

VIOLENCE ET SANTÉ DÉPRESSION

Les épisodes dépressifs caractérisés (« dépression majeure ») sont associés à une mortalité élevée, 15 à 20 % des personnes souffrant de tels troubles étant susceptibles de commettre un suicide (OMS, 2001). Si la prévalence de la dépression majeure parmi les exilés est comparable à celle de l'ensemble de la population, elle peut être plus fréquente chez les personnes les plus vulnérables, femmes et mineurs étrangers isolés, demandeurs d'asile et « sans-papiers ». Les principes généraux de la prise en charge médico-psychologique doivent être appliqués en tenant compte du contexte social et administratif de la maladie et de la demande de soins.

VOIR AUSSI Trauma et torture page 265

ÉPIDÉMIOLOGIE

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le diagnostic d'un « Épisode dépressif caractérisé » (« dépression majeure ») suppose l'existence de plusieurs critères :

- **les symptômes** : un des deux symptômes principaux (humeur dépressive ; diminution de l'intérêt ou du plaisir) doit être présent et associé à quatre autres symptômes parmi les suivants : dévalorisation et culpabilité ; idées suicidaires ; fatigue ou perte d'énergie ; diminution de l'aptitude à penser ou se concentrer ; agitation ou ralentissement psychomoteur ; modification de l'appétit ; insomnie ou hypersomnie ;
- **la durée** : les symptômes doivent être présents la plupart du temps sur une période minimum de 2 semaines ;
- **les critères de répercussion** : les symptômes doivent entraîner une souffrance psychique significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

La prévalence des épisodes dépressifs caractérisés (voir *infra*) a été estimée à 10 % pour les femmes et 6 % pour les hommes sur une période de 1 an (OMS, 2001), mais ces taux peuvent être nettement plus importants parmi les personnes en situation de grande

précarité. Parmi les demandeurs d'asile et selon l'observation du Comede, un tiers des patients souffrant de psycho-traumatisme grave développent une symptomatologie dépressive, plus fréquente chez les Africains (Afrique centrale, du Nord et de l'Ouest). Il s'agit le plus souvent d'une dépression réactionnelle, dont les facteurs déclenchants ne sont pas toujours évidents. La fréquence des épisodes dépressifs caractérisés (dépression majeure) est comparable à celle de la population générale, de même que les autres pathologies psychotiques pour lesquelles il existe souvent une notion de suivi psychiatrique dans le pays d'origine.

CLINIQUE

La tristesse est au premier plan du syndrome dépressif, associée à :

- un ralentissement psychomoteur : asthénie (fatigue), aboulie (manque de volonté), anorexie (perte d'appétit), insomnie ;
- une impossibilité d'envisager l'avenir ;
- une particularité chez les exilés : les idées suicidaires sont rares. Ces symptômes apparaissent en rupture avec l'état antérieur du patient.

La prédominance des plaintes somatiques peut masquer une dépression. L'asthénie, l'aboulie, l'insomnie vont remplacer le sentiment de tristesse. Les douleurs sont au premier plan, multiples, atypiques, diffuses, changeantes, plus souvent à la tête et au ventre. Un tel syndrome peut toutefois évoquer une névrose traumatique (voir *Trauma et torture* page 265). La discordance entre les symptômes allégués et l'importance de l'incapacité fonctionnelle qui en résulte plaide alors en faveur d'une dépression associée. Enfin certaines plaintes, comme l'autodépréciation ou la sensation d'être seul, sont notables chez les patients africains chez qui elles apparaissent comme une modification du rapport à l'expression publique de la maladie.

Plus rare mais plus grave, la dépression sévère se caractérise par :

- une douleur morale intense, des difficultés accrues de communication ;
- des idées de culpabilité et d'incurabilité, des idées suicidaires ;
- une altération de l'état général avec délabrement de l'aspect physique.

Les antécédents de dépression sévère, l'ancienneté des troubles, ou l'apparition d'idées délirantes sont autant de facteurs du risque suicidaire. L'évaluation de l'entourage, de l'environnement, des possibilités de prise en charge au quotidien est très importante. Au moindre doute, le recours au psychiatre ou au service régional d'urgences psychiatriques s'impose (voir *Centres référents en santé mentale* page 286).

PRISE EN CHARGE MÉDICALE

La prise en charge est centrée sur un suivi médico-social. Un statut social stable avec droit au travail étant le plus souvent inaccessible à l'heure actuelle lors des premières années de l'exil, le soutien social consiste essentiellement en une aide à la vie quotidienne. Le suivi médical et/ou psychothérapeutique a alors un rôle symptomatique, pour aider le patient à mobiliser ses ressources afin d'affronter plusieurs années de survie. Les différents intervenants doivent exposer clairement les limites de l'aide qu'ils peuvent apporter afin d'éviter de créer ou d'entretenir l'illusion dangereuse du bénéfice administratif de la maladie (voir *infra Dépression et demande de certificat médical*).

