

MEMOIRE DE D.E.S DE MEDECINE GENERALE



FACULTÉ DE MÉDECINE
JACQUES LISFRANC • SAINT-ÉTIENNE

TITRE DU MEMOIRE

Le demandeur d'asile victime de torture en consultation de médecine générale

TYPE D'ETUDE

Résumé de situation complexe authentique

Rédigé par Issam Ouali, pour le 30/03/2016

**Dirigé par le Dr Elisabeth Rivollier, médecin de la PASS du
CHU de Saint-Etienne**

MOTS CLES

Demandeur d'asile
Exil
Précarité
Torture
Etat de stress post-traumatique
Accès aux soins
PASS
Médecine générale

SOMMAIRE

Le cas clinique _____ 2

Mr G. 29 ans, victime de torture en Angola et exilé en France, se présente à la PASS de Saint-Etienne

Introduction _____ 3

1) L'accès aux soins des demandeurs d'asile en France

a) Les dispositifs de soins en France _____ 3

b) Les conditions d'accès aux droits sociaux et au tiers-payant intégral _____ 4

Figure 1 : Chronologie comparée de la procédure de demande d'asile et de l'attribution des droits à l'assurance maladie (9) _____ 5

2) Le médecin généraliste face au demandeur d'asile victime de torture

a) L'exil et la précarité comme facteurs de morbi-mortalité _____ 6

b) L'accueil des victimes de torture _____ 7

3) La torture, le psychotraumatisme et l'état de stress post-traumatique

a) Le psychotraumatisme de la torture _____ 8

b) L'état de stress post-traumatique _____ 9

Conclusion _____ 9

Annexe 1 : Contexte politique actuel en Angola et éléments de géopolitique africaine _____ 10

Annexe 2 : Y a-t-il un bilan de santé systématique à pratiquer chez les demandeurs d'asile ? _____ 11

Bibliographie _____ 12

Le cas clinique

Mr G. 29 ans, en bonne santé apparente, se présente pour la 1^{ère} fois à la PASS de Saint-Etienne le 12/09/2014. Il est né en Angola, une ex-colonie portugaise, mais parle très bien le français. Il a fui son pays seul, ayant perdu de vue sa femme et ses 3 enfants lors de son incarcération en décembre 2012. Il a franchi les frontières françaises il y a seulement 3 jours pour s'installer seul dans région stéphanoise, sans famille ni ami pour l'aider.

Mr G. a entamé une procédure de demande d'asile, le rendez-vous d'instruction du dossier en préfecture étant fixé pour le 19/09/2014. Il n'a pas trouvé de structure d'hébergement, mais il dort à la paroisse Saint-Vincent de Paul à Montreynaud. Il est domicilié à la Plateforme d'Accueil pour les Demandeurs d'Asile (PADA), qui fait office d'adresse postale. C'est le personnel de la PADA qui l'adresse à la PASS.

Annexe 1 : Contexte politique actuel en Angola et éléments de géopolitique africaine.

Après un premier entretien avec notre assistant social, je le reçois en consultation médicale. Le contact est spontané, le patient ne me paraît pas fermé au dialogue. Il me parle d'abord de ses douleurs, multiples et différentes par leur caractère physiologique et leur siège anatomique :

« Docteur, j'ai mal partout, à la tête, au ventre, au cou et aux reins, et aussi à l'anus, hein. ».

Ces nombreuses plaintes algiques se sont installés peu de temps après sa fuite de prison, cela fait à peu près un an. L'évolution de ces symptômes est très floue, plutôt intermittente, sans horaire précis. Il me fait part de ses conditions de détention en Angola, où il aurait subi des tortures :

« Je ne vous ai pas encore dit, docteur, mais on m'a frappé là-bas au pays, on m'a cogné sévèrement ».

Dès lors, l'évocation des douleurs anales me fait poser l'hypothèse de sévices à caractères sexuels. Ses antécédents sont exclusivement infectieux : paludisme, fièvre typhoïde. Il ne présente pas de maladie chronique évolutive ni d'allergie connue et n'a jamais subi d'opération chirurgicale. Il n'a aucune habitude toxique.

Lors de l'examen physique, je demande à Mr G. de se déshabiller en sous-vêtements, ce qu'il fait sans hésiter : L'état général du patient me paraît satisfaisant.

Je constate à l'inspection un genou droit gonflé, sans anomalie d'examen. La palpation de la nuque et du dos objective une simple contracture des muscles para-vertébraux. Les céphalées n'évoquent pas un syndrome d'HTIC ni un syndrome méningé. La nuque est bien souple, il n'y a pas de troubles visuels, ni nausées ou vomissements. L'examen neurologique ne relève aucun déficit. L'abdomen est pléthorique, mais non météorisé, souple et indolore. Le transit est correct. Le foie et la rate ne sont pas perçus.

L'inspection des OGE et de l'anus ne montrent pas d'anomalie. Je décide de ne pas faire le TR. Le reste de l'examen est sans anomalie.

Je rassure Mr G. sur son état de santé apparent, et lui propose de faire un bilan complémentaire. Des radiographies du rachis et du genou droit sont demandées et une prise de sang est effectuée pour un bilan de principe des néo-arrivant, propre à la PASS de Saint-Etienne. L'analyse biologique comporte une NFP, un bilan de coagulation, un ionogramme avec créatininémie, un bilan hépato-pancréatique, une CRP, et un bilan IST avec sérologie VIH, VHB et VHC après l'obtention de son accord.

Annexe 2 : Y a-t-il un bilan de santé systématique à pratiquer chez les demandeurs d'asile ?

