteurs de risque de souffrance psychique dans l'étude rétrospective qui a été menée par l'Equipe Mobile Psychiatrie et Précarité dans un centre de santé mentale à Rennes (37) (centre Louis-Guilloux, ouvert depuis 2006), de 2010 à 2013. Cette étude, sur 110 patients, avait pour objectif de décrire les patients du centre ayant bénéficié d'une évaluation en santé mentale, et secondairement d'analyser le devenir de ces patients dans le parcours de soins psychiatriques, et identifier les facteurs de rupture de soins. On observe dans cette étude des facteurs de stress liés d'abord au parcours migratoire et aux raisons de l'exil: en premier les menaces politiques, en second viennent les raisons sociales (en lien avec les conflits politiques majeurs ou l'entourage), on retrouve aussi les mariages mixtes (religieux, ethniques), les raisons économiques et médicales. Plus de deux tiers des patients ont signalé des violences (physiques, psychiques, sexuelles). Ils se sont plaints de racisme (inter ethnique et religieux), d'abus de pouvoir des politiques et des policiers.

Les patients migrants l'ont clairement exprimé lors des entretiens : « *Pas uniquement le terrorisme, mais tout l'état policier...* » (IX.2A) « *Quand la guerre a commencé... Enfin, c'était pas vraiment la guerre, c'était... des conflits ethniques.* » (X5A) « *Pour finalement nous maltraiter, nous tabasser, nous violer... et après... à partir de là j'ai fui.* » (X8A)

→ Facteurs per migratoires

La migration en soi entraîne une rupture et aggrave la vulnérabilité des primo arrivants. (13) La migration entraîne un déracinement, un exil, une rupture nette avec le milieu d'origine. Le migrant se sépare de sa famille, de ses relations, de sa nation, du travail, de ses habitudes, du climat, de sa langue maternelle, de sa culture... Et vit une double expérience de l'exil. Cette expérience est passée : les souffrances, la

violence, les attentes et les espoirs qu'il a mis sur l'exil. Mais aussi présent : avec ses contradictions accueil / rejet qu'il vit une fois ici, le travail dans des conditions parfois difficiles, les valeurs culturelles et personnelles pouvant être mises à mal, très différentes du pays d'arrivée. Une patiente interrogée nous disait émue « Et on arrive comme ça dans un pays inconnu, qu'on ne connaît pas, la langue... tu connais rien ! » (VII.8D).

L'exil d'après T.Baubet est synonyme de renoncements, de nostalgie, de deuils inacceptables successifs. La migration sans projet préalable, la fuite sans espoir de retour ajoutant encore de la violence (33).

Il est intéressant d'évoquer ici l'existence du rêve pré migratoire. L'existence de réseaux familiaux ainsi que l'imaginaire migratoire sont des facteurs déterminant le choix du pays d'arrivée. La langue parlée est aussi un facteur de choix. Influencé par les médias (TV mais aussi internet et les réseaux sociaux), le pays d'accueil fascine et attire. La France est perçue comme un pays des droits de l'Homme : accès à la liberté de pensée, aux droits sociaux, aux titres de séjour, au travail. Les migrants se heurtent en arrivant à une tout autre réalité, amplifiant le stress à l'arrivée. (38) Une migrante explique simplement « *Je pensais que j'allais être mieux aidée, qu'on allait être logé pour vivre et aidé* » (VI.46D). Notons que ce rêve pré migratoire est présent partout : les européens avaient aussi cette attirance avant d'aller en Amérique du Nord par exemple. On en trouve des traces dans la culture populaire française, avec les multiples allusions au « rêve américain ».

En outre, il paraît important d'évoquer les conditions du trajet qui sont souvent pénibles voire risquées. Ce périple est rarement réalisé par voie aérienne et directe. Bien souvent, plusieurs pays sont traversés par voie terrestre : par marche, voiture, taxis, camions, trains... Dans notre étude, aucun migrant n'a pris de bateau de fortune, mais un des migrants a par exemple décrit ses conditions de transport sur plusieurs jours dans un camion vétuste : « *Parfois on était en groupe et parfois on était tout seul. On est partagé sur la route quoi.* » (IV.6.E) « *On entre dans le camion et on se cache dans les marchandises.* » (IV.7.E) « *Quand j'étais dans le camion on avait des bouteilles d'eau, des tasses pour faire pipi dedans, des trucs comme ça... On vidait après quand on s'arrêtait.* » (IV.10.E). Une autre migrante se remémorait « *on était plus de 40 personnes qu'on a mis dans une grande passerelle.* » (X7.E) ». Un troisième racontait « *Parfois le chauffeur de taxi il s'endormait quand il conduisait, c'était compliqué j'avais peur qu'il fasse un accident alors je n'ai pas réussi à m'endormir* » (III.9E).

→ Facteurs post migratoires

Une fois arrivé en France, d'autres facteurs influencent l'état de santé du patient migrant, et son vécu. La réinstallation, la solitude, l'intégration sociale difficile, l'absence de nouvelle de la famille, les difficultés économiques sont des facteurs stressants à prendre en compte dans le pays d'accueil. Il existe un effet synergique

de stressseurs post migratoires et le traumatisme pré migratoire sur la santé mentale (39).

Une étude à Rome a permis de confirmer que les difficultés post migratoires augmentaient le risque de somatisation, et sont co morbides avec le syndrome de stress post traumatique (40). Les résultats indiquent que les plaintes somatiques sont sensibles à quatre facteurs : la difficulté d'accès à l'aide médicale, l'incapacité à trouver du travail ou un travail insalubre, la discrimination, et l'absence d'aide sociale, l'isolement. Ainsi, les conditions néfastes à l'arrivée augmentent la difficulté post migratoire, et inversement la détresse entraînée par ces contraintes post migratoires augment la somatisation. On remarque qu'ici les résultats concernant la séparation avec la famille, l'absence de visa pour travailler, les différentes difficultés juridiques ne sont pas significatives. L'étude ne portait pas sur les réfugiés, mais sur les étrangers néo arrivants ; et le facteur culturel n'était pas pris en compte.

En outre, le contexte facilitant les reviviscences et les souvenirs négatifs ainsi que les préjugés vis-à-vis des étrangers jouent un rôle dans l'évolution du syndrome de stress post traumatique chez les sujets ayant subi des conflits culturels (41).

Ces aspects sont à plusieurs reprises évoqués dans les entretiens réalisés, un migrant nous décrit l'évitement ou les reviviscences dans certaines situations : « *quand je suis allé chercher mon courrier, il y avait des gens, et j'arrivais pas à voir ces gens, à chaque fois que je voyais des gens j'avais peur, j'ai peur* » (I25D) ou encore « *Mais je regarde toujours derrière moi quand je me sens menacé, pour vérifier qu'il n'y a personne derrière moi, ça n'arrive pas autant qu'avant, je me suis calmé mais ça m'arrive encore.* » (IV.81H). Une autre patiente évoquait aussi « *On reste très sensible, par exemple les films dès que c'est triste ou violent je pleurs.* » (VII.98H)

Dans le film *Ceux de Primo Levi* (27), nous retrouvons les conséquences des violences chez les migrants une fois arrivés en France. Ainsi, une psychologue évoque les reviviscences traumatiques d'une patiente qui lui expliquait « *c'est comme si j'avais la scène, la photo, tatouée sous la paupière, je ne peux pas fermer l'œil* » et qui était de plus surprise qu'on lui demande ensuite comment elle était avant le traumatisme, au pays ; « *ça vous intéresse vraiment, ce que j'étais avant ?* ». Les migrants se réduisent souvent au seul terme de « victime » et « réfugié », ils ont des difficultés à s'ouvrir verbalement car ils ne pensent pas que cela soit possible ou nécessaire. Pourtant, s'intéresser à qui était l'autre avant le traumatisme est un levier thérapeutique simple à utiliser et accessible par tous.

Cet intérêt, cet accès à la discussion, à la verbalisation, a été pointée du doigt par les migrants interrogés : « *Il faut juste vraiment croire les gens qui arrivent.* » (VII.84J) « *Quand tu vois qu'ils croient tu as envie de raconter, ça sort difficilement mais tu veux partager !* » (VII.85J) « *Et quand la personne arrive, on a besoin d'entendre quelqu'un nous encourager, qui dit « ça ira mieux, la démarche va juste commencer »... J'ai pas eu ça. J'ai pas eu !* » (I64J) « *et à ce moment là (ndlr*

découverte de l'association) quelqu'un me demande enfin « est ce que tu es bien ? » et à ce moment là j'en ai profité et j'ai parlé ! » (I28F).

L'impact du statut administratif est aussi à prendre en compte. Une étude Suisse a remarqué que les « résidents » avaient moins de séquelles psychiques, à la différence des « demandeurs d'asile » et « réfugiés » très à risque de SSPT, ou des « migrants irréguliers », et cela même en prenant en compte d'autres variables telles que les ressources post migratoires, les événements traumatiques, la désirabilité sociale (42). On retrouve cet impact au fil des entretiens avec les migrants : « *Quand je me suis calmée ? Quand nous avons été réfugiés !* » (*Sans hésitation*). (II.30D) « *Nous n'étions pas calmes jusque aux papiers !* » (II.31D). « *Mon mal de tête a fini quand j'ai eu des papiers.* » (X36H)

Il existe en outre une lourde charge de la preuve chez les demandeurs d'asile dans le pays d'accueil : pour obtenir leur statut de réfugiés, rappelons qu'ils doivent convaincre du bien fondé de leur demande en narrant à nouveau l'ensemble de leur parcours traumatique. Le détail de leur histoire, en évoquant les menaces, les violences, les souffrances endurées, les pertes... Ces traumatismes endurés ainsi remontés à la surface peuvent réactiver le SSPT (6). Les patients interrogés dans ma thèse l'ont évoqué à plusieurs reprises, parfois dès le départ. « *Aaaaah c'est bien ça, c'est comme à l'Ofpra !* » (X2D) me dira ironiquement une congolaise au début d'un entretien quand j'ai débuté mon « interrogatoire ». Les migrants sont parfois épuisés de tout justifier, tout raconter. Une migrante évoquait cette difficulté de manière notable : « *J'ai passé un moment très difficile car quand tu viens, il faut toujours se justifier, déposer les papiers, écrire des dossiers, parler à tout le monde (pleurs à nouveau) et chaque fois il fallait tout raconter, tous les détails, c'était trop dur !* » (*pause*) (VII.16D)

Dans l'observatoire du Centre Louis Guilloux à Paris, on remarque d'autres facteurs de stress une fois arrivé en France, tels que les statuts sociaux temporaires pour la grande majorité des cas (70% de demandeurs d'asile), les droits sociaux (10% n'ont pas d'affiliation à la sécurité sociale). On retrouve aussi l'incertitude du logement (plus de 50% étaient SDF, 40% en logement précaire type foyer, CADA, connaissances). L'isolement social était fréquent (37).

