

SESSION DE FÉVRIER 2012

---

*Unil*

UNIL | Université de Lausanne

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE  
FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES ET POLITIQUES  
INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

---

## **LA VOIX DU CORPS**

**ESSAI SUR LES LIENS ENTRE MIGRATION, DEUIL ET SOMATISATION**

**MÉMOIRE DE MASTER**

pour l'obtention du Master en Psychosociologie clinique

présenté par NIKOLA SANZ

sous la direction du Dr. JEAN-CLAUDE MÉTRAUX  
et l'expertise d'ÉLIANE CHRISTEN-GUEISSAZ





## RÉSUMÉ

La somatisation est couramment définie comme la tendance à ressentir et exprimer des symptômes somatiques dont ne rend compte aucune pathologie organique, à les attribuer à un problème physique, et à rechercher en conséquence une aide médicale. Selon des études cliniques et épidémiologiques, la prévalence et la gravité de la somatisation sont plus importantes chez les populations immigrées que chez les populations autochtones. Ce phénomène se retrouve également en Suisse, où les migrants présentent d'avantage de troubles somatiques inexpliqués médicalement que les citoyens nés dans le pays. Plusieurs auteurs ont formulé des hypothèses afin d'expliquer ce phénomène: différence culturelle dans l'expression des symptômes et la gestion de la santé, situation socio-économique particulièrement mauvaise, vécu d'événements tragiques avant ou pendant la migration, dépression ou encore simulation.

Dans ce mémoire, nous proposons une hypothèse alternative, centrée autour des pertes et des processus de deuil inhérents à la migration. Nous postulons que le processus de deuil, et plus particulièrement les complications de ce processus, joue un rôle important dans l'apparition et le maintien de certains troubles somatiques inexpliqués médicalement chez des patients migrants. Pour évaluer la pertinence de l'hypothèse, nous avons mené une recherche auprès de plusieurs personnes migrantes, sous la forme d'un focus group. Les résultats de cette recherche renforcent l'idée d'une influence mutuelle entre des pertes, et les deuils y relatifs, et des douleurs physiques. Plus précisément, il semblerait que les difficultés rencontrées au cours du processus de deuil, notamment en ce qui concerne l'acceptation de la perte, puisse favoriser l'émergence et la chronicisation de troubles somatiques. Nous concluons que les pertes et les deuils sont un facteur médiateur important entre la migration et la somatisation, et que ce facteur devrait être pris en considération conjointement aux autres modèles explicatifs présents dans la littérature.

## **ABSTRACT**

Somatization is commonly defined as the tendency to experience and communicate somatic symptoms unaccounted for by pathological findings, to attribute them to physical illness, and to seek medical help for them. Clinical and epidemiological studies indicate that the prevalence and severity of somatisation is greater among immigrant populations than among the native population. This phenomena also occurs in Switzerland, where immigrants experience more medically unexplained symptoms than the citizens born in the country. Several authors have formulated hypothesis to explain this phenomena: cultural differences in the expression of symptoms and health management, low socioeconomic status, experience of tragic events before or during migration, depression or simulation.

In this thesis, we suggest an alternative hypothesis, centered around the losses and the mourning process inherent in migration. We postulate that the mourning process, and particularly the complications of this process, plays an important role in the appearance and maintenance of some medically unexplained somatic disorders in migrant patients. In order to evaluate the relevance of the hypothesis, we have conducted a research with several migrant people, in the form of a focus group. The results of this research reinforce the idea of a mutual influence between the losses, and the relative mourning, and the physical pains. More precisely, it seems that the difficulties encountered during the mourning process, in particular regarding the acceptance of loss, could encourage the emergence and chronicization of somatic disorders. We conclude that the losses and mournings are an important mediating factor between migration and somatization, and that this factor should be considered jointly with other explanatory models present in literature.



Je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes qui m'ont encadré et soutenu dans ce travail, qui ont partagé leurs idées et ont stimulé ma réflexion, qui m'ont accordé leur confiance et ont donné sans compter.

Je remercie tout particulièrement Caroline Heiniger, Danielle Kohler, Patrick Bodenmann, Friedrich Stiefel, Rodrigo Vasquez, Robert Dilts, Deborah Bacon Dilts, Nacer Bytyci, Karima Brakna, Cléa Gurtner, Céline Froidevaux, Césarina Pahud, Claudia Véron, Jean-Claude Métraux pour sa direction, les participants du focus group pour la richesse du moment partagé, et mes parents pour leur soutien et leur dévouement inconditionnels.





À Vasco, mon cher cousin  
Source d'inspiration, de courage et d'énergie  
Tu rayannes en moi lorsque j'en ai besoin  
Tu danses, chantes et ris.

<b>AVANT-PROPOS</b>	<b>10</b>
<b>1. INTRODUCTION</b>	<b>16</b>
<b>2. SOMATISATION</b>	<b>20</b>
2.1 Ambiguïté du concept de somatisation	20
2.2 Prévalence et aspects cliniques généraux	23
2.3 Un problème médical particulier	26
2.4 Facteurs étiologiques	27
2.5 Somatisation et culture	28
<b>3. SANTÉ ET MIGRATION</b>	<b>30</b>
3.1 Migrant, immigrant, immigré, quelques clarifications	30
3.2 Bref survol de la migration en Suisse	31
3.3 La santé des migrants	32
3.4 Interprétations concernant les symptômes physiques inexpliqués chez les migrants	35
3.4.1 Simulation	35
3.4.2 Différences culturelles	36
3.4.3 Situations socio-économique et relationnelle post-migratoires	38
3.4.4 Situation pré-migratoire	39
3.4.5 Dépression	40
3.5 Discussion concernant les différentes hypothèses	41
<b>4. MIGRATION ET DEUIL</b>	<b>46</b>
4.1 Brève définition du deuil	46
4.2 Différences entre deuil et traumatisme	46
4.3 Les différents types de deuil	48
4.4 Le deuil de Soi	50
4.4.1 Les phases du deuil selon Elisabeth Kübler-Ross	50
4.4.2 Le renversement	52
4.4.3 Deuil de Soi ou deuil d'une partie de Soi	53
4.4.4 La création de sens	53

4.5 Deuils compliqués	55
4.6 Deuil et manifestations somatiques	57
4.7 Les deuils de Soi relatifs à la migration	58
4.8 Migration et deuils bloqués	60
<b>5. SYNTHÈSE ET QUESTION DE RECHERCHE</b>	<b>62</b>
<b>6. MÉTHODES DE RECHERCHE</b>	<b>64</b>
6.1 Entretiens avec des professionnels de la santé	64
6.2 Justifications méthodologiques	65
6.3 Focus group	65
6.4 Modérateur	67
6.5 Participants et échantillonnage	67
6.6 Enregistrement	68
6.7 Principes éthiques	69
6.8 Procédure	70
6.8.1 Lieu	70
6.8.2 Tâche et déroulement	70
6.8.3 Langue	71
6.8.4 Durée	71
6.9 Analyse des données	71
6.10 Vignettes des parcours de vie des participants	71
<b>7. RÉSULTATS ET DISCUSSION</b>	<b>74</b>
Description des troubles somatiques	74
Explications spontanées	75
Explications liées à la migration	76
Explications liées au deuil	77
<b>8. ÉPILOGUE</b>	<b>82</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>88</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>98</b>



## AVANT-PROPOS

Migration, deuil et somatisation. L'idée de travailler sur ces trois domaines et les liens qui les unissent a émergé à la suite d'un cours donné par le professeur Jean-Claude Métraux à l'Université de Lausanne en 2010. La thématique, brièvement abordée lors de ce cours, m'a immédiatement séduit, principalement parce qu'elle touchait un domaine qui me passionne depuis mes premières années en psychologie: les liens entre les mécanismes socio-cognitifs et la santé physique.

Le sujet d'étude de ce mémoire de master est complexe et touche de nombreux aspects: psychologiques, médicaux, sociologiques, ethnologiques, politiques ou encore juridiques. Comme bien souvent dans l'étude des phénomènes humains, cette complexité a dû faire l'objet d'un nécessaire réductionnisme épistémologique. Ainsi, dans ce travail, je me suis principalement focalisé sur un facteur psychologique particulier pouvant intervenir dans la somatisation; ceci impliquant que d'autres aspects, non moins importants, ont dû être abordés avec moins de profondeur. Néanmoins, j'ai tenté autant que possible de prendre en compte la complexité du phénomène et espère avoir évité un réductionnisme cupide et trop simpliste.

Ce mémoire s'intéresse de près à deux populations; les *personnes migrantes* souffrant de problèmes physiques sans origine apparente, et les *professionnels de la santé* pour qui le traitement de ces problèmes est particulièrement difficile. Plutôt que de mener une réflexion *sur* ces personnes-là, j'ai souhaité faire un travail *avec* elles. Cette volonté de mêler réflexions personnelles et construction collective s'est concrétisée sous deux formes; la première à l'aube de ma réflexion, la deuxième à son terme.

Au début de ce travail, alors que je nageais dans un flou conceptuel et peinais à organiser mes idées, j'ai décidé de mener des entretiens avec des professionnels de la santé travaillant régulièrement avec des personnes migrantes. Ces entretiens exploratoires m'ont permis de *saisir* la thématique, d'en voir l'étendue et d'en dresser les contours. Ils m'ont offert des pistes de réflexion et m'ont permis de découvrir certains aspects du phénomène qui m'étaient inconnus jusqu'alors. Menés de manière trop anarchique pour pouvoir les comparer et les analyser, ils n'ont été utilisés que comme aiguillage, éclairage, motivation et inspiration. Les quatre entretiens que j'ai ainsi menés sont annexés dans les dernières pages de ce dossier.

Sur la base de ces premiers entretiens s'est développée la réflexion qui constitue l'essentiel de ce mémoire. Cette réflexion s'est clôturée, à nouveau, par une action empirique et collective: un entretien de groupe avec la participation de plusieurs personnes ayant émigré en Suisse, dont la démarche et les résultats sont présentés dans ce mémoire. J'espère ainsi avoir pu apporter aux propos théoriques la dimension concrète et collective à laquelle j'aspirais.

Ce travail a représenté pour moi une double opportunité. Il m'a permis d'explorer une thématique passionnante que je n'ai pas eu la chance d'étudier à travers mon cursus académique. Il m'a également permis de sortir de l'enceinte universitaire pour rencontrer et discuter avec des personnes directement concernées par mon sujet d'étude. Pour ces raisons, et bien d'autres encore, ce travail m'a grandit et m'a enrichi. J'espère que vous y trouverez la même curiosité et le même enthousiasme que ceux qui m'ont accompagné dans cette aventure.







*L'on disait qu'il venait de loin, de tout là-bas  
Et son corps était douloureux sans qu'on ne sache pourquoi*

...



## 1. INTRODUCTION

Malgré les récents progrès des techniques d'investigation médicale, il arrive encore fréquemment que les médecins faillissent à identifier une origine organique aux plaintes physiques de leurs patients. Ces plaintes inexplicées concernent la plupart du temps des symptômes douloureux: douleurs dorsales, thoraciques ou gastro-intestinales, maux de tête, ou encore douleurs musculaires diffuses. Elles concernent également souvent la fatigue, le vertige, le souffle court et les palpitations (Lipowski, 1988). Très fréquemment, ces symptômes physiques inexplicés présentent un caractère chronique et stable, et une résistance aux traitements habituels (Hartz et al., 2000).

La prévalence de ce phénomène et ses répercussions sur les coûts de la santé ne sont pas négligeables. Plusieurs études ont montré que près d'un tiers des symptômes physiques présentés par les patients sont médicalement inexplicés (Kroenke & Mangelsdorff, 1989; Kroenke & Price, 1993; Peveler et al., 1997). En Suisse, durant l'année 2009, il a été recensé plus de 42'000 cas d'hospitalisation sans qu'un diagnostic précis n'ait pu être déterminé (Office fédéral de la statistique, 2011).

Plusieurs études ont montré que la prévalence des symptômes varie en fonction des groupes socioculturels. Ainsi, les immigrants présenteraient plus souvent que les autochtones des symptômes physiques inexplicés (Castillo et al., 1995; Lin et al., 1985; Ritsner et al., 2000). De manière générale, les individus en transition, qu'elle soit culturelle ou simplement géographique, présenteraient plus de symptômes inexplicés que la population générale (Hull, 1979<sup>1</sup>, cité par Lin, 1985). Il semblerait également que les femmes soient plus susceptibles que les hommes de présenter des symptômes inexplicés (Ritsner et al. 2000), bien que ce résultat ne soit pas constant dans la littérature (Wool & Barsky, 1994). L'âge, le statut marital (Ritsner et al. 2000), le niveau socio-économique et l'intégration sociale (Lin, 1985) semblent également jouer un rôle important. Certains auteurs ont également mis en évidence le rôle important des événements traumatiques passés (Junod Perron & Hudelson, 2006; pour une revue de la littérature, voir Castillo et al., 1995) et les situations susceptibles d'induire un stress personnel,

---

<sup>1</sup> Hull, D. (1979). Migration, adaptation and illness, a review. *Social Science and Medicine*, 13A, 25-36.

comme les séparations, les pertes et les deuils (Allaz, 2004; Allaz et al., 1999, Lipowski, 1988).

En l'absence de substrat organique apparent, les symptômes chroniques inexpliqués mettent à mal les schémas explicatifs de la médecine occidentale et obligent les médecins somaticiens à chercher des explications au-delà des dimensions physico-bio-chimiques. Ainsi, ces phénomènes sont souvent appelés *syndromes fonctionnels*, soulignant l'idée que les problèmes rencontrés par les patients pourraient revêtir une fonction particulière dans leur fonctionnement global. Les douleurs, par exemple, ont une fonction bien précise: signaler une lésion organique ou physiologique sous-jacente afin de protéger l'organisme. Or dans les cas de douleurs chroniques sans substrat organique, la douleur perd son rôle protecteur (Allaz et al., 1999). Il est alors généralement admis, dans les milieux médicaux, que la douleur revêt une autre fonction, liée notamment à des facteurs psychologiques. Dans ces cas-là, il est dit du patient qu'il «somatise», autrement dit qu'il exprime par des symptômes somatiques des souffrances psychiques. En psychiatrie, les symptômes inexpliqués rentrent dans la catégorie générale des *Troubles somatoformes*.

Malgré la diversité des appellations et des hypothèses concernant les symptômes physiques inexpliqués, un consensus se dégage: ces symptômes sont complexes et nécessitent, pour les comprendre et les traiter, de les considérer dans leurs dimensions cognitive, émotionnelle, sociale et culturelle.

La complexité du phénomène, les difficultés liées au diagnostique, l'inefficacité des traitements et les frustrations qui en résultent, sont autant de raisons qui font des symptômes physiques inexpliqués – et de la somatisation au sens large – un sujet peu étudié et encore largement incompris. Même si des études ont pu mettre en avant l'influence de certains facteurs dans la prévalence de ce phénomène, nous savons encore très peu sur les liens qui peuvent exister entre eux et sur les mécanismes psychologiques et physiologiques qui conduisent un individu à ressentir et exprimer de tels symptômes.

Le but de ce travail est d'étudier et de préciser les liens qui peuvent exister entre la migration, le deuil et la somatisation. Plusieurs raisons ont conduit à ce choix. Premièrement, les immigrants apparaissent comme l'une des populations les plus susceptibles de développer des symptômes inexpliqués. Deuxièmement, la perte et le deuil semblent avoir un rôle important dans l'apparition de ces symptômes.

Troisièmement, parce qu'il semble exister un lien fort entre migration et deuil. Finalement, parce que les symptômes inexplicables chez les populations migrantes ont depuis longtemps été un sujet polémique, qui alimente encore aujourd'hui les débats publics et politiques.

Avant d'entrer plus en détails dans la problématique des migrants, il nous faut dissiper le flou qui règne autour de la notion de *somatisation*.



## 2. SOMATISATION

### 2.1 Ambiguïté du concept de somatisation

Les symptômes physiques inexplicables ne sont pas un phénomène récent. Reconnus depuis longtemps par les médecins comme une pathologie spécifique, ils ont traversés les siècles sous diverses appellations: hypocondrie, hystérie, neurasthénie ou encore mélancolie. Actuellement, nous les retrouvons le plus souvent sous le terme *somatisation*. Bien que très répandu, ce terme est toutefois ambigu et utilisé dans des sens différents, tant dans les discours profanes que dans la littérature scientifique.

Nous nous proposons de distinguer trois grandes catégories d'utilisation du terme *somatisation*.

Historiquement, le terme *somatisation* a été introduit par Wilhelm Stekel, disciple de Sigmund Freud, au début du 20<sup>e</sup> siècle pour décrire le processus par lequel des troubles psychiques se manifesteraient par des troubles physiques (Lipowski, 1988). Inscrit dans les théories psychodynamiques, ce terme a fait référence à un mécanisme inconscient de conversion d'un conflit psychique en un trouble somatique. L'hystérie, intensément étudiée dans la deuxième moitié du 19<sup>e</sup> siècle par des médecins comme Briquet, Charcot, Janet ou Freud, pourrait être considérée comme le prototype de ce processus de conversion. Les études sur l'hystérie ont poussé Freud à postuler l'existence d'un mécanisme de défense inconscient conduisant à la manifestation physique et déguisée d'un conflit psychique.

Dans ce sens-là, la somatisation est utilisée pour décrire un processus psychique et fait référence à une hypothèse psychogénétique de certaines manifestations physiques.

Le terme *psychosomatisation*, s'il désigne au sens strict le lien du psychisme au corps, est généralement utilisé dans une approche psychodynamique et peut être considéré comme un synonyme du terme *somatisation* tel que décrit ci-dessus.

Deuxièmement, la *somatisation* désigne, dans la nomenclature médicale, un trouble psychiatrique spécifique, appartenant au groupe des *Troubles somatoformes*. Le terme *Troubles somatoformes* a été introduit en 1980 dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-III) et regroupe, dans un même chapitre, les symptômes physiques inexplicables, à la base d'une «souffrance cliniquement significative» et pour lesquels il existe une forte présomption que leur

origine soit liée à des facteurs psychologiques (DSM-IV-TR, 2003, p. 561). Actuellement, le DSM-IV regroupe dans le chapitre *Troubles somatoformes* sept pathologies: le trouble somatisation, le trouble somatoforme indifférencié, le trouble de conversion, le trouble somatoforme douloureux, l'hypocondrie, la peur d'une dysmorphie corporelle, et enfin le trouble somatoforme non spécifié.

Sans rentrer dans les critères diagnostiques précis, il nous semble important de décrire et distinguer certains de ces troubles. Le *trouble somatisation* représente l'équivalent de l'hystérie décrite par Briquet au 19<sup>e</sup> siècle (Jung Wiggins, 2000), et est caractérisé par des plaintes somatiques multiples commençant avant l'âge de 30 ans, présentes pendant plusieurs années et aboutissant à une demande de traitement ou à une altération significative de qualité de vie du patient (DSM-IV-TR, 2003). Le *trouble de conversion*, quant à lui, est l'équivalent de l'hystérie de conversion décrite par Charcot puis Freud (Jung Wiggins, 2000) et correspond à des déficits inexplicables touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensorielles. Le *trouble douloureux* est caractérisé par une douleur, provoquant une souffrance ou une altération de la qualité de vie du patient, et pour laquelle on estime que des facteurs psychologiques jouent un rôle significatif<sup>2</sup>. L'*hypocondrie* est caractérisée principalement par «une préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée d'un ou de plusieurs signes ou symptômes physiques» (DSM-IV-TR, 2003, p. 583) et est illustrée par le personnage principal du *Malade Imaginaire* de Molière (Dieguez, 2010). Finalement, le *trouble somatoforme indifférencié* est caractérisé par des plaintes physiques inexplicables, dont le nombre et la durée ne suffisent pas à porter le diagnostic de trouble somatisation.

La plupart de ces troubles ont leur équivalent dans la Classification Internationale des Maladies (ICD-10) de l'OMS.

Contrairement à son utilisation dans les approches psychodynamiques, le terme *somatisation* est ici employé pour décrire un trouble psychiatrique particulier. Tout comme dans les théories psychodynamiques, ce terme fait référence à l'expression

---

<sup>2</sup> Le trouble somatoforme douloureux est très similaire, dans sa phénoménologie, à d'autres diagnostics comme la *fibromyalgie*, le *syndrome de fatigue chronique* ou encore le *trouble factice* et la *simulation*. Il semblerait toutefois, comme le souligne le docteur Andreas Saurer (2004), que ces différentes appellations fassent références à la même symptomatologie; les rhumatologues parlant de fibromyalgie, les psychiatres de trouble somatoforme douloureux, les infectiologues de fatigue chronique et les médecins d'assurances de simulation. Ainsi, la spécificité de ces diagnostics «[découlerait] davantage du fait qu'elles sont regardées avec des grilles de lecture différentes que du fait qu'elles soient le reflet de pathologies fondamentalement différentes (Saurer, 2004, p. 721). Pour Wessely et ses collègues (1999), chaque spécialisation médicale a défini un ou plusieurs trouble(s) fonctionnel(s) en terme de *symptôme* lié à l'organe étudié. Toutefois, selon eux, malgré la diversité des appellations, tous les symptômes décrits font l'expression d'un même *syndrome*.



somatique de désordres psychologiques, les seconds entraînant les premiers dans une causalité quasi-linéaire (Cathébras, 1998).

La troisième utilisation du terme est descriptive, ne se fonde sur aucune théorie particulière, et ne désigne ni un trouble ni une catégorie diagnostique. Partisan de cette approche, Lipowski décrit la somatisation comme «la tendance à ressentir et communiquer des symptômes somatiques dont ne rend compte aucune pathologie organique, à les attribuer à une maladie physique, et à rechercher en conséquence une aide médicale» (Lipowski, 1988, p. 1359). Cette définition de la somatisation a plusieurs avantages:

Premièrement, elle valide l'expérience du patient souffrant. Elle met l'accent sur le vécu et les comportements du patient, sans mettre en doute la véracité de ses propos.

Deuxièmement, elle met en évidence le rôle central du désaccord entre le ressenti subjectif du patient et l'évaluation objective du médecin. En effet, face à des symptômes inexplicables, les médecins ont tendance à les interpréter comme la conséquence de facteurs psychologiques (expériences stressantes, conflits inconscients, traits de personnalité). Cette inférence est généralement rejetée par les patients qui persistent dans leur croyance que l'origine du problème est somatique.

Troisièmement, cette définition met l'accent sur ce qui est problématique, c'est à dire l'attribution par le patient de sa détresse et ses symptômes à un problème organique, à rechercher à leur propos une aide médicale, et persister dans ce comportement malgré l'affirmation des médecins qu'aucune pathologie physique n'est susceptible de provoquer ses symptômes. Ici, la tendance à ressentir et exprimer une détresse dans un mode somatique plutôt que psychologique n'est pas considérée comme anormale ou comme un problème psychiatrique. À juste titre puisque, comme nous le verrons plus loin, cette tendance est largement répandue dans notre culture et les autres (Kirmayer & Young, 1998).

Quatrièmement, la définition de Lipowski rend compte de trois dimensions fondamentales de la somatisation: sensorielle, cognitive et comportementale. L'aspect sensoriel concerne l'expérience immédiate et les perceptions subjectives que les patients ont de leur corps, fut-ce de la douleur ou tout autre sensation corporelle inhabituelle. L'aspect cognitif fait référence à l'interprétation que les patients font de ces perceptions sensorielles, du sens qu'ils leur donnent, des attributions causales qu'ils font et des décisions qu'ils prennent à leur encontre. L'aspect comportemental comprend l'ensemble des actions qui découlent de

l'interprétation des sensations, et l'ensemble des communications verbales et non-verbales à propos des symptômes (Lipowski, 1988).

Finalement, cette définition ne restreint pas la somatisation à l'expression «masquée» d'une détresse psychologique. Les explications traditionnelles, psychodynamiques et psychiatriques, décrivent les symptômes somatiques comme une alternative pathologique à l'expression directe d'une détresse émotionnelle, leur relation mutuelle étant considérée comme inversement proportionnelle (Isaac et al., 1996). Or plusieurs études ont montré que les patients somatisants expriment également une détresse psychologique et que les symptômes somatiques et l'expression ouverte d'une détresse psychologique varient selon une corrélation linéaire et positive (Simon & VonKorff, 1991<sup>3</sup>, et Katon et al., 1991<sup>4</sup>, cités par Isaac et al., 1996).

Ces trois grandes utilisations du terme *somatisation* comportent plusieurs points communs, mais également beaucoup de divergences. Par soucis de clarté, dans la suite de ce travail, lorsque nous parlerons de somatisation, c'est à la définition opérationnelle de Lipowski que nous ferons référence.

## **2.2 Prévalence et aspects cliniques généraux**

Les résultats concernant la prévalence de la somatisation dépendent fortement de la définition et des critères diagnostiques utilisés. Comme le souligne Jung Wiggins (2000, p.6): «la majorité des auteurs s'accorde à dire que les définitions du DSM-IV et du ICD-10 sont trop restrictives et que la prévalence des troubles somatoformes ainsi définis ne reflète pas la fréquence élevée des situations cliniques rencontrées par les médecins».

La faible prévalence du trouble somatisation du DSM-IV, estimée entre 0.05 et 0.6% dans la population générale, et le fait que les troubles somatoformes les plus courants soient aussi ceux dont les critères sont les moins restrictifs, c'est à dire le *trouble somatoforme douloureux* et le *trouble somatoforme indifférencié* (Jung Wiggins, 2000), ont poussé Escobar à développer un diagnostic «abrégé» du trouble somatisation (Escobar, 1997). La prévalence de ce diagnostic, appelé *Somatic Symptom Index* ou *Somatization Syndrome*, est jusqu'à cent fois plus élevée que le diagnostic de somatisation du DSM-IV: plus d'un cinquième de la

---

<sup>3</sup> Simon, G.E., & VonKorff, M. (1991). Somatization and psychiatric disorder in the NIMH epidemiologic catchment area study. *American Journal of Psychiatry*, 148(11), 1494-1590.

<sup>4</sup> Katon, W., Lin, E., VonKorff, M., Russo J., Lipscomb, P. & Bush, T. (1991). Somatization: a spectrum of severity. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 34- 40.

population rempliraient les critères pour la version abrégée alors que moins d'1% les rempliraient pour la version du DSM-IV (Escobar, 1997).

D'autres études ont montré que plus d'un tiers des symptômes présentés par les patients, en médecine de premier recours (médecin généraliste, polyclinique), sont attribués à des facteurs psychiatriques ou sont inexpliqués (Kroenke & Mangelsdorff, 1989; Peveler et al., 1997).

La somatisation est fréquemment associée à d'autres troubles psychiatriques, notamment les troubles dépressifs et les troubles anxieux (Lipowski, 1988). On parle alors de comorbidité psychiatrique.

Reconnue comme l'un des troubles psychiatriques les plus répandus, la dépression est souvent observée en consultation de premier recours. En effet, ce trouble est parfois caractérisé par la présence de plusieurs symptômes physiques et physiologiques<sup>5</sup> (DSM-IV-TR, 2003). Bien que les douleurs ne comptent pas parmi ces symptômes, la moitié des patients souffrants d'un trouble dépressif majeur présentent des symptômes physiques douloureux (Demyttenaere et al, 2006). Près des trois quart des patients qui recherchent une aide médicale pour des symptômes dépressifs (notamment des douleurs mais aussi fatigue, trouble du sommeil, perte d'appétit) le font en médecine de premier recours (vs médecine psychiatrique) et la plupart d'entre eux présentent leur plaintes en termes somatiques plutôt que psychologiques (Prestidge et al., 1987<sup>6</sup>, cités par Lipowski, 1988). Plus récemment, dans une large étude internationale, Simon et collègues (1999) ont montré que plus de 10% des patients qui consultent pour des problèmes physiques remplissent les critères de dépression majeure et que la moitié d'entre eux présentent des symptômes inexpliqués. Certains auteurs parlent alors de dépression «masquée» pour décrire les cas dans lesquels la «symptomatologie affective de la dépression semble occultée par des plaintes somatiques» (Rentsch et al., 2009, p. 1365). Selon Kroenke (2000), cette tendance pourrait être due à une règle implicite qui biaiserait le diagnostic: le diagnostic d'un trouble somatoforme est exclu si les symptômes physiques sont mieux expliqués par un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux. Selon lui, cette règle tend à minimiser l'impact de la somatisation sur la vie du patient, la relation médecin-patient, l'utilisation des services de soin et les coûts de la santé. Actuellement, le lien de causalité entre dépression et somatisation, et plus

---

<sup>5</sup> Changement de l'appétit, du poids, du sommeil ou de l'activité psychomotrice (DSM-IV-TR, 2003, p. 403).

<sup>6</sup> Prestidge, B.R. & Lake, C.R. (1987). Prevalence and recognition of depression among primary care outpatients. *J Fam Pract*, 25, 67-72.

précisément dépression et douleurs chroniques, est très débattu, et il semblerait que ces entités mériteraient d'être considérées comme distinctes. En effet, comme le souligne Rentsch et collègues (2009, p. 1369), «douleur chronique et dépression sont solidement intriquées. L'expérience clinique et les données de la littérature nous mènent à réfléchir à l'association de ces deux pathologies en termes d'influence réciproque, de coexistence ou encore d'aller-retour, plutôt qu'en termes de lien de causalité linéaire».

La somatisation est également souvent corrélée à des troubles anxieux, troubles très répandus dans la population générale (Lipowski, 1988). Récemment, Muller et collègues (2008) ont observé que plus de la moitié des patients avec un trouble multisomatoforme<sup>7</sup> présentaient une comorbidité avec un trouble anxieux. La préoccupation concernant la peur ou la croyance d'être malade est fréquente dans les troubles anxieux, et certains auteurs avancent que ces derniers sont, en pratique, difficiles à différencier de l'hypocondrie (Simon et al., 2001).

La somatisation semble également corrélée au trouble post-traumatique, bien que cette association soit peu étudiée et manque encore de fondements empiriques (Castillo et al., 1995).

Certains patients somatisants éprouveraient des difficultés à exprimer leurs émotions (Lipowski, 1988). Cette caractéristique des patients somatisants est connue sous le terme *alexithymie*, terme introduit en 1970 par Nemiah et Sifneos<sup>8</sup>. La notion de *pensée opératoire*, que l'on doit aux psychanalystes Marty et M'Uzan, recouvre les quatre mêmes aspects que l'alexithymie: difficultés à pouvoir communiquer ses sentiments à autrui, incapacité d'identifier ses sentiments et de pouvoir les distinguer des sensations corporelles, pauvreté de la vie imaginaire, et une pensée concrète, autrement dit pensée tournée vers l'extérieur et non vers l'intérieur (de Tychev, 2010).

Issues des courants psychodynamiques, ces deux termes ne sont actuellement pas reconnus par les classifications nosographiques internationales comme le DSM-IV ou le ICD-10.

---

<sup>7</sup> Le trouble multisomatoforme est un diagnostic du DSM-IV PC caractérisé par la présence d'au moins trois symptômes physiques inexplicables, présents depuis au moins deux ans. Le DSM-IV PC est une version du DSM-IV simplifiée à l'usage des cliniciens des soins de premier recours (Muller et al. 2008).

<sup>8</sup> Nemiah, J.C., & Sifneos, P.C. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In O. Hill (Ed.), *Modern Trends in Psychosomatic Medicine, vol 2*. London: Butterworths.

### **2.3 Un problème médical particulier**

En plus de l'inconfort physique et de la détresse psychologique évidents que les symptômes chroniques inexpliqués provoquent chez la personne qui en souffre, ces cas de figure posent également problème aux cliniciens, qui les considèrent parmi leurs consultations les plus difficiles (Jackson & Kroenke, 1999).

Face à l'incapacité de détecter une source organique aux plaintes des patients et à la difficulté de proposer une action concrète pour les aider, les cliniciens sont souvent pris au dépourvu. Les patients somatisants ne rentrent pas dans les modèles biologiques classiques de la médecine occidentale: leurs symptômes ne sont pas les signaux véridiques des changements pathologiques dans leur corps (Lipowski, 1988). Dans ces situations, les médecins ont tendance à minimiser les plaintes des patients ou à attribuer la cause des symptômes à des processus psychologiques. De l'autre côté, les patients tendent à se méfier des médecins qui ne semblent pas prendre leurs problèmes sérieusement, ne les aident pas à soulager leurs douleurs, ou les traitent comme s'ils étaient malintentionnés ou malades mentaux (Hartz et al., 2000). Cette confrontation entre le ressenti subjectif du patient et l'évaluation objective du médecin provoque une détérioration de la relation entre patient et médecin.

Chez les médecins, à la frustration d'une relation conflictuelle et d'un traitement inefficace se rajoute parfois l'ennui (Marin, 2009). Ennui face à un patient que l'on ne comprend pas et qui s'exprime en des termes inadéquats. Car dans la pensée médicale occidentale, un patient devrait exprimer une détresse physique en termes somatiques, et une détresse émotionnelle en termes psychologiques. Or les patients somatisants ne rentrent pas dans ce schéma. Ennui aussi face à des problèmes «inexistants» dont la cause, jugée psychologique, manque d'intérêt (Baszanger, 1992<sup>9</sup>, citée par Johansson et al., 1999).

En plus de l'impact sur la vie des patients et sur la difficulté de traitement pour les médecins, les symptômes inexpliqués sont un vrai problème de santé sociale. En effet, les patients dont la cause des symptômes n'a pas pu être clairement expliquée ont recours aux consultations médicales, aux tests de laboratoires et aux prescriptions de médicaments de manière beaucoup plus élevée que la moyenne (Lipowski, 1986). De ce fait, les coûts de la prise en charge de ce groupe de patients sont très importants et seraient jusqu'à neuf fois supérieurs à ceux de la population générale (Smith, 1994).

---

<sup>9</sup> Baszanger, I (1992). Deciphering chronic pain. *Sociology of Health and Illness*, 14(2), 181–215.

Sans doute pour les protéger d'un tel coût, la jurisprudence suisse permet aux assurances un subtil tour de passe-passe. Les plaintes subjectives d'un individu ne suffisent pas pour justifier une invalidité. En l'absence d'une pathologie organique médicalement identifiée, les douleurs chroniques n'ont aucune réalité en soi. Même le diagnostic psychiatrique de troubles somatoformes douloureux – l'un des troubles somatoformes les plus diagnostiqués en Suisse (Verdu & Stiefel, 2008) – c'est-à-dire une atteinte psychique ayant valeur de maladie, ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale (Tribunal fédéral des assurances, 2005). Exception faite s'il existe une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (Tribunal fédéral des assurances, 2011). Or – et c'est là toute la subtilité – les états dépressifs constituent des manifestations réactives d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé.

De plus, les facteurs psychosociaux et socio-culturels (dont l'émigration et le stress psychosocial) ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (Tribunal fédéral des assurances, 2004) et ne pourraient en aucun cas contribuer à la reconnaissance de la souffrance chez la personne souffrant de douleurs chroniques, ou tout autre symptôme somatique inexpliqué.

#### ***2.4 Facteurs étiologiques***

La diversité et la complexité des symptômes médicalement inexpliqués suggère une causalité non-linéaire et multifactorielle. Lipowski (1988) propose de classer les facteurs étiologiques en trois groupes: les facteurs prédisposants, les facteurs précipitants et les facteurs chronicisants.