Sur le plan thérapeutique, je lui propose de soulager ses douleurs, son angoisse et son insomnie par *Tramadol 100 mg LP*, matin et soir en systématique à compléter par *Paracétamol 1 g*, 1 à 4 fois par jour selon les douleurs. Parmi les psychotropes, je prescris *Alprazolam 0,25 mg*, un comprimé matin, midi et soir selon l'angoisse, et 2 comprimés au couché si insomnie. Et je lui donne les coordonnées de *Interface*, l'Equipe Mobile Précarité-Psychiatrie de Saint-Etienne afin qu'il prenne rendez-vous dans les plus brefs délais.

Je lui propose de se revoir 8 jours plus tard lors d'une seconde consultation, afin de lui remettre les résultats du bilan complémentaire et d'évaluer la tolérance et l'efficacité du traitement prescrit. Il accepte.

Introduction

La demande d'asile constitue un appel au secours lancé à la communauté internationale. Cette communauté, qui représente l'humanité aujourd'hui, se voit fracturée par l'existence même des nations et de leurs frontières. Après la 2^e guerre mondiale, les acteurs de la géopolitique mondiale décident en 1951 de signer la convention de Genève, qui fonde le statut de réfugié et stipule leur droit de séjour dans les nations signataires afin de garantir leur sécurité (1). En France, l'attribution du statut de réfugié reste suspendue à la décision de l'OFPRA, l'Office Français de Protection des Réfugiés et les Apatrides, qui ne se prononce qu'après une longue et éprouvante démarche administrative et juridique. Le demandeur d'asile peut nécessiter des soins qui ne peuvent attendre la fin de cette procédure. C'est ainsi que la première partie de ce travail va tâcher d'exposer les différents chemins permettant au demandeur d'asile d'accéder aux soins.

Dès le 5^e siècle avant notre ère, Hippocrate fondait les bases théoriques de l'éthique du soin dans son serment : « *Je respecterai toutes les personnes (...) 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* ».

L'exil et la précarité font des demandeurs d'asile des personnes à la vulnérabilité extrême, et constituent un facteur de risque de morbi-mortalité à part entière. Le médecin généraliste, soucieux de respecter la déontologie inspirée du serment d'Hippocrate, se trouve souvent en première ligne dans le parcours de soins de cette population à risque. Nous verrons dans la deuxième partie comment il doit bouleverser son schéma habituel de consultation afin de tenir compte de cette vulnérabilité.

Enfin, nous nous pencherons sur la problématique de la torture. C'est une expérience psychologiquement traumatisante pour le patient, et constitue un élément de vulnérabilité supplémentaire auquel le médecin généraliste français fait rarement face. Pour mieux appréhender cette problématique, nous étudierons les conséquences psychologiques de la torture, et particulièrement l'état de stress post-traumatique.

1) Accès aux soins des demandeurs d'asile en France

Selon la loi française, toute personne nécessitant des soins peut y recourir, et ceci, dans l'ensemble des services de santé du territoire. Mais en pratique, les obstacles à l'accès aux soins sont nombreux pour les migrants et les plus démunis. Pour tenter d'y remédier, l'État a mis en place quelques mesures que l'on va décrire dans ce chapitre.

a) Les dispositifs de soins en France

Selon la politique de santé nationale française, on peut regrouper les dispositifs de soins en 3 groupes distincts (2) :

Les organismes de santé publique tels que les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG), les Centres de Lutte Anti-Tuberculeux (CLAT), les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de secteur, ou encore les plannings familiaux assurent des services gratuits de prévention, de dépistage et de soins spécialisés et gratuits pour l'ensemble de la population résidant dans le territoire français, quelque soit leur situation administrative. Mais ces services restent limités aux problèmes de santé publique ciblés, et aucune transversalité n'est assurée par les médecins impliqués dans ces organismes.

Le dispositif de soins « gratuits » a été mis en place dans le cadre de la Loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Cette loi permet la mise en place de 2 types structures de soins orientées dans la prise en charge des personnes en situation d'exclusion :

- Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale situées dans les établissements publics de santé qui ont pour mission de fournir gratuitement aux plus démunis les soins nécessaires à la préservation de leur état de santé, en permettant l'accès au plateau

technique de l'hôpital et la fourniture de médicaments, tout en les accompagnant dans les démarches nécessaires à l'ouverture de leurs droits sociaux. Leur mission se veut transitoire et articulée avec les divers acteurs loco-régionaux du sanitaire et du social (services sociaux, associations, acteurs du dispositif de soin de droit commun...). Les PASS sont non seulement ouvertes aux personnes n'ayant pas d'assurance maladie mais aussi à celles qui en bénéficient mais se trouvant exclues du réseau de soin de droit commun par leur vulnérabilité sociale (3-6).

- Les Equipes Mobiles Psychiatrie-Précarité (EMPP) interviennent à l'extérieur des établissements de santé, au plus près du lieu de vie des personnes en situation de précarité et d'exclusion. En effet, ces personnes manifestent rarement le besoin de soins psychologiques ou psychiatriques malgré leur nécessité voire leur urgence. De plus, leur mobilité souvent limitée aux réseaux de transports en commun ne leur permet pas de se rendre facilement aux CMP de secteur. Ainsi, les EMPP ont été mises en place afin d'éviter les perdus de vue et si besoin de les accompagner vers les CMP de secteur (7,8).

Mais ces dispositifs de soins « gratuits » ont des ressources limitées et travaillent souvent dans un contexte de « semi-urgence ». Ils ne peuvent garantir la continuité des soins mais y œuvrent autant que possible en s'articulant avec le dispositif de soins de droit commun.