Citons aussi Médecins du monde, qui indique que les antécédents de violence et l'absence de logement sont significativement plus fréquents chez les patients demandeurs d'asile victimes de troubles psychiques (43).

L'isolement a été plusieurs fois décrit au fil des entretiens. L'isolement familial du fait des séparations : « *Au début j'avais une grande dépression, mon mari n'était pas là, je ne connaissais rien ni personne* » (VII.11D), ou l'isolement social plus général « *Je ne sais pas, je le redis mais par exemple je ne connais pas d'autres familles quoi. Juste les voisins, « bonjour / au revoir » mais on ne propose pas d'entrer, de discuter...* » (IV.62D), « *Pour vivre on regardait par la fenêtre, et (pause,*

difficultés...) les gens étaient là mais.. Nous on était tous les trois, comme isolés à côté d'eux... » (VII.13D). L'isolement culturel a été aussi évoqué : « Ici il y a quand même des familles tchéchènes, il y a quelqu'un avec sa famille qui parle avec les proches tchéchènes, mais pas nous, on avait personne. » (V.84D).

A noter que le processus migratoire augmente le risque de troubles psychiques (dépression, bipolarité, SSPT) et d'abus de substances (alcool et drogues) sur les deuxième et troisième générations de migrants, marquant en profondeur le psychisme de l'individu selon une étude réalisée en France par l'OMS. Elle serait liée à une action conjointe d'un passé migratoire et d'une situation socio économique précaire, peu importe l'origine géographique (44)

→ Facteurs protecteurs

Le patient migrant a de nombreux facteurs entravant son bon fonctionnement psychique. Certains facteurs sont à l'inverse favorables à une prise en charge effective des troubles psychologiques selon la littérature (bien que les résultats des études quantitatives aient été hétérogènes) : une identification plus forte à la culture du pays d'accueil, la maîtrise de la langue du pays d'accueil, un niveau d'éducation plus élevé, un statut socio-économique plus élevé, une bonne situation professionnelle, le sexe féminin et le troisième âge étaient associés à des attitudes plus favorables à l'égard de l'aide selon la revue systématique de la littérature des facteurs affectant les attitudes des migrants vis-à-vis de l'aide psychologique (45). On peut évoquer aussi l'importance du soutien social et de l'intégration sociale, la participation à la vie locale, la possibilité de préservation de l'identité culturelle ou encore la place des pratiques culturelles traditionnelles (rituels, langue, activités traditionnelles) (46).

Une migrante m'expliquait qu'elle essayait d'instaurer cette distinction afin de conserver des pratiques du pays au domicile. « à la maison on essaie, j'explique à mes enfants que c'est notre culture à nous à la maison, et quand vous sortez ce n'est pas pareil il ne faut pas mélanger, quand on est à la maison on respecte notre tradition mais dehors avec les copains vous acceptez leurs traditions, vous êtes chez eux en France. Mais à la maison gardez nos principes. » (VIII.53D). L'importance de la participation à la vie locale a aussi été évoquée « Je travaillais au secours populaire, avec l'association Paralysés de France aussi, chaque année j'aide pour les papiers cadeaux de Noël dans les magasins. Comme ça. » (II.42F). Travailler et s'intégrer socialement a aussi été noté par plusieurs migrants : « J'ai travaillé deux ans en cuisine et en commandes, ça m'a aidé aussi. » (VII.61F) « J'ai repris confiance en travaillant en cuisine et les collègues étaient bien ! » (VII.63F) ; « Oui le travail et les collègues de travail, c'est mes collègues mes amis, je me suis fait un bon groupe d'amis ça m'aide beaucoup. » (IX.48F)

→ Un mot sur la résilience

On ne peut parler de facteurs protecteurs sans parler du phénomène de résilience. Du latin « *resilio ire* » : *sauter en arrière, rebondir, résister*, il symbolise en sciences humaines le processus dynamique impliquant l'adaptation positive dans le cadre d'une adversité significative. Le concept est introduit par Fritz Redl (psychologue psychanalyste) en 1969 et repris en psychologie par John Bowlby dans ses écrits sur l'attachement.

Ce concept a été évoqué dans plusieurs œuvres de Boris Cyrulnik, neuropsychiatre né à Bordeaux (par exemple *Un merveilleux malheur* 1999, *Les vilains petits canards* son best-seller en 2001). Dans son autobiographie *Je me souviens*, en 2010 (47), Il revient sur une période de son enfance qui a façonné sa vie en retournant plus de 60 ans après sur les lieux du souvenir. Juif, il a réussi à s'échapper et survivre à une rafle en 1944 à Bordeaux. C'est un véritable essai sur la résilience. Il décrit de manière détaillée la particularité de la mémoire traumatique, qui pour rendre cohérent un réel impensable, met en valeur des sensations plutôt qu'un détail, noyé dans un « *halo imprécis d'arrangement de souvenirs* », « *morceaux de vérité claires dans un ensemble flou et incertain* ». « *Toutes les parties sont vraies mais la chimère n'existe pas* ». Dans son essai, il évoque aussi les mécanismes de défense qu'il a érigé contre ses souvenirs et notamment le déni. « *Ne regarde surtout jamais en arrière, parce que si tu te retournes c'est la guerre, c'est la mort, c'est l'horreur* ». Il explique qu'il a enfin pu se projeter vers l'avenir quand il a pu avoir une « *structure affective solide* » (sa famille d'accueil), et prendre de la distance avec le temps passé. Le déni initial a été pour lui une stratégie de survie, et un processus de résilience. « *Dans les théories de la résilience, on explique qu'il faut faire quelque chose de sa blessure, transformer le souvenir, remanier le passé par un engagement philosophique, politique, littéraire, religieux, de façon à maîtriser une représentation du passé. S'il n'est pas fait, le passé s'impose à nous, on laisse revenir la trace enfouie dans la mémoire. Si on le laisse venir, il déclenche les angoisses* ». Comme il l'indique, la résilience ne peut se faire que dans l'après coup, le travail de représentations ne pouvant se faire lors du choc où l'émotion est violente. Pour lui, la résilience permet de traduire ce qui s'est passé et communiquer. « *Vous avez aussi résolu l'équation impossible du « je ne peux pas dire ce qui m'est arrivé parce que émotionnellement c'est trop dur et que vous n'allez rien comprendre. En fait il n'y a que moi qui puisse me comprendre »* ». Ainsi, le remaniement du passé est un facteur de résilience et permet de se libérer du passé et de retrouver l'espoir.

La résilience a été montrée comme facteur protecteur contre le développement de la souffrance psychique chez les migrants ayant connu des violences (48).

Marie Anaut, Professeur de psychologie et psychologue clinicienne à Lyon, évoque dans ses écrits différents facteurs de résilience. D'après les études, il existe des facteurs de résilience individuelle, tels que l'autonomie, l'altruisme, la sociabilité, les compétences sociales et l'habileté à la résolution des problèmes, la capacité de

distanciation face à un environnement perturbé, la perception de bonnes relations avec autrui. L'environnement familial joue aussi un rôle : âge des parents, nombre d'enfants (moins de cinq), le support et l'affection, l'éducation, la communication. Enfin, les facteurs de résilience sociale ou communautaire sont aussi à prendre en compte : l'existence d'une communauté (sociale, religieuse, idéologique, culturelle), la solidarité, l'implication active, l'entraide et la tolérance (49). Ces constatations rejoignent les facteurs protecteurs cités précédemment.

Ainsi, le vécu et les conséquences du stress post traumatique peuvent être très variables d'une personne à une autre, du fait de la capacité ou non de construire et d'utiliser des mécanismes de défense, d'accéder ou non aux possibilités de résilience. Durant les entretiens, certains ont évoqué les bienfaits qu'ils ressentaient après avoir repris le travail ou participé à la vie associative par exemple, aides s'intégrant dans la résilience. Nous pouvons citer par exemple « Quand je travaille je me sens une personne utile, même pour la famille, dans la vie. » (VIII.16F) « J'ai trouvé du travail, là j'ai trouvé enfin un peu la tranquillité en moi. » (X28F). La famille est un support clé à noter : « Ce qui est important aussi c'est les enfants ! » (IV.59F), les occupations et loisirs en général sont aussi évoqués « En fait en général ça aide quand les gens qui aiment quelque chose ont une activité, que les gens aiment, ça aide à aller mieux. » (III.40F) « Moi je suis allé mieux quand j'ai fait de la peinture et du bricolage, j'aimais bien ça m'occupait. » (III.41F)

3. Importance de la langue et l'interprétariat

Nous avons vu que prendre en charge la souffrance psychique était complexe. Le patient migrant réclamant une prise en charge, une écoute, et ne maîtrisant pas forcément la langue française, il paraît important de s'adapter et de faire appel à un interprète.