Parmi les facteurs prédisposants, l'un des plus importants semble être l'éducation et les apprentissages précoces. Certains contextes familiaux pourraient en effet amener l'enfant à porter une attention exagérée sur ses perceptions somatiques, à les interpréter comme menaçantes, à les exprimer verbalement et à utiliser ce type de communication pour exprimer des détresses psychologiques. Ceci d'autant plus si l'enfant apprend les bénéfices secondaires que peuvent engendrer les plaintes somatiques, comme l'attention de l'entourage, ou l'évitement des conflits (Lipowski, 1988). Les apprentissages socio-culturels sont également importants: certains problèmes physiques pourraient être le moyen socialement prescrit d'exprimer une souffrance émotionnelle. En Moyen Orient, par exemple, les symptômes cardiaques sont compris à la fois comme le signe d'une possible pathologie et comme une métaphore pour les souffrances personnelles et sociales,

notamment liées au deuil (Good, 1977<sup>10</sup>, cité par Kirmayer & Young, 1998). Certaines caractéristiques de la personnalité, comme le névrotisme et l'introspection (Lipowski, 1988) ou encore le sentiment d'infériorité, le déni des conflits et la tendance au catastrophisme (Jung Wiggins, 2000) semblent également être des facteurs favorisant la somatisation.

Les facteurs précipitants comportent les événements de vie susceptibles d'induire un stress personnel, comme un deuil, la rupture d'une relation, ou encore un accident ou une maladie physique. Notons que tous ces événements stressants peuvent être compris comme une *perte*: perte d'un être cher, perte d'un travail, perte d'une relation, perte d'une partie de son corps, perte de sa santé, et cetera (Lipowski, 1988). Nous reviendrons plus loin sur cette notion importante.

Les facteurs chronicisants regroupent les prédispositions individuelles et une interaction complexe entre le patient, sa famille, son médecin et le système de soin. Comme il l'a été mentionné précédemment, certains individus ont tendance à adopter la somatisation comme une stratégie de coping<sup>11</sup>, obtenant consciemment ou non des gains secondaires comme, par exemple, l'attention et le support de l'entourage, l'évitement des obligations familiales et sociales, et peut-être même des gains financiers (Lipowski, 1988).

## **2.5 Somatisation et culture**

La somatisation est un phénomène omniprésent, observé dans tous les groupes ethnoculturels étudiés jusqu'à aujourd'hui. Bien que sa prévalence, ses particularités et leur signification varient d'une culture à l'autre, la tendance à ressentir et exprimer des symptômes somatiques médicalement inexpliqués, à les attribuer à une maladie physique et à rechercher une aide médicale, est universelle (Kirmayer & Young, 1998). Selon certains auteurs, les symptômes somatiques seraient la forme la plus répandue d'expression d'une détresse émotionnelle (Isaac et al., 1996).

Or l'idée que la somatisation est plus fréquente chez – voire même caractéristique de – certaines cultures non-occidentales, notamment africaines, asiatiques et sud-américaines, est fortement répandue. Toutefois, les études provenant de différents pays ne suivent pas une méthodologie standardisée et sont

---

<sup>10</sup> Good, B.J. (1977). The heart of what's the matter: the semantics of illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 25-58.

<sup>11</sup> Les stratégies de coping représentent les efforts, cognitifs et/ou comportementaux, mis en œuvre par un individu pour faire face à une demande externe ou interne évaluée comme contraignante (Doron & Parot, 2007).

donc difficilement comparables. De plus, la plupart des recherches comparatives ont étudiés des groupes ethnoculturels non-équivalents, où les différences culturelles ont été définies sur la base des nosologies occidentales et des critères implicites des chercheurs, et où les patients ont été sélectionnés pour leur caractère représentatif et stéréotypique (Kirmayer & Young, 1998).

Le chapitre suivant se centrera sur la somatisation chez les populations migrantes. Comme nous le verrons, les aspects culturels sont complexes et leur prise en considération nécessite rigueur et précision.



### 3. SANTÉ ET MIGRATION

#### 3.1 Migrant, immigrant, immigré, quelques clarifications

La *migration* est un terme flou. Désignant, au sens strict, le déplacement d'un individu ou d'un groupe d'individu d'un lieu de vie à un autre, ce terme fait généralement référence au déplacement d'un *pays* à un autre et implique le passage des frontières politiques et administratives pour un minimum de temps. Selon l'UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture), différentes formes de migration peuvent être distinguées selon les motivations (économiques, familiales, politiques) ou selon les statuts légaux (migrations illégales, contrôlées, libres) des personnes concernées<sup>12</sup>.

Le terme de *migrant* désigne donc un individu qui quitte un pays pour s'établir et vivre dans un autre. On peut différencier l'*émigrant*, qui quitte son lieu de vie habituel, de l'*immigrant*, qui arrive dans un nouveau lieu. Migrant, émigrant et immigrant sont des termes sociologiques. Le terme d'*étranger* est, quant à lui, une notion juridique. Pour l'administration et les autorités helvétiques, un étranger est une personne vivant en Suisse et n'ayant pas la nationalité suisse. Pour reprendre les propos de Rosita Fibbi (1999), l'étranger est défini par «sa non-appartenance au nous national, et en conséquence, le fait d'être privé des droits attachés à cette qualité de membre» (Fibbi, 1999<sup>13</sup>, citée par le Service communautaire de la Planchette<sup>14</sup>). Il est possible d'être étranger sans être immigrant. Par exemple, une personne peut être née en Suisse de parents étrangers – et donc ne pas avoir la nationalité suisse. A l'inverse, il est possible d'être immigrant sans être étranger. Par exemple, une personne peut avoir la nationalité suisse et, après avoir vécu toute sa vie dans un autre pays, retourner vivre en Suisse.

En Suisse, certains auteurs préfèrent le terme *immigrant* à celui de *migrant*, car il fait spécifiquement référence aux personnes qui arrivent dans le pays concerné; d'autres préfèrent celui d'*immigré*, car ce terme met l'accent sur le statut post-migratoire des migrants, statut qui n'est plus celui d'une personne en déplacement

---

<sup>12</sup> UNESCO. *Migrant/migration*. Page consultée le 03.08.11 depuis: <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/social-transformations/international-migration/glossary/migrant/>

<sup>13</sup> Fibbi, R. (1999). Trois dimensions de la citoyenneté: appartenance, participation, droits sociaux. In Bolzman, C. & Tabin, J.-P. (Eds), *Populations immigrées. Quelle insertion? Quel travail social?* (pp. 15-30). Genève, Lausanne: Editions IES et Cahiers de l'EESP.

<sup>14</sup> Service communautaire de la Planchette. *Un étranger, un migrant, un requérant, un réfugié, définitions*. Page consultée le 03.08.11 depuis: <http://www.planchette.ch/dossiers/d%E9finitions.html>

mais celui d'une personne installée en Suisse et devant faire face au défi de l'intégration dans une nouvelle société (Service communautaire de la Planchette<sup>15</sup>).

En Suisse, la loi suisse sur l'asile (LAsi) définit les *réfugiés* comme des personnes migrantes étrangères «qui, dans leur Etat d'origine ou dans le pays de leur dernière résidence, sont exposées à de sérieux préjudices ou craignent à juste titre de l'être en raison de leur race, de leur religion, de leur nationalité, de leur appartenance à un groupe social déterminé ou de leurs opinions politiques» (RS 142.31 LAsi, Art. 3, al. 1<sup>16</sup>). Les réfugiés font donc spécifiquement référence aux migrants qui ont quitté leur pays d'origine à cause de circonstances extrêmement stressantes et constituant une menace pour leur sécurité ou leur survie, comme par exemple la guerre, la torture, ou la relocalisation forcée (Castillo et al., 1995). Les *requérants d'asile* sont toutes les personnes qui demandent l'asile en Suisse, alors que les *réfugiés* sont uniquement ceux qui ont reçu une réponse positive à leur demande; pour être précis, on parle alors de *réfugiés reconnus* ou *statutaires*.

Dans la suite de ce travail, nous emploierons le terme de migrant dans un sens large, pour désigner toutes les personnes qui sont venues d'un autre pays pour s'établir en Suisse. Bien que nous préférions l'expression *personne migrante*, pour son caractère humaniste et respectueux, nous parlerons parfois, par soucis de simplicité, simplement de migrants ou de migrantes.

### **3.2 Bref survol de la migration en Suisse**

Bien que la migration en Suisse ait depuis longtemps existé, elle s'est intensifiée et complexifiée durant la deuxième moitié du XXe siècle. À la fin de la deuxième guerre mondiale, la Suisse comptait moins de 6% d'étrangers (Swissinfo<sup>17</sup>). Avec une économie en forte expansion à ce moment-là, et un besoin en main d'œuvre grandissant, un nombre important d'immigrés, notamment italiens, sont arrivés en Suisse. La population étrangère a ainsi progressivement augmenté durant les années qui suivirent, jusqu'à atteindre 17% en 1970, dont plus de la moitié étaient Italiens (Swissinfo<sup>16</sup>). La récession des années 1973-1974 toucha principalement les immigrés, et l'on en compta moins de 15% en 1980. Dès ces années-là, on voit se

---

<sup>15</sup> Service communautaire de la Planchette. *Un étranger, un migrant, un requérant, un réfugié, définitions*. Page consultée le 03.08.11 depuis: <http://www.planchette.ch/dossiers/d%E9finitions.html>

<sup>16</sup> Confédération Suisse. *Loi sur l'asile (LAsi)*. Page consultée le 21.09.11 depuis: <http://www.admin.ch/ch/f/rs/1/142.31.fr.pdf>

<sup>17</sup> Swissinfo. *Une longue histoire de l'immigration en Suisse*. Page consultée le 04.08.11 depuis: [http://www.swissinfo.ch/fre/A\\_La\\_un\\_e/Archive/La\\_longue\\_histoire\\_de\\_limmigration\\_en\\_Suisse.html?cid=3884548](http://www.swissinfo.ch/fre/A_La_un_e/Archive/La_longue_histoire_de_limmigration_en_Suisse.html?cid=3884548)

développer un rapprochement entre la politique d'asile et la politique d'immigration – cette dernière se basant jusque-là principalement sur des critères économiques. La Suisse a ainsi accueilli un grand nombre de réfugiés, liés à la globalisation, les différences socio-économiques entre les pays, la misère et les guerres, et a vu sa population étrangère croître à nouveau (Swissinfo<sup>16</sup>).

Ainsi, depuis le milieu des années 90, la proportion résidente étrangère en Suisse dépasse les 20%, faisant de la Suisse l'un des pays européens qui comptent le plus d'étrangers par rapport à leur population totale (Swissinfo<sup>16</sup>). En 2009, ils représentaient, selon l'Office fédéral de la statistique (OFS), 22% de la population résidente. La nationalité des étrangers s'est diversifiée et l'on compte parmi les plus nombreux des Italiens, ressortissants d'ex-Yougoslavie, Allemands, Portugais, Français, Turcs et Espagnols (OFS, 2009).

Durant presque tout le 20e siècle, la Suisse a adopté une politique de *l'immigration choisie*, fondée sur la sélection des travailleurs les plus forts, les plus productifs et les plus vertueux. Cette sélection avait deux buts: choisir les forces de travail les plus rentables et protéger la santé des autochtones en refoulant les individus susceptibles d'«importer» des maladies étrangères (Métraux, 2011). Mise sur pied par l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) dans l'entre-deux-guerre, le *Service sanitaire de frontière* avait pour mission de sélectionner les individus sains et utiles à l'économie. Or cette politique d'immigration choisie négligeait un point central: ils voulurent des *bras*, écrivait Max Frisch, mais c'est des *hommes* qu'ils eurent<sup>18</sup>. Des hommes avec des valeurs, des rêves, des envies et des craintes; des hommes avec un corps aussi, parfois restant fort et puissant, souvent devenant usé, malmené et meurtri.

### **3.3 La santé des migrants**

Bien que la population migrante soit de plus en plus considérée dans les sphères médicales comme une population à risque (Bodenmann et al., 2007; Vannotti & Bodenmann, 2003), les données concernant la santé des migrants restent encore lacunaires. Comme le soulignent Gabadinho et ses collaborateurs (2007), dans un récent rapport du *Swiss Forum For Migration And Population Studies* (SFM), «la santé des populations migrantes présentes en Suisse est devenue, depuis les années 1990 principalement, un sujet d'étude et une source de préoccupations. Cependant, les sources de données permettant d'obtenir des informations détaillées sur cette question font défaut.» Le *Monitoring de la santé des migrants*, vaste

---

<sup>18</sup> La citation exacte est «Ils voulaient des bras et ils eurent des hommes» et est tirée de: Frisch, M. (1967). *Öffentlichkeit als Partner*. Surhkamp, Berlin. Non-traduit.

enquête menée par l'OFSP dans le cadre de la *Stratégie Migration et Santé 2002-2007*, a apporté récemment de nombreuses informations concernant la santé des migrants en Suisse.

Cette enquête montre notamment que, de manière générale, la population migrante estime son état de santé nettement moins bien que la population suisse. A l'exception des ressortissants d'Allemagne, d'Autriche, de France, et dans une moindre mesure d'Italie, qui évaluent leur état de santé de manière quasi identique à celle des Suisses. De manière générale, ces groupes-là – les migrants provenant de pays géographiquement et culturellement proche de la Suisse – ont des résultats extrêmement similaires à ceux des Suisses, tant pour l'état de santé que pour les comportements adoptés vis-à-vis de la santé. En revanche, les autres groupes de migrants (ex-Yougoslavie, Portugal, Turquie, Sri Lanka) apparaissent en moins bonne santé physique que la population autochtone. Ils présentent plus de troubles physiques importants, ont une prévalence plus élevée de maladies infectieuses, sont plus sujets à certains cancers, sont plus touchés par les problèmes de surcharge pondérale, sont plus souvent soumis à une incapacité de travail et ont une prévalence plus élevée de fausses couches. Les symptômes physiques les plus courants chez ces populations migrantes sont les maux de dos, les troubles du sommeil et les maux de tête.

Les données de cette enquête montrent également que les migrants – à l'exception une fois de plus des Allemands, Autrichiens et Français – ont une santé mentale significativement moins bonne que celle des Suisses (Gabadinho et al., 2007).

La santé, physique et mentale, des requérants d'asile est encore plus mauvaise que celle des migrants résidants. En effet, «indépendamment de la nationalité, la situation précaire des requérants d'asile apparaît également à travers les indicateurs analysés: santé auto-déclarée et équilibre psychique particulièrement mauvais, utilisation fréquente des soins ambulatoires, traitements pour des problèmes psychiques et consommation de calmants et tranquillisants fréquents» (OFSP, 2007, p. 54). De récentes données suisses concernant des requérants d'asile déboutés montrent que 59% d'entre eux souffrent au moins d'une pathologie somatique, principalement ostéo-articulaire, 70% ont au moins une pathologie psychiatrique et que les pathologies somatiques et psychiatriques se superposent chez 30% d'entre eux (Bodenmann et al., 2008). Ceci serait dû, selon les auteurs, aux durcissement des lois suisses concernant l'aide médicale octroyée aux requérants d'asile, et au requérants déboutés particulièrement.

Les différences en terme de santé entre les migrants et les Suisses est exacerbée dans données concernant l'octroi de rente invalidité. Un récent rapport de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) montre que 34% des rentiers sont des résidents étrangers, et que ces derniers sont donc surreprésentés chez les rentiers par rapport à leur proportion dans la population active en Suisse (OFAS, 2009).

En Suisse, les rentes invalidité ne sont pas toujours octroyées pour des raisons physiques; il arrive très souvent qu'elles le soit pour des raisons «psychiques»<sup>19</sup>. Selon le rapport annuel 2010 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI-VD), 62% des expertises médicales qui ont été faites pour des assurés vaudois concernaient la psychiatrie.

En 2009 en Suisse, «les maladies ayant le plus souvent déterminé l'octroi d'une rente [ndlr: pour des raisons psychiques] sont les troubles de la personnalité, les troubles dépressifs à répétition et les troubles somatoformes douloureux» (OFAS, 2009, page XXVII). Sachant que 70% de ces rentiers présentent également des troubles somatiques, principalement de l'appareil locomoteur au niveau du dos (OFAS, 2009), nous pouvons aisément imaginer l'importante proportion de personnes diagnostiquées d'un syndrome somatoforme douloureux. D'anciennes statistiques de l'OFAS présentées par Angeles Perez Fuster (2006) indiquent en effet que, dans une période de 6 mois entre 1995 et 1996, la première cause d'incapacité pour des raisons psychiatriques est le syndrome somatoforme douloureux persistant (18.3% des cas d'expertises psychiatriques). Ces cas étaient constitués essentiellement d'étrangers (88.1% contre 11.8% de Suisse), en particulier d'origine ibérique (47.7%), italienne (23.8%) et ex-yougoslave (22.3%).

Ces observations ne sont pas propre à la Suisse. Plusieurs études nord-américaines (Lin et al., 1985; Castillo et al., 1995) et israélienne (Ritsner et al., 2000) ont montré que la prévalence de somatisation était significativement plus élevée chez les personnes en transition culturelle que chez les autochtones, et ceci plus encore chez les réfugiés que chez les immigrants non-réfugiés (voir définitions au chapitre 3.1).

La somatisation – comprise comme l'expression de troubles somatiques médicalement inexpliqués associée à une recherche d'aide médicale persistante – est un phénomène universel et qui ne touche pas, bien entendu, uniquement les migrants. Toutefois, il semblerait que la prévalence et la gravité de la somatisation soient plus importantes chez les populations immigrantes que chez les populations

---

<sup>19</sup> terme employé par l'OFAS (OFAS, 2009).

autochtones. Plusieurs explications ont été avancées pour expliquer ce phénomène. Nous allons maintenant exposer les principales.

### ***3.4 Interprétations concernant les symptômes physiques inexplicables chez les migrants***

#### **3.4.1 Simulation**

En 1907, Edouard Brissaud, médecin français et ancien élève de Charcot, introduit le terme de *sinistrose*, qu'il décrit comme une maladie caractérisée par une «inhibition très spéciale de la volonté ou, mieux encore, de la bonne volonté»<sup>20</sup>. Cette maladie est inventée à l'intention des ouvriers qui, suite à un accident du travail et après la guérison, continuent à se plaindre de fatigue, cauchemars, pseudo-paralysies et douleurs diffuses sans corrélation neurologique. En cause: la simulation et la mauvaise foi dans le but d'obtenir un gain financier et un arrêt de travail prolongé. Originellement destinée aux ouvriers, la sinistrose est devenue, avec les vagues migratoires nord-africaines des années 1950 et 1960, la maladie par excellence de «l'immigré cherchant illégitimement à tirer profit de la générosité de l'État français» (Fassin & Rechtman, 2007). La sinistrose connaît un développement similaire en Suisse: elle devint, après la deuxième guerre mondiale, la maladie par excellence du travailleur immigré italien. Puis ce diagnostic fut, dès les années 1970, progressivement abandonnée au profit d'autres tels que le *syndrome transalpin* ou le *syndrome méditerranéen*, employés par les autorités médicales pour décrire les troubles incompréhensibles et inguérissables des travailleurs italiens, et le caractère simulateur ou exagérateur attribués à ces derniers.

De nos jours, bien que ces notions aient disparu, l'hypothèse selon laquelle le migrant simule ou exagère ses symptômes persiste. Plusieurs études épidémiologiques européennes et nord-américaines (voir Fennelly, 2005) ont mis en évidence le fait que les immigrés de première génération<sup>21</sup> sont globalement en meilleure santé que les individus du même groupe ethnique nés dans le pays d'immigration. Ce phénomène, appelé *healthy migrant effect*, est considéré comme la conséquence d'une (auto-)sélection de la migration: seuls les migrants les plus forts passent les barrières sanitaires, politiques et administratives, et arrivent à destination. Comme le souligne le docteur Jean-Claude Métraux, cette «expression anglophone à résonance scientifique» est invoquée par certains auteurs qui

---

<sup>20</sup> Edouard Brissaud (*Le concours médical*, 1908), cité par Fassin et Rechtman (2007, p. 61).

<sup>21</sup> C'est-à-dire les immigrés nés dans leur pays d'origine.

«prétendent que les migrants du Sud bénéficient d'ordinaire d'une meilleure santé que les autochtones, d'une force et d'une résistance supérieures à la moyenne qui participeraient à leur décision d'émigrer vers le Nord. Un tel présupposé permet ensuite d'attribuer les douleurs chroniques à une simulation, une mentalité sournoise ou l'appât de compensations financières» (Métraux, 2011, p.98). Toutefois, de récentes études mettent en doute l'existence d'une telle différence de santé entre immigrés de première génération et immigrés né dans le pays d'accueil, et par là même d'un possible *healthy migrant effect* (Rubalcava et al., 2008).

Les troubles somatiques chez le migrant, surtout lorsqu'ils sont persistants et inexplicables, ont provoqué – et provoquent encore – méfiance et suspicion de la part de l'autochtone. Ceci est encore plus flagrant lorsqu'il s'agit des demandeurs d'asile, souvent soupçonnés d'amplifier leurs symptômes et de jouer le «bon réfugié» pour obtenir une permission de séjour en Suisse (Gross, 2004).

### 3.4.2 Différences culturelles

Comme nous l'avons vu au chapitre 2.3, les cas de somatisation représentent des situations difficiles pour les médecins, qui peinent souvent à détecter une cause organique claire aux plaintes des patients et à proposer une action concrète pour les aider. Dans un contexte multiculturel, face à des patients d'une culture différente à celle des cliniciens, ces difficultés sont exacerbées (Junod Perron & Hudelson, 2006). Ces différences culturelles, qui semblent rendre les consultations encore plus complexes, sont souvent mises en avant pour expliquer la somatisation chez les patients migrants.

Castillo et ses collaborateurs (1995) ont mis en évidence une série de facteurs culturels qui semblent intervenir dans la relation médecin-patient, créant des obstacles dans la communication et la compréhension mutuelle, générant des malentendus concernant les symptômes et favorisant le diagnostic de somatisation. Le premier facteur est la barrière de la langue et les différences culturelles dans les patterns d'expression. Les médecins ont en effet souvent de la peine à comprendre le patient et à se faire comprendre de lui. Et même lorsque des proches du patient sont présents pour traduire ses propos et ceux du médecin, cela ne garantit pas une meilleure communication. En effet, les proches peuvent se trouver dans une situation d'embaras telle, qu'ils choisissent d'omettre au patient ou au médecin certaines informations. Les auteurs préconisent la présence d'interprètes professionnels, actuellement rare en consultations de premier recours. Le deuxième facteur est la différence culturelle dans les rôles et les devoirs du système médical. Il arrive souvent que la médecine occidentale, d'orientation scientifique et souvent

insensible aux croyances profanes et aux traitements culturels traditionnels, ne répondent pas aux attentes des patients migrants, augmentant souvent l'incrédulité et la méfiance de ces derniers vis-à-vis des médecins et du système de soin. Le troisième facteur, et l'un des plus importants, concerne la différence culturelle des modèles explicatifs des symptômes physiques. Les cliniciens peinent à prendre en compte les modèles explicatifs profanes des patients (force spirituelle, punition divine, et cetera...) et les explications des médecins peuvent n'avoir que peu de sens aux yeux des migrants. Plus particulièrement, les explications impliquant des processus psychologiques à la base des problèmes somatiques peuvent être, selon Castillo et collaborateurs, difficilement compréhensibles et acceptables dans certaines cultures. Le quatrième facteur concerne les différences culturelles dans les modes de vie et les comportements sociaux. Régimes alimentaires, relations familiales, rapports sexuels, socialisation des enfants, travail, rites et habitudes traditionnelles sont autant d'aspects qui peuvent influencer sur la santé. La méconnaissance de ces aspects par les médecins traitants peut être source de malentendus et de tensions avec leurs patients. Le cinquième et dernier facteur est l'impact émotionnel et le stigma rattaché à la maladie et la souffrance. Dans certaines cultures, notamment d'Asie du sud-est et d'Amérique du sud, les symptômes psychologiques sont généralement interprétés comme les conséquences de troubles somatiques – et non l'inverse comme cela peut parfois être le cas dans nos sociétés occidentales. Les auteurs expliquent cette attribution causale par le stigma négatif des maladies mentales dans ces cultures: ainsi, une réponse somatique serait socialement plus acceptable que l'expression explicite, en termes psychologiques, d'une détresse émotionnelle.

Pour Kirmayer et Young (1998), certaines expressions de symptômes somatiques peuvent être comprises comme des idiomes culturels de la souffrance et de la détresse. Autrement dit, des réponses culturellement prescrites à certaines expériences de la vie détermineraient le pattern des symptômes que le patient présente. Par exemple certains syndromes concernant les nerfs, comme les syndromes de *nervios* dans la culture mexicaine ou de *nevra* dans la culture grecque, peuvent être compris comme le moyen socialement prescrit de parler d'anxiété ou de dépression. Selon les auteurs, les concepts comme ceux de *nervios* ou *nevra* sont des métaphores sociales, des «modes socio-culturels de discours de la souffrance», régissant l'expression des symptômes et les comportements à avoir vis-à-vis de ces derniers (Kirmayer & Young, 1998, p.423).



### 3.4.3 Situations socio-économique et relationnelle post-migratoires

Plusieurs études anglo-saxonnes (Lin et al., 1985; Ritsner et al., 2000; Westermeyer et al., 1989) ont mis en évidence les caractéristiques socio-démographiques des migrants somatisants, et en ont déduit un certain nombre de facteurs de risque: un niveau socio-économique bas, une situation sans emploi, un niveau d'éducation bas, un statut marital de veuf(ve) ou de divorcé(e), une acculturation et une intégration sociale mauvaise. Les observations cliniques en Suisse semblent confirmer ces observations, comme l'écrit la doctoresse Angeles Perez Fuster: «les caractéristiques communes qu'elle [ndlr: la population migrante souffrant de troubles somatoformes] présente sont la provenance d'un milieu peu cultivé, rural généralement, très défavorisé socialement, avec une scolarité simple et souvent sans formation professionnelle qualifiée» (Perez Fuster, 2006, p. 88).

L'auteure souligne également que la majorité des travailleurs migrants, dont la plupart ont émigré pour améliorer leur qualité de vie, s'investissent fortement dans leur activité professionnelle. «Cet investissement, autour duquel se construit le projet de vie et la recherche d'un équilibre psychologique, ne laisse pas la place aux aspects plus jouissifs de l'existence [...] au détriment de la vie de famille ou des échanges relationnels avec l'entourage.» (Perez Fuster, 2006, p. 88).

Castillo et ses collaborateurs (1995) mettent en avant le rôle des expériences stressantes des migrants dans la manifestation de troubles somatiques inexplicables. Insistant particulièrement sur les expériences traumatisantes survenues dans le pays d'origine avant la migration (nous le verrons au point 3.4.4), les auteurs attirent également notre attention sur les expériences stressantes qui surviennent dans le pays d'immigration: tentatives pour l'obtention de l'asile politique, séjours dans des camps de réfugiés, réorganisation des relations familiales, immersion dans de nouvelles structures politique, sociale et économique, difficultés dans l'apprentissage d'une nouvelle langue, non-reconnaitances des certifications et des compétences professionnelles, ou encore disparition des systèmes de soutien social habituels. Selon les auteurs, ces expériences stressantes favoriseraient l'apparition de troubles émotionnels et de symptômes physiques inexplicables médicalement.

En résumé, et comme le rappelle l'Office fédéral de la santé publique (OFSP, 2008, p.15), la situation socio-professionnelle particulièrement difficile des migrants, leurs conditions de vie parfois stressantes et leur statut de séjour souvent incertain créent un contexte d'insécurité, où l'absence de perspectives d'avenir peut se répercuter négativement sur la santé.

#### 3.4.4 Situation pré-migratoire

Beaucoup de migrants ont connu des événements graves et tragiques avant la migration. Qu'il s'agisse de persécutions politiques, de difficultés économiques, de guerres, de violences, d'incarcérations, de tortures ou de poursuites, c'est très souvent la fuite de ces situations d'insécurité et de danger qui ont été la raison de leur migration.

Plusieurs auteurs avancent l'idée que ces événements traumatiques pourraient jouer un rôle important dans les cas de somatisation chez les migrants. En effet, Miranda et al. (1991<sup>22</sup>, cités par Castillo et al., 1995) ont observé que les événements de vie stressants étaient de forts prédicateurs de somatisation. Par ailleurs, Castillo et ses collègues (1995) proposent, sur la base de leurs observations sur une population d'Amérique centrale immigrée aux Etats-Unis, l'existence d'un lien fort entre stress post-traumatique (PTSD) et somatisation. Selon eux, l'inhibition de l'expression verbale du traumatisme vécu et des émotions douloureuses contribuerait au développement de symptômes somatoformes. D'autres auteurs (Tull et al., 2004) ont constaté un lien étroit entre la symptomatologie d'évitement, notamment la suppression des pensées, dans le PTSD et l'émergence de troubles somatoformes. Selon eux, la douleur physique pourrait être considérée comme un mécanisme inconscient d'évitement dans le PTSD.

Les docteurs suisses Vannotti et Bodenmann (2003) soulignent également les liens qui peuvent exister entre expériences traumatiques et somatisation. Nous mettant toutefois en garde contre une psychologisation abusive, les auteurs expliquent que, pour les migrants et requérants d'asile victimes de tortures ou de violences, les «symptômes somatiques constituent un moyen acceptable pour exprimer l'indicible de sa propre souffrance existentielle» (Vannotti & Bodenmann, 2003, p. 2035).

Selon une étude de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), chez plus de 60% des migrants touchant une rente invalidité pour des raisons psychiques, «on retrouve dans la biographie des expériences traumatiques: violence dans le pays d'origine, fuite traumatisante, séparation de la famille par la migration, etc.» (OFAS, 2009, page XXVIII). Pour l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) également, «les étrangers et étrangères qui ont connu la violence forment un groupe à part: ils souffrent plus souvent de certains symptômes physiques et émotionnels que les personnes qui n'ont pas été exposées à de telles expériences» (OFSP, 2008, p. 14).

---

<sup>22</sup> Miranda, J., Pérez-Stable, E.J., Muñoz, R.F., Hargreaves, W., & Henke, C.J. (1991). Somatization, psychiatric disorder, and stress in utilization of ambulatory medical services. *Health Psychol*, 10, 46-51.

Selon ce rapport, les troubles somatiques chez ce groupe de migrants sont généralement chroniques et concernent: douleurs de l'appareil locomoteur, migraines, insomnies et douleurs abdominales et thoraciques.

Nous souhaitons également mentionner ici le lien, investigué par certains auteurs, entre les abus infantiles et la somatisation (Herman, 1992<sup>23</sup>, cité par Castillo et al., 1995). Bien que cela ne concerne pas uniquement les migrants, Vannotti et Celis-Gennart (1997<sup>24</sup>, cités par Perez Fuster, 2006) ont observé que dans de nombreux cas de somatisation chez des migrants, l'analyse de l'histoire familiale montrait des antécédents de carences affectives et de maltraitance dans l'enfance.

#### 3.4.5 Dépression

Comme nous l'avons vu précédemment au chapitre 2.2, de nombreuses études ont mis en évidence des liens étroits entre dépression et douleurs chroniques. Bien que l'état actuel des recherches nous incite à établir une causalité circulaire entre ces deux pathologies, il n'en demeure pas moins que plusieurs hypothèses ont été développées pour expliquer l'apparition de douleurs chroniques suite à une dépression (Rentsch et al., 2009).

Au niveau neurophysiologique, une première hypothèse avance que la diminution de sérotonine et de noradrénaline observée dans la dépression jouerait un rôle majeur dans l'apparition de douleurs chroniques. En effet, il existe des mécanismes de contrôle de la douleur, inhibant les messages douloureux transitant dans la moelle épinière en direction du cerveau, impliquant ces deux neurotransmetteurs. La dépression modifierait donc le contrôle inhibiteur de la douleur, menant à ressentir comme douloureux des stimuli liés au fonctionnement normal de l'organisme.

Au niveau cognitif et affectif, la dépression pourrait également jouer un rôle dans la perception de la douleur. En effet, la dépression s'accompagne souvent d'une hypervigilance aux symptômes physiques et d'une interprétation alarmiste de ces derniers. Cette tendance, appelée parfois *catastrophisme*, pourrait donc mener à une amplification de la perception douloureuse.

---

<sup>23</sup> Herman, J.L. (1992). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.

<sup>24</sup> Vannotti, M., & Celis-Gennart, M. (1997). Le syndrome douloureux chronique à la lumière de l'histoire familiale. In: M. Vannotti & M. Célis-Gennart (Eds.), *Malades et familles. Penser la souffrance dans une perspective de la complexité* (pp. 103-126). Genève: Ed. Médecine et Hygiène.

Une troisième hypothèse avance que la dépression pourrait être la source de douleurs chroniques dans le but de se libérer d'un sentiment de culpabilité. En effet, la dépression est très souvent associée à un fort sentiment de culpabilité, notamment dans les cas de deuils. Les douleurs auraient alors une fonction, généralement inconsciente, d'auto-punition, permettant de se soulager du sentiment de culpabilité. Cette fonction est souvent appelée *stratégies de coping* (voir chapitre 2.4).

Les différentes hypothèses concernant le lien entre dépression et somatisation ne sont, à notre connaissance, pas mentionnées dans la littérature sur la somatisation chez les migrants. Néanmoins, un lien peut être fait entre migration, dépression et somatisation. En effet, selon Bhugra et Ayonrinde (2004), les chocs culturels et les changements d'identité liées à la migration joueraient un rôle important dans le développement de la dépression. Ainsi, la migration serait un facteur de risque important dans la dépression; autrement dit la dépression pourrait avoir un rôle médiateur entre la migration et la somatisation.

### **3.5 Discussion concernant les différentes hypothèses**

Parmi toutes les hypothèses exposées précédemment, l'hypothèse de simulation a un statut particulier: elle est la seule à mettre en doute ouvertement la bonne foi du patient. Une posture empathique et humaniste, forgée sur le *postulat de sincérité*<sup>25</sup>, nous incite à mettre cette hypothèse aux oubliettes. D'autant plus qu'il est quasi impossible de trouver les preuves irréfutables permettant d'affirmer que le patient simule ou exagère l'expression de ses symptômes (Saurer, 2004). Toutefois, la probabilité que certains individus feignent ou amplifient un mal-être n'est pas nulle, et nous aurions tort de la balayer d'un simple revers de main.

Premièrement, comme le souligne très justement la docteure Durieux-Paillard (2007), il nous faut distinguer la simulation visant à *obtenir un bénéfice* et la simulation visant à *éviter des difficultés* (respectivement *seeking pleasure* et *avoiding pain* dans la littérature anglo-saxonne). Selon elle, le deuxième cas de figure est incontestablement associé à une souffrance psychique. Prenons l'exemple imaginaire d'un requérant d'asile qui, par crainte d'être renvoyé dans son pays, lieu des pires atrocités et des violences les plus folles qu'il ait vécues, exagère ses symptômes, justifiant ainsi devant les autorités son absolue nécessité de rester en Suisse. La souffrance derrière cet acte est forte, et «c'est peut-être l'indicible qui demande à trouver une forme d'expression, un début de reconnaissance» (Vannotti

---

<sup>25</sup> Par cette expression nous entendons le présupposé que les dires du patient sont sincères, et l'attitude consistant à lui laisser le bénéfice du doute.