Le réseau de droit commun regroupe les cabinets médicaux et paramédicaux, les cabinets de radiologie, les laboratoires d'analyses, les centres de santé, les hôpitaux publics et cliniques privées.

C'est le seul dispositif en France qui garantisse la continuité des soins. Ils sont payants mais remboursés par la couverture sociale. L'assuré est tenu en contrepartie de respecter le parcours de soin dont le médecin traitant, préalablement désigné comme tel par un commun accord, constitue la pierre angulaire du système.

La couverture maladie n'assure pas un remboursement total des frais, et une part est laissée à la charge du patient. Pour les personnes les plus démunies, l'accès à ce réseau de soins dépend de l'attribution des droits permettant la dispense d'avance des frais de santé.

b) Les conditions d'accès à l'assurance maladie et au tiers-payant intégral

L'accès aux droits sociaux dépend du statut juridique et administratif des personnes séjournant dans le territoire français (2) :

Les personnes en situation irrégulière ne peuvent avoir accès aux droits sociaux. Seule une Aide Médicale d'État (AME) peut être demandée selon l'ancienneté de présence sur le territoire français :

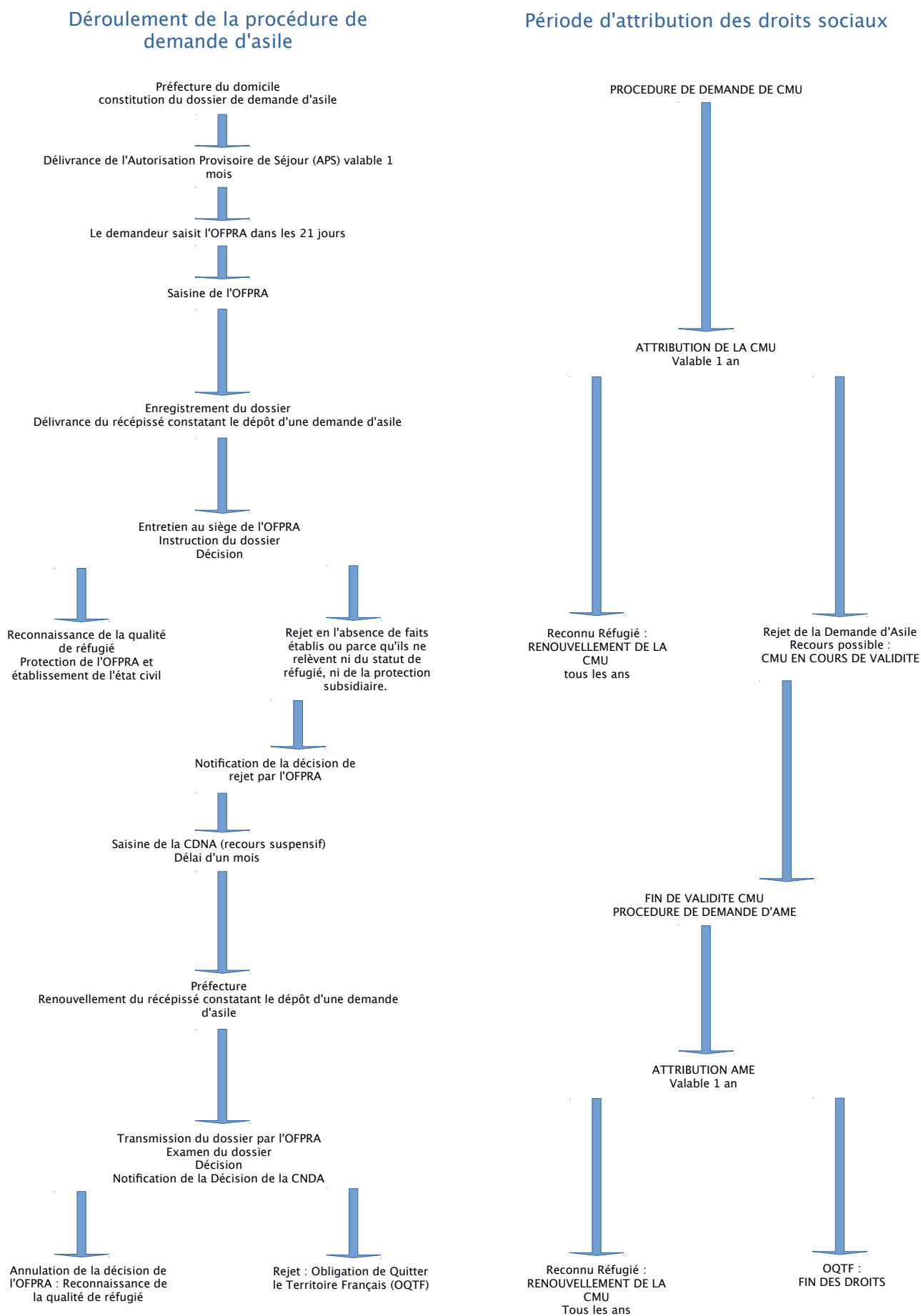
- S'il y a moins de 3 mois d'ancienneté, aucun droit social ne peut être octroyé selon la loi.
- S'il y a plus de 3 mois d'ancienneté, l'AME peut être demandée. Elle est attribuée selon des critères de ressource. Elle permet l'accès à l'ensemble des dispositifs et le panier des soins est seulement diminué de cinq prestations par rapport à celui d'un assuré social. N'y figurent pas les prestations en espèces, les cures thermales, l'Aide Médicale à la Procréation, les frais de prévention bucco-dentaire des enfants et les frais d'hébergement et de traitement des enfants handicapés.