L'intérêt de l'interprétariat professionnel lors des consultations médicales a été démontré sur plusieurs critères : éthique (en recherchant le consentement du patient), qualitatifs (pour les pathologies chroniques, la psychiatrie mais aussi la prévention) et économiques (50). De plus, l'utilisation de l'interprétariat est repris dans la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 « *La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités.* ». Ce décret a été complété par B. Cazeneuve en 2017 (décret 2017-816) (51).

Dans notre étude, sur les dix entretiens nous avons utilisé à quatre reprises des interprètes. Ces interprètes ont été choisis par le biais d'associations locales. Par trois reprises, le patient connaissait déjà l'interprète, du fait d'avoir eu besoin de lui depuis le début de sa prise en charge, et se sentait de fait à l'aise. Une interprète a été nouvellement choisie pour un patient qui utilisait sa compagne pour traduire habituellement. Nous avons fait le choix de prendre des interprètes extérieurs à

chaque fois, n'appartenant pas à la sphère familiale ni amicale afin de diminuer certains biais. Après présentations et rappel du secret médical, le patient n'a pas paru gêné dans l'échange par la suite.

Néanmoins, l'usage de l'interprétariat peut amener à une ambivalence et des questionnements à prendre en compte. Nous allons notamment reprendre en détail les biais déjà évoqué précédemment (*partie II Matériel et Méthode*).

L'usage de l'interprétariat dans la thématique particulière de la souffrance psychique n'est pas anodine. Cette particularité a été étudiée par l'IRFAM (Institut de Recherche, de Formation et d'Action sur les Migrations) en 2015-2016 (52). Il est important de prendre en compte le risque de déformer la vérité et l'interprétation propre du traducteur. En effet, chaque culture n'a pas les mêmes significations afin d'expliquer une situation ; linguistiquement parlant un mot peut signifier plusieurs choses, plusieurs réalités. Le contre transfert est à prendre en compte : le vécu émotionnel influence l'histoire personnelle de l'interprète par exemple. En prendre conscience permet de diminuer l'impact que cela peut avoir dans le dialogue. En outre, il existe le risque de la verbalisation de l'inimaginable, de réalités violentes et indicibles telles que les violences et circonstances du traumatisme, qui ne peuvent laisser de marbre l'écoutant empathique. Ce partage de traumatisme, cet impact émotionnel, touchent aussi les soignants (pouvant à l'extrême parfois se rapprocher du « traumatisme vicariant », processus d'usure par compassion). Ces émotions peuvent entraîner un changement chez l'écoutant : il peut chercher à partager, peut se sentir dans l'obligation de proposer une solution ou ressentir et contenir une partie du choc qu'il reçoit verbalement. L'avoir en mémoire permet de diminuer le biais non négligeable lié à l'interprétariat en général.

L'utilisation de l'interprétariat a été analysée dans le travail de thèse de A.Douja (13). On retrouve cette ambivalence vis-à-vis de la présence du tiers interprète, en particulier dans la prise en charge du syndrome dépressif. Il est vu différemment selon qu'il est professionnel ou membre de l'entourage du patient migrant. Certains médecins s'interrogent sur la fidélité de la traduction, et sur le respect du secret médical. De plus, même lorsqu'on travaille avec l'interprète, les erreurs diagnostiques existent. Par exemple, le terme de « dépression » n'existe pas dans toutes les langues. Marie Rose Moro souligne le fait que l'une des difficultés qui s'oppose à la possibilité d'un travail clinique avec la langue de l'autre est celle de l'introduction d'un tiers dans le dispositif de prise en charge. Néanmoins, il est intéressant de revenir à la langue du pays d'origine dans le cas de souffrance psychique. La langue maternelle revient de façon privilégiée lorsqu'il s'agit d'exprimer tout ce qui comporte une forte charge d'affects et d'émotions (53).

Dans son livre *Maternité en exil* (54), Marie Rose Moro explique l'intérêt d'avoir recours à un traducteur et de permettre au patient de s'exprimer dans sa propre langue : p107 : « *Sachant qu'il y a des vécus qu'un patient ou un soignant peut penser et décrire en langue française, il y en a aussi d'autres qui restent inaccessibles dans cette même langue d'où l'intérêt d'encourager le recours aux*

langues dans lesquelles le vécu des personnes s'est construit, cela facilite beaucoup l'efficacité de la relation clinique. »

Avoir recours à l'interprétariat permet potentiellement d'offrir la possibilité au patient de s'exprimer davantage, et d'être plus précis. Pour autant, nous pourrions nous demander si la présence de ce tiers extérieur ne gênerait pas le patient, et entraverait la relation soignant-soigné. Ce ressenti des migrants allophones vis à vis de l'interprétariat utilisé durant les premières consultations à leur arrivée a été étudié dans la thèse de A-C.Gallon et F. Le Quere (9). Les patients migrants sont conscients des difficultés liées à la barrière de la langue mais ils ne cherchent pas spontanément l'utilisation d'un interprète pour les aider dans leur parcours. On remarque de plus que lorsqu'il est utilisé, l'interprète informel est plus apprécié qu'un interprète professionnel extérieur : il existe une méfiance retrouvée dans la littérature, et une méconnaissance concernant les règles éthiques, le secret médical, l'emploi de ces tiers. Cette méfiance a été retrouvée chez une de nos patientes migrantes : « *Déjà tu n'oses pas, quand tu arrives on te propose un traducteur Arménien, mais toi quand t'as peur, t'as... tu doutes, tu as peur de tout, tu as peur de dire des choses, peur que le traducteur connaît quelqu'un et va lui dire que je suis là, et va venir...* » (VII.9D). Comme les médecins, les patients migrants trouvent de plus l'emploi de l'interprète chronophage et limitant pour créer une relation médecin malade, couteux et peu accessible.

Des recommandations sur le bon usage de l'interprétariat lors d'une consultation médicale sont retrouvées dans la littérature. On peut citer notamment le recours systématique à un interprète professionnel, présent physiquement ou bien par téléphone, la formation de l'interprète aux spécificités de l'interprétariat dans le domaine médical et la dimension éthique surajoutée, la prise en compte de la dimension transculturelle, aussi déterminante que la dimension linguistique, ou encore les aspects de la communication verbale et non verbale, afin d'être le plus neutre possible et ne pas influencer le patient (55). Ces recommandations permettent une meilleure satisfaction du patient, elles facilitent l'adhésion à la prise en charge proposée ou au traitement en limitant les effets indésirables et les mauvaises pratiques. De plus, choisir le sexe de l'interprète peut comme nous l'avons vu avec une patiente de l'étude être d'une grande importance. On peut citer dans notre étude le cas où l'avocate était une femme, donc « forcément » plus compréhensive vis-à-vis d'une patiente victime d'un homme : « *une femme, elle pourra me comprendre (VIII.49F) Le passé que j'ai vécu, elle peut se mettre à ma place. »*

Ce travail triangulaire est certes plus lent et nécessite expérience et habitude, mais ce processus de réflexion est riche, ouvrant d'ailleurs la porte de l'influence culturelle.

4. Importance de la culture

La notion de culture est vaste. Taylor en 1871 la décrit comme étant un « *ensemble complexe incluant les savoirs, les croyances, les arts, la morale, les lois, les coutumes, ainsi que les autres capacités et habitudes acquises par l'Homme en tant que membre d'une société* » (56) Elle est un ensemble de transformations de la nature par l'Homme et est diverse. Selon Marie Rose Moro et Thierry Baubet, la culture « *met à disposition de l'individu une grille de lecture du monde qui lui permet d'anticiper le sens de ce qui peut survenir et donc de maîtriser la violence de l'imprévu* » permettant ainsi de résister à certaines angoisses (57). La culture façonne donc la personnalité dans son développement, et configure ainsi les comportements à travers les valeurs, les usages, les représentations. Dans le domaine de la santé, elle intervient dans la représentation de la maladie et l'expression des symptômes. La culture rend le réel supportable, protège l'individu et le groupe, met à disposition des modes de défense, de significations, et des solutions de réparation.

Il existe des obstacles à la communication interculturelle en santé mentale (10): dans plusieurs sociétés traditionnelles, la souffrance psychique est traduite par des expressions corporelles, ou en évoquant des forces surnaturelles : la perception des concepts de santé et de maladie peut donc être différente de l'explication psychique occidentale. De plus, dans de nombreux cas, le rôle du soignant en général est de s'occuper du corps. Les renseignements psychiques paraissent donc non nécessaires ou intéressants et sont omis. Concernant les troubles psychologiques, le migrant va se rapprocher de son entourage, ou s'en remettre à la religion. L'apport de la religion a été évoquée durant les entretiens : « *Chez nous les musulmans on dit « Abdullah » ça veut dire « merci à Dieu » », (V104F) « Oui c'est ça qui donne quand même la force, c'est ça. » (V111F) « J'ai toujours dit que peut être c'est Dieu qui nous aide, nous avons eu beaucoup de difficultés, beaucoup de souffrance, quelque chose de mal dans notre vie et maintenant peut être il veut nous aider (...) » (II.26F).*

Enfin, les préjugés concernant la santé mentale sont importants. La santé mentale est souvent taboue, dangereuse, indicible, et évoquer une prise en charge par un psychologue ou un psychiatre est réducteur à « *je suis fou* ». (10)

L'appartenance culturelle influence l'expression de la maladie. Dans sa thèse, A.Douja (13) vient questionner les médecins concernant la prise en charge des migrants notamment dans le contexte de dépression. La différence culturelle est un obstacle pour nombreux d'entre eux : ils évoquent effectivement une représentation de la dépression éloignée de la leur, l'expression clinique est modifiée et souvent somatisée par des plaintes multiples.

Pour décrire la dépression « *ailleurs* », on peut citer par exemple la présentation de type neurasthénie en Chine ou encore l'esprit possédé, « *l'élú ou le puni* », le

Mektoub ou le destin fatal au Maghreb. Chez les afro américains, la colère et la baisse de la productivité peuvent être les seuls symptômes (23).

