

Migrants et réfugiés en consultation

Quelles pratiques et quelle éthique ?

Dans leur article, Betty Goguikian Ratcliff, docteur en psychologie, et Delphine Bercher, psychologue-psychothérapeute, montrent l'importance de la composante culturelle et contextuelle lorsque l'on travaille avec des migrants. Elles expliquent également pourquoi une intervention éthique doit tenir compte de plusieurs autres considérations.

Dans nos sociétés contemporaines, toute personne travaillant dans le domaine du soin est amenée à rencontrer des individus issus d'une culture différente. Ces migrants peuvent porter un regard particulier quant aux représentations qui touchent la maladie, la souffrance, l'origine d'un désordre, et aux traitements adéquats pour y remédier. Cette confrontation culturelle débouche parfois sur des incompréhensions, des malentendus, des frustrations, des échecs ou des ruptures dans les interventions. Ignorer la composante culturelle et contextuelle des troubles peut conduire à des impasses thérapeutiques et avoir un coût social important.

Ce constat nous amène à nous poser la question suivante: à quels écueils nous confronte la prise en charge d'une population migrante, issue de mondes culturels différents et parfois victime de persécutions politiques ou de discriminations sociales pré- et postmigratoires ?

Risque de « misdiagnosis »

Plusieurs études soulignent que la prévalence des troubles mentaux chez les migrants à leur arrivée est égale voire inférieure à celle des autochtones (Kirmayer *et al.*, 2011). Cependant, une revue de la littérature effectuée par Kirkbride et Jones (2011) montre comment des études épidémiologiques successives, dès 1932 et jusqu'à nos jours, rapportent des taux significativement plus élevés de symptômes psychotiques, notamment schizophréniques, au sein de certaines populations mi-

grantes établies dans des pays occidentaux comme le Royaume-Uni, les USA ou les pays scandinaves. Plusieurs hypothèses ont été proposées au fil des années pour expliquer ce constat, les unes liées à des caractéristiques relevant d'une présumée différence génétique, d'autres invoquant la différence culturelle dans l'expression de la détresse psychique, d'autres encore mettant l'accent sur l'impact psychologique de la migration, ou encore sur les difficultés de la vie en contexte post-migratoire. Une hypothèse plus récente suggère que le surdiagnostic de psychose pourrait être expliqué par les préjugés négatifs des cliniciens et leur manque de connaissance de l'expression culturelle des symptômes (Nazroo & Iley, 2011; Jacobs, 2006).

Du point de vue de l'anthropologie médicale, Kleinman (1988) a été parmi les premiers à souligner que les catégories diagnostiques que nous utilisons habituellement, et que nous considérons comme universelles, sont intimement liées à la culture occidentale. Si elles sont utilisées de manière rigide pour évaluer les désordres de personnes issues d'autres aires culturelles, apparaît le risque majeur d'aboutir à des erreurs de jugement clinique et à des erreurs diagnostiques.

Un cas de figure notable, le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Si l'on se réfère à la définition de l'état de stress post-traumatique figurant dans la CIM-10 ou le DSM-IV, les symptômes qui le caractérisent sont les suivants: remémoration constante de l'événement stressant sous forme de reviviscences envahissantes (flashbacks), sentiment de détresse et évitement lorsque le sujet est exposé à des situations rappelant le stressor ou associées à ce dernier, hypervigilance/activation neurovégétative, rêves répétitifs.

Or, force est de constater que nous rencontrons au sein de la clinique transculturelle un certain nombre de réfugiés qui, ayant été exposés à des événements traumatiques et souffrant de troubles psychiques, ne présentent pas toujours le tableau décrit ci-dessus. En réalité, chez ces patients, les somatisations diffuses et rebelles sont fréquemment au premier plan et constituent l'es-

sentiel de leurs plaintes, de même que les revendications d'ordre social. Les conduites d'évitement sont également massives. A cet égard, Tull *et al.* (2004) ont montré que chez les personnes ayant vécu des traumatismes multiples à répétition, il existe un lien entre les conduites d'évitement liées au PTSD et les troubles somatoformes. L'explication proposée est que la douleur physique serait un mécanisme – non conscient – permettant de justifier l'évitement.