Toute personne en situation régulière peut légalement faire valoir ses droits à une assurance maladie. La demande est à déposer auprès de l'organisme de Sécurité Sociale rattaché au domicile ou à l'adresse administrative de domiciliation, qui attribuera à chaque assuré un numéro d'immatriculation NIR, une carte Vitale-SESAM et la couverture maladie de base.

La dispense complète d'avance des frais de santé ou « tiers-payant intégral » est permise par l'attribution d'une assurance complémentaire gratuite, octroyée aux personnes et leurs ayants-droit dont les ressources annuelles ne dépassent pas un certain plafond (avec effet de seuil à l'euro près). C'est la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-c) qui vient compléter la couverture maladie de base.

Hors contexte d'urgence, l'octroi de la CMU-c peut prendre plus de 2 mois. Mais cela reste plus rapide que la procédure de demande d'asile qui peut durer plus d'1 an, surtout si la demande a été déboutée et qu'elle nécessite de passer en seconde instance devant la Commission Nationale des Demandeurs d'Asile (CNDA).

Figure 1 : Chronologie comparée de la procédure de demande d'asile et de l'attribution des droits à l'assurance maladie (9).



2) Le médecin généraliste face au demandeur d'asile victime de torture

En nombre insuffisant et peu visibles, les PASS ne peuvent faire face à la totalité des besoins en soins des personnes en situation d'exclusion. Malgré l'aide des structures associatives locales, les médecins généralistes se retrouvent souvent en première ligne du parcours de soins des demandeurs d'asile. Exil et précarité caractérisent le demandeur d'asile, et le médecin doit considérer ses situations de vulnérabilité comme facteurs de risque de morbi-mortalité. De même, la torture constitue un antécédent majeur à prendre en compte lors de la consultation.

a) L'exil et la précarité comme facteurs de risque de morbi-mortalité

L'exil n'est pas un voyage, c'est un aller sans retour. Il force l'individu à faire le deuil du « chez soi », de ses proches, de ses habitudes, de son environnement et de sa culture. Il se retrouve au pied du mur, et afin de reconstruire sa vie et avancer, doit relever des défis qui peuvent parfois paraître insurmontables :

- Habiter un nouveau territoire et maîtriser un nouvel environnement
- Comprendre et parler une nouvelle langue
- Assimiler une nouvelle culture afin de mieux l'intégrer.

Et dans l'attente de la réponse de l'OFPPA le temps subjectivement vécu par le demandeur d'asile est comme suspendu, incertain, provisoire (10).

Ces épreuves sont subies de manière soudaine et dépassent souvent les capacités d'adaptation du patient et le vulnérabilisent.

La précarité est le fait d'avoir besoin d'autrui pour vivre (du latin *precari* qui signifie supplier) . Elle représente la condition de tout être humain, et constitue l'atome de la relation interhumaine. Cette relation repose sur la confiance réciproque, que les liens soient familiaux ou communautaires.

C'est la précarité excessive qui devient un frein dans les relations et fragilisent la société. Elle est caractérisée par une forte diminution de la qualité de vie et par un état d'instabilité sociale qui ne lui permet pas de se sentir en sécurité ni de se projeter dans l'avenir. C'est une variable qualitative, et ne doit pas être réduite à la notion de pauvreté qui est une variable quantitative pour laquelle un seuil peut-être défini par la société concernée (11,12).

En France, le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) définit les populations précaires en les classant par catégories :

- Chômage ou insuffisance de revenu
- Situation familiale difficile (orphelins, mère célibataire, famille nombreuse)
- Difficultés liées au logement (SDF, migrants, habitat insalubre)
- Fragilité liée aux âges extrêmes de la vie
- Handicap physique ou mental
- Consommation de substances addictives et conduite à risque

Ces critères permettent de dénombrer les personnes dans le besoin. Mais en fragmentant ainsi la précarité, la stigmatisation est inévitable et risque de renforcer l'exclusion de ceux qui ne rentrent pas dans les limites définies (13).

L'exclusion correspond à l'impossibilité d'avoir accès à l'aide dont on a besoin bien qu'elle soit disponible ; elle se manifeste en France par une privation des droits sociaux bien que les conditions soient réunies pour les faire valoir. Cette exclusion peut être justifiée par la loi (migrants en situation irrégulière, sans papiers) mais peut aussi être due à l'impossibilité de faire les démarches administratives nécessaires à leur attribution, ou due à l'ignorance même de la disponibilité des droits (14,15).

Ainsi, l'exil et la précarité, qui constituent des facteurs majeurs d'exclusion, participent à la vulnérabilisation extrême du demandeur d'asile. Selon le modèle bio-psycho-social proposé par Engel en 1980, exil et précarité peuvent être considérés par le praticien comme de véritables facteurs de risque de morbi-mortalité.

b) La torture comme antécédent déterminant la relation médecin-malade

La prise en charge des victimes de torture nécessite de la part du praticien des qualités humaines telles que l'empathie bien sûr, mais aussi l'intuition, l'observation et surtout la patience. Il faut pouvoir leur consacrer du temps, bien plus que les 15 min réservées aux consultations habituelles. Si la salle d'attente est pleine, et que le retard sur les rendez-vous est déjà important, il est préférable (si possible) de reporter la consultation au lendemain, en prévoyant un temps de consultation plus long (16).