& Bodenmann, 2003, p. 2037). Pour le docteur Vasquez, il en va de même pour tous les types de simulation, même ceux visant l'obtention d'un bénéfice. Selon lui, un individu qui simule dans le but d'obtenir un gain financier, s'autorise à le faire car il estime être lésé et en droit de demander une telle compensation; derrière ce comportement se cache une souffrance, un sentiment d'avoir été attaqué, blessé, diminué (Vasquez, entretien personnel, 2011; voir Annexe 8). La première chose à garder à l'esprit est donc la suivante: une simulation – si tant est qu'on peut la prouver – révèle un certain degré de souffrance psychique chez celui qui simule.

Deuxièmement, il nous faut être prudent et ne pas faire un amalgame entre recherche de gains secondaires et simulation. Car si toute simulation implique la recherche d'un gain secondaire – attention de la part des proches, compensation financière, etc – le contraire n'est pas vrai. Pour illustrer ceci, reprenons la vignette clinique exposée par Marin dans un récent article (2009): une patiente kosovare, mariée à un homme souffrant de dépression et mère de quatre enfants, consulte pour des douleurs aux coudes et au genou gauche, suffisamment intenses pour l'obliger à interrompre son activité professionnelle. Aucune explication organique ne peut être trouvée et le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant est posé. La patiente est malgré tout opérée des coudes, sans succès. Un mois plus tard, le médecin traitant découvre que la patiente craint en permanence que son mari ne se suicide et ne tue leurs enfants dans sa folie. «Les douleurs très invalidantes de la patiente l'empêchaient de travailler et l'obligeaient à demeurer chez elle où elle pensait pouvoir surveiller son mari et protéger les enfants non seulement des propos suicidaires, mais aussi d'un infanticide.» (Marin, 2009, p. 353). Des douleurs – ou tout autre symptôme somatique – inexplicables peuvent être extrêmement liés à des gains secondaires sans qu'il s'agisse pour autant d'un acte volontaire, conscient, et encore moins d'une simulation mesquine.

Face à la complexité de la problématique de la simulation, le docteur Vasquez insiste sur la nécessité de donner au patient le bénéfice du doute: «En réalité, nous n'avons pas le choix entre croire et ne pas croire les gens. Si nous ne les croyons pas, nous ne croyons personne.» (Vasquez, entretien personnel, 2011; voir Annexe 8). A l'heure actuelle, la médecine et la psychiatrie en particulier n'ont pas à se préoccuper de la véracité des plaintes des personnes se tournant vers elles pour demander de l'aide; elles se doivent «d'apporter le réconfort nécessaire pour aider chaque individu à affronter son destin» (Lê Quang, 2007).

Revenons aux autres hypothèses. Les symptômes somatiques inexplicables sont un phénomène complexe, et ils le sont d'autant plus lorsqu'on y intègre les

dimensions migratoire et multiculturelle. Parmi toutes les hypothèses exposées précédemment, aucune ne peut prétendre expliquer complètement l'apparition de troubles somatiques sans substrats organiques, ni expliquer sa prévalence particulièrement élevée dans la population migrante. Toutefois, toutes ces hypothèses sont pertinentes et seul leur prise en considération simultanée permet d'appréhender le phénomène dans sa globalité. Ces hypothèses sont complémentaires, et nous aurions tort de les considérer comme des concurrentes contradictoires. Comme le souligne le docteur Bodenmann et ses collègues, «la maladie mentale et la souffrance morale sont des conséquences de la migration, de la vulnérabilité de la situation de départ et des insuffisances des conditions d'accueil» (Bodenmann et al. 2007, p. 2716). Et les auteurs de rappeler que le diagnostic et la prise en charge nécessitent une prise en compte globale de la pathologie, de ses manifestations, de l'histoire singulière des patients, de leur représentations des maladies mentales et physiques, des contraintes sociales, des injustices et des choix politiques des pays d'accueil. Dans une perspective globale de la migration, nous voyons que les facteurs mentionnés dans les différentes hypothèses sont complémentaires et mettent l'accent sur des aspects différents de la situation présente et passée des migrants. Le Tableau 1 récapitule l'ensemble des facteurs mentionnés jusqu'à présent, susceptibles d'influencer l'apparition de symptômes somatiques sans origine organique dans la population migrante.

PRÉ-MIGRATION	POST-MIGRATION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apprentissages culturels (croyances, représentations, habitudes, comportements)</li> <li>• Situation socio-économique</li> <li>• Conditions d'émigration</li> <li>• Événements stressants, traumatismes</li> <li>• Facteurs génétiques*</li> <li>• Caractéristiques de la personnalité*</li> <li>• Contexte familial et apprentissages précoces*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Politiques et procédures d'immigration</li> <li>• Situations stressantes</li> <li>• Situation socio-économique</li> <li>• Dépression, stratégie de coping</li> <li>• Accident, maladie</li> <li>• Relation avec les médecins et le système de soin</li> <li>• Simulation, exagération</li> <li>• Gains secondaires*</li> </ul>

**Tableau 1.** Résumé des différents facteurs susceptibles d'influencer l'apparition de symptômes somatiques sans origine organique chez les populations migrantes. Les facteurs non-spécifiques à la migration, présentés au chapitre 2.5, sont marqués d'une astérisque (\*).

Malgré la diversité des hypothèses, il est un aspect de la migration qui n'a pas été développé: il s'agit des pertes et des deuils. Or cet aspect semble avoir un rôle-clé dans le processus de somatisation. En effet, comme nous l'avons vu au chapitre 2.4, les événements de vie stressants – et en particulier les pertes – sont considérés comme l'un des facteurs précipitants, déclencheurs, les plus importants. Comme nous l'avons vu précédemment, certaines manifestations somatiques seraient même particulières au deuil: ainsi les troubles cardiaques seraient, dans certaines régions du globe, une manière spécifique d'exprimer sa souffrance en cas de deuil (Ritsner et al., 2000; Good, 1977<sup>26</sup>, cité par Kirmayer & Young, 1998).

Les pertes et les deuils semblent également importants – voire même plus – dans la somatisation chez les personnes migrantes. L'étude de Lin et al. (1985) montre que la majorité des réfugiés souffrent de pertes personnelles, sociales, financières ou professionnelles sévères et que l'expression d'une souffrance physique et la recherche d'une aide médicale peuvent être le moyen de gérer cette détresse. Il en va de même en Suisse où, comme le mentionne un rapport de l'OFSP, la migration peut laisser chez les personnes «des *souvenirs douloureux* qui entraîneront à leur tour des troubles physiques et psychiques.» (OFSP, 2008, p.15).

Prendre en compte les deuils dans notre réflexion sur la somatisation chez les population migrantes est pertinent sous plusieurs aspects. Tout d'abord, les deuils sont considérés comme un facteur étiologique important dans la population générale. Ensuite, et comme nous le verrons dans la suite de ce travail, les deuils sont fortement liés à la migration et leur prise en compte permet de faire le lien entre plusieurs des hypothèses précédemment exposées.

Avant de présenter notre hypothèse centrée autour de la notion de deuil, il nous faut nous attarder quelque peu sur les liens qui existent entre migration et deuil, et entre deuil et santé physique.

---

<sup>26</sup> Good, B.J. (1977). The heart of what's the matter: the semantics of illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 25-58.





## 4. MIGRATION ET DEUIL

### 4.1 Brève définition du deuil

Le deuil est un terme courant, utilisé dans une large variété de situations et de sens. «Faire son deuil» peut vouloir dire: vouloir passer à autre chose, tenter d'oublier, exprimer de la tristesse, ressentir de la douleur. Etymologiquement, *deuil* vient du latin *dolus*, qui signifie «douleur». Le deuil serait donc avant tout un état affectif douloureux. Mais la notion de deuil est plus vaste, et on peut lui trouver au moins quatre sens distincts. Premièrement, le deuil signifie la situation objective d'une perte, d'une personne chère ou d'une quelconque autre entité (*bereavement* en anglais). Deuxièmement, la notion de deuil décrit un état affectif caractérisé par une douleur éprouvante et une grande tristesse (*grief* en anglais). Troisièmement, le deuil fait référence à l'aspect social qui entoure la perte, qu'illustre parfaitement l'expression *porter le deuil* (*mourning* en anglais). Finalement, le terme deuil décrit également les processus psychiques engendrés par la perte. Dans ce dernier cas, on parle souvent de *faire son deuil*.

Bien que ces quatre dimensions soient largement enchevêtrées les unes aux autres, il nous semble nécessaire, pour le travail qui est le notre ici, d'établir une distinction claire entre les termes de *deuil* et de *perte*. La perte fait référence à l'objet ou l'événement concerné, alors que le deuil désigne les processus psychiques qui résultent de cette perte. Par processus psychiques, nous entendons aussi bien les affects, comme la tristesse ou la souffrance, que les pensées, les schémas cognitifs, les croyances et les comportements engendrés par la perte de l'objet.

### 4.2 Différences entre deuil et traumatisme

Le deuil est souvent confondu avec une autre forme de tragédie, le *traumatisme*<sup>27</sup>, cela d'autant plus lorsqu'il s'agit de populations migrantes. Or bien que ces deux termes soient très souvent confondus – même chez les

---

<sup>27</sup> Le *traumatisme* est le processus psychique engendré par un *trauma*, ou événement *traumatique*, au même titre que le *deuil* est le processus psychique engendré par une *perte*. Nous reprenons ici la terminologie de Métraux (2004).

spécialiste du domaine <sup>28</sup> – les travaux du docteur Jean-Claude Métraux (2004) nous permettent de réaliser à quel point les dynamiques psychiques de ces deux processus s’opposent et à quel point leur distinction est importante.

Deuil et traumatisme s’opposent en trois points cruciaux: l’activation sensorielle, les mécanismes mnésiques et l’identité narrative. Et la phénoménologie nous illustre à merveille leur distinction.

L’expérience d’un événement traumatique se caractérise par un excès d’impressions des sens, un trop-plein d’informations sensorielles, trop nombreuses et trop rapides pour véritablement les percevoir et les traiter. Un excès de sensation qui fige: la victime est incapable de bouger, se détourner, s’enfuir. La personne n’existe plus, seul subsiste l’observateur. «Submergé, inondé, englouti par un déluge intuitif, le *Je* se transforme en un simple témoin lumineux qui se contente d’enregistrer la saturation» (Métraux, 2004, p.40). A l’inverse, la perte provoque la diminution, voire la disparition, des sensations. Au point que bien souvent, la perte passerait inaperçue s’il n’y avait ces indices du vide, ces preuves de la disparition, ces marque de l’absence.

La mémoire également diffère entre les deux processus: alors que l’objet perdu est *souvenu*, l’expérience traumatique est *revécue*. En effet, le traumatisme se caractérise par un retour constant et incontrôlé des sensations brutes: toujours les mêmes images, les mêmes sons, les mêmes odeurs, les mêmes douleurs. Un enchaînement de *déjà-vus*, de *flashbacks*<sup>29</sup>, comme une bobine de cinéma qui passe en boucle, enchaînant les événements toujours dans le même ordre, inlassablement. A l’inverse, la remémoration de l’objet perdu prend à chaque fois un chemin différent, créant des associations à chaque fois nouvelles, se recréant à chaque fois, s’improvisant en permanence. Le souvenir n’est jamais une copie de l’événement vécu ou de l’objet perdu. De plus, le souvenir à la fois traduit la présence d’une image mnésique et atteste l’absence d’une réalité qui n’est plus. Le rappel de l’expérience traumatique, au contraire, n’est que *présence*, comme un

---

<sup>28</sup> Marie-Frédérique Bacqué et Michel Hanus notamment décrivent le deuil comme «l’un des prototypes du traumatisme» (Bacqué, M.-F. & Hanus, M. (2009). *Le deuil*. PUF, Paris, p. 3.) et parlent d’un «deuil traumatique» lorsque le deuil est bloqué après l’annonce d’un décès (p. 43).

Rosette Poletti et Barbara Dobbs affirment que, dans certains cas, la perte d’un être cher est une «séparation traumatisante» (Poletti, R., & Dobbs, B. (2003). *Vivre son deuil et croître*. Jouvence, Genève, p. 25).

<sup>29</sup> Les flashbacks et l’hypervigilance sont considérés comme des *symptômes* centraux du syndrome de stress post-traumatique (PTSD). Or nous oublions trop souvent qu’il s’agit avant tout de réflexes de survie, et donc de réactions normales et saines. Ce n’est qu’en gardant ces présupposés à l’esprit que les médecins et les proches peuvent adopter une attitude respectueuse et reconnaissante vis-à-vis de ce que les victimes vivent.

instant figé dans le temps. «Le rappel s'oppose au souvenir comme la régurgitation à la digestion» (Métraux, 2004, p.45). Les mots sont lourds de sens: car le traumatisme est un vomissement incessant et incontrôlé, contrairement au deuil qui, comme nous le verrons plus loin, est un travail de digestion et de transformation.

La narration d'un événement implique une double distance: temporelle et figurative. Or dans le traumatisme, ces deux détachements n'existent pas: l'événement est vécu comme pour la première fois, dans un présent continu, et la victime demeure incapable de le *re-présenter*, de le symboliser. La parole alors se limite à la prose d'un observateur, aux mots simples, précis et sans épaisseur. La narration et la mémoire s'estompent au point que même les expériences antérieures au trauma deviennent inaccessibles. A l'inverse, le deuil est source d'une narration riche en métaphores, en mots épais et polysémiques, voire même en termes poétiques. La perte est comme «métabolisée», transformée par le psychisme en phrases, dont l'assemblage donne au récit une teinte particulière, une couleur, un sens. Si dans le deuil, la personne peut construire et raconter une histoire, son histoire, chez la victime d'un traumatisme, l'identité narrative a disparu, le *Je* qui raconte s'est volatilisé et seul subsiste un *Je* qui vit et décrit.

En résumé, il est fondamental de distinguer deuil et traumatisme, deux tragédies que tout semble séparer. Cette distinction est d'autant plus importante qu'elle implique des considérations théoriques et pratiques. Car si un traumatisme s'accompagne toujours d'une perte (perte d'une vision du monde, de l'être humain, et cetera), le contraire n'est pas le cas. De plus, alors que les pertes sont susceptibles d'un deuil, les expériences traumatiques sont totalement immunes au deuil. De manière paradoxale, le deuil pourrait être le remède aux traumatismes. C'est ce qu'affirme le docteur Métraux (2004). Selon lui, le trauma, cet événement inattendu et surprenant, doit être *réintégré a posteriori* dans l'histoire de vie de la victime. Le travail de deuil permettrait à l'histoire de vie, jusque-là morcelée et bloquée dans un présent qui se répète, de redevenir complète et linéaire; il permettrait à la personne de pouvoir se raconter, donnant sens au passé et l'utilisant dans le présent pour construire l'avenir.

### **4.3 Les différents types de deuil**

Comme nous l'avons déjà mentionné, nous utilisons les notions de *perte* et de *deuil* dans leur sens le plus large. La perte concerne la disparition d'une personne, d'un objet, d'une partie de soi ou d'une vision du monde préalablement investi par le sujet; le deuil est le processus psychique qui lui est corrélé. Décrites ainsi, les

pertes apparaissent omniprésentes, survenant tous les jours, depuis la naissance et tout au long de la vie. Elles apparaissent également extrêmement variées: petites ou grandes, subtiles ou brutales, prévues ou surprenantes, personnels ou partagés. Il va sans dire que les deuils sont aussi variés que les pertes dont ils sont l'émergence. Il est toutefois possible de distinguer deux grandes catégories de pertes et de deuils: les deuils relatifs à la perte d'un être aimé ou de tout autre objet chéri; et les deuils réflexifs, relatifs à sa propre mort ou à une partie de son identité. Reprenant la terminologie de Métraux (2004), nous appellerons les premiers *deuils de Toi* et les seconds *deuils de Soi*. Dans les deuils de Toi, la perte est «extérieure»: le monde change tandis les repères à l'intérieur du Soi restent stables. Dans les deuils de Soi, la perte est «intérieure»: le Soi d'antan disparaît alors que les repères du monde restent immobiles. «L'un est l'exacte envers de l'autre et confondre ces deux deuils constitue une erreur logique» (Métraux, 2004, p. 78).

Métraux (2004) nous propose une typologie des deuils de Soi. Les *deuils génériques* se calquent aux grandes étapes de la vie, comme l'adolescence, l'âge adulte, la maternité/paternité, ou encore la vieillesse. Les *deuils du corps originaire* font suite aux changements du corps: des premiers signes de vieillesse au handicap, en passant par les blessures et les maladies. Le *deuil du mourant* est le deuil de sa propre vie, à l'approche de la mort. Les *deuils d'activités* suivent la perte d'une activité professionnelle, associative, politique, artistique, sportive, ou de loisir. Les *deuils d'espace* accompagnent les changements d'habitat, comme le passage de la campagne à la ville ou d'un pays à un autre. Les *deuils de statut* font suite aux changements de position sociale, comme une personne qui se marie ou qui divorce, le leader d'un groupe politique ou d'une équipe sportive qui perd sa place ou encore le migrant dont le pays d'accueil ne reconnaît pas les certifications. Les *deuils narcissiques*, finalement, surviennent lorsqu'un individu réalise qu'il n'est pas le centre du monde, qu'il n'est ni omniscient ni omnipotent.

Tous ces deuils de Soi sont intimement liés à la représentation que les individus se font d'eux-mêmes, à l'image qu'ils ont de leur «Soi». Pour bien comprendre cela, il est utile de se référer aux *niveaux logiques* développés par Robert Dilts (Dilts & DeLozier, 2000), inspiré des travaux de Gregory Bateson (voir Annexe 2). Chaque individu évolue dans un *environnement*, dans lequel il produit des *comportements*. Ces derniers dépendent d'un ensemble de *capacités*, ou aptitudes, sans lesquelles les comportements ne pourraient être mis en acte. Les capacités sont liées à un système de *croyances et valeurs*, qui peuvent favoriser, inhiber ou moduler leur développement. Les croyances et les valeurs, à leur tour, dépendent de l'*identité* de l'individu qui les porte, de la représentation de son Soi. Ainsi, selon ce modèle,

l'ensemble des croyances d'un individu, de ses compétences et ses comportements, ainsi que de l'environnement dans lequel il évolue, sont la base de son *identité*. Ainsi, quel que soit le niveau où se situe la perte, elle agira à tous les niveaux, y compris – et surtout – celui de l'identité.

Comme nous le verrons plus loin, la migration implique un grand nombre de deuils de Soi. Ce n'est que sur eux que nous porterons notre attention dans ce travail; nous ne nous intéresserons pas aux deuils de Toi.

Le deuil de Soi le plus profond, le plus étudié et le mieux connu est sans doute le deuil du mourant. Les travaux de la psychiatre et thanatologue Elisabeth Kübler-Ross, pionnière des soins palliatifs, sont devenus, en la matière, une référence incontournable. Nous allons, dans le prochain chapitre, présenter ses travaux et sa théorisation des phases du deuil. Le deuil du mourant est singulièrement différent des autres deuils de Soi: il a ceci de particulier qu'il ne suit pas la perte mais l'anticipe. Néanmoins, les observations, réflexions et déductions basées sur les deuils des mourants peuvent être globalement généralisées à tout seuil de Soi (Métraux, 2004).

#### **4.4 Le deuil de Soi**

##### 4.4.1 Les phases du deuil selon Elisabeth Kübler-Ross

Elisabeth Kübler-Ross a travaillé de nombreuses années avec des patients en fin de vie, et plus particulièrement des personnes atteintes d'une maladie incurable. De cette expérience, elle a développé une théorie du processus de deuil, et des diverses étapes qu'il comporte. Selon Kübler-Ross (1969), le processus de deuil comporte cinq étapes distinctes.

La première phase est *le refus et l'isolement*. Suite à l'annonce du diagnostic et de l'état de choc qu'elle provoque, la personne se fige dans une position de refus. Le déni s'installe, souvent massif et absolu: «Non, pas moi. Ce ne peut être vrai. Il y a erreur». Puis, progressivement, la dénégation laisse place à une acceptation partielle.

Lorsque le déni ne peut être conservé plus longtemps, lorsque le diagnostic apparaît comme une certitude au yeux du patient, une autre réaction apparaît: «Pourquoi moi? C'est injuste!». C'est le stade de *l'irritation*, caractérisé par des sentiments de colère, de rage, d'envie et de rancœur. Car à l'irrévocabilité de la situation s'ajoute le sentiment de perte de contrôle de sa vie. Le patient ne se sent plus l'auteur de son récit. La rage et la colère, brutales et anarchiques, sont dirigées contre tous: médecins, aides-soignants, famille, amis, Dieu, soi-même. Ces réactions comportent un risque d'isolement: bien que la colère ne soit presque

jamais dirigée personnellement vers quelqu'un, il arrive souvent que la famille et les soignants se sentent blessés et réagissent par du rejet.

La troisième phase est celle du *marchandage*. A l'instar de l'enfant qui promet à ses parents d'être sage pour obtenir ce qu'il souhaite, le patient mourant négocie une récompense «pour bons comportements». Le marchandage se fait généralement avec Dieu –ou toute autre représentation d'une puissance métaphysique – et les souhaits concernent généralement un rallongement de la vie. Cette tentative pour reporter le moment de la mort implique, en plus de la promesse d'être sage et gentil, une nouvelle échéance auto-proclamée: «après le mariage de mon fils» ou «une dernière représentation». Toutefois, réalisant la futilité du marchandage, le patient abandonne rapidement ce procédé.

C'est alors que tout s'assombrit et que le patient entre dans une phase de *dépression*. La maladie ne peut plus être déniée, les hospitalisations ou les interventions chirurgicales se multiplient, les symptômes augmentent, l'état de santé se détériore. Le refus, la colère et le stoïcisme sont remplacés par un sentiment profond de perte. Kübler-Ross (1969) distingue deux types de dépression: la *dépression de réaction* et la *dépression de préparation*. La première résulte des pertes provoquées par la maladie: perte de sa santé, perte de son emploi, perte de son rôle de parent, perte de son identité sexuelle, perte de ses économies financières, perte de ses rêves et de ses projets. Dans cette situation-là, la personne mourante exprime verbalement ses souffrances et recherche de l'encouragement et de la réassurance, pour voir les choses sous un regard positif. A l'opposé, la dépression de préparation n'est pas liée aux pertes passées mais aux pertes à venir: pertes imminentes de tous les êtres aimés, de tous les lieux chéris, de tous les souvenirs, de toutes les sensations, de tous ces petits détails qui font le quotidien. Cette dépression est souvent silencieuse et ne nécessite que peu de mots; il s'agit plutôt d'un sentiment, qui peut être mutuellement partagé par un toucher, un geste tendre ou simplement une présence. La dépression de préparation est un outil pour faciliter l'émergence d'un état d'acceptation et le sentiment d'être prêt à se séparer de la vie. Dans ces cas-là, les encouragements et les incitations à voir les choses positivement ne sont pas pertinents, puisque cela implique de ne pas contempler sa mort imminente.

La cinquième et dernière étape du processus de deuil est l'*acceptation*. Le patient n'exprime plus ni colère ni désespoir; il ne manifeste plus son envie de rester en vie ou d'être en bonne santé; il sait et accepte la perte imminente de tout ce qu'il a aimé et chéri; il contemple sa mort prochaine avec calme et sérénité. Il ne s'agit pas d'une période heureuse; simplement paisible. L'acceptation se

caractérisé par une fatigue et une faiblesse physique, plus grand besoin de sommeil, une réduction des émotions et des douleurs, une diminution des intérêts, un désir de rester seul et en silence. Pour reprendre les mots de Kübler-Ross, «c'est comme si la douleur avait fui et que la lutte était derrière le malade» (Kübler-Ross, 1975<sup>30</sup>, citée par Froidevaux, 2009).

Le deuil n'est pas un processus linéaire, aux étapes fixes et précises (Shuchter & Zisook, 1993). Ces cinq phases sont schématiques: leur ordre, durée et intensité varie d'un individu à l'autre. De plus, la transition d'une phase à l'autre n'est pas nette: dans la plupart des cas, les phases se chevauchent, ou émergent à nouveau après un moment de disparition (cf. Annexe 1).

#### 4.4.2 Le renversement

La distinction que fait Kübler-Ross (1969) entre *dépression de réaction* et *dépression de préparation* est riche en enseignement. Attardons-nous donc un instant elle et analysons ces deux dépressions avec le regard de Métraux (2004). La dépression de réaction tout d'abord: elle est une réaction à la perte d'objets externes au Soi. Elle s'assimile donc à un *deuil de Toi*. La dépression de préparation, quant à elle, est radicalement différente: le sujet n'est pas tourné vers les pertes qui l'entourent mais sur sa propre perte. Selon Métraux (2004), cette la dépression de préparation implique un *renversement* radical de perspective. Du «seul subsiste le souvenir» au «je deviendrai souvenir»; du «transitif» au «réflexif»; du «je perds quelque chose» au «je suis perdu» (Métraux, 2004, pp. 87-89). Et c'est ce *mouvement* qui fait la spécificité du deuil de Soi: réalisation soudaine que nous ne perdons pas des objets externes, mais que nous sommes nous-mêmes perdus. Sans ce renversement, le deuil de Soi n'en est pas vraiment un, juste une plate additions de deuils de Toi, de deuils d'objets externes à soi.

Le *renversement* est une révolution cognitive drastique. Même une expression telle que «je vais perdre la vie» n'en rend pas vraiment compte, car y subsiste toujours un «je» qui possède une chose – en l'occurrence la vie – et qui s'apprête à la perdre. Le renversement consiste à réaliser que le «je» ne perd rien; c'est lui qui est perdu. Révolution extraordinaire de l'*égo-centrisme* à l'*égo-centrage*: de l'égo qui est au centre et qui observe son monde à l'égo qui centre son attention sur lui-même.

---

<sup>30</sup> Kübler-Ross, E. (1975). Les derniers instants de la vie. Genève: Labor et Fides.

Selon Métraux (2004), ce renversement peut survenir à n'importe quel moment, à n'importe quelle phase du deuil. Il représente un changement de niveau indépendant de l'évolution du processus.

Penchons-nous maintenant sur la manière dont ce renversement survient. Dans le deuil de Toi, il existe des indices qui attestent la perte et confirment que le monde a changé – par exemple, un cercueil ou une tombe. De la même manière, dans le deuil de Soi, il y a des indices *internes*<sup>31</sup> qui témoignent des pertes et des transformations du Soi. Ces indices consisteraient principalement en «des sensations qui témoignent d'une modification interne. Des émotions, mais surtout une souffrance. Souffrance physique et psychique [...]. Douleur qui apporte au Soi la preuve qu'il a été lui-même affecté [ndlr: en italique dans le texte], qu'il n'est plus le même. Témoignage physique de la perte de Soi» (Métraux, 2004, pp. 91-92). Ainsi, le *renversement* surviendrait avec la réalisation soudaine et abyssale de ces indices internes, émotionnels et corporels.

#### 4.4.3 Deuil de Soi ou deuil d'une partie de Soi

Le deuil du mourant est particulier et son assimilation aux autres deuils de Soi nécessite quelques précisions. Tout d'abord, le deuil du mourant implique le Soi dans sa totalité; alors que les autres n'impliquent qu'une fraction, parfois infime, du Soi. Chez le mourant, la marge de manœuvre – actions, options – se réduit à mesure que le temps passe, menant inéluctablement la personne vers sa mort. Dans les autres deuils de Soi, la fin n'est pas dessinée si précisément et la situation autorise tous les rêves, tous les projets, toutes les évolutions possibles.

Cette distinction faite, les processus à l'œuvre dans le deuil du mourant et dans les autres deuils de Soi se ressemblent (Métraux, 2004). Comme pour le cas du mourant, les deuils de Soi nécessitent un *renversement* et se caractérisent donc par deux périodes distinctes: «l'une où le Soi pour échapper au naufrage considère la partie altérée de lui-même comme un Toi étranger, l'autre où après renversement le Soi réintègre la part d'abord rejetée et admet sa propre transformation» (Métraux, 2004, p. 93).

#### 4.4.4 La création de sens

Le deuil est un processus psychique intense au cours duquel la personne se défait d'une image de soi et du monde pour en créer une nouvelle. De ce travail naît un nouvel état qui jamais n'est identique à l'état initial (Métraux, 2010). Ce qui

---

<sup>31</sup> Certains auteurs parlent d'*interoception*. Pour une revue de littérature, voir Cameron (2001).



fait la spécificité et l'importance du deuil, c'est ce *potentiel créateur*. Sans l'avoir évoqué en ces termes-là, nous avons pu voir, jusqu'ici, à quel point le deuil est un travail de métabolisation et de création<sup>32</sup>. Création de souvenirs tout d'abord: le deuil n'est pas un travail d'oubli – croyance largement répandue – mais une création de souvenirs de l'objet perdu. Création d'une narration ensuite: à travers le deuil se développe un nouveau récit, qui situe la perte dans une temporalité et la rattache au reste du récit de vie. Création de sens finalement: le processus permet de donner une nouvelle signification, un sens nouveau et inédit à l'objet perdu, et ceci en particulier avec le deuil de Soi (Métraux, 2004).

Le Soi, depuis la naissance et tout au long de la vie, construit une frontière entre lui et le reste, entre l'intérieur et l'extérieur, entre ce qui fait sens pour lui et ce qui n'en fait pas. Le sens délimite le Soi et en dessine les contours; il l'inscrit également dans une historicité, liant passé, présent et avenir dans une structure unie et cohérente (Métraux, 2004).

Ainsi, toute modification du Soi implique une transformation de sens. Que la perte soit entière comme celle du mourant, ou partielle comme celle d'une personne qui vient de perdre son travail, le processus de deuil de Soi consiste à redéfinir le sens donné à son existence. Rosette Poletti et Barbara Dobbs (2003) rendent compte également de «la possibilité de croître grâce à la recherche de signification» (Poletti & Dobbs, 2003, p. 50). Selon elles, les questions qui surgissent avec le deuil (A quoi sert la vie? Quel est son but? Qui suis-je? Qu'est-ce qui est important en définitive?) permettent, à travers la recherche de leurs réponses, de donner un nouveau sens à l'expérience vécue et à sa propre existence: un nouveau rapport à soi-même et au monde, des buts nouveaux vers lesquels tendre ou une mission nouvelle à laquelle se dévouer.

A travers le deuil, la fixation apathique sur le passé se transforme progressivement en une magnification de la perte et son incorporation dans l'identité de la personne endeuillée, tournant le regard sur le présent et l'avenir. Pour Yves Clot, «la prise de conscience n'est pas retrouvaille avec le passé mais métamorphose du passé. D'objet vécu hier, il est promu au rang de moyen pour vivre la situation présente ou futur» (2008, p. 199). La création de sens, à travers le deuil, est d'autant plus importante qu'elle redonne à l'endeuillé un *pouvoir d'agir* sur son présent et son avenir. Sans cette création de sens, le deuil reste inachevé.

---

<sup>32</sup> Voir notamment au chapitre 4.2 les différences entre deuil et traumatisme.

#### 4.5 Deuils compliqués

Le processus de deuil est complexe et multidimensionnel, et l'on ne trouve, dans la littérature spécialisée, qu'un faible consensus à son sujet. La diversité des théories concerne presque tous les aspects du processus: sa durée, son intensité, sa résolution, ses facteurs déterminants, le nombre de phases et leur enchaînement (Shuchter & Zisook, 1993). Malgré le flou, la majorité des auteurs s'accorde à établir une distinction entre un processus de deuil dit «normal» et un processus accompagné de «complications». Aussi étrange que cela puisse paraître, il est difficile de trouver une définition du deuil normal qui fasse consensus parmi les spécialistes du domaine. La durée «normale» d'un deuil, par exemple, est toujours sujette à débat. Pour nous donner un ordre de grandeur, il semblerait que «la majorité des personnes endeuillées cessent fortement leur deuil après un certain laps de temps, généralement après une année ou deux [ndlr: traduit de l'anglais]» (Stroebe et al, 1993, p. 466). Nous pourrions donc définir un deuil normal comme un deuil dont l'évolution est graduelle, relativement constante, enchaînant les différentes phases de manière attendue, et arrivant à terme après une durée d'environ deux ans, si ce n'est moins.

Quand au deuil «avec complications», le flou qui entoure ce concept semble encore plus épais que pour son homologue «normal». En effet, nous trouvons dans la littérature une variété d'appellations, dont les définitions et opérationnalisations concordent peu: deuil pathologique, deuil anormal, deuil atypique, deuil traumatique, deuil chronique, deuil différé ou retardé, deuil inhibé, deuil absent, deuil non-résolu, deuil déformé, deuil dysfonctionnel, deuil maladaptatif, ou encore deuil ambivalent (Middleton et al., 1993; Middleton et al., 1996; Shuchter & Zisook, 1993; Bacqué & Hanus, 2009).

Pour Middleton et collègues (1993), toutes les formes de deuil qui représentent une variation par rapport au déroulement habituel du deuil peuvent être qualifié de *deuil pathologique*. D'autres auteurs, comme Bacqué et Hanus (2009), font une distinction entre deux grandes catégories: les *deuils pathologiques* et les *deuils compliqués*. Les premiers font référence aux cas où une pathologie psychiatrique spécifique émerge dans la période du deuil. Selon les auteurs, le deuil peut, dans ces cas-là, être compris comme le déclencheur d'une pathologie psychiatrique, liée à une structure de la personnalité de type psychotique ou névrotique présente et asymptomatique jusque-là. Les pathologies en question sont l'hystérie, la mélancolie, les troubles obsessionnels ou les manifestations maniaques (Bacqué et Hanus, 2009). En l'occurrence, les manifestations anxieuses ou dépressives sont considérées comme faisant partie du déroulement normal du deuil (Middleton et al.,

1993). Contrairement aux deuils pathologiques, les deuils compliqués sont des deuils dont l'évolution est inhabituelle mais ne provoquant l'apparition d'aucune pathologie psychiatrique (Bacqué & Hanus, 2009). C'est à cette dernière catégorie que font généralement référence l'immense variété d'appellations citées précédemment. Toutefois, malgré cette diversité, il semblerait que beaucoup de termes soient synonymes et qu'il soit possible de dégager des sous-groupes relativement homogènes de deuils compliqués.

– Deuil chronique: fait référence aux cas où la phase de dépression dure, sans évolution notable, pendant plusieurs années (Bacqué & Hanus, 2009). Selon Jacobs (Jacobs, 1993<sup>33</sup>, cité par Middleton et al., 1996), il s'agit de la forme la plus répandue de deuil compliqué. Récemment, Maccallum & Bryant (2008) ont observé que les endeuillés chroniques expriment plus d'affects négatifs et mentionnent moins d'éléments positifs lors de la narration d'un souvenir concernant l'objet perdu, comparé aux personnes dont le deuil suit un déroulement «normal», comme si le potentiel créateur du deuil tardait à éclore.

– Deuil différé ou absent: fait référence aux cas où la personne refuse de considérer la perte comme réelle et se fige dans une attitude de déni. Dans ces cas-là, les premières phases du processus, notamment la phase de refus, persistent dans le temps (Bacqué & Hanus, 2009). La différence entre le deuil différé et le deuil absent dépend du délai entre la perte et l'apparition des premières manifestations du deuil. Dans le premier cas, le délai est d'au moins deux semaines; dans le deuxième d'au moins six mois (Jacobs, 1993<sup>34</sup>, cité par Middleton et al., 1996).