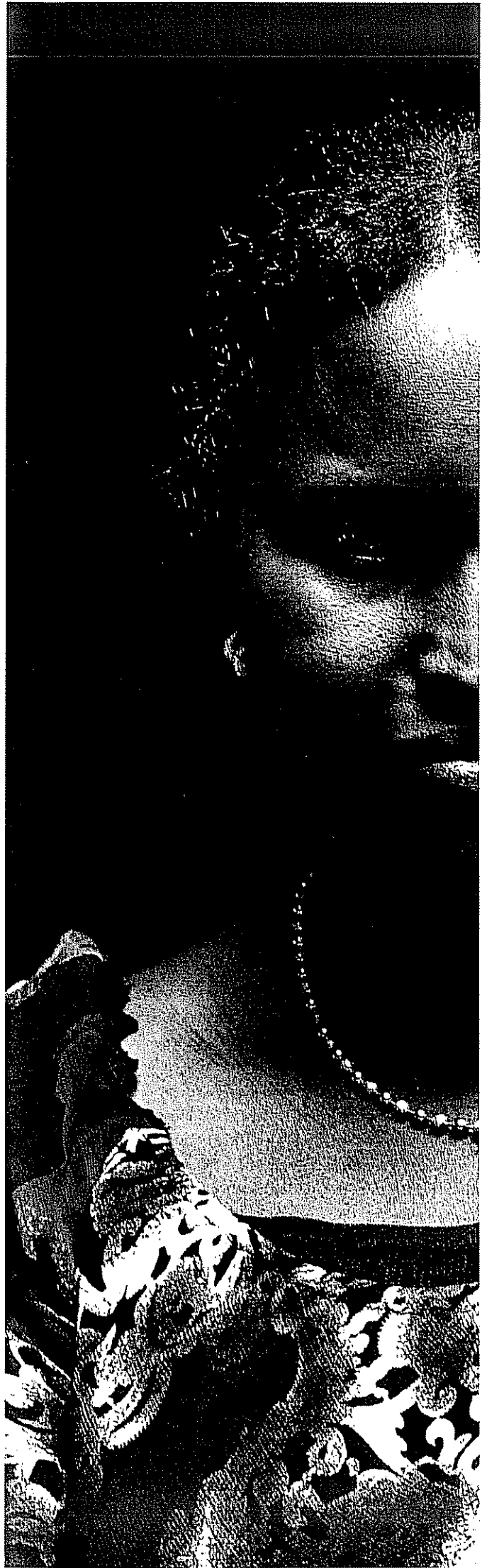
Par ailleurs, les cauchemars traumatiques sont peu rapportés. En revanche, nous observons parfois des tableaux cliniques constitués d'états de transe, de possession, de dissociation, ou encore par des hallucinations auditives ou olfactives et des idées de persécution. Si ces états figurent dans les manuels, soit en tant que manifestation faisant partie des troubles liés à une culture donnée (*culture bound syndroms*), soit en tant qu'expression d'un trouble d'allure psychotique, ils ne relèvent pas, selon ces manuels, d'une réaction liée à un facteur de stress.

Or, des illustrations cliniques décrivant des tableaux de possession chez des migrants, suite à des événements traumatiques, ont été rapportées à plusieurs reprises dans la littérature (James, 2009; Baubet, Taieb *et al.*, 2005). A la lumière de ces cas, il serait erroné de rattacher des phénomènes de possession et de transe à un trouble psychotique, comme nous le ferions au sein de notre clinique habituelle.

En effet, si l'on étudie ces symptômes à la lumière des notions d'effraction psychique et d'effroi [sentiment ressenti face à un événement d'ordre interpersonnel inattendu, effrayant et potentiellement sidérant (situation typique pouvant entraîner un état de stress post-traumatique)], cela amène un éclairage utile pour la compréhension du phénomène.

Dans certaines aires culturelles, on perçoit le monde comme étant peuplé à la fois d'humains et de non-humains, d'êtres visibles et invisibles. Le mal, la maladie et le malheur sont ainsi pensés dans cette logique de l'effraction, où un humain, à la faveur de circonstances particulières, peut se retrouver investi, habité par un «autre» malveillant qui a pu pénétrer en lui dans un moment de vulnérabilité et se manifester lors d'un état de transe.

L'exemple décrit ci-dessus autour de l'état de stress post-traumatique nous montre à quel point l'utilisation de ce concept limitée à la description du CIM-10 (ou du DSM-IV) est insuffisante, ethnocentrée et donc réductrice pour décrire les conséquences psychiques du traumatisme en situation interculturelle.