L'accueil du patient est déjà un moment crucial, et conditionne le bon déroulement de la consultation. Le médecin doit parvenir à installer un climat de confiance ; ainsi le patient pourra s'ouvrir et lui permettre d'accéder à l'origine des problèmes. Quelque soit le statut social du malade, sa présence en face du médecin signe une situation de demande d'aide. Il s'agit de le reconnaître et de l'accepter, spontanément. Le patient d'autant plus s'il se trouve dans une situation d'exclusion, sera soulagé par l'absence de rejet. Au delà de cette acceptation, c'est une position de sollicitude que le praticien prendra, malgré la différence culturelle, malgré la barrière de la langue.

Les premiers échanges permettent aussi l'évaluation de la qualité de l'interaction verbale et de la compréhension mutuelle. Ainsi, le médecin anticipe des obstacles évidents pour le bon déroulement de la consultation. Si nécessaire, celui-ci peut reconvoquer le patient ultérieurement pour s'aider d'un interprète (entourage plus ou moins proche ou professionnel) ou d'un médiateur dont la culture d'origine peut être identique à celle du patient (17).

Pour revenir à la consultation de Mr G., celui-ci a été accueilli par la secrétaire de la PASS et dirigé vers l'assistant social avant de se présenter à la consultation médicale. Le patient a pu évoquer sa demande et son récit, et se sentir écouté. Ainsi, il arrive déjà rassuré et soulagé devant le médecin alors qu'en consultation de ville il n'y a pas ces intermédiaires et l'étape d'accueil repose entièrement sur les épaules du médecin.

Durant la phase de transfert pendant laquelle le patient exprime ses plaintes, ses douleurs et ses souffrances. Le médecin absorbe une grande quantité d'information qu'il va devoir hiérarchiser. Certaines sont directement explicitées par le patient et d'autres sont perçues indirectement en l'observant :

- L'écoute

L'histoire souvent longue et complexe du patient peut cacher des éléments cruciaux dans la compréhension du motif de la consultation. Il faut rester attentif aux des mots utilisés, aux intonations. La remémoration des souvenirs du patient peut être une souffrance en soi, il ne faut pas le brusquer dans ses silences. Rappelons la nécessité de se faire aider d'un interprète si la situation l'exige. Pour se débrouiller sans, on pourra utiliser des traducteurs électroniques, des gestes, des dessins.

La finalité de cette écoute peut-être différente selon les compétences du soignant : une écoute comme simple don ; pour un soin psychologique si les compétences sont psychothérapeutiques ; ou pour la réalisation d'un dossier administratif si le soignant est consulté en sa qualité d'expert.

- L'observation

Il s'agit d'apprécier l'état général du patient, constater une maigreur, une pâleur, une incurie, la présence ou non de cicatrices sur le visage. Son regard est-il bas ou fuyant ? Ses mimiques sont-elles crispées ou absentes? Sa gestuelle est-elle spontanée ou fermée?

Ainsi, des questions qui auraient pu être posées ultérieurement seront shuntées, ce qui permettra d'alléger un interrogatoire s'annonçant lourd (16).

L'examen physique est une phase autrement plus délicate, avec des choix qui s'imposent :

- L'interrogatoire

La torture est un supplice qui est souvent infligé dans le but de révéler des informations. Il faut éviter d'en remettre une couche avec un interrogatoire « policier », trop intrusif et trop ferme. Un interrogatoire de plus peut devenir un interrogatoire de trop.

Lors de la consultation de Mr G., je n'ai pas voulu le questionner à propos des sévices qu'il a pu subir. Il n'était pas nécessaire de creuser ce sujet dès la première consultation, d'ailleurs l'examen physique nous confortera dans cette hypothèse.

- L'examen physique

Le patient, dans le cadre de la demande de soins, accepte souvent plus facilement l'intrusion physique que l'intrusion psychologique. Selon le genre, l'origine ethnique et l'appartenance religieuse du patient, le sentiment de pudeur vis à vis du médecin peut être exacerbé et limiter l'examen.

De plus, l'expérience de la torture, surtout s'il y a eu sévices sexuels, sera un obstacle supplémentaire à l'accès au corps du malade ; et pas seulement pour les temps de palpation, de mobilisation et de percussion où le contact peau à peau est indispensable, mais aussi pour le temps d'auscultation et de l'inspection.

Concernant Mr G., j'ai décidé de ne pas faire le toucher rectal, en pensant que ce serait trop intrusif. Mais, cet élément d'examen peut s'avérer très contributif au vu du contexte et il peut être légitime de le proposer. Il faudra alors le justifier par des explications claires et appropriées.

3) La torture, le psychotraumatisme et l'état de stress post-traumatique

L'expérience grave et exceptionnelle de la torture peut s'avérer lourde de conséquences psychiques, à court comme à long terme. C'est afin de mieux aborder la consultation des patients qui, comme Mr G., ont subi ce traumatisme, que nous allons étudier dans cette dernière partie la torture et ses conséquences psychologiques, notamment l'état de stress post-traumatique.

a) Le psychotraumatisme de la torture

La torture correspond à des sévices physiques intenses infligés volontairement par un individu sur un autre, avec ou sans autre but que la souffrance. Au delà de l'intégrité physique et psychique de la victime, c'est la dignité humaine qui est attaquée. Quelle est la dignité humaine ? Où se situe-t-elle ?

La dignité est une *fin en soi* selon les termes kantien, c'est la part *sacrée* de l'Homme. Elle se trouve dans la personne humaine et dans chacune des individualités qui la représente. La personne humaine représente à elle seule - par son *âme*, son corps et son esprit - l'humanité toute entière. Dans le verset 30 de la sourate 5 du Coran, est écrit : « *Quiconque tue un être humain (...) est considéré comme le meurtrier de l'humanité tout entière. Quiconque sauve la vie d'un seul être humain est considéré comme ayant sauvé la vie de l'humanité tout entière !* ». L'acte de torture est la destruction de l'Homme par l'homme, renvoie aussi à l'auto-destruction de l'humanité. L'humanité ne se respecte pas elle-même.