– Deuil inhibé: Comme dans le deuil différé ou absent, les manifestations du deuil ne sont pas apparentes. Toutefois, dans les deuils inhibés, la réalité de la perte n'est pas niée, mais la personne refuse de reconnaître ou d'exprimer les affects qui y en découlent (Bacqué & Hanus, 2009). La personne endeuillée éprouve notamment une grande difficulté à parler de la perte et refuse de pleurer ou d'exprimer ses sentiments à son propos (Middleton et al., 1993).

Il ressort un aspect commun à tous ces deuils compliqués: la difficulté à *intégrer* un certain nombre d'informations ou de cognitions dans une structure unifiée. Que se soit la perte elle-même qui soit niée, ou les émotions relatives à celles-ci, ou lorsque la dépression perdure, tous ces phénomènes rendent compte d'un *morçèlement*, d'une difficulté à achever le deuil en une création identitaire unie,

---

<sup>33</sup> Jacobs, S.C. (1993). *Pathological Grief: Maladaptation to loss*. Washington: American Psychiatric Press.

<sup>34</sup> *Ibidem*.

où le passé est transformé en souvenirs et intégré dans le Soi, l'enrichissant dans son présent et participant à la construction de son avenir.

#### **4.6 Deuil et manifestations somatiques**

Le lien entre le deuil et l'apparition de symptômes somatiques est extrêmement complexe et peu étudié. Bien que les recherches scientifiques soient lacunaires, la phénoménologie clinique suggère que le deuil peut s'accompagner de problèmes physiques et que leurs liens sont étroits (Middleton et al., 1993). Il a notamment été observé une augmentation de certains symptômes somatiques durant les premières semaines de la période de deuil, comme un état de fatigue persistant, une sensation d'épuisement et de faiblesse, une sècheresse buccale, une sensation de serrement dans la gorge et la poitrine, ainsi que l'augmentation de certaines douleurs existantes (Poletti & Dobbs, 2003; Kowalski & Bondmass, 2008). Certains auteurs rapportent également l'apparition de douleurs nouvelles, notamment des douleurs dorsales (Maddison & Viola, 1968<sup>35</sup>, cités par Middleton et al., 1993), cardiaques (Poletti & Dobbs, 2003) et musculo-squelettiques (Kowalski & Bondmass, 2008). Les symptômes sont très nombreux et très diversifiés, au point d'amener Poletti et Dobbs à penser que «tous les systèmes du corps sont affectés» (2003, p. 41), toute l'homéostasie: sommeil, digestion, respiration, circulation sanguine, défenses immunitaires, fonctionnement du cerveau.

De toutes ces observations, deux phénomènes sont bien connus: l'augmentation des problèmes cardiaques et l'affaiblissement du système immunitaire. Le premier est connu comme le «syndrome du cœur brisé» («broken heart phenomenon» en anglais). De nombreuses études ont montré que les veuves et veufs ont, dans les six premiers mois suivants la mort de leur conjoint, un risque de mortalité plus élevé que les individus mariés du même âge, et que trois quart des décès seraient dû à des problèmes cardiaques (voir notamment O'Connor et al., 2002).

Le système immunitaire est fragilisé chez les personnes endeuillées (Poletti & Dobbs, 2003), rendant la personne plus vulnérable aux microbes, virus et bactéries. Le système endocrinien est également altéré, notamment durant les premières phases du deuil (Gerra et al, 2003). Le fait que le système endocrinien soit perturbé plus rapidement que les mécanismes immunitaires incite Gerra et ses collègues à émettre l'hypothèse que la perte serait un facteur de stress important, modifiant rapidement le système endocrinien, et que ce dernier influencerait à son tour – de manière plus lente et plus diffuse – l'action du système immunitaire. Ce résultat est

---

<sup>35</sup> Maddison, D., & Viola, A. (1968). The health of widows in the year following bereavement. *Journal of Psychoanalytic Research*, 12, 297-306.

consistant avec d'autres études montrant une corrélation entre les symptômes dépressifs dans le deuil et la diminution de l'immunité cellulaire (voir Irwin & Pike, 1993). En effet, comme nous l'avons vu, la dépression ne survient généralement pas immédiatement après la perte, mais plus tard dans le processus.

Les symptômes somatiques semblent intimement liés au degré de gravité du deuil. En effet, Kowalski et Bondmass (2008) ont récemment montré que plus la détresse, la dépression et les tensions liées au deuil<sup>36</sup> sont élevées et plus les symptômes somatiques sont importants.

Tous les changements physiologiques et métaboliques présentés ci-dessus sont des réactions normales, liées au processus de deuil. Apparaissant suite à la perte, elles tendent à disparaître au fur et à mesure de l'évolution du deuil.

Il semblerait que les symptômes somatiques soient encore plus importants et nombreux dans les cas de deuils compliqués. En effet, selon Poletti et Dobbs, un deuil «mal géré» pourrait influencer l'apparition de «maladies psychosomatiques diverses et nombreuses, peut-être même le cancer» (2003, p. 25). Si Poletti et Dobbs ne s'avancent pas sur l'explication du lien, pour Bacqué et Hanus (2009), ce sont les réactions émotionnelles réfrénées dans le deuil inhibé qui s'exprimeraient à travers des manifestations somatiques.

#### **4.7 Les deuils de Soi relatifs à la migration**

La migration s'accompagne toujours d'un grand nombre de pertes. Apparaissant parfois comme des pertes matérielles (perte de la maison par exemple), elles n'en sont pas moins des pertes «intérieures», intimement liées à la représentation que les individus se font d'eux-mêmes. La migration implique donc un ensemble de deuil de Soi (Métraux, 2004).

Mentionnons tout d'abord le *deuil d'espace*. Le migrant quitte sa maison, son quartier, sa ville, sa région et ses paysages. Il change d'habitat et chamboule tous les aspects qui y sont liés: les sensations (odeurs, bruits), les émotions, les habitudes, la connaissance des lieux et l'aisance dans la mobilité, autant d'aspects intimement liés à la définition de Soi.

La migration implique également souvent un *deuil de statut*. Dans son nouvel environnement, la personne migrante doit redéfinir sa position sociale, exercice

---

<sup>36</sup> Mesuré à l'aide du *Revised Grief Experience Inventory* (RGEI; Lev, Munro, & McCorkle, 1993, cités par Kowalski & Bondmass, 2008). Dans leur étude, les symptômes somatiques sont positivement corrélés au niveau de la réponse de deuil – autrement dit sa gravité – ainsi qu'aux sous-échelles suivantes: détresse physique, dépression tension existentielle et culpabilité.

rendu d'autant plus difficile que le pays d'accueil ne reconnaît souvent pas les certificats de formations et les titres universitaires.

Le migrant doit également faire le *deuil d'activités*. L'activité professionnelle tout d'abord, mais également les sports, les loisirs, les habitudes, les coutumes, les routines quotidiennes, voire même la manière de communiquer et d'interagir avec autrui.

Parfois, les travailleurs migrants ont deux ou trois emplois simultanés, s'investissant énormément dans l'activité professionnelle avec l'espoir de pouvoir retourner rapidement au pays pour y réaliser leurs projets. Cet engagement sans compromis dans des activités professionnelles, souvent manuelles et harassantes, met le corps à rude épreuve (voir Gurtner, 2011). Ainsi arrive-t-il que ce dernier cède, se casse, ou devienne obsolète. *Deuil du corps originaire*, entraînant parfois la perte de l'emploi et, à nouveau, un deuil d'activité.

L'espoir de retourner au pays d'origine s'amenuise souvent avec la scolarisation des enfants, leur carrière professionnelle, voire leur mariage et leur établissement dans le pays d'accueil. Ainsi, beaucoup de migrants doivent faire le *deuil du projet migratoire*.

Que ce soit la non-reconnaissance des certificats, les emplois précaires, la difficulté à retrouver le statut social d'origine, la réalisation que le corps a vieilli et s'est usé, ou les pertes d'emplois conséquentes, la représentation de Soi s'en trouve détériorée et pousse à un *deuil narcissique*.

Plusieurs auteurs ont étudié et théorisé le processus de deuil propre à la migration<sup>37</sup>. Nous ne les étudierons pas dans le cadre de ce travail, car comme le mentionne très justement Johanna Hofmann-Banyák dans son mémoire (2001, p. 16), «les divers modèles du processus de deuil [...] montrent tous un mouvement général d'un état de conscience focalisé sur la douleur et la négation de la perte, vers celui d'une acceptation d'un présent différent de ce qu'était le passé, en passant par une période de travail psychique intense où la personne se défait d'une image de soi et du monde, et se prépare à s'en forger un nouvelle». Nous ferons donc exclusivement référence à la conceptualisation de Métraux (exposée précédemment).

---

<sup>37</sup> Par exemple (cités par Hofmann-Banyák, 2001):

– Grinberg, L. & Grinberg, R. (1986). *Psychanalyse du migrant et de l'exilé*. Lyon: Césura.  
– Slutzki, C. (1979). Migration and family conflict. *Family Process*, 18, 379–390.

#### 4.8 Migration et deuils bloqués

Comme nous venons de le voir, la migration implique de nombreuses pertes dont les deuils souvent s'enchaînent ou se superposent. Dans les cas les mieux accomplis, les migrants endeuillés vivent un *renversement* radical (voir chapitre 4.4.2), où les pertes sont incorporées dans une nouvelle conception de l'identité; où une nouvelle narration émerge, liant passé et présent dans une continuité sans faille; où la société d'origine et celle d'accueil sont intégrées, sans que l'une ne prenne le dessus sur l'autre; où émerge finalement un sens nouveau de la vie et de son existence propre (Métraux, 2004).

Néanmoins, il arrive souvent que ce *renversement* ne se produise pas, ou alors qu'il se produise tardivement ou difficilement. Par exemple, lorsque le corps s'use, qu'une de ses parties ne fonctionne plus aussi bien qu'avant, qu'un de ses membres perde sa force ou sa mobilité, il arrive que le migrant considère l'organe dysfonctionnel ou le membre douloureux comme un objet externe à un Soi resté jeune et vif. Selon Métraux (2004), ce refus de se rendre à l'évidence et d'entamer un deuil du *corps originaire* contribue à l'émergence de trouble somatoforme douloureux (voir chapitre 2.1): souvent rapporté à un accident de travail, les douleurs persistent alors qu'aucune lésion organique n'apparaît sur les instruments d'imagerie médicale.

Autre exemple, le migrant reconstruit dans le pays d'accueil l'environnement de son pays d'origine: appartement, quartier, magasin alimentaire, véritable fac-similé de son *espace* originaire. Rien ne semble avoir changé, ni à l'extérieur, ni à l'intérieur. Dans ce refus du deuil de la société d'origine, le Soi d'antan est considéré comme inchangé. A l'inverse de cette ghettoïsation, il existe des cas dans lesquels le migrant s'assimile totalement à la société d'accueil, chassant le Soi d'avant pour synthétiser de toutes pièces un Soi nouveau et artificiel: nouvelle perception de soi, mais également nouvelle apparence et nouveaux comportements. Dans ces deux cas – absence de changement du Soi et création d'un Soi artificiel – le renversement n'existe pas et la trame temporelle perd sa continuité: le présent comme un passé permanent, ou un présent sans aucun lien avec le passé.

Nous pouvons trouver, sur la base de ce que nous avons exposé jusqu'ici, au moins deux raisons qui pourraient empêcher ce renversement. Premièrement, comme l'a observé Kubler-Ross (1969), il est difficile, d'une part, de réaliser que c'est nous-même qui changeons – plutôt que le monde autour de nous – et, d'autre part, de donner un sens à ce changement. Cette difficulté est liée au processus de

deuil; le renversement prend parfois beaucoup de temps, voire ne se produit jamais. La deuxième raison est liée à la migration: il arrive fréquemment qu'à l'arrivée dans le pays d'accueil, les personnes migrantes se trouvent dans un «état de survie», un état d'alerte maximale pour assurer sa survie et celle des siens (Métraux, 2010). Dans ces cas, le deuil et les problèmes internes sont reportés à plus tard, dans l'attente de jours meilleurs. C'est ce qu'a observé Hofmann-Banyák, à travers des entretiens menés auprès de femmes ayant émigré en Suisse: face à la difficulté d'accommodation à la vie en Suisse et dans l'attente de construire un environnement sain et sûr, se sont installés chez ces femmes des stratégies de «survie au quotidien» et un «évitement temporaire des conflits internes» (Hofmann-Banyák, 2001, p. 48).

Si Métraux (2004) fait un lien clair entre deuil bloqué du *corps* et trouble somatoforme douloureux, nous avons également vu que les deuils compliqués, même s'ils ne concernent pas directement une perte corporelle – sont un facteur important de somatisation. A cet égard, les migrants apparaissent doublement vulnérables. Premièrement parce qu'il subissent de nombreuses pertes et doivent faire de nombreux deuils. Deuxièmement parce que leur situation post-migratoire parfois retarde ou bloque le déroulement du processus de deuil. Dans le chapitre suivant, nous résumerons la réflexion menée jusqu'ici et exposerons notre hypothèse concernant les liens entre migration, deuil et somatisation.



## 5. SYNTHÈSE ET QUESTION DE RECHERCHE

Nous avons vu, au cours des chapitres précédents, que la prévalence et la gravité de la somatisation sont plus importantes chez les populations immigrantes que chez les populations autochtones. Nous avons énuméré un certains nombres de facteurs, lié à la migration ainsi qu'aux situations pré- et post-migratoires, pouvant contribuer à l'explication de la somatisation dans la population migrante. Nous avons finalement présenté une explication alternative et complémentaire, construite autour de la notion de deuil. Cette explication est pertinente pour deux raisons principales, que nous allons brièvement rappeler ici.

D'une part, les auteurs étudiant la somatisation considèrent les pertes et les deuils comme l'un des facteurs précipitant de la somatisation (voir chapitre 2.4). D'autre part, les publications sur le deuil nous indiquent que, lorsqu'ils ne sont pas menés à terme, les deuils peuvent dans certains cas provoquer l'émergence de phénomènes de somatisation (voir chapitre 4.6). A cet égard, les migrants apparaissent comme une population particulièrement vulnérable: ils subissent, en raison de leur migration, une série de pertes et de deuils, très souvent liés à leur identité profonde; deuils dont les situations post-migratoires parfois empêchent le commencement ou ralentissent le déroulement.

D'autres indices viennent également supporter la prise en considération du deuil dans notre problématique. Tout d'abord, nous avons vu que les migrants venant de pays lointains sont en moins bonne santé physique et ont une prévalence de somatisation plus élevée que les migrants venant des pays limitrophes (voir chapitre 3.3). Ce constat est cohérent avec le présupposé que les deuils sont plus nombreux et plus importants pour les migrants venant de loin, et que ces personnes-là ont plus d'aspects à reconstruire et à redéfinir dans le pays d'accueil.

De plus, nous pouvons trouver, dans presque toutes les explications de la somatisation exposées au chapitre 3.4, des éléments relatifs au deuil. Ainsi, certains troubles seraient particulièrement liés à l'expression d'une souffrance profonde ou d'un état dépressif (voir chapitre 3.4.2) – or se sont là justement des aspects centraux du processus de deuil. D'autre part, certains facteurs de risque de somatisation, comme le statut de veuf(ve) ou divorcé(e), une mauvaise acculturation ou encore une situation sans emploi (voir chapitre 3.4.3), sont intimement liés à une perte et impliquent un deuil particulier: respectivement deuil de Toi, deuil d'espace et deuil d'activité. Mentionnons également les parallèles entre l'inhibition de l'expression verbale d'un traumatisme vécu (voir chapitre 3.4.4) et l'inhibition de l'expression verbale de l'objet perdu dans les deuils

compliqués, et leur lien similaire avec la somatisation. Pour terminer, notons que les liens entre dépression et douleur chronique (voir chapitre 3.4.5) est tout à fait pertinent dans le processus de deuil, la dépression y constituant un stade majeur.

La prise en considération des mécanismes du deuil dans notre réflexion semble donc congruente avec les autres hypothèses exposées précédemment. Elle nous incite même à concevoir des liens intéressants entre ces différentes hypothèses, en apparence contradictoires. Gardons-nous toutefois de donner au processus de deuil une importance démesurée. Albert Einstein disait qu' «une théorie se doit d'être aussi simple que possible, mais pas trop»<sup>38</sup>. Ainsi, nous aurions sans doute tort d'affirmer que seul le deuil joue un rôle dans la somatisation. Il semblerait que la réalité soit plus complexe et que de nombreux facteurs s'imbriquent les uns dans les autres.

Notre hypothèse est donc la suivante: le processus de deuil, et plus particulièrement les complications de ce processus, est l'un des nombreux facteurs influençant la somatisation chez les personnes migrantes. A cet égard, nous pensons qu'il jouerait un rôle important dans l'apparition et le maintien de certains troubles somatiques inexpliqués médicalement.

Cette hypothèse laisse apparaître en filigrane une idée intuitive, basée sur les considérations du chapitre 4, et plus particulièrement la notion de *renversement* (chapitre 4.4.2). Cette idée pourrait être décrite dans les termes suivants: les troubles somatiques apparaissent comme pour *rappeler* que c'est le Soi, l'être tout en entier qui doit *guérir*, se transformer. Guérir une plaie ou une fracture ne suffit pas; c'est la personne en entier qui doit se métamorphoser.

Pour pouvoir être testée, notre hypothèse devrait remplir les critères nécessaires à la recherche scientifique: être opérationnalisée et présentée sous la forme d'énoncés synthétiques – qui peuvent être vrais ou faux – et testables (Myers & Hansen, 2003). De plus, la recherche nécessiterait une structure méthodologique extrêmement rigoureuse et contrôlée. Une telle entreprise dépasse le cadre de ce travail. Ainsi, nous avons choisi de tester, non pas l'hypothèse elle-même, mais sa pertinence aux yeux des premiers concernés: les migrants. Cette démarche a pour but de mettre en perspective notre hypothèse, et d'y apporter critiques et compléments. Elle se veut interrogative, plutôt que démonstrative.

---

<sup>38</sup> Citation tirée de:  
Hawking, S. (2011). *Y a-t-il un grand architecte dans l'Univers?* Paris: Odile Jacob.

## 6. MÉTHODES DE RECHERCHE

### 6.1 *Entretiens avec des professionnels de la santé*

Avant de présenter en détail la recherche que nous avons menée, il nous semble important de débiter ce chapitre méthodologique par la toute première action empirique de ce travail: les entretiens avec des professionnels de la santé.

Ces entretiens ont été réalisés à un stade précoce de notre réflexion. Plus précisément, ils ont été menés à la suite d'un grand nombre de lectures théoriques et à un moment charnière de notre travail: celui où une direction précise devait être définie, où un plan de rédaction devait être élaboré. Ces entrevues nous ont donc permis de transformer un amas de questionnements et d'idées, dont la progression était paralysée dans une cogitation chaotique, en une structure linéaire et cohérente. En plus d'avoir servi de guides heuristiques, ces entretiens nous ont également permis de découvrir des notions nouvelles – comme, par exemple, le terme d'alexithymie – et d'explorer certains éléments ambigus – dont le concept même de somatisation. Pour finir, et il s'agit là d'un apport fondamental, ces discussions ont fourni un nombre important d'informations concernant la manière dont la somatisation était prise en charge dans la pratique quotidienne, en particulier avec les patients migrants.

Les entretiens ont été réalisés auprès de quatre professionnels de la santé: Patrick Bodenmann, responsable de l'Unité des Populations Vulnérables à la Policlinique médicale universitaire de Lausanne; Danielle Kohler, infirmière-chef au Point d'Eau de Lausanne, un centre d'accueil pour personnes démunies ou défavorisées; Friedrich Stiefel, chef du Service de Psychiatrie de Liaison à la Policlinique médicale universitaire de Lausanne; et finalement Rodrigo Vasquez, médecin généraliste établi à Lausanne.

Le Dr. Stiefel a été contacté suite à une conférence qu'il a donné à l'Université de Lausanne sur la médecine psychosomatique; Mme Kohler, le Dr. Bodenmann et le Dr. Vasquez ont été contactés sur le conseil d'une collègue, étudiante en médecine. Ces quatre personnes présentaient le double avantage d'être régulièrement en contact avec une population migrante et d'être sensible à la thématique de la somatisation. C'est sur ces critères-là qu'elles ont été contactées.

Nous avons opté pour des entretiens semi-structurés, un type de technique très flexible, à mi-chemin entre les interviews complètement structurés à partir d'une liste de questions, et ceux complètement libres (Nils & Rimé, 2003). L'interviewer

disposait donc d'une série de thèmes clés qu'il abordait, non pas dans un ordre strict, mais en fonction du flux conversationnel et des réactions de l'interviewé. Les thèmes prédéfinis comprenaient notamment: description de la pratique médicale quotidienne, définition de la somatisation, explication concernant les causes de la somatisation, différences entre patients autochtones et patients migrants relativement à la somatisation, avis concernant l'implication de mécanismes de deuil dans la somatisation. La structure souple de ce type d'entretien a également permis des discussions autour de sujets originaux et inattendus, lorsque ceux-ci étaient spontanément abordés par l'interviewé.

Malgré une série de thèmes clés présents dans tous les entretiens, ces derniers ont été menés de manière trop anarchique pour être comparés et analysés. Toutefois, leur contribution au développement de ce travail n'est pas négligeable: les riches discussions que ces quatre personnes nous ont offertes ont été source d'une réflexion plus complexe, d'une compréhension plus profonde des phénomènes étudiés et d'une perception plus précise du travail à faire.

Revenons à présent au point central de ce chapitre, à savoir la méthode adoptée pour répondre à notre question de recherche.

## **6.2 Justifications méthodologiques**

Pour tester la pertinence de notre hypothèse, nous avons opté pour une approche qualitative constructiviste, et plus particulièrement pour l'utilisation d'un *focus group*. Selon nous, l'investigation des rôles de la migration et du deuil dans la santé physique nécessite une approche qui prenne en compte l'histoire et le contexte socio-culturel de l'individu, et qui se fonde sur les échanges sociaux. Ces derniers favorisent l'expression de la réflexion individuelle et permettent d'étudier les significations qu'un individu donne aux phénomènes, ainsi que les processus sociaux et psychologiques impliqués dans la constructions de ces significations (Georgiou, 2001).

## **6.3 Focus group**

Le *focus group* est une méthode de recherche fondée sur la communication, et plus précisément sur la discussion collective entre plusieurs participants. Dans les focus groups, les discussions ne sont pas spontanées, mais sont suscitées par un modérateur, afin de collecter des informations concernant une question de recherche particulière. Les focus groups permettent l'élaboration et la thématisation

d'un objet social; ils produisent des consensus et des divergences, obligeant les participants à négocier les significations et souvent même à produire de nouvelles significations (Marková, 2003).

Les focus groups permettent d'étudier comment les individus classent, nomment et évaluent des phénomènes sociaux. Ils sont donc souvent utilisés pour étudier les représentations sociales (Jovchelovitch, 2004), le groupe de discussion formé par les participants étant considéré comme une société miniature (Farr & Tafoya, 1992<sup>39</sup>, cités par Marková, 2003).

Dans notre recherche, l'utilisation du focus group n'a pas pour prétention d'étudier la manière dont la *société pense*. Ses buts sont différents. Premièrement, l'utilisation d'un focus group nous permet d'approfondir notre réflexion sur les liens entre somatisation, deuil et migration. Deuxièmement, elle permet d'évaluer la pertinence de notre hypothèse aux yeux des premiers concernés, ainsi que de récolter leurs opinions personnelles. Finalement, elle nous permet d'étudier les modes de pensée et les croyances qui sous-tendent leurs opinions personnelles.

Le focus group a ici un avantage crucial, comparé à un entretien classique<sup>40</sup>: il oblige les participants à vulgariser et justifier leurs points de vue, ainsi qu'à confronter et négocier les significations attribuées aux objets discutés.

Comme toute méthode de recherche, les focus groups présentent également certains désavantages (Geoffrion, 2003). Tout d'abord, les participants ne sont pas statistiquement représentatifs de la population étudiée et les résultats obtenus ne peuvent donc pas être extrapolés à l'ensemble de cette population. Ceci s'explique principalement par le type de sélection des participants – un échantillonnage non-aléatoire – et par le fait qu'il n'est pas toujours possible d'avoir l'avis de tous les participants à toutes les questions posées.

De plus, le modérateur peut involontairement influencer, par ses opinions personnelles, les propos des participants et la dynamique de groupe. Le type de questions, la manière dont elles sont formulées et leur ordre d'apparition sont autant de facteurs susceptibles d'influencer les réponses des participants. Il existe également le risque que le chercheur, lors de l'analyse des données et de la rédaction du rapport, accorde plus d'importance aux opinions qui se rapprochent des siennes, au détriment des opinions contraires.

---

<sup>39</sup> Farr, R.M., & Tafoya, L. (1992). Western and Hugarian representation of individualism: a comparative study base on group discussions of social dilemmas. Manuscrit non publié.

<sup>40</sup> C'est-à-dire un entretien entre un chercheur et un participant.

La dynamique de groupe peut également induire des effets négatifs, notamment un biais de *désirabilité sociale*. Plutôt que de communiquer leur véritable opinion, certains participants peuvent donner, volontairement ou non, un avis qui les valorise aux yeux du modérateur ou des autres participants. Ainsi certains préféreront se rallier à l'opinion majoritaire plutôt que d'exprimer un avis divergent. Notons également qu'un participant tenu en haute estime, ou dont le langage est clair et fluide, peut influencer l'opinion du groupe à l'insu du chercheur.

Pour finir, il est important de rappeler que le focus group est une situation artificielle. Les participants ne se connaissent pas et sont soumis à un protocole particulier. Le milieu social créé par le focus group ne correspond donc pas aux situations de la vie quotidienne.

#### **6.4 Modérateur**

Un focus group se compose de plusieurs participants et d'un modérateur. Ce dernier dirige les thèmes à discuter et maintient la dynamique de l'entretien. Il encourage chaque participant à prendre part à la discussion et à clarifier son point de vue. Il suscite les tensions et les divergences, de manière respectueuse, et encourage leur négociation (Marková, 2003). Le modérateur favorise, autant que possible, un *dialogue exploratoire*, caractérisé par un engagement critique et constructif par rapport aux propos et idées des autres participants, où la structure coopérative permet la contestation et le désaccord, sans provoquer de conflit entre les participants (Wegerif & Mercer, 1997).

Bien que cela ne soit pas toujours le cas, le rôle de modérateur est, dans notre cas, endossé par le chercheur et l'auteur de ce travail.

#### **6.5 Participants et échantillonnage**

Nous avons choisi de composer le focus group de personnes directement concernées par l'objet de notre recherche, soit des personnes ayant émigré en Suisse et souffrant de troubles somatiques inexpliqués médicalement. Toutefois, ces critères de sélection se sont révélés être autant d'obstacles dans la recherche de participants.

Bien que les personnes émigrées présentant des symptômes physiques inexpliqués soient statistiquement nombreuses en Suisse, nous avons eu beaucoup de peine à entrer en contact avec elles. Plusieurs raisons pourraient être avancées pour expliquer cette difficulté: peut-être ces personnes-là n'ont-elles jamais vu ou

entendu leur cas être décrit en termes de *somatisation* ou de troubles *inexpliqués*<sup>41</sup>; peut-être leur cas est-il toujours en cours d'investigation et donc n'est-il pas considéré comme *inexpliqué*; peut-être ces personnes-là éprouvent-elles de la honte ou des difficultés à parler d'un sujet complexe et confus; peut-être finalement que la perspective d'exposer leur cas personnel dans le cadre d'une recherche – une probable énième investigation à leur égard – les met-elle dans une situation encore plus inconfortable qu'elle ne l'est déjà.

A la difficulté de trouver des personnes migrantes aux symptômes inexplicables s'est ajoutée celle de la langue. En effet, pour garantir une discussion dynamique et fluide, il était impératif que les participants parlent tous la même langue durant l'entretien de groupe, de manière à comprendre et être compris des autres. Il était prévu que si la langue partagée par les participants n'était pas maîtrisée par le modérateur, ce dernier aurait recours à un interprète durant l'entretien.

La recherche de participants s'est faite auprès des contacts privés du chercheur et auprès des contacts professionnels du Dr. Métraux. Au final, seules trois personnes ont répondu positivement à la demande. Bien que ce nombre soit faible<sup>42</sup>, le focus group restait pertinent en raison de la forte implication des participants par rapport au sujet de discussion (Marková, 2003). Nous avons donc choisi d'interrompre la recherche de participants et de mener un entretien avec uniquement trois personnes. Tous les participants ont été recrutés par l'intermédiaire du Dr. Métraux. Aucun d'entre eux ne se connaissait personnellement avant l'entretien.

L'échantillon, composé d'une femme et de deux hommes, est homogène relativement à trois variables: les participants sont 1. des migrants installés en Suisse, 2. venant de la même région géographique, culturelle et linguistique qu'est l'ex-Yougoslavie, et 3. souffrant de problèmes somatiques en partie inexplicables médicalement. L'échantillon est hétérogène, relativement à l'âge, au sexe et à la nature des symptômes somatiques.

## **6.6 Enregistrement**

L'enregistrement de l'entretien est un point crucial; il permet la retranscription et l'analyse des interactions. Il a été décidé de faire un enregistrement audio et vidéo, pour permettre une meilleure discrimination du locuteur (si, par exemple, deux

---

<sup>41</sup> Selon le Dr. Bodenmann, il est rare de voir un médecin affirmer à son patient qu'il somatise ou que les symptômes dont il se plaint n'ont aucune origine organique (Bodenmann, entretien personnel, 2011; voir Annexe 5).

<sup>42</sup> Un focus group comprend généralement 4 à 12 participants (Marková, 2003).

participants ont des timbres de voix similaires) et pour avoir accès aux comportements non-verbaux (si, par exemple, les propos d'un participant prêtent à confusion). N'ayant d'autre but que de faciliter le travail de retranscription, l'enregistrement devait être détruit une fois la retranscription terminée.

Malheureusement, l'un des trois participants a demandé à n'être enregistré d'aucune façon et a exprimé son refus de participer à un entretien enregistré. Plusieurs options se sont alors présentées. Nous aurions pu exclure ce participant du focus group et reporter la date de l'entretien jusqu'à trouver au moins un autre participant. La difficulté rencontrée jusque-là pour trouver des participants pertinents nous a dissuadé de démarcher ainsi. Nous aurions également pu exclure ce participant du focus group et réaliser un entretien avec les deux participants restants. Nous avons estimé que, dans ces conditions-là, le focus group perdait tout son intérêt – c'est-à-dire la confrontation des points de vue et la construction d'un savoir collectif.

Nous avons donc choisi de mener l'entretien avec les trois participants et sans faire d'enregistrements d'aucune sorte. Ce choix nous a paru le plus judicieux compte tenu des raisons pour lesquelles nous avons choisi de faire ce focus group. En effet, dans notre recherche, le but central du focus group est d'accéder aux points de vue personnels de chaque participant concernant notre hypothèse, ainsi qu'aux aspects consensuels et divergents qui émergent de la confrontation de leurs opinions. La construction psychosociale du savoir et l'enchaînement des interactions ne sont pas aussi importants en ce qui nous concerne. Pour prendre une métaphore, nous sommes intéressés par la destination plutôt que par le trajet parcouru.

Le modérateur a donc pris des notes manuscrites durant toute la durée de l'entretien. Ces notes constituent l'unique matériel à utilisé dans la présentation des résultats.

### **6.7 Principes éthiques**

La thématique de l'entretien est épineuse et nécessite, à l'égard des participants, de nombreuses considérations éthiques. Tout d'abord vis-à-vis de leurs symptômes, qui sont souvent mésestimés par le corps médical, voire parfois considérés comme des exagérations ou des simulations. Ensuite, vis-à-vis de leur statut de migrant(e), très souvent stigmatisé par l'opinion publique. C'est pourquoi le chercheur se doit d'aborder ces sujets avec respect et précaution, et d'encourager les participants à adopter cette attitude afin d'éviter tout propos susceptible de causer du tort à autrui. De plus, compte tenu du statut académique du chercheur et de la posture



d'écoute et d'empathie qu'il assume, il est nécessaire qu'il clarifie son rôle dans l'entretien. Plus précisément, il se doit d'expliquer clairement que son rôle n'est pas thérapeutique, et se limite à celui d'étudiant-chercheur.

Suivant les directives de l'Association Américaine de Psychologie (APA), un formulaire de consentement à été élaboré et présenté à chaque participant avant l'entretien (APA, 1992; Myers & Hansen, 2003). Il précisait notamment le but et le déroulement de l'entretien, la nature de la participation, les droits des participants, ainsi que les coordonnées des responsables de l'étude. Il a été rédigé en français ainsi qu'en serbo-croate, langue maternelle de tous les participants (cf. Annexes 3 et 4).

L'anonymat des participants à été préservé. Dans la description des participants et la présentation des résultats, un prénom fictif a ainsi été attribué à chaque sujet. Le prénom utilisé correspond au sexe du participant et a été emprunté au champ linguistique du pays d'origine.

## **6.8 Procédure**

### 6.8.1 Lieu

Le focus group s'est déroulé dans un cabinet psychothérapeutique privé, basé à Lausanne, Suisse, hors des heures de consultation.

### 6.8.2 Tâche et déroulement

Avant la réunion, les participants ont préalablement été informés que la discussion de groupe se centrerait autour de la thématique «migration et santé», sans qu'aucune référence n'ait été faite au sujet du deuil.

Après lecture du formulaire de consentement et sa signature par tous les participants, le chercheur a confirmé que l'entretien ne serait enregistré sous aucune forme<sup>43</sup> et a rappelé le déroulement de l'entretien, à savoir une discussion libre et ouverte autour de la thématique «migration et santé».

L'entretien a débuté par une présentation personnelle de chaque participant, décrivant notamment le parcours migratoire, l'état de santé actuel, l'historique des problèmes somatiques, ainsi que les conséquences de ces problèmes sur la vie privée et professionnelle.

Ensuite, le modérateur a invité chaque participant à réfléchir aux raisons pour lesquels leurs problèmes sont en partie inexpliqués par les médecins, et à exposer

---

<sup>43</sup> Les formulaires de consentement ont été rédigés en vue d'un entretien enregistré. Ils contiennent donc des indications relatives à l'enregistrement audio et video. Le chercheur a demandé aux participants de ne pas tenir compte de ces indications, expliquant que l'entretien ne serait finalement pas enregistré.

ces raisons au groupe. Le modérateur a ensuite suscité le débat autour des différentes explications proposées.

Pour terminer, le modérateur a présenté au groupe le rôle hypothétique du deuil dans l'apparition et le maintien de symptômes inexplicables, a demandé l'avis de chacun à ce sujet et à suscité le débat.

### 6.8.3 Langue

L'entretien a été mené en serbo-croate, la langue maternelle des trois participants, dans le but de faciliter la verbalisation des idées et la fluidité des interactions. Le modérateur étant familier à cette langue, il a donc été décidé de mener l'entretien en serbo-croate.

### 6.8.4 Durée

L'entretien a duré 73 min, dont la première moitié a été allouée à présentation des participants, leur parcours de vie et leur état de santé.

## **6.9 Analyse des données**

Comme il a été mentionné précédemment, aucun enregistrement n'a été fait durant l'entretien, annihilant toute possibilité d'analyse classique d'entretien. La présentation des résultats prendra donc la forme d'un compte rendu des discussions et des conclusions auxquelles est parvenu le groupe.