En Afrique, les plaintes frôlent les signes de la psychose rendant le diagnostic différentiel ardu : les idées de possession ou de persécution y sont très présentes. Une autre thèse, réalisée par B.Loko (58), a étudié les représentations de la douleur chez les migrants d'Afrique de l'Ouest et confirme qu'il existe une pluralité d'interprétations et de soins. Chez eux, la douleur est une véritable rupture avec l'état antérieur. Les thématiques de puissance maléfique et de filiation y sont conséquentes. Cela peut expliquer l'excès de diagnostics de bouffée délirante aigue ou de psychose chez ces patients. Quant au « syndrome méditerranéen », souvent évoqué en France, l'expression est à prendre avec prudence. Il peut être cité tel quel dans certains écrits comparant des « présentations » de plaintes selon les cultures, mais il est en réalité souvent utilisé comme jugement et rejet d'un patient. Il peut s'apparenter à une forme de stéréotype facile et défensif utilisé chez un soignant qui de fait va moins s'impliquer dans la relation et il me paraît délicat de le citer comme une présentation de dépression « ailleurs » en ces termes.

Dans mon étude, cet aspect de diagnostic erroné initial, de « folie » n'a pas été évoqué spontanément par les patients. Les migrants interrogés n'étaient peut être pas concernés, ou l'ont mis sous silence par omission, ou par peur d'évoquer cette étape de leur souffrance. L'un des critères d'exclusion de l'étude était les « patients délirants », évinçant les migrants suivis pour troubles psychiatriques de ce type. Certains ayant bénéficié de l'aide d'ACSSIT ont possiblement pu faire un travail culturel sur leur souffrance, mais ne m'en ont pas fait part.

Les médecins remarquent de plus que les migrants n'ont pas une bonne observance des traitements et refusent souvent d'être adressés à un spécialiste selon leur culture. Leurs plaintes sont souvent non soignables, accompagnée d'une revendication sur les examens à réaliser et les médicaments, rendant leur prise en charge complexe et peu satisfaisante (13). La méfiance vis-à-vis des médicaments a été à plusieurs reprises notées au fil des entretiens : « *Je pense que toujours prendre les médicaments ce n'est pas bien, et je pense que le médicament ne laisse pas l'esprit libre pour que les gens arrivent à se contrôler, c'est pour ça je ne prends pas beaucoup de traitement.* » (III.42F). Dans notre étude, les demandes d'examens tels que les scanners cérébraux devant les céphalées persistantes n'ont pas été évoquées, mais j'ai pu rencontrer ces demandes de manière fréquente à l'occasion de soins de migrants en ville.

Quand ils ne trouvent pas de terme caractérisant leur souffrance, les migrants peuvent utiliser des images, des métaphores, rendant l'interprétation compliquée. Certains patients de notre étude ont parfois eu un discours imagé, très parlant (*Cf encadré 11 : éléments de la communication verbale dans la partie III Résultats*). On peut évoquer par exemple la souffrance mentale symbolisée par une prison intrapsychique « *jusqu'à aujourd'hui tu as les mains serrées, et tu ne peux pas les desserrer, c'est la même chose dans la tête, je suis prisonnier* » (V123K) ou encore

« à l'arrivée je n'ai pas parlé à tout le monde. J'étais comme dans une prison ouverte, (...), c'était dur. Il y avait plein de choses dans la tête. » (I61K).

Dans ce cadre, la religion est un aspect important à prendre en compte. Le psychologue clinicien et professeur Marwan Dwairy suggère une « thérapie par métaphores » chez les migrants venant du monde arabo musulman, expliquant que le Coran est lui même très imagé et que les images permettent de donner accès à l'inconscient sans nécessairement les apporter à la conscience (59).

Les symptômes du syndrome de stress post traumatique peuvent aussi être des allégories du passé dépossédé collectif ; le risque de poser un diagnostic psychiatrique sur ces récits est d'omettre les évènements traumatiques, individuels, les racines politiques sociales et historiques de la souffrance (60).

Dans le livre *Médecins et Sorciers* (61), Tobie Nathan nous fait réfléchir sur plusieurs postulats qui doivent être pris en compte chez les soignants. Il se questionne sur la différence réelle entre le savoir et la croyance, le diagnostic et le divin, l'invisible, et chez Isabelle Stengers, le charlatan du vrai médecin. : « *les psychopathologistes continuent de prétendre qu'il existe une pensée d'un côté - celle de la psychopathologie occidentale – des croyances de l'autre – celles de ces (pauvres) sauvages* ». Il pense notamment que la psychiatrie biomédicale isole le patient de la communauté. Selon lui, cette attitude empêche d'appréhender les thérapeutiques traditionnelles comme de véritables pensées techniques. Le dispositif de soin posant un diagnostic sur l'événement violent permet de donner un sens à la maladie et conditionne la guérison. Le système de soins et de traitement est articulé entre les valeurs biologiques et l'intervention sociale symbolique. Tobie Nathan propose d'outrepasser ces clivages en proposant cette opposition comme fautive et inconsistante. « *Nous sommes obligés de penser que toutes les étiologies - qu'elles soient d'origine savantes ou sauvages - toutes sont rationnelles* », « *il ne s'agit pas de discuter du degré de « vérité » des interprétations mais d'observer la conséquence de leur mise en acte* ». Il nous invite à prendre du recul, à accepter des façons de faire et de soigner qui s'éloignent de nos propres représentations et savoirs.

Nous l'avons vu, l'exil et la migration entraînent souvent une rupture avec la culture d'origine, rendant les patients migrants fragiles : ils perdent une protection importante et n'ont plus de repères. Marie Rose Moro décrit ce bouleversement comme perte « *d'une langue, d'un système de référence, d'un système de codage des perceptions des sensations et représentations* ».

On peut évoquer ici la notion d'acculturation qui caractérise l'ensemble des phénomènes et processus qui surviennent lorsque deux cultures se trouvent en contact, agissant et interagissant l'une sur l'autre (62). C'est une transformation, à distinguer du terme « assimilation » qui consiste chez un groupe minoritaire à abandonner totalement leur culture pour accepter la culture dominante (56).

Au cours des entretiens, le choc culturel a été évoqué à plusieurs reprises. L'acclimatation s'est parfois réalisée progressivement : « *dans tous les pays, tous les pays étrangers, chacun ont leurs traditions, donc il faut du temps, il faut du temps pour commencer à s'adapter.* » (VIII.9D)

Quand cette transformation ne s'effectue pas de manière acceptée et tolérable, elle vient entraver les représentations et accentuent la souffrance psychique de l'individu.

Les travaux en ethnopsychiatrie de G.Devereux, T.Nathan et M-R.Moro ont mis en évidence la vulnérabilité psychique des exilés, contraints de laisser leur âme, leur « double » au pays, s'éloignant de leurs références fondatrices et les contenants culturels, leurs « enveloppes », fragilisant ainsi leur identité. Les souffrances liées à l'exil puis à l'arrivée dans le pays d'accueil viennent compliquer la réparation (12). Il est donc essentiel de prendre en compte la dimension culturelle en les soignant. Comme le rappelle Marie Rose Moro (63), « *la clinique des patients migrants nécessite de façon convaincante, l'éclairage et l'apport de la culture, la leur, non pas pensée comme une tonalité mais plutôt de la façon dont ils se l'approprient et s'y réfèrent, et comme une ressource précieuse de l'alliance thérapeutique* ».

Il existe des guides de formulation culturelle, comme évoqué dans *Transcult Psychiatry* (2009), où on propose de rechercher l'identité culturelle et l'histoire de la migration (contexte pré, per et post migratoire), les implications avec la culture d'origine et celle d'accueil, les explications culturelles de la maladie, les facteurs culturels liés à l'environnement psychosocial (stress lié à la migration, ressources disponibles), les éléments culturels de la relation médecin patient, afin d'en faire une synthèse et une implication pratique pour la prise en charge du patient : le diagnostic, le traitement peuvent être modifiés (64).

5. Importance du soin

a. Place de la médecine traditionnelle

Dans la thèse de B.Loko (58) qui décrit la douleur chez les africains migrants, premier motif de consultation, on remarque que l'usage à la fois curatif et préventif de la tradimédecine persiste dans cette population. Il est intéressant de constater qu'il existe une vraie peur du jugement médical et le risque d'une mauvaise interprétation quant à l'utilisation d'une médecine « différente » : sensation de trahison du médecin, peur du rejet, d'un tabou vis-à-vis de notre médecine occidentale objective et rationnelle. Les patients avouent rarement le recours à la médecine traditionnelle qui est pourtant très importante au pays. Rappelons en effet qu'en Afrique, les médecins conventionnels « techniques » sont très difficiles d'accès (distance et coût) et que le premier recours est l'officine avec des médicaments

chers, vendus à l'unité, avec un mésusage impressionnant (sur consommation antibiotiques et anti paludéens, considérés quasiment comme des anti douleurs) (65)

De plus, la médecine traditionnelle est un véritable rite magique ou religieux à caractère social, transmis de génération en génération afin de préserver la santé et la longévité. Le recours aux deux types de médecine est fréquent dans ces populations, la cure traditionnelle venant souvent combler l'impossibilité technique occidentale. A noter que les africains utilisent les deux solutions comme compatibles et cumulent leurs intérêts pratiques. Ils accordent peu d'importance à la compréhension des mécanismes des médicaments. Enfin, utiliser cette tradimédecine ne veut pas forcément dire y adhérer. Respecter et connaître ces thérapies parallèles devrait être une aubaine, afin de mieux appréhender le patient, tisser un lien de confiance (66).