Une clinique psychosociale

L'enjeu ne se réduit pas à une alternative entre une clinique «centrée sur la culture» et une clinique plus «universaliste», mais dépasse cette seule différence pour venir interroger le contexte dans son ensemble. Durieux-Paillard et Eytan (2007) relèvent l'importance d'une telle approche pour éviter des écueils tels qu'un supposé «syndrome méditerranéen» ou un diagnostic de simulation susceptibles de stigmatiser un individu et de barrer la route à des stratégies thérapeutiques adaptées. Dans cette perspective, Lewis-Fernandez et Diaz (2002) ont développé un guide de «formulation culturelle» qui permet de situer un individu, au-delà des symptômes et des troubles apparents, dans un contexte plus global, social, économique et culturel.

Ce guide de formulation culturelle, dont un résumé figure en appendice du DSM-IV, propose d'évaluer cinq dimensions (pour une description détaillée, Baubet 2005; Dominicé Dao, 2009):

- L'identité culturelle de l'individu: groupe(s) culturel(s) auquel(s) le patient appartient, nationalité, ethnie, religion, langue, statut au sein de sa communauté, stratégie d'acculturation, etc.
- Le modèle étiologique des troubles: explications et sens culturels du trouble qui incluent la cause supposée, l'évolution, le traitement habituellement proposé et les itinéraires thérapeutiques déjà parcourus.
- Les facteurs culturels liés à l'environnement psychosocial et au niveau du fonctionnement individuel: évaluation des facteurs de stress vécus par l'individu et sa famille, ainsi que des ressources à disposition
- Les éléments culturels de la relation entre le clinicien et le patient: identité culturelle du clinicien et son incidence sur la relation thérapeutique; connaissances spécifiques de la culture du patient et existence de possibles stéréotypes culturels. Possibilités de conflits de valeurs entre le clinicien et le patient.
- Synthèse de l'évaluation culturelle: rôle des facteurs socioculturels et de l'histoire migratoire dans la problématique et proposition de solutions alternatives pour la prise en charge.

Ce guide de formulation culturelle présente l'avantage de proposer une méthode systématique d'évaluation d'un individu, prenant en considération l'ensemble des facteurs importants dans le cadre de la migration, sans en privilégier l'un par rapport à l'autre. Il permet de ne pas se focaliser sur la seule identification des symptômes d'un trouble, mais, au contraire, s'intéresse à la personne dans toutes ses dimensions – son histoire, sa culture, la situation politique de son pays, son projet migratoire, son rôle au sein de sa communauté. Il in-

vestigie également sa situation actuelle, l'impact des inégalités sociales et des conditions de vie sur la santé.

L'autre versant de ce que nous considérons comme étant une exigence d'ordre éthique face à des personnes venant de pays où sont survenus des bouleversements importants, de nature politique, économique, religieuse ou sociale, est de tenir compte – systématiquement – dans notre évaluation de la dimension «psycho-politique» (Sironi, 2007) du tableau clinique présenté et des enjeux parfois vitaux qui y sont liés.

Parmi ces enjeux, celui de la demande d'un certificat médical est capital, car il peut faciliter l'obtention du statut de réfugié politique, ce qui représente pour le patient la reconnaissance des souffrances endurées, la fin de l'errance et le droit de poursuivre sa vie dans le pays d'accueil.

Certificats médicaux pour requérants

La politique migratoire des pays européens en matière d'asile se caractérise actuellement par l'adoption de mesures restrictives et le développement d'un discours criminalisant les demandeurs d'asile (D'Halluin, 2006). Ils sont considérés avec suspicion par les instances en charge d'accorder le statut de réfugié, et doivent convaincre les autorités de la véracité de leurs allégations et du caractère politique des événements les ayant conduit à s'exiler.

Les représentants de l'Etat, chargés de statuer sur les demandes d'asile, sont placés en position de faire le tri entre les «vrais» et les «faux» réfugiés. Dans ce contexte, les psychologues et les psychiatres travaillant avec ces populations peuvent être sollicités par les requérants ou leurs conseillers juridiques dans le cadre de la procédure d'asile afin de rédiger un certificat médical dont la fonction est de renforcer la crédibilité de leur récit. Ce certificat sera une pièce importante du dossier: la certification des séquelles psychiques vient asseoir la réalité des persécutions invoquées et devient un élément de preuve des événements traumatiques mis en avant. Il sert à étayer les décisions prises par les juges, telles que l'octroi d'autorisations de séjour provisoires pour soins ou, au contraire, le renvoi.