## **6.10 Vignettes des parcours de vie des participants**

Avant de présenter les résultats, voici une brève description du parcours de vie des trois participants qui ont pris part au focus group.

**Zlatan** Originaire de Bosnie, Zlatan arrive en Suisse en 1990 avec sa femme et ses enfants, peu avant la série de conflits qui allaient éclater en République fédérale socialiste de Yougoslavie. Il a alors trente-sept ans. A son arrivée en Suisse, Zlatan trouve du travail en tant que carreleur, métier qu'il exerçait déjà en Bosnie. En 2004, il est victime d'un accident de chantier, provoquant d'importantes douleurs au niveau du dos. Zlatan tente rapidement de reprendre son travail mais doit arrêter à nouveau, quatre mois après l'accident, en raison de douleurs trop importantes au niveau du dos. Les médecins traitants annoncent que les imageries médicales ne montrent aucune pathologie ou lésion objectives, et que les douleurs sont inexplicables et difficilement traitables. Plus tard, les conclusions d'autres médecins, sur la base des mêmes imageries médicales, se révèlent plus nuancées et lui permettent d'obtenir une rente invalidité à 30%. Au cours des années qui suivent l'accident, apparaissent des problèmes psychologiques, qui l'incitent à entamer une psychothérapie.

Depuis son accident de 2004, Zlatan n'a plus jamais retravaillé et ses douleurs sont toujours présentes, de jour comme de nuit.

**Ivana** De mère serbe et de père albanais, Ivana naît et grandit au Kosovo. Sa famille, qui est la cible d'oppression et de difficultés politiques liées à son identité bi-culturelle, décide de s'exiler en Suisse avant que la guerre n'éclate au Kosovo. Ivana arrive en Suisse en 1997, âgée de onze ans. Elle y vit depuis en tant que réfugiée politique. Peu de temps après l'arrivée en Suisse, Ivana commence à souffrir de douleurs dorsales, que les médecins diagnostiquent comme la conséquence d'une anomalie de naissance. Ivana subit alors une importante opération au niveau du dos, une année après son arrivée en Suisse. Malgré que l'opération se soit bien déroulée, des complications commencent à se manifester, et les douleurs s'aggravent à mesure que les années passent. Ni lésion organique ni dysfonctionnement mécanique ne sont identifiés par les médecins. Aujourd'hui, Ivana souffre de douleurs dorsales chroniques, inexplicables, qui pèsent sur sa vie quotidienne et l'empêchent de s'engager dans une activité professionnelle à cent pour cent.

**Ervin** Originaire de Bosnie, Ervin fuit la guerre et arrive en Suisse en 1997. Agé de vingt-cinq ans, il travaille alors comme carreleur. Quelques temps après son arrivée sur le sol helvétique, Ervin est victime d'un accident sur un chantier de travail et se blesse au niveau du dos. Peu après se développent également des douleurs aux deux genoux. Les examens cliniques mettent les pathologies à l'origine des douleurs; aucune opération n'est toutefois effectuée. Ervin fait une demande de rente à l'assurance-invalidité, qui sera refusée. Il effectue alors un programme de réinsertion professionnelle, et retrouve ainsi un travail. Très rapidement, les douleurs au dos et aux genoux reviennent, pèsant considérablement sur son activité professionnelle. Une deuxième demande d'AI est effectuée, qui sera acceptée, lui donnant droit à une rente à 66%. Actuellement marié et père de trois enfants, Ervin est à nouveau engagé dans un programme de réinsertion professionnelle. Ses douleurs n'ont jamais disparues ni ne se sont amoindries.



## 7. RÉSULTATS ET DISCUSSION

Les informations récoltées durant le focus group ont été regroupées en quatre thèmes: description des troubles somatiques, explications spontanées, explications liées à la migration, et explications liées au deuil. Ces thèmes seront présentés de manière chronologique, relativement à l'ordre dans lequel ils ont été évoqués durant l'entretien.

### Description des troubles somatiques

Les descriptions que les participants font de leurs problèmes physiques sont très similaires entre elles. En effet, elles font toutes état de *douleurs*, localisées pour la plupart au niveau du *dos*. Ces douleurs présentent, chez tous les participants, un caractère *chronique* important: sept ans chez Zlatan, près de quatorze ans chez Ivana et Ervin.

Les douleurs chroniques d'Ivana ne sont associées à aucun substrat organique et restent totalement *inexpliquées* par les médecins. Quant aux douleurs chroniques de Zlatan, elles sont partiellement expliquées; car si les substrats organiques découverts lui donne droit à une rente AI à 30%, ils ne suffisent pas à expliquer l'intensité de sa symptomatologie.

L'*impact péjoratif* des douleurs chroniques est considérable, chez tous les participants. Les conséquences évoquées sont la diminution de la qualité de vie, les problèmes administratifs et financiers, un stress omniprésent et des inquiétudes quant à l'avenir.

Les participants ont également exprimé, vis-à-vis des douleurs, un sentiment d'impuissance et un état de résignation: tous ont affirmé s'être fait à l'idée que les douleurs seront présentes pour le reste de leur vie.

Les descriptions faites par les participants de leurs problèmes de santé sont cohérentes avec la littérature exposée au cours des chapitres précédents. En effet, comme nous l'avons vu, les plaintes somatiques inexpliquées concernent la plupart du temps des symptômes douloureux, et notamment des douleurs dorsales (Lipowski, 1988). De plus, en Suisse, les maux de dos figurent parmi les symptômes physiques les plus courants dans la population migrante d'ex-Yougoslavie (Gabadinho et al., 2007).

L'impact des douleurs chroniques sur la qualité de vie est également largement documenté dans la littérature (Allaz, 2004, Rentsch et al., 2009). Selon Allaz et collaborateurs (1999, p.1482), «l'existence toute entière du patient semble occupée

et transformée par l'expérience de la douleur, devenue le centre de ses préoccupations».

#### Explications spontanées

Après que les participants aient présenté leur état de santé, le modérateur a invité chacun à exposer, de manière spontanée et intuitive, les raisons pour lesquelles leurs symptômes douloureux – et les troubles somatiques au sens large – puissent être inexplicables.

Selon Zlatan, il est évident que la cause de ses souffrances se situe à un niveau corporel. Quant à interpréter pourquoi les médecins affirment que les douleurs sont inexplicables, Zlatan explique que, selon lui, certains médecins sont malhonnêtes et ne souhaitent pas aider les étrangers. Il justifie ce point de vue par le fait que, dans son cas, deux médecins sont arrivés à des conclusions différentes sur la base des mêmes imageries médicales; le fait que certains médecins voient des indices sur les radios l'amène à penser que la pathologie est physique et bien réelle, et que certains médecins sont de mauvaise foi.

Pour Ivana, la déclaration par les médecins qu'aucune cause organique n'a été décelée l'a considérablement déstabilisée. Elle affirme s'être faite à l'idée qu'il n'existe aucun substrat organique à ses douleurs. Face à cette incompréhension totale, Ivana a élaboré, au cours des années, d'autres explications: ses douleurs pourraient résulter de l'opération qu'elle a subie lorsqu'elle avait douze ans, être liées à son enfance et son immigration en Suisse difficiles, ou encore être rattachées d'une quelconque manière au divorce de ses parents. Toutefois, comme pour Zlatan, le vécu physique est si intense que l'hypothèse d'une origine organique ne peut être exclue; raison pour laquelle Ivana souhaite dès que possible entreprendre un travail physiothérapeutique et ergothérapeutique.

Dans le cas d'Ervin, les médecins de l'assurance-invalidité lui ont affirmé que les substrats organiques détectés sur les radios étaient moins causés par son accident que par son vécu de la guerre en Bosnie. Ervin rejette ce point de vue. Selon lui, les propos de ces médecins rendent compte de leur volonté de défendre les intérêts de la société d'assurance.

Nous pouvons constater, à travers ces différentes explications, un élément commun: tous les participants considèrent que leur souffrance physique est bien réelle et que, d'une manière ou d'une autre, *la cause de cette souffrance doit être organique* – du moins le considèrent-ils plus que ne le suggèrent les compte-rendus médicaux. Ainsi, selon Zlatan, la cause de ses douleurs est totalement physique,

sans aucun doute possible; et selon Ervin, la cause des douleurs n'est pas liée au vécu de la guerre, comme le suggèrent certains médecins. Même Ivana qui, bien que donnant des hypothèses non-somatiques, envisage d'entreprendre un travail thérapeutique ciblé sur le corps (posture, musculature, activité physique). Il semble donc difficile pour les participants d'envisager une explication des douleurs qui ne prenne pas – ou pas uniquement – en compte des aspects physiques et physiologiques. Attitude facilement compréhensible, puisque le *vécu*, la *sensation*, le *témoignage* de leurs souffrances se situe dans le corps. De plus, comme nous l'avons vu précédemment, dans les cas de douleurs chroniques à faible substrat organique, les patients tendent à se méfier des médecins qui semblent ne pas prendre leurs problèmes sérieusement et ne les aident pas à soulager leurs douleurs (Hartz et al., 2000). Cette confrontation entre le ressenti subjectif du patient et l'évaluation objective du médecin provoque une détérioration de la relation qui, peut-être dans le cas de nos participants, rend d'autant plus difficile l'acceptation et la confiance dans les constats médicaux.

#### Explications liées à la migration

Une fois les explications spontanées ayant été explicitées par tous les participants, le modérateur a ensuite exposé au groupe quelques données statistiques: il a notamment expliqué que, statistiquement, les immigrés vivant en Suisse étaient en moins bonne santé que les autochtones et qu'ils présentaient plus de problèmes chroniques sans origine organique. Le modérateur a ensuite demandé aux participants s'ils avaient une hypothèse concernant le lien entre migration et santé.

Selon Ervin, les migrants ont des qualifications plus basse que les autochtones et sont contraints de s'engager dans des professions manuelles où le risque d'accident est plus élevé. Selon lui, dans ces circonstances, un accident arrive statistiquement plus souvent à un migrants, et ceci pour deux raisons. Premièrement, car la majorité des travailleurs astreints à des postes harassants et dangereux sont des migrants; deuxièmement car l'expérience de migration, les conditions de vie post-migratoires et tous les soucis qu'elles amènent, fragilisent le travailleur migrant: déconcentration au travail, problème psychique lié à la migrations, et cetera. Pour Ervin donc, le lien entre migration et douleur chronique est réel mais indirect.

Ivana et Zlatan adhèrent à l'hypothèse d'Ervin, et n'ont pas proposé d'explications alternatives.

L'explication d'Ervin est intéressante car elle met l'accent sur les conditions de travail des migrants et sur les difficultés de la vie quotidienne dans le pays d'accueil, deux dimensions exposées précédemment (voir chapitre 3.4.3). Plus encore, l'explication d'Ervin lie ces deux aspects: ainsi conditions de travail difficiles et stressées de la vie quotidienne s'influenceraient mutuellement, augmentant les risques d'accident sur les chantiers de travail. Cet éclairage va au-delà des considérations présentées au chapitre 3.4.3 (simples corrélations entre somatisation et variables socio-démographiques indépendantes les unes des autres) en proposant un emboîtement, une influence réciproque entre différentes variables.

#### Explications liées au deuil

Pour la dernière partie de l'entretien, le modérateur a exposé au groupe l'hypothèse du deuil, expliquant d'une part que des troubles somatiques peuvent apparaître lorsque le processus de deuil se complique et d'autre part que les migrants passent vraisemblablement à travers une série de deuils, parfois difficiles. Le modérateur a également proposé que des accidents aux conséquences importantes, comme ceux d'Ervin et Zlatan, ou des douleurs handicapantes survenant à un très jeune âge, comme celles d'Ivana, pourraient constituer le déclenchement d'un processus de deuil.

Les participants exprimant des difficultés à saisir le sens des propos du modérateur, ce dernier leur présenta une analogie: si un jeune musicien, rêvant de devenir pianiste professionnel, se casse la main lourdement, il perd soudainement un rêve (son projet de devenir musicien professionnel), il perd une partie de soi. Si, au contraire, le rêve de ce jeune homme est de devenir astrophysicien, l'accident à la main n'aura pas du tout la même dimension. Le modérateur termine en précisant que, selon l'hypothèse de recherche, un événement tel qu'un accident de chantier peut provoquer ou représenter une *perte* à un niveau psychologique, et que cette perte peut, à son tour, générer des douleurs physiologiques. Les participants ont alors exprimé avoir compris l'hypothèse du chercheur.

Zlatan raconte alors que son accident a provoqué en lui une grosse perturbation et beaucoup de questionnements: qu'allait-il faire maintenant, âgé de cinquante-et-un ans, après trente-cinq années passées dans ce corps de métier? Qu'allait-il devenir? Comment allait-il nourrir sa famille? Selon Zlatan, l'âge joue un rôle important dans la représentation des choix et des options, et donc de la gravité de la perte. Il estime que si l'avait été plus jeune et plus flexible, l'accident n'aurait pas



représenté un événement aussi grave qu'il ne l'a été pour lui. Il se serait, entre autres, senti plus apte à changer radicalement de profession.

Ivana et Ervin approuvent; selon eux, il est évident que l'âge joue un rôle dans la gravité de la représentation de la situation.

Cependant, pour Ivana, c'est parfois le jeune âge qui rend la situation et la perte si dramatiques. En effet, dans son cas, raconte-t-elle, l'opération et les douleurs qui suivirent l'ont profondément atteintes, car elle n'a dès lors plus pu danser ou courir, activités chères à ses yeux. Plus importantes encore furent ces pertes à l'idée qu'elle était encore jeune et que ces activités étaient perdues à vie.

De plus, Ivana relate que ses douleurs sont plus intenses lorsqu'elle se rend compte qu'elle ne peut plus effectuer une activité qu'elle aurait souhaité être encore capable de faire, comme par exemple la danse.

Zlatan partage le même sentiment qu'Ivana, qu'il exprime en ces termes-ci: «Parfois je veux, mais je ne peux pas. Et là j'ai encore plus mal.»

Ervin adhère aux explications d'Ivana et Zlatan; il pense que la douleur peut être plus forte ou durer plus longtemps lorsque l'on perd ses rêves ou ses projets, lorsque l'on perd une partie de soi. Ivana et Zlatan acquiescent.

Les propos des participants au sujet des pertes et de leur lien avec les douleurs vont dans le sens de l'hypothèse de recherche. Autrement dit, il semble probable qu'une perte importante, et le processus de deuil qu'elle implique, aient un rôle à jouer dans l'apparition ou le maintien de douleurs chroniques à faible substrat organique. Gardons-nous toutefois d'y voir une preuve de notre hypothèse. En effet, nous n'avons pas assez d'éléments à disposition pour pouvoir affirmer que des processus de deuil sont en action chez les participants, et moins encore pour pouvoir qualifier ces deuils de «compliqués» (voir chapitre 4.5). Néanmoins, il est intéressant de noter que les participants sont sensibles à la thématique du deuil, et que l'hypothèse semble faire sens à leurs yeux.

Bien que les propos des participants aillent dans le sens de l'hypothèse, il est important de préciser que, chez les participants, la perte semble être une conséquence aux douleurs, et non l'inverse. Ces sont les douleurs d'Ivana qui lui ont fait perdre la possibilité de danser comme elle le faisait auparavant; ce sont les douleurs de Zlatan qui l'ont empêché de continuer à exercer son travail. Il semblerait donc que les douleurs soient au commencement et agissent comme un *double* révélateur de pertes: les douleurs révéleraient tout d'abord la perte d'un corps jeune et en bonne santé et, par les conséquences qu'elles induisent chez la personne souffrante, impliqueraient pertes de rêves, de projets, de statuts,

d'activités, et cetera. Toutes ces *pertes* amplifieraient à leur tour les douleurs existantes. Ainsi, il est possible que, comme le suppose Métraux (2004, 2010), le refus d'accepter sa condition et d'exprimer oralement sa souffrance, notamment auprès de ses proches, oblige la personne à trouver un autre moyen d'expression, en l'occurrence par le corps.

Ces considérations sont importantes. Elles nous incitent à envisager le lien entre deuil et somatisation comme une influence bi-directionnelle et complexe, plutôt que comme une causalité linéaire et unidirectionnelle.

De plus, si pour les participants les pertes semblent être une conséquence des douleurs, nous n'en excluons pas pour autant l'hypothèse inverse et complémentaire, à savoir que des pertes puissent être à la source de leur douleurs. En effet, il est possible que des pertes subies au travers du parcours migratoire ne soient pas consciemment reconnues comme telles.

Comme nous l'avons vu au chapitre 4, le processus de deuil débute généralement par une phase de refus, dans laquelle la réalité de la perte est niée. Cette phase peut durer particulièrement longtemps dans les deuils dits «absents» ou «différés» (Bacqué & Hanus, 2009). Il est donc possible que, chez les participants du focus group, certaines pertes soient déniées. En effet, aucune pertes liées à la migration n'ont été mentionnées durant la discussion; les participants n'ont mentionné que celles qui ont découlé de leurs problèmes physiques, donnant à croire que leurs malheurs se résument à un corps trop fragile. Devrions-nous y voir le signe d'une phase de refus prolongée? Nous manquons d'informations pour répondre à cette question avec assurance. Toutefois, nous pouvons constater, à travers les propos des participants, à quelle point l'acceptation d'une perte est difficile.

En effet, lorsque nous regardons de plus près les pertes auxquelles les participants font référence, nous constatons qu'il s'agit uniquement de *deuils de Toi*. Zlatan a perdu son métier, son statut de patriarche; Ivana sa capacité à réaliser ses activités favorites; Ervin, bien que ne l'exprimant pas directement, ses projets de vie. Toutes ces pertes ne concernent qu'une partie constitutive du soi. Aucune trace de *renversement*. Il semblerait donc que, chez les participants, la dimension *absolue* et *totale* de la perte reste inconcevable, ou inavouable. De plus, même lorsque la perte – considérée donc comme une perte de Toi – est mentionnée, l'acceptation semble limitée. C'est en tout cas ce que laissent entendre les propos d'Ivana et de Zlatan: lorsqu'un événement leur rappelle la perte, lorsque la réalité

leur saute aux yeux, alors leurs douleurs s'amplifient. Comme si l'individu qu'ils sont pouvait encore être surpris à l'annonce de l'objet perdu.

Résumons en deux points. Premièrement, partant du postulat que des pertes liées à la migration puissent ne pas être consciemment reconnues par les participants, nous n'excluons pas la possibilité que de telles pertes puissent influencer l'apparition et le maintien de leurs douleurs. Deuxièmement, nous suggérons que les pertes évoquées par les participants et engendrées par les problèmes somatiques puissent n'être que partiellement acceptées. Le processus de deuil à leur égard restant inachevé, ces pertes amplifieraient à leur tour les douleurs, comme l'expression d'une souffrance qui ne trouverait son unique voie – et voix – qu'à travers le corps.

Répetons-le, les liens entre deuil et somatisation apparaissent extrêmement complexes: des douleurs révélant des pertes – notamment celle d'un corps jeune et sain – et engendrant des pertes variées – rêves, projets, activités – mais également peut-être des douleurs liées à des pertes inconscientes. Complexité d'autant plus grande que semblent y prendre part d'autres facteurs, notamment le stress.

La notion de *stress* se retrouve à plusieurs reprises dans les discours des participants. Bien que cette notion n'ait pas fait l'objet d'une attention particulière, elle a été omniprésente dans ce travail. Elle a notamment été évoquée comme facteur précipitant dans le processus de somatisation, aussi bien pour population générale (Lipowski, 1988) que la population migrante (Castillo et al., 1995; voir chapitres 3.4.3 et 3.4.4).

De nombreuses études scientifiques ont étudié l'impact du stress sur l'organisme et nous savons maintenant que le stress psychologique induit un certain nombre de mécanismes cérébraux qui régulent, entre autres, la libération de cortisol dans le corps, affectant les systèmes métaboliques, cardiovasculaires et nerveux central (Dedovic et al., 2009). Actuellement, les avancées en neurosciences mettent également en évidence le rôle du stress, des émotions et de la régulation des émotions dans l'apparition de symptômes somatiques, notamment via le système nerveux autonome et le système endocrinien (Lane & Wager, 2009). Il semblerait que les patterns de gestion des émotions, aussi bien que certains états émotionnels particulièrement violents, puissent modifier l'activité du cerveau et favoriser l'émergence de troubles somatiques (Lane, 2008). Concernant les symptômes douloureux plus particulièrement, il semblerait que certaines régions du cerveau, notamment le cortex cingulaire antérieur (impliqué dans la gestion des émotions) et le cortex cingulaire moyen (impliqué dans la gestion du stress et des conflits),

jouent un rôle prépondérant dans le maintien des douleurs chroniques (Lane et al., 2009).

Le cortex cingulaire, évoqué ci-dessus, est connecté avec l'amygdale et le cortex préfrontal (Lane et al., 2009), deux régions particulièrement pertinentes dans le processus de deuil et la régulation de la tristesse (Freed et al., 2009). Stress et deuil pourraient donc peut-être avoir, à certains égards, une influence similaire sur le corps, présomption cohérente avec l'idée selon laquelle le deuil constitue une situation stressante par excellence (Lipowski, 1988; Gerra et al., 2003).

Les recherches portant sur les liens entre deuil et somatisation devraient donc, selon toute vraisemblance, prendre en compte les avancées neuroscientifiques sur le stress et la régulation des émotions. De manière générale, les recherches futures devront combiner, nous en sommes convaincus, les points de vue, les connaissances et les méthodes de différentes disciplines. Selon nous, l'interdisciplinarité est fondamentale dans la recherche scientifique, en particulier lorsqu'il s'agit de l'étude de l'être humain, de ses pensées, de ses comportements et de ses interactions sociales. Dans le cas qui nous concerne ici, plusieurs champs d'investigation devraient être fusionnés: biologie, neurosciences, psychologie cognitive et expérimentale, et psychologie clinique. Plus précisément, les neurosciences devront explorer les mécanismes neuronaux du processus de deuil et étudier les voies qui lient le cerveau et l'environnement physiologique, viscéral et périphérique, notamment les systèmes endocriniens et immunitaires, les mécanismes inflammatoires, la régulation de la douleur, ainsi que la gestion du stress et des émotions. Les modèles explicatifs devront être testés expérimentalement par des études de psychologie cognitive. De plus, et il s'agit là d'un aspect essentiel, les investigations cognitives et neurophysiologiques devront être combinées aux observations cliniques de patients somatisants. En effet, la phénoménologie recueillie à travers une activité médicale ou psychothérapeutique sera d'une aide précieuse car, comme nous l'avons vu dans ce travail, les thématiques du deuil et de la perte sont difficiles à verbaliser et nécessitent une écoute patiente et respectueuse. Les recherches futures marieront donc, nous l'espérons, des techniques d'investigations diverses et complémentaires, allant de la phénoménologie à la mécanique neuro-biologique.

## 8. ÉPILOGUE

Dans ce travail, nous avons commencé par examiner le concept de somatisation, que nous avons défini comme la tendance à ressentir et exprimer des symptômes somatiques dont ne rend compte aucune pathologie organique, à les attribuer à un problème physique, et à rechercher en conséquence une aide médicale (Liposwki, 1988). Nous avons vu que, selon des recherches suisses et internationales (Lin et al., 1985; Castillo et al., 1995, Ritsner et al., 2000, Perez Fuster, 2006), la prévalence et la gravité de la somatisation sont plus importantes chez les populations immigrées que chez les populations autochtones. Plusieurs hypothèses tentant d'expliquer ce phénomène ont été exposées. Nous avons ensuite présenté une hypothèse alternative, centrée autour des processus de deuil inhérents à la migration. Une recherche originale a permis d'évaluer la pertinence de l'hypothèse auprès de personnes migrantes souffrant de troubles somatiques à faible substrat organique.

Le compte-rendu de cette expérience montre que des douleurs, suffisamment importantes pour être handicapantes, génèrent une série de pertes qui bouleversent la personne qui en souffre. Les résultats suggèrent que ces pertes, et plus particulièrement leur prise de conscience, peuvent amplifier des douleurs existantes, révélant une forme de cercle vicieux où douleurs et pertes se renforcent. Ces pertes impliquent toutes un travail de deuil qui, comme nous l'avons vu, nécessite la transformation profonde de l'individu; une transformation *renversante* qui, dans beaucoup de cas, peine à se réaliser; une transformation qui, si elle n'a pas lieu, peut, selon certains auteurs (Poletti & Dobbs, 2003; Bacqué & Hanus, 2009), favoriser l'émergence et la chronicisation de troubles somatiques. Le deuil semble donc être un facteur médiateur important entre la migration et la somatisation.

L'hypothèse du deuil n'exclue bien sûr pas les autres facteurs, comme les conditions de travail des migrants, leur situation socio-économique, les tragédies liées à leur passé migratoire, les différences culturelles dans l'expression des souffrances physiques et psychiques, ou encore les liens entre dépression et douleurs chroniques. Au contraire, il semblerait que la somatisation entretienne, avec l'ensemble de ces dimensions, des relations complexes et multifactorielles. D'autres facteurs, comme le stress et les mécanismes de régulation des émotions, semblent également avoir un rôle important.

Tous ces éléments nous incitent à concevoir la somatisation au carrefour d'une multitude de facteurs, aux relations complexes et mutuellement dépendantes.

Avant d'apposer un point final à ce travail, revenons brièvement sur les notions de *migration* et de *migrants*. Nous avons défini les migrants comme des individus quittant un pays pour s'établir dans un autre. Or la migration ne se réduit pas à l'acte de franchir une frontière étatique. Comme son étymologie nous le rappelle, *migrer* signifie «s'en aller au loin»<sup>44</sup>; et c'est bien de cela qu'il s'agit. Car les migrants dont nous avons parlé dans ce travail sont avant tout des personnes qui vivent une transition, accompagnée d'importants changements qu'ils doivent accepter et auxquels ils doivent s'adapter. Ainsi, la migration que nous avons évoqué tout au long de ces pages devrait être comprise comme une métaphore heuristique. Nous sommes tous migrants. Ce petit garçon qui change de club sportif. Cette jeune femme qui quitte pour la première fois le domicile familial pour s'établir ailleurs. Cet employé dont l'affectation change au sein de son entreprise. Cette enseignante suisse-alsacienne qui décide de poursuivre sa carrière de l'autre côté de la Sarine. Cet ancien travailleur agricole qui s'installe en ville après une vie passée à la campagne. Cette arrière grand-mère, que l'on place dans un home pour personnes âgées. Vous, chère lectrice ou cher lecteur, très probablement. Moi, sans aucun doute. Nous migrons sans cesse, physiquement ou par la pensée. Nous subissons des pertes depuis notre naissance, et il en ira ainsi jusqu'à notre mort. Le simple acte de vivre et d'échanger avec autrui nous oblige, en permanence, à transformer les représentations que nous nous faisons de soi-même et du monde qui nous entoure. Ce travail a également été pour moi une forme de migration: j'ai appris et me suis enrichi, j'ai adopté de nouveaux points de vue et abandonné d'anciens, j'ai découvert certaines de mes limites, j'ai douté et me suis remis en question. Oui, j'ai migré moi aussi. Et cela m'a grandi.

---

<sup>44</sup> <http://fr.wiktionary.org/wiki/migrer>







...

*Un jour il réalisa qu'à travers son voyage il avait perdu ceci et cela  
Plus encore, disait-il: il s'était perdu soi!  
L'affliction il l'accepta et, curieuse est la chose,  
Dès lors son corps cessa d'être sa seule voix, sa seule prose.*



## BIBLIOGRAPHIE

- Allaz, A.-F. (2004). Douleurs chroniques rebelles: une plainte polysémique. *Médecine & Hygiène*, 62, 1372-1375.
- Allaz, A.-F., Piguet, V., Desmeules, J., Jung, E., Cedraschi, C., & Dayer, P. (1999). Plainte douloureuse chronique: approche multidisciplinaire. *Médecine & Hygiène*, 57, 1481-1486.
- Association Américaine de Psychologie APA (1992). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. *American Psychologist*, 47(12), 1597-1611.
- Bacqué, M.-F. & Hanus, M. (2009). *Le deuil*. Paris: PUF.
- Bhugra, D., & Ayonrinde, O. (2004). Depression in migrants and ethnic minorities. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 13-17.
- Bodenmann, P., Madrid, C., Vannotti, M., Rossi, I., & Ruiz, J. (2007). Migrations sans frontières mais...barrières des représentations [Migration without borders, but...barriers of meaning]. *Revue Médicale Suisse*, 3(135), 2710-2717.
- Bodenmann, P., Diserens, E.-A., Marguerat-Bouché, I., Elghezouani, A., Pasche, C., Puig, F., & Vannotti, M. (2008). Durcissement des lois sociales et santé des migrants forcés [Hardening of social laws and forced migrants health]. *Revue Médicale Suisse*, 4(181), 2563-2568.
- Bodenmann, P., & Vannotti, M. (2006). Votations du 24 septembre: "migrants forcés" et menaces sur la santé. *Bulletin des Médecins Suisses*, 87(48), 2087-2088.
- Cameron, O.G. (2001). Interoception: The Inside Story – A Model for Psychosomatic Processes. *Psychosomatic Medicine*, 63, 697–710.
- Castillo, R., Waitzkin, H., Ramirez, Y., & Escobar, J.I. (1995). Somatization in primary care, with a focus on immigrants and refugees. *Archives of Family Medicine*, 4, 637-646.
- Cathébras, P. (1998). Symptômes médicalement inexplicés et somatisation. *Revue de Médecine Interne*, 19 Suppl. 3, 335-338.
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris: PUF.

- Dedovic, K., Duchesne, A., Andrews, J., Engert, V., & Pruessner, J.C. (2009). The brain and the stress axis: The neural correlates of cortisol regulation in response to stress. *NeuroImage*, *47*, 864–871.
- Demyttenaere, K., Bonnewyn, A., Bruffaerts, R., Brugha T., De Graaf, R., & Alonso, J. (2006). Comorbid painful physical symptoms and depression: Prevalence, work loss, and help seeking. *Journal of Affective Disorders*, *92*, 185–193.
- Dieguez, S. (2010). Qui est le malade imaginaire?. *Cerveau & Psycho*, *41*, 82-87.
- Dilts, R., & DeLozier, J. (2000). *Encyclopedia of Systemic NLP and NLP New Coding*. Scotts Valley: NLP University Press.
- Doron, R., & Parot, F. (2007). *Dictionnaire de la psychologie, 2<sup>e</sup> édition*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Durieux-Paillard, S., & Eytan, A. (2007). Du syndrome méditerranéen à la balkanisation des diagnostics : l'art difficile de la neutralité en médecine. *Revue Médicale Suisse*, *3*, 1413-1414.
- Escobar, J.I. (1997). Developing practical indexes of somatization for use in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, *42*(4), 323-328.
- Fassin, D., & Rechtman, R. (2007). *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*. Paris: Flammarion.
- Fennelly, K. (2005). The "Healthy Migrant" Effect. *Healthy Generations*, *5*(3), 1-4.
- Frances, A., Pincus, H.A., & First, M.B. (2003). *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé*. Paris: Masson.
- Freed, P.J., Yanagihara, T.K., Hirsch, J., & Mann, J.J. (2009). Neural Mechanisms of Grief Regulation. *Biological Psychiatry*, *66*, 33–40.
- Frisch, M. (1967). *Öffentlichkeit als Partner*. Berlin: Surhkamp.
- Froidevaux, C. (2009). *Les complications du deuil*. Mémoire de maîtrise universitaire en psychologie non publié, Université de Lausanne, Lausanne, Suisse.
- Gabadinho, A., Wanner, P., & Dahinden, J. (2007). *La santé des populations migrantes en Suisse: une analyse des données du GMM*. Neuchâtel: Publications du Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).

- Geoffrion, P. (2003). Le groupe de discussion. In B. Gauthier (Ed), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte de données* (pp. 333-356). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Georgiou, D. (2001). Présentation du champ des méthodes qualitatives dans la psychologie anglo-saxonne. In M. Santiago Delefosse & G. Rouan (Eds.), *Les méthodes qualitatives en psychologie* (pp. 9-37). Paris: Dunod.
- Gerra, G., Monti, D., Panerai, A.E., Sacerdote, P., Anderlini, R., Avanzini, P., Zaimovic, A., Brambilla, F., & Franceschi, C. (2003). Long-term immune-endocrine effects of bereavement: relationships with anxiety levels and mood. *Psychiatry Research*, 121(2), 145-158.
- Gross, C.S. (2004). Struggling with imaginaries of trauma and trust: the refugee experience in Switzerland. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28, 151–167.
- Gurtner, C. (2011). *Douleurs chroniques rebelles et migration: la conséquence d'une perte de cohérence?* Mémoire de maîtrise universitaire en psychologie non publié, Université de Lausanne, Lausanne, Suisse.
- Hartz, A.J., Noyes, R., Bentler, S.E., Damiano, P.C., Willard, J.C., & Momany, E.T. (2000). Unexplained symptoms in primary care: perspectives of doctors and patients. *General Hospital Psychiatry*, 22, 144–152.
- Hofmann-Banyák, J. (2001). *L'expérience de migration: deuil et créativité.* Mémoire de licence en psychologie non publié, Université de Lausanne, Lausanne, Suisse.
- Irwin, M., & Pike, J. (1993). Bereavement, depressive symptoms and immune function. In M.S. Stroebe, W. Stroebe, & O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement* (pp. 160-171). Cambridge: Cambridge University Press.
- Isaac, M., Janca, A., & Orley, J. (1996). Somatization: a culture-bound or universal syndrome? *Journal of Mental Health*, 5(3), 219-222.
- Jackson, J.L., & Kroenke, K. (1999). Difficult Patient Encounters in the Ambulatory Clinic: Clinical Predictors and Outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 159 (10), 1069-1075.
- Johansson, E.E., Hamberg, K., Westman, G., & Lindgren, G. (1999). The meanings of pain: an exploration of women's descriptions of symptoms. *Social Science & Medicine*, 48, 1791-1802.