J'ai ainsi remarqué qu'aucun des patients d'origine africaine ne m'a spontanément parlé de l'usage de la médecine traditionnelle, peut être du fait de cette méfiance vis-à-vis du regard occidental concernant ces coutumes. A posteriori, je me rends compte que j'aurais pu les questionner directement.

b. Place de la psychothérapie

La psychothérapie connaît son avènement quand le SSPT apparaît dans le DSM3, en 1980. Indiquée pour les victimes de guerre, elle comprend notamment l'EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing* c'est-à-dire désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) et les thérapies cognitivo comportementales axées sur les traumatismes (TCC, en anglais TF CBT *trauma-focused cognitive behavioral therapy*, regroupement notamment) afin d'ordonner un récit cohérent, travailler sur le comportement, sur les sensations, avec une stimulation bilatérale. Une méta analyse réalisée de 1992 à 2017 basée sur l'efficacité des psychothérapies sur le SSPT chez les migrants (14) a montré un intérêt surtout pour les TCC, de manière moindre pour l'EMDR mais les résultats sont encourageants. Dans ces différents écrits, on peut retrouver les possibilités pouvant s'inscrire dans les TCC telles que les techniques de désensibilisation systématique, les techniques d'expositions variées, mais aussi la relaxation, l'hypnose... A noter que les thérapies de groupe peuvent aussi être intéressantes chez les migrants car elle permet de sortir de la condition de retrait suivant le traumatisme et établit des relations affectives positives dans un contexte réel, avec de vraies personnes. Dans cette méta analyse, on remarque que la psychothérapie individuelle est la principale thérapie étudiée, or il est complexe de l'évaluer du fait des facteurs contextuels retrouvés chez les migrants exilés. Encore trop peu d'études s'intéressent réellement à l'efficacité de ces psychothérapies.

Dans mon étude, tous les migrants n'ont pas bénéficié d'une aide psychiatrique spécialisée, se limitant parfois au médecin traitant. Quand elle était utilisée, la psychothérapie concernait soit la psychothérapie individuelle, soit de manière plus rare le recours à d'autres possibilités telles que des consultations d'ethnopsychiatrie, via l'association ACSSIT notamment (Cf après).

c. Place de l'ethnopsychiatrie, approche transculturelle

L'importance de la prise en compte culturelle, de l'individualité et de l'universalité de la souffrance humaine lors du traitement d'un patient migrant est retrouvée dans plusieurs revues historiques anthropologiques (46).

L'anthropologie médicale est une discipline qui considère que les rôles de la culture du soignant et du soigné sont à prendre en compte dans le soin car elles jouent une influence à part entière, comme évoqué précédemment. Avoir des compétences transculturelles permet d'apporter de nouvelles connaissances mais aussi un savoir faire autre qui permet de soigner des patients d'origine étrangère. La complexité de cette prise en charge réside dans le fait de maîtriser l'équilibre entre la curiosité excessive (en prenant en charge de manière hors norme le patient), et inversement l'ethnocentrisme (1906, William Graham Summer) réducteur, en niant la différence (25).

La psychiatrie transculturelle, ou ethnopsychiatrie, est une démarche pluridisciplinaire qui s'appuie sur plusieurs sciences complémentaires : la psychiatrie, l'anthropologie (étude des cultures humaines), l'ethnographie (étude des origines, des rites, des mœurs d'une population) et de la sociologie (étude des phénomènes sociaux). Gorges Devereux (1908-1985) anthropologue et psychanalyste, a été le premier à observer que la maladie mentale s'exprime et se soigne différemment selon les cultures (Cf. film *Jimmy P*, inspiré du livre de Gorges Devereux *Psychothérapie d'un indien des plaines* paru en 1951), il est considéré comme le père fondateur de cette discipline. Tobie Nathan (son disciple, né en 1948) a créé les premières consultations en France en 1979, à Bobigny (hôpital Avicenne), puis a fondé en 1993 le Centre Georges Devereux, premier centre universitaire d'aide psychiatrique aux familles migrantes en France (Paris VIII, département de psychologie). Selon M. R. Moro et T. Nathan, l'ethnopsychiatrie est « *une théorie et une pratique psychothérapique réservant une part égale à la dimension culturelle du désordre et de sa prise en charge, et à l'analyse des fonctionnements psychiques* ». Ce dispositif groupal analyse les désordres psychologiques en rapport avec le contexte culturel, puis la compare aux différents systèmes interprétatifs culturels qui définissent le traitement de la souffrance psychique. La recherche transculturelle a connu un regain d'intérêt il y a une vingtaine d'années, permettant de prendre en charge différemment la souffrance psychique chez le migrant (67).

L'importance de la prise en compte de la culture dans le soin psychique est mise en valeur dans le film *Jimmy P* (68), film directement inspiré de l'ouvrage de l'anthropologue et ethno psychanalytique G. Devereux. Jimmy P, vétéran américain indien de la Seconde Guerre Mondiale souffrant de SSPT, est hospitalisé dans un hôpital du Kansas. Il souffre de céphalées, troubles de la vision, crises d'angoisse, d'absences. Interloqué face à l'échec de nombreux traitements, le Dr Menninger fait appel à un ami, G. Devereux, spécialiste des cultures amérindiennes, non considéré

en ce temps comme thérapeute (la psychanalyse étant interdite). Au fil de nombreux entretiens et décryptage des rêves de Jimmy, G. Devereux écarte le diagnostic erroné de schizophrénie, mais considère que sa souffrance psychique est en lien direct avec son vécu personnel (abandon de sa femme enceinte, ancien combattant), ses rapports familiaux (mère et sœur très directives, père absent), et à la confrontation de ses origines ethniques personnelles (mythes indiens) et celle de l'Amérique blanche.

En psychiatrie, Tobie Nathan (69) propose une analyse ethnopsychanalytique, et via l'utilisation des différentes professions (médecine, psychologue, psychiatre) chacun avec un fond culturel différent, le patient est le bienvenu à amener tout le monde dans le groupe, tous les membres essayant de créer un nouveau fond qui est cette fois ci partagé. Tobie Nathan indique que la culture est déterminante dans l'expression des troubles mentaux, et nécessite des adaptations thérapeutiques. En 1993 il évoque le concept de « clôture culturelle » qui « *rend cohérent l'espace social et est le système intérieur aux individus permettant de clôturer leur espace psychique* ». Marie Rose Moro prend par la suite ses distances vis-à-vis de cette notion de « clôture » qui apparaît comme réductrice (63).

Cette rencontre d'étranger à étranger apporte deux notions essentielles : le décentrage : le soignant effectue un « pas de côté » vis à vis de sa culture, il se laisse traverser par l'autre. Il s'agit de penser le patient comme expert de son intérieur et de ses représentations. G. Devereux imageait de manière parlante le décentrage : « *accepter volontiers de me tenir sur la tête si en cette position, et seulement en cette position, je pouvais déchiffrer le sens de quelque chose qui, lorsque je la considère en position normale, me demeure inintelligible (...)* » puis revenir en « *position normale afin d'intégrer ce que j'ai entrevu la tête en bas avec ce que je perçois en situation debout* » (70) La deuxième notion est celle du contre transfert culturel (G. Devereux): c'est la réaction inconsciente du collectif de « nous » au collectif de l'autre, en évitant à nouveau l'excès de curiosité, de fascination exotique ou au contraire le racisme et la négation de l'autre.

La consultation transculturelle s'articule autour de trois grands axes : le travail sur les liens, le travail sur les différentes dimensions identitaires et enfin le travail sur la cohérence et le sens des situations vécues. On parle de médiation (entre les langues, les cultures, l'espace temps, le plan psychothérapeutique). La réparation consiste ainsi en la reconnaissance des blessures infligées (physiques ou psychiques), par l'autre ou par le groupe social, permettant une reconnaissance de la différence de l'autre (12).

Ce dispositif remet la temporalité au centre du processus de soin. Le paramètre fondamental d'ailleurs est la durée de cette consultation qui est facilement de deux heures : la première partie laisse place au récit du patient, la seconde analyse ce qui en découle. La démarche est centrée sur les représentations traditionnelles du

temps, la rencontre, et le parcours thérapeutique. L'intégration des représentations culturelles, la logique d'exposition et de protection permet d'articuler le collectif et l'individuel, mais aussi le physiopathologique et le culturel. La temporalité dans ses multiples dimensions est un facteur essentiel de la prise en charge (71).

En outre, le thérapeute devrait aider à trouver des valeurs alternatives moins strictes mais appartenant au système de croyance (parfois en utilisant des objets culturels), développer les compétences et les aptitudes plutôt que les mécanismes de défense. Il aide à reconnaître les conflits, ajuster le système de croyance du patient en conservant certaines valeurs culturelles et assimile de nouvelles valeurs (59). Il s'agit de contenir le traumatisme dans un espace psychique défini. Le but étant de réécrire finalement le scénario traumatique de A à Z mais en concluant différemment afin de redonner un sens et permettre au patient de cicatriser.

La rencontre avec l'ethnoclinicienne Mme Christine Mannoni m'a permis d'obtenir des éclairages sur cette pratique. Elle explique effectivement qu'avec une équipe médicale et paramédicale, ils s'intéressent au problème du patient. Elle indique que ce n'est pas une médiation permettant de régler le problème mais une longue consultation questionnant notamment sur quelle est la représentation que se fait le patient. Ils recherchent ensemble une étiologie traditionnelle, un sens anthropologique. C'est un levier thérapeutique entre les professionnels et les patients s'il existe un problème non résolu, une interface. On parle de noyau culturel et de noyau psychique. Concernant la souffrance psychique, elle explique que la plupart des patients de l'Europe de l'Est ont une représentation qui rejoint celle que l'on définit en France, qu'il n'en est pas de même en Afrique. Elle prend l'exemple d'un Congolais très croyant, qui présentait son arrachement au pays comme un délire (avait des visions, des hallucinations auditives... Imagées du SSPT).

On peut retenir trois grandes indications aux consultations ethnopsychiatriques : des situations où le suivi individuel est inefficace ou non évolutif, quand les traumatismes vécus sont extrêmement violents et impossibles à supporter en consultation individuelle (du fait de la sidération, la charge émotionnelle conséquente... On peut citer à nouveau l'effet du traumatisme vicariant) et enfin, quand les éléments culturels compliquent le diagnostic et sa prise en charge.