RESSOURCES

Livret d'information sur la dépression, Inpes, www.inpes.sante.fr Parution fin 2007

Souvent sollicité en premier devant les plaintes somatiques, le médecin généraliste peut jouer le rôle de pivot dans l'accompagnement global entre les soignants, les travailleurs sociaux et les associations de soutien. L'examen clinique, le bilan de santé (incluant un bilan thyroïdien), et les traitements symptomatiques peuvent constituer une première approche. Surtout, le médecin devient le confident du patient, témoin de la souffrance du patient. L'accessibilité de la structure de soins, sa qualité d'accueil, la souplesse du cadre du suivi, la présence d'un interprète professionnel chaque fois que nécessaire sont des éléments essentiels de la prise en charge (voir *Interprétariat* page 28).

Le traitement par médicaments antidépresseurs est indiqué en cas de dépression confirmée avec retentissement fonctionnel et social important. Il n'est pas justifié dans les états de tristesse non pathologiques. Le suivi médical doit être régulier pour évaluer le bénéfice thérapeutique et l'intérêt de poursuivre ou non le traitement après la rémission des symptômes (phase de consolidation) :

- les imipraminiques (tricycliques ou non) sont les médicaments de référence en cas de dépression sévère, mais peuvent provoquer des effets indésirables (sécheresse de la bouche, constipation, somnolence, troubles ophtalmologiques et urinaires) : clomipramine 75 à 150 mg/j en 1 prise par paliers initiaux de 25 mg/j (ANAFRANIL ou Générique 25 mg et 50 mg) ;
- les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont mieux tolérés, mais ont une efficacité moins régulière : paroxétine 20 à 40 mg (DEROXAT ou Générique cp 20 mg), la paroxétine étant par ailleurs le seul antidépresseur également indiqué en cas de névrose traumatique/état de stress post-traumatique (voir page 269) ;
- les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN, EFFEXOR) ;

- les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) ;
- parmi les autres antidépresseurs, la miansérine a une action plus anxiolytique : 30 à 60 mg/j le soir (ATHYMIL ou Générique cp 30 mg).

L'atténuation des symptômes apparaît après 2 semaines, et le traitement sera prolongé 6 mois à 1 an. L'arrêt du traitement doit être progressif et programmé avec le patient, sous peine de rechute. Si durant cette période d'arrêt progressif, les symptômes réapparaissent, il est conseillé de reprendre le traitement à la dose initiale. Il n'y a pas lieu d'associer systématiquement en début de traitement, un anxiolytique ou un hypnotique. Toute éventuelle coprescription doit être brève et rapidement réévaluée.

Recours au psychiatre ou au psychothérapeute. Le recours au psychiatre, ponctuel ou en relais du médecin, est indiqué en cas d'incertitude sur le diagnostic ou le traitement, ainsi que pour les patients psychotiques (délires, hallucinations...). Les dépressions sévères relèvent également d'un suivi psychiatrique et parfois d'une hospitalisation en urgence. Une psychothérapie de soutien auprès d'un psychologue ou d'un psychiatre peut être d'un grand secours, notamment en l'absence d'amélioration pour le patient malgré le traitement médicamenteux ou en cas de difficulté pour le médecin.

POUR EN SAVOIR PLUS

Le bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux, Recommandation Afssaps, octobre 2006

www.afssaps.sante.fr

PSYCHOTHÉRAPIE

Qu'il réagisse par son corps, qu'il reste fixé à une partie altérée, aliénée, ou qu'il répète le même récit, chaque patient exprime à sa façon les liens qu'il a brutalement perdus. Il lui faut faire le deuil du pays d'origine (voir *Le traumatisme de l'exil* page 16), de la croyance qu'il avait d'être protégé, de l'espoir fondé sur le pays d'accueil qui le menace d'expulsion. Il arrive que le patient « récite » de manière impersonnelle ce qu'il a enduré et subi, sans émotion apparente. Ceci se produit lorsque la honte, la culpabilité, la solitude, la tristesse, l'envahissent, et rendent le contenu du récit inaccessible. Le soignant peut être saisi d'un malaise, d'un sentiment d'impuissance, ce qui sert d'indication à l'orientation vers un psychothérapeute.

Conduite par un professionnel si possible de formation psychanalytique et interculturelle, la psychothérapie va servir de pont symbolique non seulement entre le corps et le psychisme du patient, mais également entre celui-ci et le social, ce qu'il a vécu avant et ailleurs, et ce qu'il rencontre maintenant et ici. Ce sont des organes isolés des autres que le patient cache et expose, des séquences de vie éparpillées, apparemment sans lien les unes avec les autres qu'il exhume. C'est avec ces fragments épars, parfois contradictoires, que le psychothérapeute travaille pour accéder à l'horreur, à l'indicible, à l'élaboration de l'absence, de la perte, de la confrontation à l'inconnu et de la souffrance.