Après l'horreur subie par les victimes des régimes totalitaires et de la 2^e guerre mondiale, la déclaration universelle des droits de l'Homme stipule que « *tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits* ». L'acte de torture vient briser l'égalité interhumaine fondée par la dignité humaine, valeur innocente et spontanée. S'en suit une désillusion et une perte d'estime de soi : c'est la blessure narcissique Freudienne (18).

Le traumatisme vient du mot grec « *trauma* » qui veut dire blessure. En psychopathologie, ce terme est utilisé pour exprimer une blessure psychique exercée par un agent psychologique extérieur sur le psyché humain, y provoquant une effraction ou une pression. Le psychisme peut être comparé au corps humain tel que le décrit Anzieu dans le concept du *moi-peau*, et la blessure narcissique vient métaphoriquement y provoquer une plaie ou une contusion. Le choc psychologique peut se constituer comme un morceau du réel qui va s'incruster dans le psychisme pour former un corps étranger (19).

Le traumatisé peut avoir été la victime, le témoin voire même l'acteur de l'évènement. Il peut aussi concerner leur entourage proche.

L'agent psychologique extérieur est un évènement inattendu, exceptionnel, brutal et grave. Ce ne peut être un simple évènement de la vie quotidienne, aussi pénible qu'il soit. Les évènements sont classés selon leur

cause naturelle ou humaine, ainsi que leur caractère accidentel ou intentionnel : les catastrophes naturelles, les accidents d'origine humaine ; et les actes intentionnels, dont la torture.

La blessure psychique s'exprime chez le sujet par de la souffrance, de l'angoisse, de la peur voire de l'effroi, et souvent associés à un sentiment de dérégulation. C'est une désillusion qui ramène l'individu devant le réel de la mort, celle de l'anéantissement, du non-être, avec un sentiment de perte de repères et d'errance qui s'en suit. Une cause donnant du sens est alors activement recherchée, c'est ainsi que l'individu développe fréquemment un sentiment de culpabilité (20).

b) L'état de stress post-traumatique

Ces réactions normales de stress adaptatif peuvent rapidement être dépassées. La santé mentale de l'individu peut alors être altérée de façon transitoire ou permanente et laisser place à des symptômes non spécifiques du trauma tels que :

- Troubles anxio-dépressifs, troubles du comportement avec auto et hétéro-agressivité, consommation de substances toxiques et addictives et conduites à risques.
- Troubles du sommeil et des conduites alimentaires et sexuelles, et troubles somatoformes à type d'asthénie et douleurs.

L'État de Stress Post-Traumatique (ESPT) est défini selon le DSM 5 par leur persistance au-delà d'un mois après l'évènement traumatisant, et surtout par l'installation de symptômes pathognomoniques de l'ESPT, regroupés en 3 classes :

- Les symptômes intrusifs de l'évènement (souvenirs répétitifs, cauchemars, flash-backs, ruminations mentales, conduites de répétition)
- Les conduites d'évitement de tout stimulus pouvant rappeler l'évènement (pensées, sentiments, discussions, lieux, personnes)
- Une hyperactivité neuro-végétative (ortho-sympathique, adrénergique)

L'ESPT ne constitue pas une évolution clinique inéluctable du trauma. Son développement apparaît déterminé à la fois par les caractéristiques de l'évènement et celles de la victime.

La prise en charge de l'ESPT nécessite une approche thérapeutique globale, qui inclut des temps de psychothérapie telles que les TCC, dont l'efficacité a été démontrée dans de nombreuses études contrôlées, et la psychanalyse. Les techniques de thérapie brèves telles que l'hypnose ou encore l'EMDR, pour *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* suggérée par Shapiro en 1989, sont en plein expansion. Quant à la thérapie médicamenteuse, les données issues des dernières études proposent les ISRS comme traitement de première intention. L'utilisation des thymorégulateurs et des neuroleptiques peuvent représenter une alternative de choix (21).

Pour le médecin généraliste, il est recommandé d'accompagner le patient vers les structures compétentes : les EMPP, les CMP et la psychiatrie de secteur.

Mr G. a bénéficié rapidement d'un rendez-vous chez *Interface*.

Ainsi, la prescription d' *Alprazolam 0,25 mg* a très vite été réévaluée et réajustée selon ses conditions de vie et ses besoins.

Conclusion

Pour conclure, les demandeurs d'asile jouissent d'un statut provisoire leur permettant d'avoir accès aux droits sociaux dès le début de la procédure. Cependant, la reconnaissance de leur statut de réfugié est longue et incertaine, et ne leur permet pas d'envisager le long terme. S'ajoute à cela la précarité de leur condition sociale, ainsi aucune autre voie que celle de la survie ne leur est permise. Malgré cela, et malgré parfois le traumatisme de la torture, ces personnes se doivent de tourner la page afin de reconstruire leur vie. Et le médecin généraliste, qu'il soit en relai de la PASS ou bien en accès direct, constitue une aide précieuse par les soins qu'il lui prodigue et l'accompagnement qu'il peut lui proposer à travers son propre réseau de soin. Pour parvenir à jouer ce rôle, il est clair qu'il lui faudra consacrer beaucoup de temps et d'énergie, tellement la relation médecin-malade et les enjeux sont compliqués mais cruciaux.