- Jovchelovitch, S. (2004). Contextualiser les focus groups: comprendre les groupes et les cultures dans la recherche sur les représentations. *Bulletin de psychologie*, 57 (3), 245-252.
- Jung Wiggins, E. (2000). *Patients souffrant de troubles somatoformes: évaluation d'une prise en charge intégrée médico-psychiatrique et revue de la littérature*. Thèse de doctorat en médecine non publiée, Université de Lausanne, Lausanne, Suisse.
- Junod Perron, N., & Hudelson, P. (2006). Somatisation: illness perspectives of asylum seeker and refugee patients from the former country of Yugoslavia. *BMC Family Practice*, 7(10).
- Kirmayer, L.J., & Young, A. (1998). Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 60, 420-430.
- Kowalski, S.D., & Bondmass, M.D. (2008). Physiological and psychological symptoms of grief in widows. *Research in Nursing & Health*, 31, 23–30.
- Kroenke, K. (2000). Somatization in primary care: it's time for parity. *General Hospital Psychiatry*, 22, 141-143.
- Kroenke, K., & Mangelsdorff, A.D. (1989). Common symptoms in ambulatory care: Incidence, evaluation, therapy, and outcome. *The American Journal of Medicine*, 86(3), 262-266.
- Kroenke, K., & Price R.K. (1993). Symptoms in the Community: Prevalence, Classification, and Psychiatric Comorbidity. *Archives of Internal Medicine*, 153 (21), 2474-2480.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New York: Touchstone.
- Lane, R.D. (2008). Neural Substrates of Implicit and Explicit Emotional Processes: A Unifying Framework for Psychosomatic Medicine. *Psychosomatic Medicine*, 70, 214–231.
- Lane, R.D., & Wager, T.D. (2009). Introduction to a Special Issue of Neuroimage on Brain–Body Medicine. *NeuroImage*, 47, 781–784.
- Lane, R.D., Waldstein, S.R., Critchley, H.D., Derbyshire, S.W.G, Drossman, D.A., Wager, T.D., Schneiderman, N., Chesney, M.A., Jennings, J.R., Lovallo, W.R.,

- Rose, R.M., Thayer, J.F., & Cameron, O.G. (2009). The Rebirth of Neuroscience in Psychosomatic Medicine, Part II: Clinical Applications and Implications for Research. *Psychosomatic Medicine*, 71, 135–151.
- Lê Quang, D. (2007). Troubles somatoformes. *Revue Médicale Suisse*, 108.
- Lev, E., Munro, B.H., & McCorkle, R. (1993). A shortened version of an instrument measuring bereavement. *International Journal of Nursing Studies*, 30, 213–226.
- Lin, E.H.B., Carter, W.B., & Kleinman A.M. (1985). An exploration of somatization among asian refugees and immigrants in primary care. *American Journal of Public Health*, 75(9), 1080-1084.
- Lipowski, Z.J. (1986). Somatization: a borderland between medicine and psychiatry. *Canadian Medical Association Journal*, 135, 609-614.
- Lipowski, Z.J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1358-1368.
- Maccallum, F., & Bryant, R.A. (2008). Self-defining memories in complicated grief. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1311–1315.
- Marková, I. (2003). Les focus groups. In S. Moscovici & F. Buschini (Eds.), *Les méthodes des sciences humaines* (pp. 221-242). Paris: Presses Universitaires de France.
- Marin, C. (2009). Au-delà de l'ennui: l'effort pour rendre l'autre intéressant. *Revue Médicale Suisse*, 5(190), 351-353.
- Métraux, J.-C. (2004). *Deuils collectifs et création sociale*. Paris: La Dispute.
- Métraux, J.-C. (2010). *Cours «Santé et migration»*, Université de Lausanne, Lausanne, Suisse. Notes de cours personnelles, manuscrit non publié.
- Métraux, J.-C. (2011). *Relents d'orientalisme*. Manuscrit non publié.
- Middleton, W., Burnett, P., Raphael, B., & Martinek, N. (1996). The Bereavement response: A cluster Analysis. *British Journal of Psychiatry*, 169(2), 167-171.
- Middleton, W., Raphael, B., Martinek, N., & Misso, V. (1993). Pathological grief reactions. In M.S. Stroebe, W. Stroebe, & O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement* (pp. 44-61). Cambridge: Cambridge University Press.

- Muller, J.E., Wentzel, I., Nel, D.G., & Stein, D.J. (2008). Depression and anxiety in multisomatoform disorder: prevalence and clinical predictors in primary care. *South African Medical Journal*, 98(6), 473-476.
- Myers, A., Hansen, C.H. (2003). *Psychologie expérimentale*, 1<sup>re</sup> édition. Paris: De Boeck.
- Nils, F., & Rimé, B. (2003). L'interview. In S. Moscovici & F. Buschini (Eds.), *Les méthodes des sciences humaines* (pp. 165-185). Paris: Presses Universitaires de France.
- O'Connor, M-F., Allen, J.J.B., & Kaszniak, A.W. (2002). Autonomic and emotion regulation in bereavement and depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 183-185.
- Office fédéral de la santé publique OFSP (2007). *Qu'est-ce qu'on sait de l'état de santé des populations migrantes? Les principaux résultats du «Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse»*. Bern: Confédération suisse, Département fédéral de l'intérieur DFI.
- Office fédéral de la santé publique OFSP (2008). *Migration et santé: Résumé de la stratégie fédérale phase II (2008 à 2013)*. Bern: Confédération suisse, Département fédéral de l'intérieur DFI.
- Office fédéral de la statistique OFS (2009). *Portrait démographique de la Suisse, édition 2009*. Bern: Confédération suisse, Département fédéral de l'intérieur DFI.
- Office fédéral de la statistique OFS (2011). *Actualités OFS, 14 Santé: Statistique médicale des hôpitaux 2009 – Tableaux standard*. Bern: Confédération suisse, Département fédéral de l'intérieur DFI.
- Office fédéral des assurances sociales OFAS (2009). *Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen: Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe*. Bern: Confédération suisse, Département fédéral de l'intérieur DFI.
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud OAI-VD (2010). *Rapport annuel 2010*. Vevey: Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- Perez Fuster, A. (2006). *Le trouble somatoforme douloureux et le syndrome de fatigue chronique, des nouvelles expressions de la médicalisation de la*



*souffrance*. Thèse de doctorat en médecine non publiée, Université de Lausanne, Lausanne, Suisse.

Peveler, R., Kilkenny, L., Kinmonth, A.-L. (1997). Medically unexplained physical symptoms in primary care: A comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion. *Journal of Psychosomatic Review*, 42(3), 245-252.

Poletti, R., & Dobbs, B. (2003). *Vivre son deuil et croître*. Jouvence, Genève.

Rentsch, D., Piguet, V., Cedraschi, C., Desmeules, J., Luthy, C., Andreoli, A., & Allaz, A.-F. (2009). Douleurs chroniques et dépression: un aller-retour? *Revue Médicale Suisse*, 5, 1364-1369.

Ritsner, M., Ponizovsky, A., Kurs, R., & Modai, I. (2000). Somatization in an immigrant population in Israel: a community survey of prevalence, risk factors, and help-seeking behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 385–392.

Rubalcava, L.N., Teruel, G.M., Thomas, D., & Goldman, N. (2008). The healthy migrant effect: new findings from the Mexican Family Life Survey. *American Journal of Public Health*, 98(1), 78–84.

Saurer, A. (2004). Traiter un trouble somatoforme douloureux ou penser des sens possibles de l'histoire récente? *Médecine et Hygiène*, 62, 721-724.

Shuchter, S.R., & Zisook, S. (1993). The course of normal grief. In M.S. Stroebe, W. Stroebe, & O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement* (pp. 23-43). Cambridge: Cambridge University Press.

Simon, G.E., Gureje, O., & Fullerton, C. (2001). Course of hypochondriasis in an international primary care study. *General Hospital Psychiatry*, 23, 51–55.

Simon, G.E., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., & Ormel, J. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *The New England Journal of Medicine*, 341(18), 1329-1335.

Smith, G.R. (1994). The course of somatization and its effects on utilization of health care resources. *Psychosomatics*, 35(5), 263-267.

Stroebe, M.S., Stroebe, W., & Hansson, O. (1993). Contemporary themes and controversies in bereavement research. In M.S. Stroebe, W. Stroebe, & O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement* (pp. 457-475). Cambridge: Cambridge University Press.

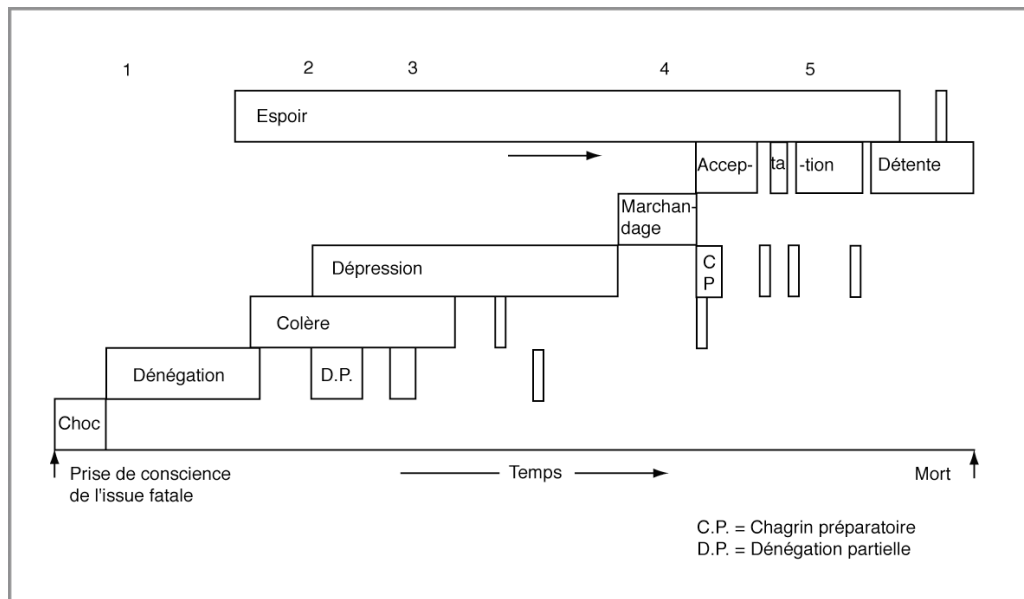
- Tribunal fédéral des assurances (2004). *Recueil officiel des arrêts du Tribunal fédéral suisse: Arrêt ATF I 380/03, du 8 juillet 2004*. Page consultée le 28.09.11 depuis: [http://jumpcgi.bger.ch/cgi-bin/JumpCGI?id=08.07.2004\\_I\\_380/03](http://jumpcgi.bger.ch/cgi-bin/JumpCGI?id=08.07.2004_I_380/03)
- Tribunal fédéral des assurances (2005). *Recueil officiel des arrêts du Tribunal fédéral suisse: Arrêt ATF I 690/04, du 2 mars 2005*. Page consultée le 28.09.11 depuis: [http://jumpcgi.bger.ch/cgi-bin/JumpCGI?id=02.03.2005\\_I\\_690/04](http://jumpcgi.bger.ch/cgi-bin/JumpCGI?id=02.03.2005_I_690/04)
- Tribunal fédéral des assurances (2011). *Recueil officiel des arrêts du Tribunal fédéral suisse: Arrêt ATF 9C\_711/2010, du 18 mai 2011*. Page consultée le 28.09.11 depuis: [http://jumpcgi.bger.ch/cgi-bin/JumpCGI?id=18.05.2011\\_9C\\_711/2010](http://jumpcgi.bger.ch/cgi-bin/JumpCGI?id=18.05.2011_9C_711/2010)
- Tull, M.T., Gratz, K.L., Salters, K., & Roemer, L. (2004). The role of experiential avoidance in posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression, anxiety, and somatization. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 192*(11), 754–761.
- de Tychey, C. (2010). Alexithymie et pensée opératoire: approche comparative clinique projective franco-américaine. *Psychologie clinique et projective, 16*, 177-206.
- Vannotti, M., & Bodenmann, P. (2003). Migration et violence. *Médecine et Hygiène, 61*(2455), 2034-2038.
- Verdu, B., & Stiefel, F. (2008). Troubles somatoformes: enjeux des classifications à travers l'entité du trouble douloureux. *EMC Psychiatrie, 37-402-A-20*.
- Wegerif, R., & Mercer, N. (1997). A dialogical framework for researching peer talk. In R. Wegerif & P. Scrimshaw (Eds.), *Computers and talk in the primary classroom* (pp. 49-61). Clevedon: Multilingual Matters.
- Wessely, S., Nimnuan, C., Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet, 354*(9182), 936–939.
- Wool, C.A., & Barsky, A.J. (1994). Do women somatize more than men? Gender differences in somatization. *Psychosomatics, 35*(5), 445-452.
- Westermeyer, J., Bouafuely, M., Neider, J., & Callies, A. (1989). Somatization among refugees: an epidemiologic study. *Psychosomatics, 30*(1), 34-43.





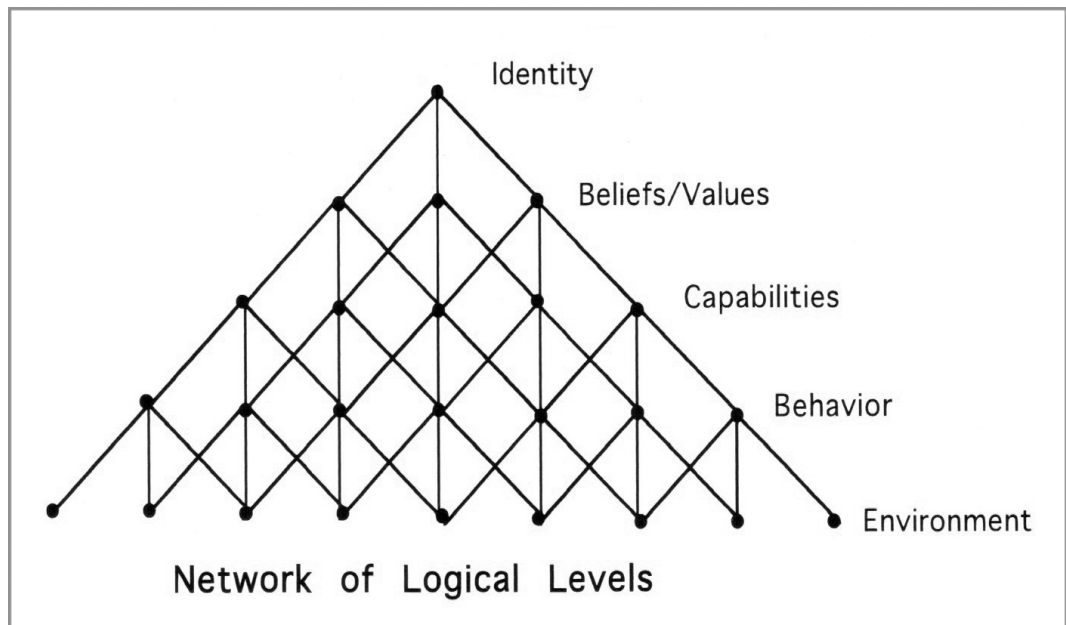
## ANNEXES

**Annexe 1: Phases du deuil selon Elisabeth Kübler-Ross**



Source: Kübler-Ross, 1969, p. 265.

**Annexe 2: Niveaux logiques de Dilts**



Source: Dilts & DeLozier, 2000, p. 676

### Annexe 3: Formulaire de consentement, version française



#### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ Entretien de groupe dans le cadre d'un mémoire en psychologie

L'entretien de groupe (focus group) se déroulera sous la forme d'une discussion ouverte autour de deux thématiques: la migration et les troubles somatiques chroniques. Quatre participants prendront part à la discussion. Cet entretien a pour but de récolter des informations sur la manière dont les participants perçoivent la migration, les troubles somatiques chroniques et les liens qui peuvent exister entre ces deux sujets. La durée de l'entretien sera d'environ 1 heure, et pourra durer aussi longtemps que voulu si tous les participants y consentent. L'entretien sera filmé (enregistrement audiovisuel), dans le but unique de simplifier le travail de transcription. Les informations recueillies seront uniquement utilisées dans le cadre du mémoire, et seront ensuite détruites. Les informations recueillies resteront confidentielles et l'anonymat des participants sera conservé. Les participants peuvent à tout moment interrompre leur participation sans avoir à se justifier ni encourir aucune responsabilité.

Le/la soussigné(e):

- Affirme avoir compris les informations exposées ci-dessus, à propos desquelles il/elle a pu poser toutes les questions qu'il/elle souhaitait.
- A été informé(e) du fait qu'il/elle pouvait interrompre à tout instant sa participation à cette étude sans préjudice d'aucune sorte.
- Accepte que l'entretien soit enregistré (audio + video) et comprend que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif des investigateurs concernés.
- A été informé(e) que son identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information le/la concernant sera traitée de façon confidentielle.
- Accepte, par respect pour la vie privée des autres participants, de ne divulguer aucune information ou déclaration qui aura été dite durant la discussion.
- Certifie avoir donné librement son accord pour participer à cet entretien de groupe.

Date: .....

Nom et prénom du volontaire: .....

Signature du volontaire: .....

Noms, prénoms et coordonnées des responsables de l'étude:

**SANZ Nikola**

En Baumettaz 5  
CH-1023 Crissier  
Switzerland

nikola.sanz@unil.ch

076 511 70 01

**MÉTRAUX Jean-Claude**

Quartier UNIL-Dorigny, Bâtiment Anthropole  
CH-1015 Lausanne  
Switzerland

jean-claude.metraux@unil.ch

021 692 32 60

#### Annexe 4: Formulaire de consentement, version serbo-croate



### FORMULAR ZA SAGLASNOST GRUPNI RAZGOVOR U OKVIRU NAUČNOG RADA IZ PSIHLOGIJE

Grupni razgovor će se odvijati u vidu otvorene diskusije vezane za dve teme: iseljništvo i hronična telesna oboljenja. U razgovoru ce učestvovati četiri osobe. Cilj ovog razgovora je da se od učesnika dobiju informacije o tome kako oni vide iseljništvo i postoji li neka veza između iseljništva i hroničnih oboljenja. Razgovor će trajati otprilike jedan sat, a može i duže, ako to učesnici žele. Razgovor će biti sniman kamerom, isključivo radi lakše prepiske onoga što će biti rečeno. Sve dobijene informacije tokom ovog razgovora biće upotrebene jedino za naučni rad i zatim će biti uništene. Informacije su strogo poverljive, učesnicima je zagantovana anonimnost i oni u svakom trenutku, bez objašnjenja, mogu da prekinu saradnju.

Dole potpisana osoba potvrđuje:

- Da je razumela sadržinu formulara i da je mogla da postavi sva pitanja u vezi njega.
- Da je shvatila da u bilo kom trenutku može da prekine svoje učestvovanje, bez ikakvih posledica.
- Da prihvata da razgovor bude sniman kamerom i da će prikupljene informacije biti striktno poverljive i upotrebene isključivo za naučni rad.
- Da je dobro informisana da će njen identitet ostati anoniman i da se neće pojaviti ni u kakvom štampanom tekstu.
- Da sasvim slobodno daje svoj pristanak za ovaj razgovor.

Datum: .....

Ime i prezime učesnika: .....

Potpis učesnika: .....

Prezime, ime i adresa odgovornih za ovaj naučni rad:

**SANZ Nikola**  
En Baumettaz 5  
CH-1023 Crissier  
Switzerland  
nikola.sanz@unil.ch  
076 511 70 01

**MÉTRAUX Jean-Claude**  
Quartier UNIL-Dorigny, Bâtiment Anthropole  
CH-1015 Lausanne  
Switzerland  
jean-claude.metraux@unil.ch  
021 692 32 60



**Annexe 5: Entretien avec Patrick Bodenmann (PB), Responsable de l'Unité des Populations Vulnérables, PMU, Lausanne, le 21 avril 2011**

NS: J'avais envie de vous contacter pour en savoir un peu plus sur le type de patients que vous avez ici à la PMU [ndlr: Polyclinique Médicale Universitaire] de Lausanne, et sur le travail que vous faites. Plus précisément, je voudrais savoir s'il vous arrive de ne pas trouver de causes directes aux symptômes de vos patients, avec tout ce que ça implique comme idées: psychosomatisme, tricherie, imagination, exagération, différence culturelle...

PB: La polyclinique est une institution qui a été créée en 1887, et à l'époque, sa première mission était la prise en charge des indigents de la ville de Lausanne. Alors, cette première mission perdure, persiste et est toujours d'actualité. D'autres missions se sont greffées, notamment tout ce qui est du domaine académique et en lien avec la médecine libérale. Cette première mission donc persiste, et depuis maintenant plusieurs années, ça tourne beaucoup autour de la clientèle migrante. Pas la clientèle migrante Philip Morris ou cadres de Nestlé, mais plutôt migrante *précaire*, migrante *forcée*, migrante *clandestine*. Nous avons environs cinquante pourcents de notre clientèle qui sont des personnes étrangères. Nous avons une proportion importante de requérants d'asile dans notre clientèle habituelle. Et même si cela représente cinq à dix pourcents de la consultation générale de la polyclinique, en terme d'activité <incompréhensible> c'est beaucoup plus. Car chacun des patients et chacune des histoires de vie, représente un grand nombre de prises de tête. Au sens même du terme, parce que la complexité fait aussi partie de notre métier. Mais c'est pas simple. D'autant plus qu'il y a souvent un vécu émotionnel fort. Quand une personne vous raconte qu'elle a été torturée, et bien voilà... nous sommes tous humains et ça fait un peu désordre que des gens soient torturés. Et nous, nous ressentons cela.

La polyclinique est une institution qui doit s'occuper de former les médecins de premier recours, et qui se trouve un peu prise dans une situation particulière, puisque nous travaillons de plus en plus avec la complexité – alors, cela est normal – et la grande précarité, des migrants forcés mais aussi des patients suisses. La précarité et la précarisation de la société est une évidence, et nous avons aussi des personnes suisses qui sont dans une grande précarité.

Par rapport aux migrants, ce que nous savons actuellement, c'est qu'il y a deux grands groupes de migrants pour nous. Il y a ceux qui sont relativement passifs par rapport au système de soin. Et les requérants d'asile sont plus passifs que les autres. Pas parce qu'ils sont tricheurs, menteurs ou peu pro-actifs, mais probablement parce qu'ils sont souvent dans une situation où ils ne comprennent pas tout ce qui se passe, parce qu'ils sont dans une grande perplexité – la perplexité décrite par les psychiatres. Ils ne réagissent pas. Soit parce que la procédure d'asile est tellement longue qu'elle rend les gens extrêmement inactifs, soit parce que, lorsque vous arrivez à frontière, on vous dit «vous êtes un *non-entrée en matière*», «vous êtes un *cas Dublin*», «vous êtes un débouté de l'asile», et vous ne comprenez pas, vous ne comprenez pas ce que cela signifie. A partir de là, nous savons que **nos requérants d'asile sont des personnes qui ont souvent des doléances qui sont l'expression d'un mal-être global**. C'est le «no-futur», «pas d'horizon» qui probablement s'exprime à travers ça. Alors, ce que je vous raconte là est très empirique, mais une personne qui a travaillé sur ces aspects-là, c'est Noelle Junod Perron. Noelle est une cheffe de clinique de Genève, une très chouette fille qui a travaillé ici à Lausanne, qui a écrit un article dans le Swiss Medical Weekly. Si vous allez sur PubMed, je pense que vous trouverez d'autres articles d'elle sur cette thématique. Et il est très probable qu'elle ait travaillé sur ces articles avec une anthropologue médicale, très chouette aussi: Patricia Hudelson. Les aspects psycho-somatiques ont été étudiés en particulier par elles au niveau local, au niveau suisse.

Concernant les statistiques sur nos requérants d'asile et les X milliers de consultations par années, nous avons fait il y a quelques années un *hit parade* des diagnostics les plus fréquemment évoqués, et il est vrai que **la somatisation – ou l'étiquette de somatisation – était retenu dans les cinq problèmes les plus haut placés en terme de fréquence**.

A contrario, les sans-papiers, les clandestins sont des migrants qui ont plus la *niaque*. Parce que, très souvent, ils migrent pour des raisons économiques ou de soin. Donc ils savent exactement pourquoi ils sont venu là et pas ailleurs. Donc ils sont beaucoup plus propriétaire de leur décisions et de leur cheminement. Donc les problématiques psychiatriques ou de somatisations, vous ne les retrouvez pas en haut du *hit parade* avec ces migrants-là. Et de fait, je n'ai pas souvenir que, lorsque nous avons établi ces diagnostics, nous ayons parlé de somatisation. Nous avons parlé d'anxiété généralisée ou de trouble de panique, mais c'était plutôt dans la deuxième partie de la liste des diagnostics. Donc cela vous donne un peu une idée de groupes dans un processus de migration forcée, pour qui les aspects de somatisation et de psychosomatisme sont probablement plus ou moins importants.

NS: J'aimerais être sûr d'avoir bien compris. Il y a des migrants plutôt forcés et d'autres plutôt volontaires?

PB: Oui, vous avez très bien compris. Si vous suivez la définition de l'Organisation Internationale des Migrations, ils vous diront «les migrants forcés sont des personnes qui ont quitté leur pays d'origine parce que conflits, parce que persécutions, parce que catastrophes naturelles. Point final. Les requérants d'asile sont des migrants forcés. Les personnes qui migrent pour des raisons économiques sont des migrants économiques.»

Or dans la réalité du soignant, ce n'est pas le cas. Car lorsque vous devez partir de votre pays pour aller travailler ailleurs, parce qu'il n'y a aucune possibilité chez vous, que vous devez quitter la moitié de votre famille, et cetera, c'est une migration forcée.

NS: Plus indirecte oui.

PB: <incompréhensible> Ma belle-famille vit en Colombie: les gens n'ont pas de travail et doivent s'expatrier. Ils sont forcés à le faire.

Je ne suis pas tout à fait la définition de l'Organisation Internationale des Migrations, car il me semble que – Si des gens comme vous ou moi décidons de quitter la Suisse, c'est soit parce que nous voulons partir en vacances, soit parce que nous voulons aller nous promener ailleurs, soit parce que nous avons l'impression que l'université X ou l'institution Y nous apportera quelque chose. C'est un *choix*. Quand vous devez quitter votre pays parce que vous n'avez pas de travail, ce n'est pas un choix.

Néanmoins, j'ai l'impression que pour le groupe des requérants d'asile, c'est moins calculé, c'est plus inattendu. Les personnes qui viennent demander l'asile politique et qui aujourd'hui viennent de la Tunisie ou de la Lybie, ce sont des personnes qui reçoivent des bombes sur la figure. D'où cette perplexité, probablement, des requérants d'asile. Les autres [ndlr: les migrants économiquement forcés], c'est plus calculé. Donc ils tiennent un peu plus leur futur entre les mains. Quelque chose de cet ordre.

Et j'ai personnellement l'impression que **le vécu différents de ces deux grands groupes a probablement un impact différent sur l'expression des symptômes et donc de la clinique à laquelle nous sommes confronté.**

Ce qu'il faut savoir aussi, c'est que les requérants d'asile sont assurés comme vous et moi au sein du canton de Vaud. Eux ne paient pas leurs primes d'assurance, c'est l'Etat. Donc s'ils veulent venir dans le système de soin, ils viennent. Les sans-papiers, qui eux ne sont pas assurés, ne viendront que lorsque c'est vraiment nécessaire.

Ensuite, en marge de ceci, des aspects «comment suis-je arrivé là?» et «qui paie?», il y a encore l'aspect trans-culturel. <incompréhensible> **La somatisation est quelque chose qui est probablement culturellement différencié** selon d'où vous venez. Les gens qui viennent de certaines parties du monde <incompréhensible> ont moins tendance à déprimer, ont moins tendance à voir le blues, ont plus tendance à voir la vie du bon côté, que sais-je encore. Je me demande dans quelle mesure cela dépend d'une capacité à faire face aux obstacles de la vie plus ou moins développée. Concernant les requérants d'asile de l'ex-Yougoslavie, être Albanais du Kosovo ou être Bosnien, pour nous – soignants – ce n'est pas le même vécu. Car l'Albanais du Kosovo est plus bagarreur, et quand il a une bonne nouvelle, il <incompréhensible>. Pour le Bosnien, c'est plus difficile. Vous me direz «vous stéréotypez, vous stigmatisez un peu». Non, ce n'est pas cela. Ce que j'essaie de dire c'est simplement que peut-être il y a quelque chose de l'ordre de la somatisation qui dépend aussi de là où vous venez.

- NS: Qu'entendez-vous exactement par «somatisation»?
- PB: Pour moi, c'est le corps qui parle, qui s'exprime, à propos de distorsions, de doléances, sans que cela soit forcément le fruit d'un problème organique. Quelque chose comme ça. Par exemple, vous venez ici, alors que vous êtes déprimé, en me disant «j'ai très mal au dos». Et vous avez mal. Je suis sûr que vous avez mal. Mais je vous faire une radio et ensuite un scanner, et encore une myélographie, et je vous direz «écoutez, je ne vois rien dans votre dos. Certes vous êtes un peu courbaturé, contracturé, mais je ne vois rien de plus...»
- NS: Cela vous arrive-t-il souvent?
- PB: Oui. Cela arrive quand même relativement souvent. Et c'est intéressant: **cela n'arrive pas qu'avec nos migrants**. L'autre jour, on nous a présenté un enregistrement – nous enregistrons parfois les consultations à but pédagogique, pour améliorer les consultations – un enregistrement d'un jeune homme de votre âge, Français, qui est venu étudier à l'EPFL. Et après deux minutes d'enregistrement, nous nous rendons compte que nous avons affaire à un cas très compliqué. Le jeune homme nous dit «je viens vous voir parce qu'il y a deux ans j'ai pris un antibiotique, et depuis ce jour-là j'ai constamment mal au ventre. Et je pense que c'est dû à l'antibiotique». Ok. Ensuite, le jeune homme va nous dire qu'il a eu <incompréhensible> de et qu'on lui a dit qu'il était stressé et qu'il était en train de somatiser. Mais lui est convaincu que c'est faux et que c'est l'antibiotique. Etc... Il est francophone, c'est un étudiant, un homme très intelligent, pas de problème. Et pourtant! Et pourtant. **La somatisation peut arriver à nous tous. Et peut-être que certaines situations que nous vivons sont des terrains où se manifestent plus facilement des symptômes de somatisation.**
- NS: Dans ces cas-là, où l'on suppose une somatisation, que se passe-t-il?
- PB: Hmm..
- NS: J'imagine que cela dépend d'un cas à l'autre. Mais que ce passe-t-il lorsque l'on dit à un patient qu'il somatise? Il me semble que c'est comme dire que nous, en tant que médecins, nous ne pouvons rien faire car l'organisme, la mécanique physique fonctionne bien.
- PB: Non. Ce n'est pas vraiment le cas. Du moins j'espère que ce n'est pas comme cela que ça se déroule généralement. D'abord, il faut savoir que **le soignant n'est pas à l'aise. Car nous ne sommes pas formé à s'occuper de choses qui ne sont pas physiopathologiquement claires**. Les études de médecine, du moins dans premières années, se sont des sciences de bases, où l'on vous montre comment fonctionne un rein, et cetera. Donc il y a déjà une incertitude par rapport à la connaissance. Voilà pour le *savoir*. Ensuite de ça, il y a le *savoir être*. Comment vais-je manifester mon inconfort par rapport dans laquelle nous ne sommes pas d'accord? Selon moi, votre dos va organiquement bien. Or vous me dites qu'il fait mal. Et moi je pense que vous avez mal au dos, car vous êtes tendu à cause des examens que vous allez avoir bientôt. Je pense que vous somatisez ainsi. Et au-delà du *savoir-être*, il y a le *savoir-faire*. Comment vous et moi continuons à travailler sur un dos douloureux, alors que nous nous sentons l'un et l'autre dans une situation inconfortable. Il y a tout cela qui entre en jeu.
- Néanmoins, le risque avec les patients qui ont tendance à somatiser plus que d'autres, c'est que l'on commence à ne pas les croire et que l'on commence à les stigmatiser, en disant «Oui, oui, elle dit qu'elle a mal partout mais bon, elle somatise». **Et là le soignant commence à avoir un regard soit critique, soit désintéressé.** Désintéressé parce qu'il est beaucoup plus intéressant, intellectuellement, de parler de la physiopathologie de l'insuffisance rénale, que de s'occuper du dos douloureux d'une personne un peu stressée par ses examens. Je fais des raccourcis, mais vous voyez l'enjeu.
- NS: Et si nous appliquons ce raisonnement à des groupes sociaux, nous arrivons à des concepts comme le *syndrome transalpin* ou la *sinistrose*.
- PB: Bien sûr. Exactement. Et une des choses qui est arrivé «boli boli syndrome». «Boli» signifie «douleur». C'est le syndrome de la douleur partout: tout fait mal. Y compris chez les jeunes. Les patients qui viennent dans le bureau, et tout fait mal. Que fait le médecin avec cela? Et là, comme je l'ai dit, il se peut qu'il y ait un regard critique. Je pense que les jeunes médecins sont souvent très déboussolés. C'est une situation très inconfortable pour eux. Car lorsque vous êtes jeune médecin, vous essayez de

mettre en pratique l'acquis théorique, ce qui est déjà très difficile. Mais avec ce genre de patients, vous devez aller au-delà de ça. Ensuite, il faut acquérir l'art de créer une relation constructive. Car, en tant que médecin, je ne veux pas que vous quittiez mon bureau en pensant «il est nul; il m'a dit que je n'avais pas mal au dos». Il y a là un autre niveau de complexité, qui est moins enseigné à l'université – et qui ne l'était pas du tout jusqu'à récemment. L'autre aspect que j'ai mentionné, et là ça peut devenir dangereux, c'est le désintérêt, c'est-à-dire lorsque vous avez un patient inintéressant pour vous. «C'est juste une histoire d'exa. Bon allez, au revoir». Vous allez partir, j'aurai un autre patient et j'espère que ce sera plus intéressant. Comment rendre certains patients avec des aspects de somatisation intéressants, alors qu'il peuvent paraître inintéressant de part la formation que nous avons eu? Voilà l'enjeu.

NS: Hmhm. Pouvons nous dire que la population migrante a une probabilité plus grande de somatiser certaines doléances ou douleurs psychiques, dû à leur histoire de migration?

PB: Je dirais les choses différemment. **Je dirais que les personnes qui sont dans une grande précarité pourraient peut-être être dans un terrain plus fertile pour que fleurissent des aspects de somatisation.** Des situations précaires. Précaires au sens de la définition de la santé large: de la santé physique, mentale et aussi sociale – les déterminants sociaux de la santé. Si vous vivez dans un quartier où vous ne pouvez pas dormir, où les voisins sont insupportables, que vous n'avez pas de travail, vous n'avez pas fait d'étude, vous avez eu une enfance malheureuse. Je ne suis pas un spécialiste, mais je pense, intuitivement, que c'est probablement ce genre d'éléments qui peuvent générer un terroir fertile dans le domaine de la somatisation. Donc, si nous considérons que nos migrants forcés ont des déterminants sociaux particulièrement néfastes, ...

NS: La vulnérabilité ne se réduit pas à la migration.

PB: Je ne mettrais toutefois pas cela sur le compte de la «migration». Car comme je l'ai dit, je me demande s'il n'y a pas quelque chose de... Beaucoup de nos patients ont affronté des choses que je pense être personnellement incapable d'affronter. Ils ont cette résilience, comme le disent les psychiatres. C'est impressionnant. Donc je ne pense pas que ce soit du à l'aspect «migration», je pense plutôt que c'est liés aux déterminants sociaux de la santé au sens large. Si on vous prends, vous, ou si on me prend, moi, et que l'on nous met dans les mêmes conditions, probablement que notre potentiel de somatisation sera plus important. Voyez-vous?

NS: Oui, tout à fait. Par curiosité, comment expliqueriez-vous que le corps puisse somatiser, puisse exprimer des choses qui se passe dans la tête?

PB: Je pense que cela doit être quelque chose de similaire à ce que le stress chronique génère. On sait que le stress chronique est à l'origine, par exemple, d'une libération d'un certain nombre hormones à partir des surrénales, qui elles-mêmes vont engendrer un certain nombre de phénomènes physiopathologiquement démontrables, comme l'augmentation de la pression artérielle, l'augmentation de la fréquence cardiaque, et ainsi de suite. Et tout ceci à tendance à maltraiter la santé de l'individu.