En guise de remarque, il ne faut pas confondre les consultations transculturelles groupales avec la médiation culturelle qui est une intervention ponctuelle, en cinq à six séances espacées de 4 à 8 semaines, d'un médiateur ethno-clinicien qui rencontre les équipes soignantes, le patient et sa famille. Ce médiateur est issu du même groupe culturel que le patient, il en maîtrise la langue et les concepts permettant une traduction plus précise qu'un interprète « lambda ». De plus, il connaît lui aussi l'exil. Ces similarités avec le patient facilitent une compréhension générale, et permettent d'établir progressivement des liens entre l'implicite et l'explicite (53).

A La Roche sur Yon, il existe l'association ACSSIT, Association Comprendre et Soigner en Situation Transculturelle, fondé sur le modèle de consultations proposées par M-R Moro à Avicenne et Cochin ou encore de celles proposées par C. Mestre à Bordeaux (11). Cette association propose des soins psychothérapeutiques gratuits pour les migrants victimes de traumatismes. Cinq patients migrants interrogés y ont eu recours. L'équipe est pluridisciplinaire, se composant de médecins, de psychologues, d'éducateurs spécialisés, d'infirmiers en psychiatrie, d'un psychiatre et d'un anthropologue. Un thérapeute principal, interlocuteur privilégié, est attribué à chaque patient, et le nombre de cothérapeutes peut varier. La condition fondamentale de ce dispositif est l'environnement solide et sécuritaire, l'acceptation, la bienveillance, la bonne compréhension du drame, la créativité. Dans cette association, la durée des entretiens est plus courte que la temporalité habituelle des consultations ethnopsychiatriques car elle n'est que d'une heure. Les groupes thérapeutiques sont connus pour favoriser l'alliance thérapeutique et le processus du changement. Rappelons à nouveau que ce sont des consultations de seconde intention, quand la prise en charge en médecine libérale (généraliste, psychiatre ou psychologue seuls) se révèlent insuffisantes, ou après/en complément de l'apport du CMP de secteur. Lorsque ce type de thérapie est utilisée, la place du médecin généraliste est réduite : le colloque singulier est remplacé par un accueil groupal ce qui peut être déstabilisant. Le médecin généraliste voit surtout le patient durant des consultations « somatiques », ce qui ne lui permet pas d'être le thérapeute principal de ce type de consultation. Les représentations culturelles ou religieuses sont de plus des interrogations déontologiques vis-à-vis de la neutralité demandée chez le soignant.

Une patiente de l'étude m'a évoqué ce travail de narration de son histoire avec ACSSIT, qui était initialement douloureuse, mais qui progressivement l'a aidé à aller mieux : *« Ça soulage quand même mais comme je disais à cette dame, chaque fois que tu arrives tu commences à raconter des choses, à répondre à des questions, pas tout de suite mais après tu déranges tout, tu te souviens de tout, et tout de suite arrivent les douleurs, le mal de tête, tu ne te sens pas bien... (V.67F) Je disais à chaque fois avant d'y aller « non je vais arrêter », mais j'ai remarqué que c'est vrai, après tout quand tu t'exprimes, on peut dire comme si on vidait son sac, ça soulage quand même et j'ai continué encore deux ans à y aller. (V.68F) ».*

Dans ce contexte, le rôle du médecin généraliste, comme dans d'autres problématiques d'ailleurs, est de dépister, d'investiguer, et d'orienter tout patient, dont le patient migrant. Il lui revient donc de dépister la souffrance psychique, puis de l'explorer, puis de l'orienter. Si nécessaire, il peut l'orienter vers le secteur psychiatrique, et/ou vers le secteur social. S'il choisit de prescrire des médicaments, il est nécessaire qu'il s'assure de la bonne compréhension du soin, de l'observance, de l'efficacité et de la tolérance des traitements.

D. Perspectives

L'importance de l'accueil a été le leitmotiv de mes entretiens.

L'accueil est tout d'abord administratif pour ces exilés. Obtenir les « papiers » est nous l'avons vu un parcours du combattant, les politiques essayant de proposer des solutions qui ne suffisent malheureusement pas, du fait de la demande importante. Ce long délai est un énorme frein à l'épanouissement de ces migrants, qui ne peuvent envisager l'avenir sans cette garantie. Afin de mieux les orienter, des guides du demandeur d'asile sont proposés notamment sur le site de l'OFPRA ou France Terre d'Asile, outils indispensables à un exilé nouvel arrivant non épaulé par une association (mais ces guides sont à traduire !).

Ensuite, l'accueil physique, évident, doit être assuré: il s'agit d'avoir un toit. Si le primo arrivant ne connaît pas de proche dans le pays d'arrivée, il apparaît de plus en plus difficile de se faire loger en urgence, appeler le 115 paraît désormais vain car les places sont très demandées. Les associations essaient de palier à ce problème mais ne peuvent tout gérer.

Par ailleurs, l'accueil culturel est à prendre en compte. Nous l'avons évoqué, un exilé quitte tout pour découvrir un nouveau territoire, une nouvelle langue, une nouvelle coutume qui peut être éloignée de la sienne. L'usage d'un interprète paraît primordial et est à utiliser autant que possible. Expliquer, parler, apprendre au primo arrivant notre culture paraît être une demande chez un bon nombre d'entre eux. Les associations peuvent aider à appréhender ces différences. En tant que médecin, des formations existent mais sont encore trop peu nombreuses et méconnues, afin de prendre en compte cette différence culturelle qui existe aussi dans le soin.

Enfin, l'accueil médico psychologique est indispensable. Ce dernier accueil, celui qui nous concerne en tant qu'humains et soignants, est fortement impacté par les trois autres. Cet accueil est de notre ressort, et c'est un investissement sur l'avenir. En effet, l'incertitude du lendemain et l'errance font parties des bases de la maladie mentale et somatique. Comme l'a évoqué Thomas Elbert, un psychologue clinicien allemand (université Konstanz), il est « *illusoire de penser que ces gens peuvent apprendre une nouvelle langue, et trouver un travail quand ils ne peuvent pas fonctionner correctement mentalement.* » (72). La question qui suit pourrait d'ailleurs être : qu'est ce qui permet aux gens de fonctionner correctement ?

V. CONCLUSION

Les migrants interrogés ont survécu à de nombreux traumatismes à la fois dans leur pays d'origine (menaces de mort, violences physiques, sexuelles) motivant leur départ, le traumatisme de l'exil en soi, mais aussi à leur arrivée en France. En effet, nombreux pointent du doigt les différentes difficultés qui peuvent perdurer après plusieurs années sur le territoire : la difficulté administrative avec le rejet potentiel de leur demande d'asile, la barrière de la langue, le choc culturel, les difficultés d'intégration... Nombreux sont ceux qui font le lien aujourd'hui entre leurs plaintes somatiques ou psychiques initiales et leur état psychique à l'arrivée, observant l'évolution du SSPT selon leurs parcours respectifs. Tous souhaiteraient un accueil plus accessible et plus évident pour les futurs arrivants, évoquant que l'écoute, l'aide pour l'intégration (hébergement, sanitaire, social, financier) et le temps sont indispensables à la réduction de leur souffrance.

En tant que soignant, cela demande une adaptation des soins. En effet, soigner un étranger correspond aussi à croiser des maladies particulières, une langue différente, une culture éloignée. Cela peut amener à être confronté à des histoires traumatisantes que certains soignants évitent d'aborder, de peur d'être mal à l'aise, démunis. Pourtant, en parler peut être « *parfois mieux que de donner juste un billet* » (IX.119J). En tant que médecin généraliste, il est nécessaire de réaliser un bilan de santé et de proposer si besoin un traitement médicamenteux. Il paraît important de se créer un réseau et de connaître les dispositifs autour de nous: numéros de téléphone, interprètes, associations, partenaires sociaux, confrères psychologues, psychiatres... Afin d'orienter au mieux les nouveaux arrivants et ne pas rester isolé. Il paraît aussi intéressant dans les situations complexes de collaborer avec des intervenants spécialisés dans l'approche interculturelle. On ne peut pas bien accueillir les migrants précaires sans lien entre médecins et divers organismes d'aide : le travail en réseau est indispensable.

Outre le soin, il est primordial de prendre en compte l'interaction avec les autres besoins fondamentaux : le SSPT relève d'une prise en charge globale. On peut effectuer un parallèle avec la pyramide selon Maslow qui schématise la hiérarchie des besoins (73) (**Annexe 2**). Il est aisé d'imaginer qu'un migrant souffrant de SSPT est vulnérable, et peut avoir eu des difficultés dès le premier palier en ayant eu peur pour sa survie dans son pays d'origine. Une fois arrivé en France, il est confronté à la recherche d'un logement, d'un travail, l'accord d'un titre de séjour. Ces critères correspondent aux besoins de protection et sécurité. Viennent ensuite la recherche d'appartenance sociale, qui peut être mise à mal du fait de l'isolement voire du rejet, de la différence culturelle, d'une autre langue. L'estime de soi et l'accomplissement sont de fait des objectifs parfois difficiles à atteindre... Il en va de même pour soulager le SSPT.