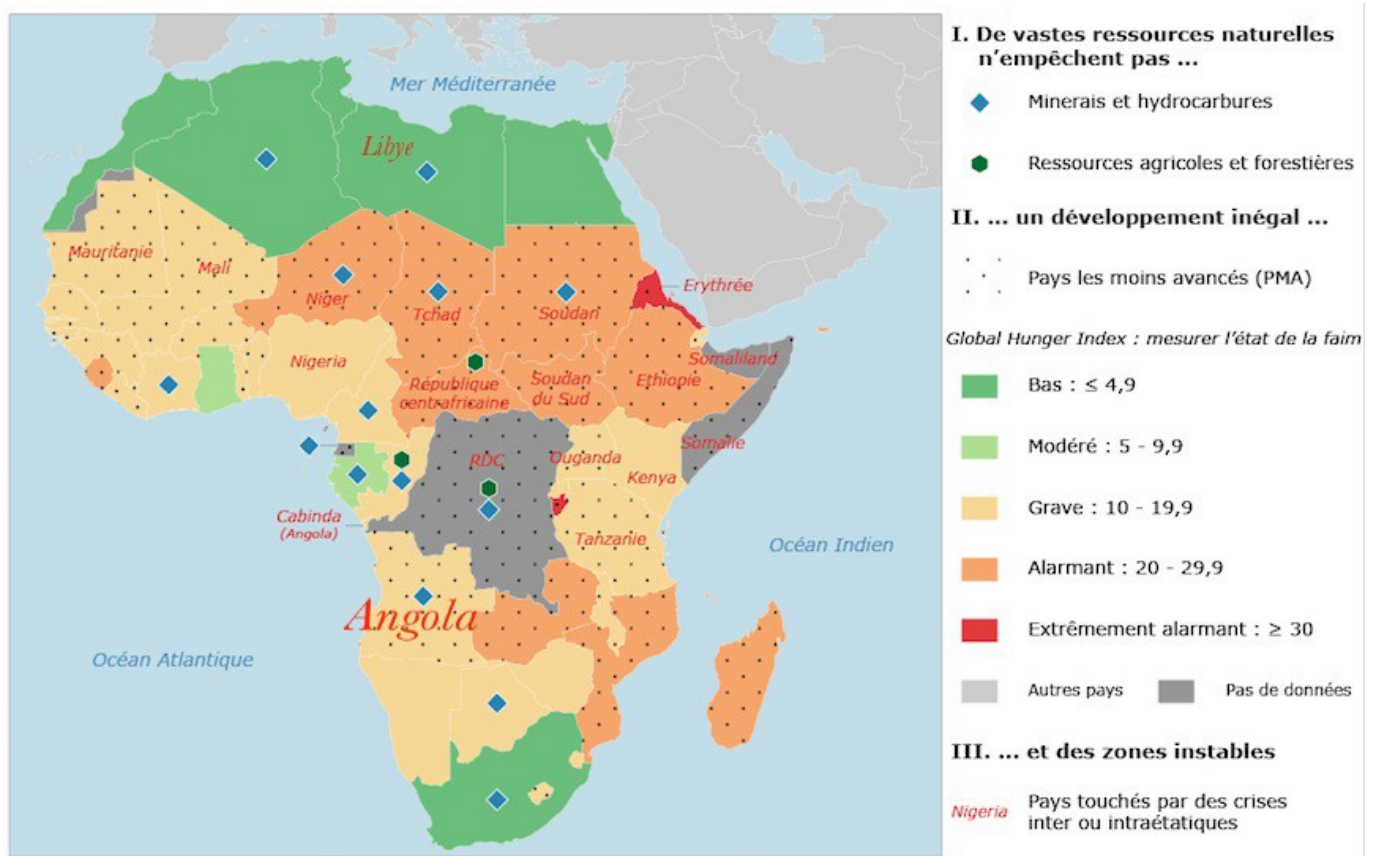
Annexe 1 : Contexte politique actuel en Angola et éléments de géopolitique africaine.

Depuis son indépendance le 11 novembre 1975, le pays est dirigé par le Mouvement populaire de libération de l'Angola (MPLA), d'origine marxiste. Le président José Eduardo dos Santos a succédé au président Agostinho Neto en septembre 1979.

Le 31 août 2012, les premières élections générales (législatives et présidentielles) abouties depuis l'indépendance ont pour effet de reconduire le président dos Santos à la tête de l'Etat avec 71,8 % des suffrages exprimés. L'UNITA, le principal parti d'opposition d'Isaias Samakuva obtient 18,7 % des voix.

L'Angola est considérée aujourd'hui comme un état stable, mais des tensions persistent dans l'enclave de Cabinda entre les forces gouvernementales et les mouvements indépendantistes. Et la situation humanitaire et sociale reste très précaire.

Carte 1 : L'Afrique, un continent « riche » miné par les fractures économiques et sociales (23)



Les dysfonctionnements que connaît l'Afrique résultent essentiellement sur le défaut de redistribution des ressources naturelles.

Le faible développement porte toujours et encore sur les dérives des politiques de captation de ces ressources appliquées par des multinationales occidentales issues de l'influence coloniale et asiatiques, notamment chinoises.

L'intangibilité des frontières lors de la décolonisation, les conflits interethniques et interreligieux sont à l'origine de crises politiques et militaires nationales et transnationales interminables (23).

Annexe 2 : Y a-t-il un bilan de santé systématique à pratiquer chez les demandeurs d'asile ?