La somatisation serait selon quelque chose de similaire, à savoir, pour reprendre l'exemple du dos, «je suis mal dans ma peau, je suis une personne extrêmement timide, et au fond à chaque fois que je suis en contact avec une autre personne j'ai tendance à me crispé». Cette crispation peut se faire au travers du relargage d'hormones au niveau des surrénales, mais peut aussi se manifester par des contractures musculaires paracrâniennes, au niveau de la colonne lombaire. Cela va provoquer un blocage, un lumbago, poussant la personne à adopter une posture scoliotique. Et tout ceci de manière récidivante. Voyez-vous? Ou alors, tout cela ne se verra pas, mais la personne aura mal car elle contracturée. J'imagine que c'est probablement quelque chose de cet ordre-là. Mais, encore une fois, c'est un biotien qui vous parle.

NS: Derrière ma question, il y a la question du dualisme corps-esprit. Depuis tout petit, et encore aujourd'hui à l'université en psychologie, on sépare la psyché et le corps. Pour moi, la distinction n'est pas si évidente: le cerveau fait partie intégrante du corps. C'est comme les deux faces d'une même pièce. L'une serait le corps, l'autre la psyché; lorsque l'on modifie l'un, l'autre se modifie. Pourrions-nous dire que

n'importe quelle expérience psychologique se traduit et s'exprime à travers le corps?  
Tout serait-il psychosomatique?

PB: Non. Ce que je pourrais dire par rapport à ce que vous venez d'exprimer, c'est que dans la médecine actuelle, nous essayons au contraire d'éviter de créer des médecins qui soient uniquement dans l'organique ou dans le psychique. Non, ce n'est pas tout à fait juste ce que je dis. Ce que je voulais dire c'est que les étudiants de médecine sont quand même sensibilisés au fait que il y a une interdépendance entre l'un et l'autre et que dans le fond – dieu merci – ce ne sont pas deux mondes à part. Mais cela complique notre travail en tant que soignant, certes. A partir de là, vous décidez: soit vous allez être un spécialiste de l'organe – et vous devenez pneumologue, cardiologue, neurologue, et cetera – soit vous devenez un spécialiste de l'âme – donc psychiatre. Et il y a un juste milieu qui est le médecin de premier recours, le généraliste, l'interniste général. Et nous, nous occupons nos journées à nous intéresser aux deux problématiques: la santé mental dans un corps, et la santé du corps avec l'âme, c'est totalement entremêlé. C'est une approche holistique. Je vous vois comme un tout: et pas seulement comme un individu, mais également comme une personne interdépendante d'une collectivité. Donc oui, cela m'intéresse de savoir si vous avez un chat, si vous avez une copine, et cetera.

NS: C'est ce qu'on appelle le modèle bio-psycho-sociale?

PB: Oui. Bio, psycho, sociale, spirituelle, transculturelle. Voyez-vous? Vous êtes le produit, face à moi, d'un individu qui interagit. Ou pas. Mais je veux savoir. Je veux savoir. Maintenant, j'ai une question pour vous. Les pratiquants de méditation, méditation transcendante, quel est leur potentiel de somatisation? Parce qu'a priori, ce sont des gens qui travaillent beaucoup leur esprit, qui font beaucoup de musculation neuronale. Je me dis qu'avec une grande compétence pour clamer l'esprit, aussi bien en terme d'input que d'output, il est possible que l'on ait une meilleure connaissance également de son corps, et du ressenti du corps, et que l'on arrive à distinguer ce qui est de l'ordre du «j'ai mal au dos parce que j'ai de l'arthrose» de «j'ai mal au dos parce que je suis un peu contracté, parce que je suis un peu tendu en vue de». Je n'ai pas de réponse; c'est en vous écoutant que ce questionnement m'est venu. Alors qu'en est-il? Qu'en est-il?

Quand même, il me semble que la somatisation est souvent quelque de l'ordre de l'inconscient. Et c'est là toute la difficulté. Si vous arrivez à vous positionner et à regarder en disant «En fait, à chaque fois que je suis tendu, j'ai mal au dos», peut-être que cela fait une différence.

NS: Une meta-position par rapport à soi-même.

L'idée que j'avais a priori est la suivante: nous commencerions à somatiser lorsque cette prise de conscience ne se fait pas. «Je ne veux pas voir que je suis stressé», «j'ai des tas de problème, mais il faut que je m'occupe des autres, où alors je suis dans une telle précarité qu'il faut d'abord que je pense à ma survie, c'est un problème que je ne peux pas me permettre de traiter maintenant». J'ai l'impression que lorsque nous mettons ces choses-là de côté, elle ne disparaissent pas complètement, mais s'expriment différemment. Comme si les pensées, lorsqu'elles sont chassées, agissent inconsciemment, et s'expriment peut-être d'autant plus facilement par le corps.

C'est là tout mon questionnement: est-ce qu'une mise sur le banc psychique pourrait influencer ou découler sur une expression somatique?

PB: Je pense que oui. Je pense que oui. J'ai une patiente qui est exactement dans ce cadre-là. Elle s'est battue pendant dix ans pour sa famille, pour sortir de la Bosnie, pour éviter qu'ils soient tous massacrés à Srebrenica. Et à partir du moment où elle a mis sa famille ici, et lorsqu'ils ont obtenu le permis B, ça a commencé à foirer. Tout a commencé à foirer. Je pense qu'elle a été comme un taureau pendant dix ans, et puis à un moment donné, quand elle a pu se relâcher, et bien <incompréhensible>. Alors, maintenant, est-ce que tout est somatisation ou psychosomatisation? Non, il y a aussi des raisons pour lesquelles elle a mal au dos, en l'occurrence. Mais je pense qu'il y a eu tellement de choses qui ont été mises de côté, parce qu'il fallait répondre à l'urgence, au drame, à la mort imminente, que oui, il y a une part de psychosomatisation.

Maintenant, le travail de psychothérapie que vous évoquez est une autre façon de percevoir, je pense, la méditation. Le travail de psychothérapie, la méditation,

l'apprentissage de soi-même, je me demande si ceci ne serait pas en amont. C'est-à-dire que je me demande si nous ne pourrions pas prévenir la somatisation par une grande compréhension de son propre esprit.

NS: Une prise de conscience *et* une acceptation.

PB: Quand je vois un monsieur comme le Dalaï-lama, je me dis qu'il a toutes les raisons de mal se porter et de se dire que ce qu'il a essayé de faire pour le Tibet n'a pas vraiment marché, il a dû quitter son pays, il en a été forcé. Il pourrait somatiser tout cela. Or je ne suis pas sûr qu'il somatise beaucoup. Car il a une telle connaissance de son fonctionnement.

Donc effectivement, la psychothérapie, c'est intéressant; mais c'est dans un deuxième temps. Parmi les gens qui ont vécu les camps de concentration, il y en a qui sont devenu des grands sages, des gens qui ont une grande sagesse, une grande érudition; mais il y en a aussi qui sont perdus à tout jamais.

NS: <incompréhensible>

PB: Il n'est pas aisé de vivre en tant que patient qui somatise, car le regard que nous portons sur les gens qui somatise est un regard plutôt négatif, voyez-vous?

NS: Oui, un regard péjoratif.

PB: On met la faute sur la mauvaise volonté, sur l'origine culturelle, ce genre de chose. Maintenant, par ailleurs, les psychiatres vous diraient que certains patients ont besoin d'avoir la possibilité de s'accrocher à une branche. Et cette branche peut s'appeler «J'ai mal au dos». Et c'est tellement enraciné en eux, pour le moment, que nous ne pouvons pas la couper en disant «Mais non! Vous n'avez pas mal au dos; vous avez mal à l'âme, et ceci se manifeste par le dos». **Ce n'est pas facile à porter en tant que patient; ce n'est pas facile à gérer en tant que soignant. Je crois que, dans l'interaction, il faut être attentif à ne pas tout casser par volonté de clareté. Il faut que l'on assume de parfois vivre dans le gris, parce que tout n'est pas noir ou blanc, et surtout parce que tout le monde n'est pas capable, en ce moment, de passer du noir au blanc. Il faut être capable de jouer avec ces situations-là. «Alors comment va ce dos? Bien? Mieux après les vacances? C'est super. Et bien, je vais vous prescrire des vacances.»**

J'ai quelques situations qui sont tellement enkystées, où **les patients sont dans une telle misère sociale, que c'est une manière de manifester leur désarroi. Personnellement, ça ne me pose pas tellement de problème. Certes ce n'est pas d'une grande gratification intellectuelle pour le médecin, et parfois c'est usant.**

NS: Quand vous dites que c'est une manière de manifester leur désarroi, entendez-vous par là que certains patients font exprès de ce plaindre de ces symptômes?

PB: Non, pas du tout. Jamais, jamais. J'ai été formé à l'école Vannotti. Marco Vannotti a toujours eu un grand respect pour les patients, et en particulier un grand respect pour croire ce que les patients disaient. Et ceci, même si les choses qu'ils nous disent ne sont pas tout à fait la réalité – ce qui n'est pas une raison de ne pas les croire.

NS: Que ce passe-t-il dans les cas de somatisation? Comment prenez-vous en charge ces patients? Faites-vous une sorte de travail psychothérapeutique?

PB: Non n'avons pas les compétences pour cela. Néanmoins, j'essaie toujours de revenir, de manière récurrente mais pas systématique, sur comment moi je me représente les choses. En leur disant par exemple: «Je pense que l'âme ne va pas bien. Je pense qu'il y a une souffrance. Peut-être que le fait que les petits-enfants ne vous appellent jamais vous fait souffrir. Il me semble que cela pourrait se manifester ainsi». Pour autant, toujours, que j'assure mes arrières en étant sûr qu'il n'y ait pas d'autres raisons qui pourraient expliquer la plainte. **J'essaie d'accompagner les gens avec leurs doléances, bien que la personne et moi-même évoquions des causes différentes.** Et j'arrive à vivre avec cela. Oui, je crois que j'arrive à vivre avec cela. Ce n'est pas toujours très satisfaisant, nous ne guérissons pas toujours, nous ne sommes pas très spectaculaires, mais nous *accompagnons!*

NS: Oui, et il y a sûrement une transformation chez le patient de sa manière de voir sa situation.

PB: Parfois, je que je fais, c'est dessiner avec les gens. J'essaie de schématiser; je leur fais des dessins. J'essaie de leur expliquer comment je vois que leur âme peut avoir un impact sur le corps, et comment je perçois que leur âme n'aille pas bien. Des choses comme cela. Cela parle souvent aux gens. Mais j'essaie toujours, dans la

mesure du possible, de ne pas lâcher mon propre <incompréhensible> en leur disant «Mais vous n'avez rien». Car les gens n'ont pas *rien*! Les gens ont simplement des manifestations différentes les uns des autres. Je crois qu'il faut essayer de vivre avec la chronicité; être serein avec cela.

Vous savez, nous pouvons soigner pour vouloir guérir. Mais soigner pour accompagner les gens à mourir est un travail tout aussi noble. Pour moi, c'est un peu la même chose. Parfois il s'agit de la pathologie d'une insuffisance rénale, et parfois il s'agit de la somatisation de la personne qui a un vécu blessant, difficile, et lourd.

Je pense que, de plus en plus, la souffrance sociale est très manifeste dans nos consultations. Et cela génère un degré de complexité supérieur. Alors si l'on veut des choses simples, il ne faut plus faire ce métier!

NS: Ce sera le mot de la fin. Merci beaucoup docteur.

**Annexe 6: Entretien avec Danielle Kohler (DK), infirmière-cheffe au Point d'Eau,  
Lausanne, le 4 mai 2011**

DK: (Pendant la présentation PPT) Ici au Point d'Eau, nous devons évidemment tenir compte des différences culturelles, qui peuvent être une richesse comme un obstacle. Tout est possible. Par contre, et j'y tiens énormément, il ne faut pas tout mettre sur le culturel. Il faut être vigilant: tout n'est pas toujours culturel. Par exemple, moi je suis différente de vous, alors que nous avons peut-être la même culture. Et nous sommes parfois plus semblables à quelqu'un d'une autre culture qu'à quelqu'un de la même culture. Et cetera, et cetera.

Je pense que les représentations que les gens ont ne sont pas toujours dépendantes de la culture. J'ai pu observer cela à plusieurs reprises. Je pense qu'il faut se pencher individuellement, et avoir une curiosité bienveillante pour chacun. Je ne ressens donc pas la culture comme un obstacle. Je suis simplement vigilante.

Lors d'un cours sur la migration que j'avais trouvé intéressant, où l'on disait que la personne migrante arrive avec une page de sa vie. Si la page est complètement remplie et qu'il y a aucune place de libre, il n'y aura pas de place pour l'intégration. Si elle l'a vidée de son passé, ce sera également une intégration ratée. Donc il y a des équilibres à trouver.

Il faut savoir que l'approche et la vision de la santé est différente d'un intervenant à l'autre, même s'ils sont les deux suisses. Et chaque patient a une vision différente de sa propre santé. Et ils ont souvent des impressions d'injustice, venant d'autres cultures, car ils ont peur de ne pas être compris et de ne pas être pris en charge de la même façon parce qu'ils sont différents. Donc nous devons souvent beaucoup les rassurer, leur dire que s'ils étaient suisses avec une assurance, nous ferions pareil.

Nous avons un psychiatre qui supervise notre travail d'accompagnement psychologique. Nous sommes deux à accompagner les gens sur un plan psychologique: il y a une psychologue, qui vient une fois toutes les deux semaines pendant une après-midi, et moi-même qui donne une après-midi par semaine d'accompagnement psychologique. Et mes deux collègues infirmières font de la relation d'aide. Nous sommes toutes les quatre supervisée par le psychiatre. Lors des supervision avec le psychiatre, nous lui présentons les situations difficiles. Parfois nous sommes en panne, nous ne savons plus par quel bout prendre les gens car il n'y a rien qui bouge. Et le fait de partager ces situations en groupe nous donne un autre éclairage et nous permet d'avancer.

Le travail que nous faisons ici est très créatif: nous faisons de la prévention, de l'orientation.

NS: C'est un travail au cas par cas.

DK: Oui, et nous recherchons avec le patient ses ressources personnelles, dans son entourage notamment. Nous essayons de créer ou recréer des liens pour des personnes qui se sentent très seules. Nous avons aussi un rôle d'informer, d'éduquer. Nous sommes relativement bien équipés, bien outillés ici: le Point d'Eau, c'est comme une petite polyclinique.

Voilà, après ce bref panorama de notre lieu et de nos activités, je suis prête à répondre à vos questions.

NS: Très bien. Merci. Je vais peut-être commencer par vous expliquer en bref mon travail de mémoire. J'ai eu un cours sur la migration et ses liens avec la santé, où nous avons étudié la dimension psychologique liée avec la migration, notamment les processus de deuil. Nous avons abordé d'un côté la situation psychologique liée à la migration, et de l'autre la vulnérabilité de la santé mentale et de la santé physique. Et tout à la fin du cours, le professeur a émis l'idée qu'il pouvait y avoir un lien entre les deux.

DK: Bien sûr, bien sûr.

NS: Et j'ai eu envie d'approfondir cela, d'étudier les liens qui peuvent exister entre l'état psychologique d'un individu et la manière dont le corps réagit, exprime.

DK: Bien sûr. Dans la littérature, vous pouvez trouver des chiffres là-dessus. Personnellement, j'ai remarqué dans ma pratique que **les personnes qui arrivent à parler de leur deuil, qui arrivent à mettre des mots sur leurs émotions, qui arrivent**



à revisiter leur passé, somatisent moins. Cela, je l'ai remarqué. Maintenant, les douleurs de somatisation chez des personnes qui ont de gros problèmes avec le deuil ou des syndromes post-traumatiques, c'est très souvent là [ndlr: montre le ventre et la poitrine]. C'est vraiment là, très souvent. En tout cas les femmes, pour la plupart, ont soit des brûlures d'estomac soit des maux de ventre. C'est le cas très souvent des femmes sud-américaines qui sont séparées de leur enfant pendant parfois très longtemps. Il s'agit d'une migration de pauvreté, des femmes qui font le choix de venir travailler ici pour payer des études à leur enfant, qui pensent que cela rendra tout le monde heureux. Alors que cela donne souvent des désastres. Je n'ai jamais rencontrée, dans mes patientes, des femmes qui vivaient cela bien; elles le vivent toutes mal. Et comme elles veulent absolument justifier leur départ du pays, il n'y a pas de reconnaissance de cela [ndlr: la séparation avec les enfants], et nous devons l'amener petit à petit. Dès le moment où nous avons pu les accompagner pour leur montrer que nous comprenons qu'elles aient mal au ventre parce qu'elles ont quitté leurs enfants, le mal de ventre va un peu mieux. Il faut commencer par faire deux-trois petits examens cliniques, et s'il le faut – si nous sentons qu'elles ne sont pas du tout rassurées – un examen un peu plus compliqué. Mais c'est un exemple que nous rencontrons beaucoup ici: des femmes qui ont été séparée de leur enfant et qui ont mal au ventre. C'est vraiment incroyable le nombre de femmes dans cette situation.

Et évidemment, les hommes somatisent aussi. Je verrai néanmoins plus des maux de dos chez les hommes. Mais aussi des brûlures d'estomac. Les hommes préoccupés, les hommes qui se font du soucis pour leur famille, ont aussi mal à l'estomac.

Il y en a aussi qui en ont «plein le dos». Ce n'est pas pour rien que l'ont dit «j'en ai plein le dos».

NS: «Ça me pèse».

DK: «Ça me pèse», «c'est lourd», et cetera. Donc oui, beaucoup le dos. Et puis il y en a qui font des cauchemars. Il y en a qui ont mal à la tête. «Ça me prend la tête» comme l'on dit. C'est clair. Les personnes qui peuvent arriver à revisiter leur passé, dans une bulle de sécurité, auront moins tendance à somatiser. Si nous arrivons à amener à la conscience ce qui est en train de ce passer, les personnes vont moins somatiser. Il faut aussi que nous leur montrions que nous comprenons leurs souffrances; cela est très important. J'ai vu une fois un schéma de ce genre: ça c'est votre intérieur, votre «moi», votre force spirituelle, votre force de résilience [ndlr: elle dessine un cercle]. Et puis vous recevez des coups [ndlr: elle dessine des flèches dont la pointe touche le cercle]. Le coup déforme momentanément le «moi», qui reprend ensuite sa forme. Le coup écrase la bulle, mais la bulle reprend forme. Si la personne a une bonne épaisseur de bulle, elle pourra encaisser pas mal de coup. Je trouve cette image intéressante, car je me suis souvent demandé pourquoi une personne pouvait décompenser totalement suite à un petit soucis, et une autre personne pouvait subir des coups et des coups et que nous ayons l'impression que sa bulle est déjà en train de reprendre sa forme. C'est pour cela que j'aime bien cette idée de la bulle. Et quand les coups atteignent le centre [ndlr: elle dessine une flèche qui atteint le milieu du cercle], alors là il faut du temps. Je pense, par exemple, aux sévices dans les prisons, aux gens qui ont vu leur femme se faire violer, à des choses comme cela. Pour ces choses-là, il faut beaucoup de temps. Il faut que vous voyiez à ce propos le film «Sous la main de l'autre» qui sort ces jours-ci et qui sera projeté au cinéma Bellevaux, où l'on voit des personnes qui accompagnent psychologiquement des gens qui ont vécu des deuils et des traumatismes. Tout deuil peut être considéré comme un traumatisme et donc peut créer un syndrome post-traumatique.

C'est pour cela qu'il est important de mesurer ce que le deuil a touché et s'il a été reconnu. J'accompagne actuellement une femme qui a perdu son fils il y a trois ans dans un accident. Cette femme, qui vivait ici, n'a pas pu aller à l'enterrement, a continué de vivre, et ne décompense que maintenant. Nous devons vraiment être avec elle, l'accompagner dans son processus de deuil, savoir où elle en est. Elle dit «Pourquoi après tout ce temps? Je ne comprends pas pourquoi si tard? Pourquoi ça sort maintenant?». C'est quelque chose que nous retrouvons dans les viols: des femmes qui se sont comme fabriqué une bulle protectrice et chez qui les choses ressortent plusieurs années plus tard. Une de mes patientes, par exemple, qui a été abusée pendant toute son enfance et qui a fait trois tentatives de suicide – elle va

mieux maintenant – m'appelle au secours l'autre jour parce qu'elle est tombée amoureuse, a été invitée, et cet homme a eu la bêtise de vouloir l'embrasser le premier jour. Elle m'a dit «J'ai eu envie de l'étrangler». C'est juste pour vous montrer qu'il y a des choses qui durent longtemps. Lors d'un cours que j'ai suivi, une femme a demandé «Ne guérit-on alors jamais de traumatismes aussi importants?», et la psychiatre qui était a donné une réponse qui m'a beaucoup plu et qui est proche de ce que je ressens. Elle a dit «C'est comme une cicatrice physique. A un moment donné, elle ne vous fait mal que quand il fait mauvais temps ou que vous la titillez et que vous remettez le couteau dans la plaie». La plaie est calme, elle se cicatrise; mais parfois un événement ravive la douleur. Je pense que les gens, quand ils ont fait tout un travail, arrivent à s'en sortir. Mais c'est là quand même, et elle ressort plus ou moins fréquemment selon le contexte.

En parlant du contexte, lorsque je fais un accompagnement psychologique, je pars toujours de *l'ici et maintenant*: «que vivez-vous maintenant?». Car quelqu'un qui n'est pas seul, qui a un entourage avec lequel il a des bonnes relations, qui vit des choses chouettes, cela donne d'autres perspectives que quelqu'un qui n'a pas de bonnes relations avec son entourage et qui ne vit pas des choses chouettes. Et si la personne ne vit pas des choses chouettes, je travaille sur les choses chouettes qu'elle voudrait vivre et sur ses besoins fondamentaux d'abord; et après seulement, je regarde le problème. Je crois qu'il est très important de bien être accompagné dans *l'ici et maintenant* pour pouvoir entreprendre une thérapie. Il faut d'abord l'aider dans *l'ici et maintenant*, dans sa vie de tous les jours, dans ses besoins fondamentaux, dans sa recreation de liens.

NS: Cela me fait penser au deuil, qui est un processus qui demande énormément d'énergie et de temps.

DK: Du temps oui.

NS: Et là je pense aux migrants, mais cela peut arriver à n'importe qui: lorsque nous sommes dans une situation où il faut d'abord survivre, lorsqu'il faut s'occuper de ses enfants ou fuir son pays, le deuil sera remis à plus tard.

DK: Tout à fait. Justement, **le contexte du moment est très important**. Si la femme dont je vous parlais tout à l'heure avait été entourée des siens au moment où elle a perdu son fils, elle n'aurait pas eu ce décalage. Cela aurait certes été douloureux.

NS: Mais ça se serait passé plus normalement.

DK: Je ne sais pas si l'on peut dire «plus normalement», mais en tout cas cela aurait été moins douloureux. Car là elle souffre à moult reprises; c'est trop.

NS: Et peut-être que le fait d'avoir dû attendre si longtemps rend les choses d'autant plus difficile. Est-ce que c'est cela que vous vouliez dire?

DK: Je pense qu'il y a eu de la souffrance tout le temps, mais au lieu de boucler cette boucle, elle est revenue là dessus en permanence et a cultivé son chagrin, parce qu'elle a de la culpabilité, et cetera. **La notion de culpabilité est très importante**. Il faut que vous trouviez des choses là-dessus. Je dois beaucoup travailler, avec mes patients, sur la culpabilité. Beaucoup. Ils se sentent coupables d'être passifs, ils se sentent coupables d'avoir laissé certaines personnes sur place, au point de ne pas oser retourner au pays. Il y a une grande part de culpabilité. Nous devons beaucoup travailler là-dessus. Qu'est-ce qui fait qu'ils se sentent coupable? Comment faire pour que cette *culpabilité* se transforme en une *responsabilité bienveillante* et que la culpabilité arrête de les ronger? C'est un gros travail.

Je dirais qu'il y a des bons moteurs et des mauvais moteurs. La culpabilité et la peur sont des moteurs qui sont des entraves. Mais en même temps, c'est un passage obligé parfois.

Je travaille aussi beaucoup sur le fait **accepter ce qui ne peut être changé**. Parce que certains disent «Ça je ne pourrai jamais, jamais l'accepter», et je dis «Mais c'est fait. Tant que vous restez avec cette idée "Jamais, jamais j'accepterai", il est difficile de passer à une étape suivante». L'acceptation, ça prend du temps, c'est un chemin. J'ai été formée dans plusieurs approches [ndlr: notamment PNL, kinésiologie et massage]. Et c'est bien, car cela me permet aussi d'utiliser le toucher. Quand je sens que le verbal est bloqué, que quelque chose bloque, j'utilise mes mains.

NS: C'est très intéressant. J'ai l'impression que lorsque nous débloquons des choses dans le corps, cela peut aider à débloquer la parole.

- DK: Oui, de temps en temps, j'utilise des points, les carrefours de certains méridiens. Par exemple, lorsque je sens des tensions, il y a ces deux points-là, que je leur demande de masser ou que je leur demande s'ils souhaitent que je les masse. Parfois, lorsqu'ils sont très tendus, je leur demande s'ils sont d'accord que je me mette derrière eux; ils peuvent s'appuyer contre moi et je leur masse les épaules, par exemple.
- Et je fais un peu de relaxation-visualisation. Je leur apprend à respirer et à créer des images qui peuvent chasser des images qui, par exemple, reviennent tout le temps. Comme pour dés-ancrer quelque chose qui revient tout le temps. Et puis j'associe cela à des gestes. Et j'essaie de leur faire imaginer des sons ou des odeurs qui pourraient les amener à changer, qu'ils pourraient percevoir lorsqu'ils sont pris dans une boucle et que c'est dérangent.
- NS: Sur la base de ce que vous venez de me dire, comment voyez-vous le lien entre le corps et la psyché?
- DK: Si vous avez un stress, quel qu'il soit, vous allez sécréter différentes choses: de l'adrénaline, de la noradrénaline, de la cortisone, la sérotonine entre en jeu, et cetera. Donc chaque fois que vous vivez une forte émotion, votre corps réagit. Toujours. Moi je dis que **tout est psychosomatique**. Et en disant cela, je vais beaucoup plus loin que bien d'autres. Il n'y a rien de péjoratif là derrière. Certaine personne disent péjorativement «Ah mais ça c'est psychosomatique». Moi je dis que *tout* est psychosomatique, à des degrés différents bien entendu.
- NS: C'est à des niveaux différentes, mais tout état psychique a son correspondant somatique.
- DK: Oui, tout est lié. Quand vous êtes bien dans votre corps, cela fait du bien à votre esprit. Et dans le sens inverse. Pour moi, il est clair que le somatique entre en jeu tout le temps. Il y a tout le temps du psychique dans le somatique; et il y a tout le temps du somatique dans le psychique.
- NS: Dans quelle mesure alors, lorsqu'il y a un travail psychique à faire et qu'on ne se donne pas le temps ou que nous n'avons pas l'énergie pour le faire, lorsqu'on chasse ou balaye le problème, dans quelle mesure ce balayage est efficace? Autrement dit, le problème disparaît-il vraiment ou trouve-t-il un autre moyen d'expression?
- DK: Je pense que **le problème continue d'agir dans l'inconscient**. C'est pour cela que je pense que les ponts entre le conscient et l'inconscient sont indispensables. D'ailleurs si nous empêchons quelqu'un de rêver, il ne sera plus équilibré. Les rêves sont un facteur d'équilibre, que l'on s'en souvienne ou non. C'est un pont entre le conscient et l'inconscient, c'est un facteur d'équilibre. Quand vous empêchez quelqu'un de dormir et donc de rêver, vous pouvez le rendre fou. Donc cela fait partie des besoins fondamentaux. Quand je vous disais tout à l'heure que je travaille sur les besoins fondamentaux, si quelqu'un a un sommeil perturbé, nous allons commencer par améliorer son sommeil. Je travaillerai sur son sommeil, en cherchant toutes les clés pour améliorer son sommeil. Je ne parle pas forcément de somnifères. Il y a beaucoup de choses à voir. J'ai eu une fois un jeune nord-africain qui ne dormait pas. Il m'a dit «on m'a donné du Stilnox». J'ai fait une petite anamnèse: il buvait sept cafés par jour, l'après-midi de surcroît. Il avait un mode de vie qui faisait qu'il ne pouvait pas dormir. Donc nous avons commencé par travailler sur cela, sur ce besoin fondamental. Il y a des tas de choses comme celle-là: la nourriture, par exemple. Il faut très très vigilant dans un accompagnement car il y a beaucoup de facteurs qui rentrent en jeu. Et parfois, ce sont des choses très simples qui pourraient être modifiées. C'est pour cette raison que je suis ravie de ne pas être que je suis ravie de ne pas être que psychologue ou psychiatre; avoir une formation d'infirmière m'aide beaucoup. Car l'on fait souvent appel à l'infirmière.
- NS: Plus facilement.
- DK: Oui. Le fait de dire qu'il faut aller voir le psychiatre ou le psychologue, ça peut bloquer parfois. Et entrer par ce biais-là, celui de l'infirmière qui soigne, qui donne le soin, qui a une approche corporelle, et ensuite d'avoir une formation psychologique fait que maintenant j'aime accompagner mes patients.
- NS: Et les gens consultent plus volontiers pour des problèmes physiques que pour des problèmes psychologiques.
- DK: Les gens n'osent pas dire qu'ils ont mal psychiquement.
- NS: Peut-être que cela est même difficile à savoir pour les patients eux-mêmes.

- DK: Exactement.
- NS: Savoir que l'on a mal physiquement est plus facile. Je trouve très intéressant le fait que parfois les gens consultent pour un petit problème physique...
- DK: Un petit bobo qui cache quelque chose de plus grand.
- NS: Et parfois pas.
- DK: Parfois pas, oui.
- NS: En tout cas, je trouve très beau de rentrer par cette porte-là.
- DK: Oui. Il est vrai que, souvent, la première demande est physique ici. Il est très rare que les gens demandent d'abord un accompagnement psychologique.
- NS: Pour moi, il est fondamental, même si on a le soupçon que le problème physique cache une souffrance psychique, de ne pas nier le problème physique qui amène la personne.
- DK: Oui. Les deux ont leur importance. J'ai à ce propos une histoire assez jolie à vous raconter. J'ai reçu une fois un jeune homme qui avait un bouton, là, près de l'oreille. Il me dit «Ça ne va pas du tout. Est-ce que vous pouvez m'enlever ce truc?». J'ai d'abord eu envie de rigoler, puis je me suis dit «Non là Danielle, tu ne peux pas rigoler. Tu dois le prendre au sérieux». Alors j'ai pris la loupe et j'ai regardé. Je lui ai dit «Tout d'abord, ce n'est pas grave». C'était une espèce de cicatrice chéloïde qu'il avait là, sur un bouton ou une piqure de moustique. Il avait les cheveux très court, alors je lui ai dit «Mettez une petite mèche et on ne la verra pas». Il m'a dit «Oh non, ça ne va pas du tout». Ce bouton avait une importance énorme. Enorme, énorme, énorme. Puis je me suis rendu compte finalement pourquoi cela avait une telle importance pour lui: parce qu'il était adolescent, qu'il était en train de devenir un homme, qu'il n'avait jamais eu de copine, qu'il avait envie de plaire, qu'il avait peur de ne pas plaire. Je lui ai dit «Avec les yeux que vous avez, les filles ne vont pas regarder ce bouton». Au début, grâce à mon âge, j'ai pu un peu le mater. Cela n'apporte pas que du mauvais de vieillir, il y a aussi des privilèges: par exemple je peux avoir ce côté un peu maternant. Alors nous avons donc eu un contact super chouette et je me suis rendu compte qu'il avait beaucoup de complexes et qu'il fallait l'aider dans ces complexes. Ce n'était rien de grave, mais c'était grave pour lui.
- NS: Sa plainte était l'expression de ses complexes.
- DK: Voilà, oui. Tout à fait.
- Dans mon travail, je trouve qu'il est important de comprendre la perception qu'on les gens de leur situation et connaître les perspectives des gens. Les perspectives que l'on a modifient la perception de la situation. Cela va dans les deux sens. J'aime travailler là-dessus: faire prendre conscience aux personnes ce qu'elles perçoivent; quels sont leur projets, leurs perspectives et qu'est-ce qui les empêche de les mettre en place; quel est la part du rêve; s'il est réalisable, comment le réaliser; s'il ne l'est pas, voir quels sont les autres options possibles. Et cetera.
- J'aime travailler avec des dessins et des contes. Par exemple, je leur dit «Ah vous voyez les choses comme ça. C'est drôle, moi je ne les vois pas du tout comme ça. Essayons de voir ce qui fait que nous ne les voyons pas de la même façon». Et je leur dit par exemple «Si vous regardez le Cervin depuis l'Italie, la France ou la Suisse, vous aurez l'impression que c'est à chaque fois une autre montagne, alors que c'est toujours la même». Je travaille aussi beaucoup sur les représentations, de façon simple.
- Il est important également, dans ce type de travail, de respecter son rythme.
- NS: Celui du patient?
- DK: Oui, oui. Imaginez le Lac Léman. Vous êtes à Villeneuve avec votre patient. Il vous raconte son problème. Très souvent, en tant que thérapeute, nous voyons les solutions, nous voyons l'objectif, et nous volons vite aller au but. Et nous voyons qu'à Montreux, youpie!, c'est la solution. Vous tirez donc le patient vers Montreux, mais lui vous tire dans l'autre sens. Alors il ne faut pas le tirer mais faire tout le tour du lac avec lui, pour arriver finalement à Montreux.
- NS: Oui, c'est son chemin à lui. Il faut aller à son rythme et dans sa direction. Et j'imagine que parfois nous pouvons être surpris: cela peut aller plus vite que ce que l'on croit. Faire le tour du lac par son côté nous paraît plus long mais ça n'est que notre perception et il peut y avoir des raccourcis.
- DK: Oui, exactement. Tout à fait. Et parfois c'est le contraire: c'est nous qui voulons prendre le chemin le plus long.