Si des initiatives commencent à apparaître en France, si une production de savoir est visible, ce domaine n'est malheureusement pas assez connu ni développé. Il semble indispensable qu'une organisation nationale cohérente et efficace soit mise en place sur tout le territoire.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. COMEDE Prise en charge médico psycho sociale [Internet]. 2008^e éd. (Comité médical pour les exilés). Disponible sur: <http://www.comede.org/guide-comede/>
2. Wenden CW de. Chapitre 1 / Les migrations internationales, un enjeu mondial. *References*. 2014;2e éd.:21-76.
3. Étrangers - Immigrés – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676614?sommaire=3696937&q=immigres>
4. Ministère de l'Intérieur. Chiffres clés Immigration [Internet]. <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/Chiffres-cles>. Disponible sur: <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/Chiffres-cles>
5. Eurostat. Statistiques sur l'asile - Statistics Explained [Internet]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Asylum_statistics/fr#Pays_de_destination:_les_principaux_sont_1.27Allemagne.2C_1.27Italie_et_la_France
6. d'Halluin E. La santé mentale des demandeurs d'asile. *Hommes Migr Rev Fr Réf Sur Dyn Migratoires*. 1 nov 2009;(1282):66-75.
7. État de stress post-traumatique : définition, symptômes, diagnostic (DSM-5) [Internet]. Psychomédia. Disponible sur: <http://www.psychomedia.qc.ca/sante-mentale/2015-11-15/stress-post-traumatique-criteres-diagnostiques-dsm-5>
8. Kläui H, Frey C. Victimes d'actes de torture et victimes de guerre au cabinet médical. 2008;5 (891-895).
9. Gallon A-C, Le Quere F. Ressenti des patients migrants allophones lors de leurs premières consultations médicales entretiens semi-dirigés en Pays de la Loire avec des patients parlant désormais français. [Nantes]: These IMG - UFR Université de Nantes; 2017.
10. Dongier P, Kiolet M, Ledoux I. La santé mentale des immigrants. 2007;42(3):7.
11. Thomas. Le groupe en clinique transculturelle [Internet]. pratiques. 2019 [cité 8 août 2019]. Disponible sur: <https://pratiques.fr/Le-groupe-en-clinique-transculturelle>
12. Pocreau J-B, Martins Borges L. Reconnaître la différence: le défi de l'ethnopsychiatrie. *Santé Ment Au Qué*. 2006;31(2):43-56.
13. Douja A. Prise en charge de la dépression chez le migrant en médecine générale difficultés et attentes des praticiens enquête qualitative auprès de 14 médecins généralistes nantais. [Nantes]: These IMG - UFR Université de Nantes; 2012.
14. Thompson CT, Vidgen A, Roberts NP. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. juill 2018;63:66-79.
15. Frappé P. Initiation à la recherche 2e édition. Global Media Sante; 2018. (Fayr-gp).
16. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative II. *Exerc Rev Francoph Médecine Générale*. oct 2009;(88):106-12.
17. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien [Internet]. Nathan; 2007. 125 p. Disponible sur: <https://hal-univ-paris8.archives-ouvertes.fr/hal-00996693>

18. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* 1 janv 2015;15(157):50-4.
19. Rat C. Encadrement réglementaire des recherches en médecine générale. *Exerc Rev Francoph Médecine Générale.* sept 2017;
20. Allen DJ, Heyrman PJ. préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. :52.
21. CNGE. Référentiels métiers et compétences [Internet]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/les_production_scientifiques/referentiels_metiers_et_compences/
22. Matz Flye Sainte Marie C. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Etude quantitative par questionnaires. [Nancy]: Thèse IMG - Nancy : Université de Lorraine Faculté de médecine; 2011.
23. Guillou AY. Patients immigrés dans la région rennaise : le regard des médecins généralistes. 2007;49.
24. Veisse A, Aina Stanojevich E. La Santé de l'homme n° 392 - La santé des migrants - Repères sur la santé des migrants. déc 2007;(392):21-4.
25. Federici PL. la prise en charge des patients migrants en médecine générale : soigner mieux en connaissant plus. [Thèse IMG - UFR Paris]; 2013.
26. Mathieu A. Prise en charge des migrants en médecine générale, point de vue des patients. | Thèse IMG. [LILLE]: Thèse IMG - UFR Lille 2 état; 2011.
27. Barbet A. Ceux de Primo Lévi [Internet]. 2010. Disponible sur: http://www.film-documentaire.fr/4DACTION/w_fiche_film/27445_1
28. Bertrand M. Psychologie et psychanalyse devant les traumatismes de guerre. *Champ Psychosom.* 2002;no 28(4):97-112.
29. Lindert J, Ehrenstein OS von, Priebe S, Mielck A, Brähler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees--a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 1982. juill 2009;69(2):246-57.
30. Kirmayer LJ, Young A. Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosom Med.* août 1998;60(4):420-30.
31. Lolk M, Byberg S, Carlsson J, Norredam M. Somatic comorbidity among migrants with posttraumatic stress disorder and depression - a prospective cohort study. *BMC Psychiatry.* 13 déc 2016;16(1):447.
32. Junod Perron N, Hudelson P. Somatisation: illness perspectives of asylum seeker and refugee patients from the former country of Yugoslavia. *BMC Fam Pract.* 15 févr 2006;7(1):10.
33. Baubet T, Abbal T, Claudet J, Le Du C, Heindenreich F, Lévy K, et al. Traumas psychiques chez les demandeurs d'asile en France : des spécificités cliniques et thérapeutiques. 1 janv 2004;2.
34. Nathan T. La folie des autres. *Traité d'ethnopsychiatrie clinique* (1986). Dunod. Paris; 2013.
35. Lopez G. Troubles psychotraumatiques complexes - Institut de Victimologie. Disponible sur: http://www.institutdevictimologie.fr/trouble-psychotraumatique/troubles-psy-complexes_22.html
36. Burnett A, Peel M. The health of survivors of torture and organised violence. *BMJ.* 10

mars 2001;322(7286):606-9.

37. Gerbes A, Leroy H, Leferrand P, Michel D, Jarno P, Chapplain J-M. Mieux repérer la souffrance psychique des patients migrants primo-arrivants en consultation de médecine générale et limiter les ruptures de suivis psychiatriques, Mental health of precarious migrant patients who are newcomers to Rennes. Retrospective study of 110 patients between 2010 and 2013, Resumen. *Inf Psychiatr.* 15 avr 2015;me 91(3):243-54.
38. Wenden CW de. Motivations et attentes de migrants. *Rev Proj.* 2002;n° 272(4):46-54.
39. Chen W, Hall BJ, Ling L, Renzaho AM. Pre-migration and post-migration factors associated with mental health in humanitarian migrants in Australia and the moderation effect of post-migration stressors: findings from the first wave data of the BNLA cohort study. *Lancet Psychiatry.* mars 2017;4(3):218-29.
40. Aragona M, Pucci D, Carrer S, Catino E, Tomaselli A, Colosimo F, et al. The role of post-migration living difficulties on somatization among first-generation immigrants visited in a primary care service. *Ann Ist Super Sanita.* 2011;47(2):207-13.
41. Hoffman Y, Shrira A, Bodner E, Ben-Ezra M. Prime and prejudice: The effect of priming context and prejudicial attitudes on post-traumatic stress disorder symptoms following immigrant violence. *Psychiatry Res.* 2017;254:224-31.
42. Heeren M, Wittmann L, Ehlert U, Schnyder U, Maier T, Müller J. Psychopathology and resident status - comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Compr Psychiatry.* mai 2014;55(4):818-25.
43. Drouot N, Cayla F. L'accès aux soins des migrants en situation précaire, à partir des données de l'Observatoire de Médecins du Monde : constats en 2010 et tendances principales depuis 2000. :4.
44. Guardia D, Salleron J, Roelandt J-L, Vaiva G. [Prevalence of psychiatric and substance use disorders among three generations of migrants: Results from French population cohort]. *L'Encephale.* oct 2017;43(5):435-43.
45. Selkirk M, Quayle E, Rothwell N. A systematic review of factors affecting migrant attitudes towards seeking psychological help. *J Health Care Poor Underserved.* févr 2014;25(1):94-127.
46. Caroppo E, Muscelli C, Brogna P, Paci M, Camerino C, Bria P. Relating with migrants: ethnopsychiatry and psychotherapy. *Ann Ist Super Sanita.* 2009;45(3):331-40.
47. Cyrulnik B. *Je me souviens...* Odile Jacob. 2010.
48. Arnetz J, Rofa Y, Arnetz B, Ventimiglia M, Jamil H. Resilience as a protective factor against the development of psychopathology among refugees. *J Nerv Ment Dis.* mars 2013;201(3):167-72.
49. Anaut M. Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Rech Soins Infirm.* 2005;N° 82(3):4-11.
50. PASS international. Le recours aux interprètes est-il justifié? 2008; Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-projet-2002-4-page-46.htm>
51. Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/5/2017-816/jo/texte>
52. Claessens M. Un triangle pas si anodin: la clinique transculturelle avec interprète.

2016; Disponible sur: <http://irfam.org/upload/etudes/tableau.php#2016>

53. Moro MR. Sensibilités culturelles et ethniques en santé mentale. *PLURIELS*. juin 2002;(N° 31-32).
54. Moro M-R. *Maternité en exil. Pensée sauvage*; 2008.
55. Juckett G, Unger K. Appropriate use of medical interpreters. *Am Fam Physician*. 1 oct 2014;90(7):476-80.
56. Tylor EB. *Primitive culture : researches into the development of mythology, philosophy, religion, language, art, and custom* [Internet]. London : Murray; 1920. 528 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/primitivculture01tylouoft>
57. Roheim G. *Origine et fonction de la culture*. 1972.
58. Loko B. *Représentations de la douleur chez les migrants d’Afrique de l’Ouest - influence de la culture et de l’offre de soins*. [Thèse IMG - UFR Paris 6]; 2017.
59. Dwairy M. Toward psycho-cultural approach in middle eastern societies. *Clin Psychol Rev*. déc 1999;19(8):909-15.
60. Beneduce R. Traumatic pasts and the historical imagination: Symptoms of loss, postcolonial suffering, and counter-memories among African migrants. *Transcult Psychiatry*. 2016;53(3):261-85.
61. Nathan T, Stengers I. *Médecins et sorciers. La découverte*. 2012.
62. *Acculturation*. *Encyclopædia Universalis*.
63. Moro MR, Noë Q de L, Mouchenik Y, Collectif. *Manuel de psychiatrie transculturelle : Travail clinique, travail social*. Grenoble: *Pensée sauvage*; 2006. 421 p.
64. Mezzich JE, Caracci G, Fabrega H, Kirmayer LJ. Cultural Formulation Guidelines. *Transcult Psychiatry*. 1 sept 2009;46(3):383-405.
65. Cantrelle P, Locoh T, Health Transition Workshop. *Cultural, Social and Behavioral Determinants of Health : What do We Know ?*, Canberra, 1989/05/15-19. *Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l’Ouest* [Internet]. Paris: CEPED; 1990. (Les Dossiers du CEPED). Disponible sur: <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:27972>
66. Sofowora A, Cepleanu F, Hostettmann K. *Plantes médicinales et médecine traditionnelle d’Afrique*. Berne; Paris: *Académie suisse des sciences naturelles ; Karthala*; 1996.
67. Moro MR. *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Presses universitaires de France. 1994.
68. Arnaud Desplechin. *Jimmy P. Psychothérapie d’un indien des plaines*. 2013.
69. Tobie Nathan. *Fier de n’avoir ni pays ni amis...* *Pensée sauvage*; 1993.
70. Devereux G. *De l’angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Flammarion. 1994.
71. Ferradji T. Temporalité et soins dans la migration. *Champ Psychosom*. 2003;no 30(2):75-81.
72. Abbott A. The mental-health crisis among migrants. *Nature*. 13 2016;538(7624):158-60.
73. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychol Rev*. 1943;50(4):370-96.