Le psychothérapeute travaille au plus près des maux exprimés tout en prenant soin de respecter le rythme du patient. Il doit éviter d'inclure brutalement, sans transition, certaines images, certains mots encore insupportables sur la scène psychique afin d'aider le patient à sortir pas à pas du statut de victime. Le piège réside dans le fait de rejouer inconsciemment, par les questions que l'on pose, le rôle du bourreau. C'est pourquoi le thérapeute ne doit en aucun cas forcer celui qui a déserté son corps à y revenir brutalement. Contribuer au réinvestissement de la pulsion de vie nécessite une certaine capacité à conjuguer ce que le patient a vécu avec son corps avant et ailleurs avec ce qu'il vit ici et maintenant, puis à l'accompagner dans l'investissement de son intégration et la reconstruction de sa vie.

DÉPRESSION ET DEMANDE DE CERTIFICAT MÉDICAL

Dans un contexte de dépression réactionnelle et/ou de névrose traumatique, le recours aux soignants est souvent associé à une demande plus ou moins explicite de certificat médical. Lorsque la demande d'asile est en cours, ce certificat est destiné par le patient à appuyer sa demande de statut de réfugié face à l'Ofpra ou à la Commission des recours des réfugiés (CRR), avec des résultats aléatoires et des risques que le médecin ou le psychothérapeute certificateur doit avoir à l'esprit (voir *Certification médicale et demande d'asile* page 378). Pour des patients déprimés et sans papiers suite à un refus de reconnaissance du statut de réfugié ou d'une demande de renouvellement de carte de séjour, la « régularisation médicale » est parfois envisagée.

La demande de « Rapport médical pour la préfecture » (voir *Rapport médical pour le droit au séjour* page 382) doit être évaluée avec beaucoup d'attention. Parfois soutenu par une association ou un avocat sensibles à sa souffrance et désireux de « tenter quelque chose », le demandeur s'expose à un refus lorsque les critères de « régularisation médicale » ne sont pas remplis selon l'autorité médicale intervenant dans le cadre de la procédure « étrangers malades » :

- le risque d'exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge, incluant notamment l'évaluation du risque suicidaire, nécessite un avis spécialisé, si possible par le psychiatre référent du patient ;
- le risque d'exclusion des soins nécessaires en cas de retour au pays d'origine est rarement constitué du fait de la possibilité théorique d'une prise en charge médico-psychologique incluant des antidépresseurs « ordinaires ». Le danger représenté en cas de retour au pays, qui fondait la demande d'asile initiale, n'est pas pris en compte dans la mesure où il n'a pas été reconnu par l'Ofpra ou la CRR.

L'illusion de la « régularisation pour dépression » peut conduire à entretenir les troubles psychologiques, en contrariant les objectifs thérapeutiques de la prise en charge. Il arrive en effet que la demande initiale aboutisse à la délivrance d'un titre de séjour, le plus souvent précaire, lequel sera exceptionnellement renouvelé au terme de la prise en charge, ou faute de prise en charge pour un patient guéri de sa dépression. Dans cette situation, l'état dépressif deviendrait la justification même du statut social espéré pour les étrangers « sans-papiers », dans une logique « humanitaire » singulièrement perverse. Pour ces raisons, la demande de régularisation doit être déconseillée, à moins d'un avis favorable du psychiatre référent du patient et informé de la procédure.

RISQUE DE LA DÉPRESSION CHEZ LES INTERVENANTS EN SANTÉ/SOCIAL

Inhérent à tout accompagnement d'une personne qui souffre, ce risque est majoré lorsque cette souffrance apparaît entretenue par notre propre société, perçue comme inhospitalière vis-à-vis des migrants/étrangers. Il peut être difficile de faire abstraction du contexte social, administratif et politique dans lequel s'exprime cette demande de prise en charge. Un sentiment d'impuissance peut survenir devant la faiblesse des moyens dont on dispose pour prétendre aider ces patients à être en « bonne santé ». Leur désespoir peut ainsi sembler logique, cohérent et sans issue. On peut alors se demander quel est l'intérêt d'un accompagnement social, médical ou psychologique.

Pourtant tous les patients ne dépriment pas dans cette situation d'exil et d'exclusion. Chaque patient est différent, chaque histoire est singulière, celle d'hier et celle d'aujourd'hui. C'est cette particularité historique qu'il s'agit de prendre en compte, en se posant la question, avec le patient, de savoir pourquoi elle/il s'effondre aujourd'hui. Il s'agit donc de parler avec elle/lui de cette histoire, de ce passé, de chercher de quelle perte il est difficile de faire le deuil, qui est maintenant réactivée, et qui envahit tout le champ de sa pensée jusqu'à l'annihiler. Au contraire, la recherche exclusive des causes « du dehors » maintiendrait le patient dans un statut de victime, d'objet et non de sujet émergent, grâce à l'accès à ses propres ressources psychiques, des décombres de son moi persécuté et menacé.