L'implication du psychologue à la fois dans la sphère thérapeutique et juridico-administrative ne va pas sans poser des questions et des dilemmes éthiques. En effet, le clinicien est placé simultanément en position de soignant et d'expert, devant 1) faciliter la parole des exilés dans un cadre sécurisant, c'est-à-dire recueillir leur témoignage et les aider à élaborer un récit autobiographique cohérent, 2) soulager les séquelles psychiques

résultant d'événements potentiellement traumatiques, 3) se prononcer sur la compatibilité entre les violences alléguées et les tableaux cliniques présentés, 4) se prononcer, d'un point de vue médical, sur la dangerosité ou non du renvoi dans le pays d'origine

En se pliant à cette demande, le clinicien entre *de facto* dans le jeu d'inclure ou d'exclure des étrangers sur le sol national, ce qui va bien au-delà de sa fonction sociale. Mais s'y refuser revient à mettre en doute la parole d'un patient et à refuser de l'appuyer dans sa procédure d'asile. Sans être dupes des ambiguïtés éthiques de la situation, nous devons être conscients que, dans certains cas, notre intervention peut servir à éviter des expulsions arbitraires.

Cependant, le psychologue a-t-il sa place dans le délicat problème de l'admission des réfugiés ? La rédaction des certificats médicaux dans le cadre des procédures d'asile a donné lieu à un vif débat parmi les cliniciens travaillant auprès d'exilés (Asensi & Le Du, 2003; Henriques, 2005; Goguikian Ratcliff & Strasser, 2010). Ils dénoncent l'incompatibilité entre la position de thérapeute et la logique d'expertise, par définition inquisitrice et fondée sur la mise en cause des déclarations de la personne. Une des propositions est de confier l'expertise à une autre personne que le thérapeute. Toutefois, cela ne résout pas les effets pervers produits par l'octroi du statut de réfugié pour raisons humanitaires de santé, qui fait de la maladie un critère de régularisation (Fassin, 2001).

Pour conclure, nous dirons qu'une intervention éthique devrait tenir compte à la fois des aspects culturels, juridiques, administratifs, sociaux, économiques, et de leur impact sur le développement et le maintien des manifestations symptomatiques. Elle doit également s'inscrire toujours dans un processus d'identification des ressources favorisant des attitudes résilientes, ces ressources pouvant revêtir des formes très variées selon les cultures et selon le contexte dans lequel évolue le patient.

Betty Goguikian Ratcliff
Delphine Bercher

Bibliographie

Une bibliographie plus complète peut être obtenue auprès des auteures.

Goguikian Ratcliff, B. & Strasser, O. (dir.) (2010) *Clinique de l'exil: chroniques d'une pratique engagée*. Genève: Georg Editeur

Kleinman, A. (1988). *Rethinking Psychiatry. From Cultural Psychiatry to Personal Experience*. New York: The Free Press.

Lewis-Fernandez, R. & Diaz, N. (2002). The Cultural Formulation: A Method for Assessing Cultural Factors Affecting the Clinical Encounter. *Psychiatric Quarterly* 73 (4), 271-295.

Les auteures

Betty Goguikian Ratcliff est docteur en psychologie, enseignante et chercheuse à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation de l'Université de Genève. Elle dirige l'Unité de psychologie clinique interculturelle et exerce comme psychothérapeute à Appartenances-Genève, centre de soins psychologiques pour migrants.

Delphine Bercher est psychologue et psychothérapeute, formée à l'ethnopsychiatrie à Paris au Centre Georges-Devereux (Université Paris VII); elle exerce depuis 1996 à Appartenances Lausanne et Genève.

Adresses

Betty Goguikian Ratcliff, Université de Genève (FPSE),
40, Bd du Pont-d'Arve, 1205 Genève
Email: Betty.Goguikian@unige

Delphine Bercher, Appartenances-Genève,
72, Bd St-Georges, 1205 Genève.
Email: delphine.bercher@appartenances-ge.ch

Zusammenfassung

Die promovierte Psychologin Betty Goguikian Ratcliff und die Psychotherapeutin Delphine Bercher weisen in ihrem Beitrag auf die Bedeutung kultureller und kontextueller Komponenten bei der Arbeit mit MigrantInnen hin. Werden diese ausgeklammert, kann dies in therapeutischer Hinsicht in eine Sackgasse führen und hohe soziale Folgekosten mit sich bringen.

Ethisch korrekte Interventionen müssen deshalb gemäss den beiden Expertinnen insbesondere kulturelle, juristische und soziale Aspekte berücksichtigen – aber auch in einen Prozess integriert sein, in dem die gesundheitsfördernden Ressourcen der Klientinnen und Klienten identifiziert werden.