VII. ANNEXES

ANNEXE 1 : Guide d'entretien semi dirigé

Bonjour, je m'appelle Hélène Deboudt, je suis interne en médecine générale et je réalise une thèse concernant l'état de santé et de stress chez les migrants. La prise en charge de leur souffrance est récente pour nous médecins en France, des possibilités existent et sont proposées, mais **je suis intéressée par ce que vous, en tant que migrant, vous pensez de votre parcours de soins depuis votre arrivée sur le territoire français.** Merci de m'accorder du temps, cela pourra probablement nous aider à mieux comprendre et donc mieux prendre en charge les futurs arrivants, cela permettra d'aider plus efficacement les prochains.

Je vais enregistrer la suite de la discussion, mais vous ne serez pas retrouvés par la suite, c'est anonyme, et le secret médical sera respecté.

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI DIRIGE

1. **Comment décririez vous votre état de santé en arrivant en France ?**
 - vos symptômes ? céphalées, lombalgies, nervosité, insomnie...
 - votre état de stress psychique ?

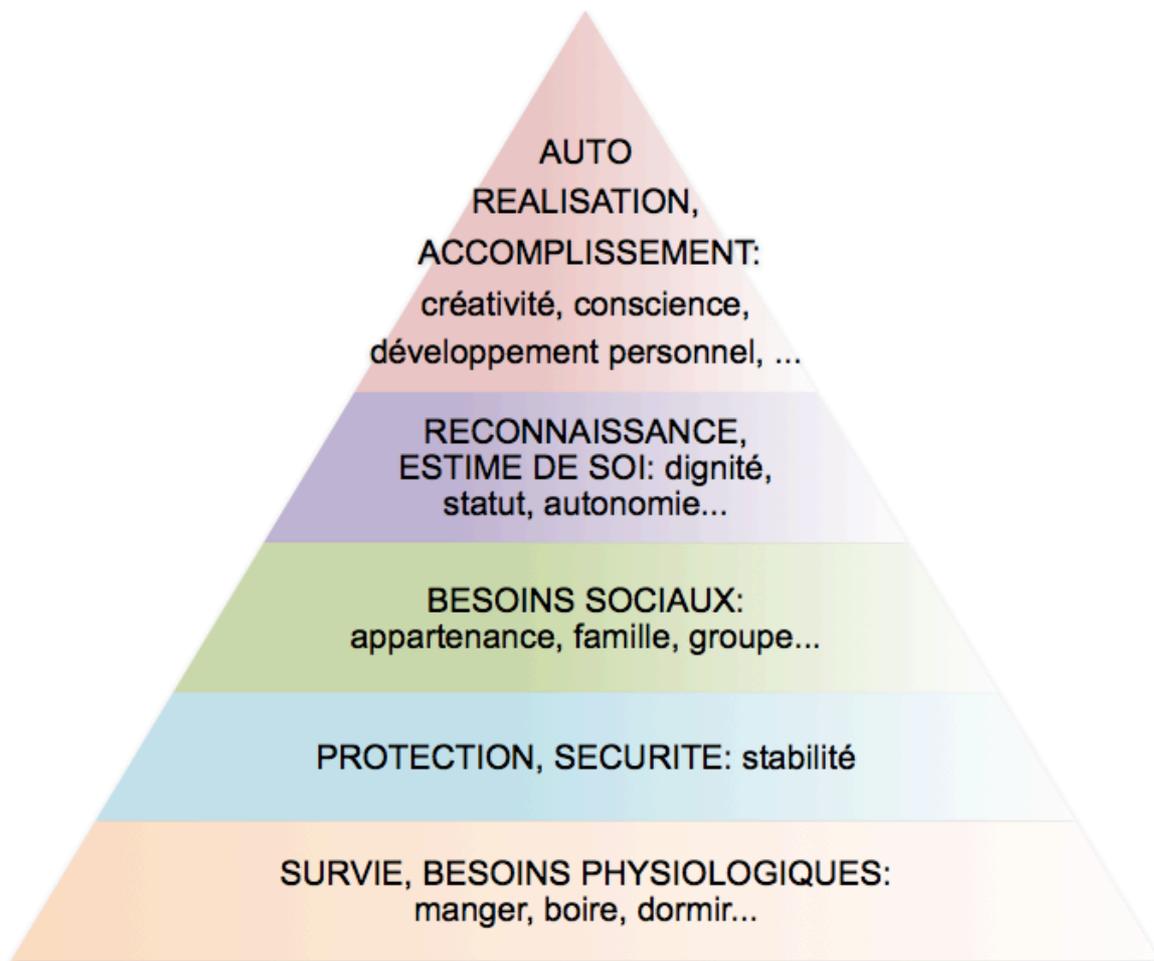
2. **Avez vous pu parler de cela, de votre état ?**
 - à qui ?
 - à partir de quel moment l'avez vous fait ?
 - Cela vous a-t-il aidé ?

3. **Selon vous, qu'est ce qui vous a aidé à aller mieux depuis votre arrivée ?**
 - les papiers
 - le toit, un logement
 - un entourage aidant
 - des médicaments
 - un suivi psychologique : CMP, psychologue du lieu d'accueil, médecin généraliste, association de soins transculturels, personne particulière ?
 - des projets
 - l'apprentissage du français / communication
 - autre

4. **Comment vous sentez vous aujourd'hui ?**
 - Par rapport à votre arrivée, les symptômes ont-ils diminués ?
 - Cadre / environnement plus favorable ?

5. **auriez vous un conseil à donner, pour les prochains arrivants ?**
 - accueillir
 - apprendre la langue
 - soigner médicalement
 - héberger
 - soutenir moralement
 - papiers, administratif

ANNEXE 2 : la pyramide des besoins de MASLOW (1943)



Sens de la progression : du bas vers le haut

ANNEXE 3 : Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.

Vu, le Président du Jury,
Professeur Anne SAUVAGET

Vu, le Directeur de Thèse,
Docteur Brigitte TREGOUET

Vu, le Doyen de la Faculté,

La souffrance psychique des migrants précaires et son évolution dans le temps : le point de vue des intéressés exploré à distance par entretiens semi dirigés

RESUME

Contexte : La souffrance psychique est rarement exprimée spontanément chez les patients migrants précaires, les horreurs vécues entraînant leur exil mais aussi les difficultés à l'arrivée étant souvent indicibles. Elle est souvent somatisée, cachée derrière un trouble du sommeil, des douleurs chroniques, sous diagnostiquée et à rapprocher du contexte culturel. Le soignant se retrouve dans l'impossibilité de soin, mal à l'aise, l'alliance thérapeutique est difficile à créer.

Objectif : Recueillir la parole et l'expérience singulière des patients migrants traumatisés concernant leur souffrance psychique, ses causes et les facteurs de son amélioration, quels qu'ils soient (médicaux ou sociaux).

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi dirigés réalisée entre novembre 2018 et avril 2019, auprès de patients adultes victimes de souffrance psychique, vivant depuis plus de cinq ans en France au sein d'un cabinet médical de ville à La Roche sur Yon. Interprète extérieur si nécessaire. Analyse phénoménologique des verbatim.

Résultats : Les migrants ont décrit avec finesse les états de syndrome de stress post traumatique et la violence du triple traumatisme (pré - per - post migratoire). Ils ont évoqué l'importance des éléments sociaux (parcours du combattant administratif, logement...), la place du médicament, de la langue, de la culture. Ces difficultés ont été sources de rancœur et de colère. La priorité a été pour eux la place du lien humain : l'accueil et l'écoute ont été considérés comme indispensables.

Discussion : L'originalité du travail est de donner la parole aux patients experts de leur histoire et de leur trajectoire, dans le cadre d'un cabinet de médecine générale, avec le recul du temps. La majorité des autres études recueillent les observations des psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux, dans des structures spécialisées et pendant les premiers mois en France. L'étude qualitative a entraîné un biais enquêteur, pouvant influencer l'entretien ou l'interprétation des données. Le biais lié à l'interprète, membre de la communauté facilitateur mais aussi limitateur du discours, pouvait être surajouté. Enfin, les patients étaient volontaires connus du cabinet. Cette étude permet de mieux cerner les éléments déterminants améliorant la santé de ces patients. D'autres études pourraient étudier l'apport avant/après de certaines thérapies comme les soins ethnopsychiatriques encore peu évalués.

Mots clés : recherche qualitative - troubles de stress post traumatique – psychothérapie -- réfugiés / population de passage et migrants

En langue anglaise : refugees / asylum seekers - post traumatic stress disorder