L'OMS ne recommande pas de dépistage systématique chez les migrants, aucune donnée n'a clairement démontré son bénéfice par rapport à son coût, ceci malgré la forte prévalence de certaines maladies potentiellement graves notamment infectieuses. Mais les données épidémiologiques restent rares.

Tableau 1 : Les principales maladies diagnostiquées chez les migrants (2)

Maladie	Taux de prévalence global pour 1000	Taux global femmes	Taux global hommes	Régions de plus forte prévalence
Psychotraumatismes	153	237	121	Europe de l'Est, Afrique centrale et Afrique de l'Ouest
Maladies cardio-vasculaires	65	110	48	Afrique centrale, Caraïbes et Afrique du Nord
Diabète	46	52	44	Afrique du Nord, Caraïbes et Asie du Sud
Infection chronique à VHC	19	25	17	Asie centrale, Europe de l'Est et Afrique centrale
Asthme persistant	17	14	18	Afrique du Nord, Afrique de l'Ouest, et Caraïbes
Infection à VIH-sida	12	27	6	Afrique centrale, Afrique de l'Ouest et Caraïbes
Cancers	5	11	3	Afrique du Nord, Caraïbes et Europe de l'Est
Tuberculose	5	5	5	Afrique centrale et Caraïbes

En outre, le dépistage obligatoire peut dissuader certains migrants de demander un bilan de santé et compromet la détection des patients à haut risque. D'ailleurs les demandeurs d'asile, d'autant plus ceux qui ont subi des sévices, demandent souvent spontanément un bilan de santé, le « check-up », lors de la première consultation médicale (N°OMS).

Le COMEDE recommande la prescription d'un bilan complémentaire de base :

- NFS pour le dépistage de l'anémie et de l'hyperéosinophilie
- Glycémie à jeun pour le dépistage du diabète
- Sérologies du VIH et des Hépatites chroniques
- Radiographie thoracique de face pour le dépistage de la tuberculose

Ainsi que d'autres examens complémentaires selon l'âge, le sexe et le pays d'origine des patients (2).

Bibliographie

1. Bourgeois F. Défendre l'esprit de la convention de Genève. Rhizome. déc 2005;Demandeurs d'asile : Un engagement clinique et citoyen(21):6-9.
2. Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement [Internet]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1663.pdf>
3. Rivollier E, Piégay E, Scanvion A. Exclusion : Quelles prises en compte par l'hôpital ? Quelles liaisons avec le territoire ? Revue hospitalière de France. Janv 2013;(550):41-6.
4. Circulaire DGOS n°2013-246 relative à l'organisation et au fonctionnement des PASS [Internet]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-07/ste_20130007_0000_0078.pdf
5. PASS CHU Saint-Etienne Rapport d'activité 2014 [Internet]. Disponible sur: <http://www.chu-st-etienne.fr/ActiviteSoins/187/PassRapport2014.pdf#page=1&zoom=auto,-86,375>
6. Chambon N, Le Goff G, Cochet P. Le « migrant précaire » PASse à l'hôpital psychiatrique. Rhizome. juill 2013;Le migrant précaire entre bordures sociales et frontières mentales(48):13.
7. Jan O. Demandeurs d'asile : 15 ans d'observation au jour le jour d'une Équipe Mobile Psychiatrie Précarité. Rhizome. juill 2013;Le migrant précaire entre bordures sociales et frontières mentales(48):9.
8. Circulaire DHOS n°2005-521 relative à la mise en oeuvre des EMPP [Internet]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-01/a0010069.htm>
9. La Cour nationale du droit d'asile (CNDA) : une juridiction neuve, confrontée à des problèmes récurrents [Internet]. Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r10-009/r10-009_mono.html
10. Colin V, Laval C. Demande d'asile et préoccupation de santé mentale. Rhizome. déc 2005;Demandeurs d'asile : Un engagement clinique et citoyen(21):14-20.
11. Kovess-Masfety V. Précarité et santé mentale. Rueil-Malmaison, France: Doin; 2001.
12. Furtos J. Précarité du monde et souffrance psychique. Rhizome. juill 2001;La souffrance psychique aujourd'hui, un concept évident et incertain(5):3,5.
13. Métraux J-C. La pensée clinique en mutation. Rhizome. déc 2005;Demandeurs d'asile : Un engagement clinique et citoyen(21):21-7.
14. Hélène Thomas. Vulnérabilité, fragilité, précarité, résilience, etc. Recueil Alexandries [Internet]. Disponible sur: <https://reseau-terra.eu/article697.html>
15. Querouil O. L'exclusion, une catégorie mouvante. Rhizome. mars 2001;Précarité visible, précarités invisibles(4):9
16. Le praticien face à une victime de torture [Internet]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_praticien_face_a_une_victime_de_torture.pdf
17. Bouchaud O. Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants. La santé de l'Homme. 12 2007;La santé des migrants(392):25-7.
18. Boni T. La dignité de la personne humaine : Diogène. 1 sept 2006;(215):65-76.
19. Chabert C. Didier Anzieu: le Moi-peau et la psychanalyse des limites. Ramonville-Saint-Agne: Érès; 2007.
20. Josse É, Crocq L, De Soir E. Le traumatisme psychique chez l'adulte. Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2014.
21. Andreoli A, Vaiva G, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française (103 2005 Nice), éditeurs. Psychotraumatismes: prise en charge et traitements : [rapport de thérapeutique]. Paris: Masson; 2005.
22. Migration et santé : les principaux enjeux [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues#292934>
23. Géopolitique de l'Afrique: entre défis et succès potentiels - Afrique [Internet]. [cité 9 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.diploweb.com/L-Afrique-entre-defis-et-succes.html>