- NS: Oui, cela ne m'étonne pas du tout.
- DK: Et il faut inviter le patient à prendre part. Car parfois ils ont l'impression que nous avons une baguette magique et que c'est nous qui savons et nous qui décidons. Il faut leur redonner le pouvoir sur eux-même, et leur dire que la solution est en eux.
- NS: Faire qu'ils redeviennent acteurs de leur vie.
- DK: Voilà, oui. Et dans le deuil aussi. Car tout cela agit aussi au niveau de la guérison physique et psychique des suites du deuil.  
Les croyances sont aussi quelque chose d'important à aborder. Il surprenant, par exemple, de voir les différentes croyances de mort que les patients peuvent avoir.
- NS: Les croyances liées à la mort? Ce que représente la mort?
- DK: Oui. Parfois, cela influence la manière dont ils vont aborder le deuil. Il est important de savoir en quoi ils croient. Pensent-ils, par exemple, qu'ils vont retrouver la personne qu'ils ont perdu? Et dans les deuils sur lesquels vous allez travailler, il y a la perte de leur maison, la perte de leur histoire, et cetera. Alors pour les deuils et les pertes, je travaille aussi à partir du présent, mais à un moment donné j'essaie de leur refaire prendre conscience de quelle lignée ils sont. Ici et maintenant, lorsqu'ils me parlent de leur lignée, forcément ils parlent de leurs ancêtres: qui ils ont perdus, qui ils ont laissés.
- NS: Importance aussi de refaire un lien entre ce passé perdu et le présent.
- DK: Parfois, ils réalisent à ce moment-là qu'il y a un deuil qu'ils n'ont jamais fait, qu'il y a quelque chose qui coince quelque part parce que le deuil n'a jamais été fait, n'a jamais vraiment été partagé. Il est important de pouvoir partager.
- NS: La temporalité est très importante là dedans.
- DK: Exactement.
- NS: On ne fait pas le lien entre le passé et le présent. Et le futur n'existe plus.
- NS: Je vais vous refaire un dessin qui illustre bien cela. Vous avez donc le présent ici, le passé ici et le futur ici [ndlr: elle dessine trois cercles alignés, dont le premier se superpose partiellement au deuxième et le deuxième se superpose partiellement au troisième]. Il y a des gens qui ont tellement de croyances et de préjugés par rapport au passé, qui sont tellement accrochés et ancrés dans le passé, que leur passé bouffe leur présent et qu'il n'y a plus de place pour vivre [ndlr: le premier cercle se superpose presque totalement au deuxième]. La partie là [ndlr: le deuxième cercle], c'est le présent, c'est pour vivre ici et maintenant. Et pour d'autres personnes, c'est l'inverse: ils ont des rêves et des perspectives qui leur bouffe le présent [ndlr: le troisième cercle se superpose presque totalement au deuxième].
- NS: Ces gens-là ne vivent plus l'instant présent. Leur présent est totalement lié au passé ou au futur.
- DK: Exactement. Et parfois je leur fais un dessin qui montre comment je vois les choses, et je leur dis «Faites le votre. Quelle proportion le passé et le futur ont-ils sur le présent? Que vous reste-t-il comme place, maintenant, pour vivre?». C'est parfois impressionnant parce que tout à coup ils me regardent.
- NS: Ce schéma est très intéressant et très utile. J'ai l'impression que lorsque le travail de deuil est bloqué, c'est comme si la bulle du passé ne fusionne plus du tout avec celle du présent, comme si dans le présent nous ne voulions plus rien du passé. Et finalement, dans ces cas-là, ce qu'il faut c'est apprendre à intégrer notre passé avec notre présent.
- DK: Voilà, oui. Intégrer cette partie. Et si ce dessin ne leur parle pas, je leur demande s'ils conduisent, et je leur dis «Si vous ne regardez jamais dans le rétroviseur, c'est dangereux. Et inversement, si vous ne regardez que devant, c'est dangereux aussi.
- NS: Votre approche me plait beaucoup. Gardez un point de vue sur le corps, même si l'ont fait un accompagnement psychologique. J'ai toujours eu l'intuition qu'il y a parfois un blocage à libérer dans le corps afin de libérer la parole.
- DK: Bien sûr.
- NS: Ou inversement.
- DK: L'hypnose est une façon de le faire.
- NS: Oui. Mettre le corps dans un état qui favorise l'accès à certains contenus mentaux.
- DK: Moi je crois à la mémoire cellulaire. J'y crois parce que j'ai vécu des choses, personnellement, qui me poussent à croire que ce n'est pas possible autrement. J'y crois beaucoup. Alors lorsque l'on me dit «Dès que je pense au coup qu'on m'a donné, j'ai mal» j'y crois aussi. Si vous coupez un membre à quelqu'un, il existe des

douleurs fantômes. Et moi j'ai vécu une expérience absolument incroyable: ma fille a eu un accident à l'âge de vingt ans, a eu les deux talons brisés et a dû être en fauteuil roulant pendant trois mois. Et la nuit après l'accident, je me suis réveillée à quatre heures du matin: j'avais des douleurs épouvantables aux talons- j'ai cru que je devenais folle. Mon mari qui est médecin a tout de suite compris: il m'a dit «Tu es en train de prendre la douleur de ta fille, ce n'est pas possible autrement». Vous voyez. Alors même que je dormais!

Donc d'avoir fait ces expériences moi-même me permet de mieux comprendre mes patients.

NS: Ce que le cerveau et le corps sont capable de faire...

DK: C'est impressionnant! Impressionnant. Et vous savez, je pleurais de douleur. Je me suis dit «Tu deviens folle, ça ne va pas du tout». J'étais tellement troublée que je n'ai pas osé le raconter tout de suite à ma collègue. Mais c'est impressionnant.

Et c'est vrai que j'ai des patients qui décrivent des malaises physiques qui reviennent tout le temps, tout le temps. Il y a une mémoire de cette douleur. Et si l'on arrive à intégrer cela et leur faire comprendre cela... C'est pour cela que l'effet placebo est tellement important: il prouve que le pouvoir magique du guérisseur est important. Autant les prédictions d'une voyante peuvent être dangereuse car <incompréhensible>, autant les prédictions belles auxquelles la personne croit sont puissantes.

NS: Elles mettent l'individu dans un état totalement différent.

DK: C'est pour ça je pense que certains guérisseurs ont autant de succès. Parce qu'en réalité, ce n'est pas le guérisseur qui guérit la personne; c'est la personne qui croit tellement à ce qu'on lui a dit, que... Hmm, je ne me rappelle plus du terme adéquat.

NS: Elle se guérit elle-même.

DK: Ah oui, voilà, je voulais parler des prédictions. Par exemple, vous ancrez dans la tête d'un enfant «Si tu agit comme cela tu n'auras jamais rien», ça tourne en boucle et <changement de cassette>. Son père lui a dit plusieurs fois «Tu aurais mieux fait de rester dans le ventre de ta mère. T'aurais jamais dû sortir». Et ça tourne et boucle, ça tourne en boucle. Alors comment remplacer cette sorte d'idée de mort?

NS: Alors que l'on a vécu avec toute sa vie.

DK: Oui. Ce genre de chose prend du temps. Il y a souvent des automatisme de ce genre à chercher. Et je pense que ces ancrages automatiques qui se forment ne sont pas vraiment dans le cerveau, mais sont plutôt dans le corps. Et l'attitude – ou la contre-attitude – vis-à-vis d'eux devient corporelle.

NS: Auriez-vous un exemple?

DK: Je pense que quelqu'un à qui on dit qu'elle est belle va se cacher derrière ses cheveux par exemple.

NS: D'accord, l'ancrage s'exprime comportementalement.

DK: Cela finit par habiter le corps.

NS: Oui, je vois bien. Et cela me fait penser à la notion d'identité. Nous avons vécu toute notre vie avec ses ancrages, avec ces programmes qui tourne en boucle en nous. Et bien que nous ne les voulions plus, nous nous disons «Si je n'ai plus cela, je ne suis plus moi-même». C'est souvent paradoxal.

DK: Oui. C'est extrêmement important ce que vous dites. La résistance au changement est quelque chose de très important. J'ai l'exemple d'une jeune femme qui avait un profil qu'elle jugeait très vilain, avec un menton qui fuyait comme cela, et elle en était très complexée. Finalement, elle a été voir un très bon chirurgien de Lausanne et lui a dit qu'elle ne supportait plus son profil et qu'il fallait lui le refaire. Et bien après son opération, elle a dû faire une psychothérapie, car elle ne se reconnaissait plus.

NS: Elle était devenu quelqu'un d'autre.

DK: C'est impressionnant. On ne l'a reconnaissait plus dans la rue; bien qu'elle fût beaucoup plus jolie.

NS: Robert Dilts a beaucoup écrit sur l'interconnexion entre nos comportements, nos croyances, nos valeurs et notre identité: lorsque l'on change un de ces aspects, tous les autres doivent se réaligner.

DK: Se réaligner oui. Et ça demande du travail. Et ce qui est intéressant, c'est de faire cet exercice sur soi-même.

NS: Et comment!

DK: Bon, nous avons un peu dépasser le cadre des deuils ici.

- NS: Ce n'est pas grave.
- DK: Mais je pense que tout ce que nous avons dit peut rejoindre le deuil. Car le deuil est un événement extrêmement stressant et tout ce dont nous avons parlé traite du post-stress, des choses dont les gens ont souffert. Après, vous pouvez affiner cela sur le thème de la *perte* réelle de quelque chose: est-ce une perte définitive? Une perte momentanée? Y a-t-il eu un deuil? Y a-t-il eu un impact sur le corps? Finalement, tout ce dont nous avons parlé peut être utilisé dans le cadre du deuil.
- NS: Oui. Pour moi, l'idée de base était qu'il y avait un lien et un parallèle entre la psyché et le corps.
- DK: Oui, et cela est indéniable.
- NS: Et que ce lien est d'autant plus fort ou visible lorsque un travail psychologique n'a pas pu être fait ou a été refusé d'être fait.
- DK: Oui, c'est juste. Oui, et gardez en tête que **la migration implique un deuil. Toujours.** Même s'il n'y a pas le deuil d'une personne disparue, le deuil est toujours là: parce que l'on a quitté son pays, ses racines, sa famille parfois, sa maison, son enfance.
- NS: Oui. Et la migration n'est pas qu'un passage d'un pays à un autre pays. Mon passage de la maison de mes parents à ma collocation a été une migration. Même si ce n'est pas triste, cela demande de tout réorganiser.
- DK: Oui, tout à fait. Créer de nouveaux liens, reprendre des habitudes. *Deuil n'égal pas mort.*
- NS: Premièrement. Et deuxièmement, les deuils ne sont pas toujours visibles. Nous en faisons tout le temps.
- DK: Oui, nous en faisons tout le temps. Tout est changement, tout est mouvement. Pour revenir au lien corps-psyché, je repense à un exemple d'une femme diabétique qui avait perdu ses parents dans son pays. Elle était orpheline et quand elle est arrivée ici, elle s'est très mal intégrée. Et un jour, on m'a appelée en me disant que cette femme faisait une crise, qu'elle était chaude, qu'elle transpirait et qu'elle était toute pâle. Je suis allé la chercher et je me suis aperçu très vite qu'elle était en très mauvais état. Je sors son dossier et je vois: diabétique, insulino-dépendante. Je ne l'avais jamais vu mais grâce au dossier j'ai tout de suite su. Je lui ai dit «Quand avez-vous fait votre insuline?». Elle devait en prendre trois fois par jour. Elle me dit «Il y a quinze jours». Elle avait une dose de glycémie, je n'avais jamais vu cela. C'était effrayant. Elle était au bord du coma, aux portes de la mort. Elle a été conduite en urgence au CHUV. En réalité, le fait de ne pas prendre son insuline, c'était une forme de suicide lent. Et en fait, elle était en train de faire un deuil difficile, celui de ses parents qu'elle n'avait jamais fait. Et un deuil de son pays, un deuil de sa famille. C'était tellement lourd qu'elle ne se soignait plus. Il faudra peut-être que vous teniez compte, dans votre travail, de la liaison aux soins. **Une personne qui a des grandes pertes ne se soigne plus.** Personne n'a jamais prononcé ce mot, mais pour moi c'était un suicide lent. Elle était dans un état proche de la mort. Et cela s'était produit suite à des deuils répétés.
- Et pour illustrer à quel point le psychisme est lié au physique, je pense à une autre dame, africaine, qui est venue avec un tout petit diabète, trois fois rien. On lui a donné juste quelques comprimés. On la suivait tranquillement, ça allait bien. Et un jour je lui ai dit «Ecoutez votre diabète est quasi guéri». Elle s'est décomposée. C'était surprenant. Car selon moi, je lui annonçait une bonne nouvelle. Et pour elle, c'était une façon, peut-être, d'avoir <incompréhensible>, de pouvoir être soignée, que l'on s'occupe d'elle.
- Certaines personnes tombent malade tellement ils sont seules car, dès le moment où elles sont malades, les gens vont s'occuper d'elles.
- NS: Parfois on juge cela comme de la simulation, mais je crois que c'est rarement conscient et voulu.
- DK: Tout à fait, c'est parce qu'ils ne se sentent pas bien. Il y a une histoire vraie qui s'est passée dans la campagne vaudoise: une vieille dame qui vivait toute seule dans une ferme recevait deux fois par semaine la visite d'un médecin presque aussi vieux qu'elle pour lui faire ses pansements d'ulcère. Chaque fois, elle lui préparait un petit truc à manger et ils passaient un moment ensemble. Et un jour, ce médecin est décédé et c'est un jeune médecin qui est arrivé. Il a dit «Mais il faut faire une greffe!». Ils ont fait une greffe de cette ulcère et elle est morte dans la semaine qui a suivi.
- NS: Alors même que l'opération s'était bien passée.

- DK: Voilà. Mais elle n'avait plus de vie. Bon, ce n'est pas forcément lier.
- NS: Elizabeth Kübler-Ross cite beaucoup d'exemple comme celui-là. Ces exemples-là et l'exemple que vous donnez sont intéressants car ils montre les gains que l'on peut tirer de notre condition physique. Et cela a souvent amené les gens à dire que les migrants – car c'est un sujet polémique – simulent, feignent, trichent.
- DK: Parfois, il se peut qu'ils mentent un peu. **Parfois ils augmentent les symptômes, car ils tellement peur que nous ne les prenions pas au sérieux.**
- NS: Il y a eu des cas où, après l'obtention d'un permis, les symptômes de certains migrants disparaissaient et leur santé allait mieux. On a souvent pris ces cas comme des preuves qu'ils avaient triché.
- DK: Non, bien sûr que non.
- NS: Pour moi, il est tout à fait possible que la disparitions des symptômes soit liée à l'obtention du permis. Mais ce n'est pas qu'ils trichaient et qu'ils aient arrêté de tricher. C'est que vraiment ils n'allaient pas bien, et que vraiment le fait d'avoir un permis a amélioré leur symptômes.
- DK: Savez-vous qu'il y a des personnes qui tombent malade après l'obtention du permis et que cela s'explique aussi?
- NS: Comment cela s'explique-t-il?
- DK: Parce qu'il y a une telle lutte pour tenir bon que, le jour où la pression disparaît, ils tombent malade. C'est comme ces gens très stressés qui tombent malade pendant les vacances.
- NS: Oui, je vois. Nous résistons, résistons, résistons. Et au moment où ça va mieux, nous lâchons tout, y compris le système immunitaire. Et cela est lié à ce que nous disions précédemment: lorsque les gens ont des deuils à faire, des réflexions à faire sur eux-même ou sur la vie, mais qu'ils doivent se battre pour obtenir un permis, ils mettent ces deuils et réflexions de côté. Et dès que la situation va mieux, tout revient.
- DK: Voilà. Et il n'y a pas de règles universelles; les choses varient d'une personne à l'autre.
- NS: Bien. Merci beaucoup de m'avoir accordé un peu de votre temps.



**Annexe 7: Entretien avec Friedrich Stiefel (FS), chef du Service de Psychiatrie de Liaison, PMU, Lausanne, le 11 mai 2011**

NS: Pour commencer, pourriez-vous m'expliquer brièvement comment fonctionne le Service de Psychiatrie de Liaison du CHUV?

FS: Nous avons trois unités. L'une c'est l'Unité de Liaison, où nous faisons des consultations auprès de patients somatiques du CHUV. C'est d'habitude des difficultés de s'adapter à la maladie ou de dépression lors de maladies graves. Et nous soignons aussi un peu les équipes avec des supervisions: nous avons des enseignements, des cours à la communication. Nous essayons de créer un espace psychique dans un hôpital somatique, où la psyché est en train de se perdre: c'est une pensée opératoire, où nous sommes fortement dans le concret, tout est médical, et cetera. C'est le corps, mais le corps dans sa dimension anatomique, on a l'impression.

Ensuite, nous avons une deuxième unité: c'est l'Unité d'Urgence Psychiatrique. Nous intervenons dans les urgences somatiques, où il y a des fois des tentamens, des <incompréhensible>, et puis des gens qui viennent directement ici, par eux-même, ou envoyé par exemple par la police.

La troisième unité concerne les troubles alimentaires. Là il y a une unité hospitalière à Saint-Loup, qui est rattachée à ce service, et une unité ambulatoire ici au CHUV.

Voilà en gros le fonctionnement du Service.

NS: Très bien. Merci beaucoup. C'est un peu plus clair comme ça. Comment en êtes-vous arrivé à étudier la psychosomatique?

FS: Disons qu'il y a à la fois du hasard et pas de hasard quelque part. Je crois que ça a commencé par le fait que j'ai fait médecine et que je ne me sentais pas forcément bien en médecine. Après j'ai fait médecine interne, un peu d'oncologie, et cetera. Il me fallait un chemin pour quitter cette médecine, et voilà. J'ai fait un peu de soin palliatif un moment, qui est un domaine où on est dans la médecine mais aussi dans autre chose. Cela m'a plu mais je me voyais mal toute ma vie avec des patients mourants. Et il y a aussi une atmosphère dans les soins palliatifs qui me questionne beaucoup, et cette ghetto-isation des mourants. C'est la tâche de chaque médecin d'accompagner ces gens, même s'ils meurent. Je trouve cela très dangereux de commencer à... enfin voilà.

La psychiatrie pure et dure m'a bien intéressé, mais en fin de comptes j'étais content de retrouver aussi un peu la médecine. Et donc c'est un peu un hybride le psychiatre de liaison: je pense que ça correspond à certaine personne. Y a des gens qui adorent cela, qui ont un certain fonctionnement psychique. Car nous sommes dans une multitudes de choses à la fois, ça change tout le temps, et nous sommes peu définis, donc nous échappons à beaucoup de choses. Du moins, les liaisonnistes que je connais et qui adorent ce métier, c'est parce que ça correspond à leur fonctionnement psychique.

NS: Donc vous avez trouvé ce qui vous correspond.

FS: Oui, oui.

NS: Dans votre conférence (ndlr. conférence Les métiers de la psychologie psychosomatiques, 14 avril 2011, UNIL), vous avez parlé à plusieurs reprises du corps qui extériorise un conflit interne ou un problème au niveau psychique. J'avais écrit dans mes notes «le psychologique veut parler mais c'est le corps qui exprime» et c'est le corps que l'on traite puisque c'est souvent pour cela que le patient consulte.

FS: Oui, oui.

NS: Intuitivement, je comprends tout à fait que le corps puisse exprimer quelque chose comme cela, mais comment pourrions-nous expliquer ou théoriser cela? Et quels types de problèmes pourraient potentiellement s'extérioriser par le corps? Est-ce que tous les problèmes psychiques ont une composante somatique?

FS: Disons que, physiologiquement, nous le vivons tous les jours. Si vous êtes angoissé, vous avez un peu mal au ventre, si vous êtes en colère, les tensions musculaires augmentent, souvent dans les épaules. Si vous êtes triste, vous sentez dans votre poitrine une certaine compression. **Donc nous sommes tous psychosomatiques**

**dans un sens; nous réagissons tous avec le corps.** Maintenant, il y a un spectre bien sûr. Donc ça c'est une piste: nous savons de quoi nous parlons, nous le sentons tous les jours. Et là nous connaissons les axes: si vous vous angoissez, la fréquence cardiaque augmente, la respiration augmente, la sueur augmente, la transpiration, et cetera. Et cela est lié aux hormones comme l'adrénaline et le cortisone, les stress-hormones qui font que le corps réagit. Donc il y a des axes du cerveau jusqu'aux glandes surrénales, et qui expliquent en partie la réaction du corps. Ça c'est une voie: la physiologie.

L'autre voie c'est le développement de l'enfant. L'enfant, au début, n'a pas un espace psychique différencié. Cela veut dire qu'il ne sait pas: il a juste un malêtre mais ne peut pas dire «j'ai faim», ou «je suis fatigué». Il ressent que quelque chose ne va pas. Et la mère, intuitivement, arrive lentement, si elle est une mère sensible, à décoder si l'enfant a faim ou s'il est fatigué. Il y a des mères qui n'arrivent pas à décoder: quand l'enfant est fatigué, elles le bourrent de lait, et quand il a faim, elles essaient de le bercer. Il y a des mères inadéquates qui l'habille beaucoup trop chaudement en été et pas assez en hiver. Donc ce fine-tuning peut, en principe, être dérangé relativement vite. Mais ensuite l'enfant, en principe, crée son espace psychique de plus en plus. Cela commence avec l'investissement du monde des objets: il arrive à toucher des choses. Et simultanément le monde relationnel: il arrive à faire le contact visuel avec la mère ou le père. Pas ensemble, ça ne marche pas. Il ne peut pas non plus intégrer objet et personne; ce n'est pas possible au début. Soit il joue, soit il regarde la mère, mais il ne peut pas dire «maman, regarde cet objet» ou des choses comme cela. Donc il a des relations dyadiques, à deux: soit avec l'objet soit avec la mère. Et lentement il devient triadique. Cela veut dire qu'il intègre maman et papa, et il intègre la maman et l'objet: il peut montrer l'objet à la mère. Cet apprentissage est relativement lent chez l'Homme, comparé à l'animal, entre autres pense-t-on à cause du poids de la tête. La tête est tellement lourde que le système visuel ne marche pas bien et que l'on ne voit pas bien. Le fait est que les enfant ne peuvent pas bien fixer et tenir leur tête, car leur tête est relativement grande. Ce n'est seulement qu'après une année qu'ils peuvent tenir leur tête. On pense que c'est en partie responsable de ce retard. Ce que je veux dire par là, c'est que dès que vous êtes capable d'être dans la triade, c'est à dire l'objet et la mère ou le père, vous pouvez commencer à percevoir l'Autre comme un sujet intentionné ou intentionnel. Vous pouvez le stimuler. Vous savez que si vous faites «Hmm.. mama» elle va venir. Et puis le mot commence comme ça aussi. Si vous n'avez pas la possibilité d'accéder à la triade, vous ne pouvez pas nommer l'objet et intégrer la mère. Et avec le langage vous commencez lentement à vous créer un espace psychique. Déjà au préverbal puisque la mère répond à vos émotions. Mais **cet espace psychique doit grandir toute la vie, et il grandit toute la vie.** C'est comme un muscle: si vous ne l'entraînez pas, vous aurez un tout petit espace psychique. Si vous avez une mère mauvaises «responsive», qui «incompréhensible» pas dans l'accordage émotionnel, qui ne sont pas sollicitées quand l'enfant pleure, qui restent froides, parce qu'elles sont dépressive par exemple, cet espace psychique ne peut pas grandir. La mère doit contenir la souffrance de l'enfant et le supporter, le mentaliser, le penser, pour que l'enfant puisse adopter cette méthode. Si cela n'existe pas, vous restez atrophié sur un niveau psychique. Et dans ces cas-là il y a de grosses psychosomatoses qui, à mon avis, se construisent, parce que vous n'avez que le corps et rien d'autre, et vous développez ce que Pierre Marty et l'Ecole de Paris appelait la «pensée opératoire», ou ce qu'on a appelé plus tard l'alexithymie. Les alexithymiques sont des gens qui n'arrivent pas à avoir des émotions; soit ils n'identifient pas leurs émotions, soit ils n'ont pas accès à leurs émotions, soit ils n'arrivent pas à les nommer. Il y a différents degrés. Dans les pires des cas, ils n'ont pas d'émotions; l'émotion, c'est leur corps. Ils ne peuvent pas souffrir sur un niveau psychique; ils souffrent dans le corps.

Donc pour revenir à ce que nous disions, la pensée opératoire, c'est la psychosomatose pure. Il s'agit de gens qui ont une pensée très concrète, un récit souvent très morcelé, pas de lien entre cognitions, pas d'émotions, chez qui l'historicité n'existe pas. Même le langage est touché. Comme disait Pierre Mart, parler est un acte physique. Il n'y a pas de symbolisation; il n'y a pas vraiment de mots; il n'y a pas de sens dans leur discours. Ils sont dans une vérité où tout est concret. Pour reprendre les mots qu'un patient alexithymique, c'est «des relations

blanches»: le patient est là mais il n'existe pas. Il n'y a pas de relation. Lui, par exemple, quand je lui ai dit «Qu'est-ce qui vous amène en consultation psychiatrique?», il m'a répondu «Le tram n°5». Donc tout était sur ce niveau. Une fois, quand je lui ai demandé quelle était la différence entre moi et mon collègue, il m'a dit «Aucune, vous êtes tous les deux des psychiatres». Donc il n'y a aucun espace qui se construit. C'est quelqu'un qui n'avait aucun espace psychique. Tout était concrétité totale. Donc ça se sont les psychosomatiques très graves.

Après, il y a différents degrés. Il y a des alexithymiques ou des «pensées opératoires» qui arrivent à dire «J'ai mal au ventre mais c'est l'angoisse». Ou il y a des gens qui le ressentent mais n'arrivent pas encore à trouver des mots. Donc là il y a différents degrés. Il y a des gens qui restent totalement dans leur corps, jusqu'à des gens qui arrivent lentement à se détacher du corps; jusqu'à l'être humain qui, à la fin, sait que le corps fait partie de lui et <incompréhensible>.

Et derrière tout cela il y a la question «Qu'est-ce que le corps?». Car nous avons un corps, mais nous sommes un corps. Et c'est un corps représenté, un corps symbolique. Mais l'épaisseur avec laquelle le sujet peut percevoir son corps dépend du développement, de la société dans laquelle il vit, du moment de l'histoire personnelle dans lequel il se trouve. Et là, les hystériques, par exemple, étaient un vrai challenge pour la médecine. Car ils ressentaient leur corps d'une manière que la neuropathologie n'expliquait pas.

Ensuite – et là je reviens, après ce long détour, sur ce dont vous discutiez avec Métraux – c'est seulement individuel: le corps est aussi construit sur un niveau culturel et psychologique. Et la psychosomatique, quelque part, a longtemps suivi de manière trop stricte la théorie freudienne, parce qu'on peut dire que le corps de l'hystérique – l'hystérie est exemplaire, c'est pour cela que c'est intéressant. L'hystérie, on la connaît depuis deux mille, trois mille ans: les Egyptiens pensaient que c'est l'utérus qui migre et qui produit des symptômes à cause de son déplacement, et cetera. Donc, vous voyez, ça c'est un corps somatisé. On pensait que tout ce qui se passe dans le corps, c'est le corps et rien d'autres.

NS: Ça vient du corps.

FS: Ça vient du corps. Et en même temps, en toile de fond, vous le voyez déjà: c'est une histoire de genre. Il y a l'utérus, et chez l'homme ça n'existe pas. Après, au Moyen-Âge, les hystériques avaient un corps possédé par le Démon. Donc là, même si nous ne parlons pas encore du corps psychique, il y a quelque chose d'autre qui entre dans le corps. Ensuite, avec Charcot et ces gens-là – et même avant Charcot, il y avait des neurologues qui pensaient que l'hystérie était dû à la vulnérabilité de la femme – avec Charcot, nous arrivons à un corps sécularisé: il ne s'agit plus du Démon, mais de quelque chose de non-spirituel. Le corps commence à être psychologisé, et l'on se dit qu'il s'agit soit de simulateur – la simulation est un acte psychique – soit, du fait que l'on pouvait les hypnotiser et qu'ils réagissaient à la parole, qu'il y a un espace psychique. Le corps n'est plus uniquement corps; c'est un corps habité psychiquement. Et ensuite, nous arrivons à Freud qui dit que le corps parle ce que la psyché ne peut exprimer, parce que la psyché ne le sait pas; c'est inconscient. Donc l'hystérique nous dit des choses, mais ce n'est pas ce qu'elle veut nous dire; ce sont des mises en scène sans élaboration possible. Et là, par rapport à un corps «pensée opératoire», vous avez un corps qui exprime quelque chose d'ordre symbolique. C'est à dire qu'il faut avoir un conflit psychique, ou quelque chose comme cela, pour expliquer le symptôme hystérique de conversion. Donc, là, nous ne souffrons plus simplement dans le corps; le corps est le moyen d'exprimer quelque chose d'ordre psychique. Donc c'est déjà un peu détaché du corps concret de l'alexithymique. Par contre, nous retrouvons avec Freud la question du genre. Et cela même avec Charcot déjà. Charcot disait qu'il existait des hommes hystériques mais qu'il s'agissait de ceux qui travaillaient trop ou buvaient trop, chez qui l'«usage» est trop important, psychiquement parlant. Par contre, il disait que la femme est un «terrain fragile», et c'est la raison pour laquelle, disait-il, il y a plus d'hystérie chez elles. On voit donc à nouveau la question du genre. La médecine, masculine, dit que les femmes sont fragiles et que les hommes sont forts, mais que parfois ils sont exposés à des choses énormes. Et Charcot n'écoutait pas l'histoire de ces gens. Il classifiait, faisait mille tableaux. Et d'ailleurs, les femmes étaient devenues des vraies actrices, des célébrités. Il y en a qui ont dû produire deux mille fois ce symptôme

hystérique, devant des audiences, voyageant d'un hôpital à l'autre, se faisant photographe. C'était le Grand Théâtre de l'illusionniste Charcot qui montrait tous ces phénomènes, toutes ces sciences, ces arcs en cercles, et tout ça. Mais il s'agissait d'actrices qui savaient ce que l'on attendait d'elles. C'est la séduction hystérique, et tout cela. Donc on peut dire que c'était un peu comme une collusion entre Charcot qui était fasciné et elles qui se produisaient. Avec une classification qui disaient que tout cela était dû au corps fragile des femmes. Ensuite Freud a commencé à sexualiser ce corps: il y a des pulsions là derrière qui s'expriment à travers l'hystérie. Mais avec la construction théorique d'un manque chez la femme: c'est l'envie de pénis qu'elle n'a pas, elle ne peut pas vivre ses pulsions, toutes sortes de théories. Mais de nouveau, une théorie très masculine. C'est le manque chez la femme qui fait qu'elle est dans cette condition de fragilité et d'hystérie.

Maintenant, je pense, moi, que l'hystérie classique existe moins qu'avant, et que le corps est utilisé chez les hommes et chez les femmes de la même manière. Et cela est un peu la critique des féministes aujourd'hui, qui disent qu'on ne peut pas avoir une théorie du genre autour du corps: c'est simplement que l'expression est un peu différente en fonction de l'époque, et en fonction du regard de l'homme sur ce corps féminin. Elles disent «nous avons, en tant que femme, un corps sémiotique: c'est les hommes qui s'inscrivent sur notre corps, c'est eux qui regardent, c'est eux qui nous fétichisent, soit à travers une théorie du manque de pénis, soit à travers la mode, à travers un discours, à travers la filmographie qui peint la femme comme un objet sexy. Notre corps est capté par les hommes, dominé par les hommes. Notre corps ne nous appartient pas vraiment, et nous devons nous libérer». Mais elle disent que les hommes ont les même problématique; ce n'est pas une histoire d'avoir un pénis ou pas. Je pense que cela correspond tout à fait à une compréhension moderne du corps, féminin ou masculin, où l'on prend en compte non seulement la pulsionalité, et dieu-sait-quoi, mais également tout ce qui fragilise l'Homme et que vous avez nommé: la migration, les liens sociaux qui se déconstruisent, un non-engagement dans le développement, les traumatismes, les abus, les maltraitements. Tout ce qui fragilise psychiquement l'Homme, fragilise aussi le corps. Toute notre histoire est une fragilisation du corps: déjà quand on naît, l'effort d'adaptation de partir d'un environnement extrêmement sécurisé qu'est le ventre de la femme – on est nourri, on est protégé, on est au chaud – c'est un énorme stress pour un enfant. Et ensuite, le processus de vieillissement commence relativement vite. Bien sûr, nous avons l'impression de grandir, mais nos cellules sont programmées pour mourir, et nous nous fragilisons au fur et à mesure, nous nous usons. L'Homme, psychiquement, doit vivre avec cette vulnérabilité, qui est souvent inconsciente. Effectivement, ce n'est que lorsqu'ils tombent malade que les gens s'en rendent compte, peut-être. Et l'Homme doit vivre aussi avec la mort, d'une certaine façon. Nous ne connaissons pas la réponse aux grandes questions: nous ne savons pas d'où nous venons, nous ne savons pas où nous allons, nous ne savons pas quand nous allons disparaître. Tout cela nous fragilise énormément, hommes et femmes.

Et une des possibilité d'exprimer cela, c'est effectivement à travers le corps. Mais après, il y a toute sorte de manifestations Il y a la pensée opératoire, l'alexithymie, les troubles douloureux chroniques, qui sont complètement dans le corps, sans place pour le psychique. Il y a l'hystérie, où c'est déjà un peu plus élaboré; on peut parler avec eux. Il y a les troubles alimentaires, où les gens utilisent leur corps. Mais c'est troubles sont proches de l'alexithymie, car ces personnes n'arrivent pas vraiment à accéder à leur espace psychique. Mais il y a tout le spectre. Il y a des «vraies maladies», entre guillemets, mais qui rencontre le psychique: des gens chez qui, dû à leur biographie, la maladie, symboliquement, est très lourde à porter. Comme le cas de cette patiente, atteinte de Parkinson, où l'enfermement dans son corps représente symboliquement l'enfermement qu'elle a déjà vécu, comme enfant, par sa mère qui était folle. Il s'agit donc d'emboîtements entre ce que vit le corps et ce que vit la psyché, et de leur influence mutuelle. Avec comme résultat qu'il y a des gens qui sont atteints de maladies très graves et qui le vivent de manière incroyablement bien; jusqu'à des gens pour qui même la maladie représente un soulagement. J'ai vu des patients cancéreux qui me disent «C'est la première fois de ma vie que je me sens bien, depuis que j'ai ce cancer, parce que ça me déresponsabilise. Car j'ai toujours dû porter la responsabilité. J'étais un enfant parentifié. Enfin je peux me permettre de

dire "Maintenant, ce n'est plus ma faute, ce n'est plus ma responsabilité; je peux me permettre d'être soigné". C'est horrible d'en arriver là. Mais bon, après vous avez tout ce spectre.

Et donc, c'est pour ça que **tout est psychosomatique**. De l'alexithymique, qui est complètement archaïque, au psychanalyste qui tombe malade d'un cancer des poumons, ça reste une histoire entre lui et son corps, de son histoire et de comment il construit et vit son corps. Tout est toujours lié d'une certaine manière. C'est, à la limite, très délié chez celui qui n'a que le corps, parce que l'espace psychique n'existe pas vraiment ou qu'il ne fait aucun lien. Mais, pour la compréhension de l'Homme, tout est toujours là.

NS: Et même chez l'alexithymique, le fait qu'il n'y ait pas ce lien signifie bien que le lien est important. Le lien est toujours là.

FS: Exactement. Et le problème est – et c'est la raison pour laquelle cette discipline est importante – que la médecine a tendance à complètement ignorer cela. Pour un médecin, le corps est le corps. Bon, il faut admettre que la technique n'aide pas. Car avec tout le progrès technologique que nous avons maintenant, le corps devient transparent. Et nous sommes fascinés par ces clichés. C'est comme si l'espace psychique est rayé, parce que nous pouvons pénétrer dans ce corps. Et nous sommes tous là en train de regarder ce corps, comme Charcot regardait ses hystériques. Charcot fasciné par ces phénomènes mais qui oubliait d'écouter leur histoire, qui était imprégnée de traumatismes. Par contre, il faut le dire, Charcot disait «Ça leur fait du bien que les éloigner de leur famille». Donc ça, il l'avait compris. Mais en temps il ne voyait pas. Ces femmes étaient toutes interviewées sur leur histoire. Et il rapportait tout ce qui leur arrivait de traumatisant. Mais ce n'est pas ça qu'il voulait écouter. Ça ne l'intéressait pas le pourquoi. Et avec la technique moderne, de nouveau, nous sommes fasciné de pénétrer dans ce corps et regarder tous ces merveilleux clichés. Mais nous avons du mal à voir que, derrière ce corps, il y a une personne. Et **une bonne médecine, c'est une médecine qui s'occupe des personnes, et non des maladies**. Et là, les médecins ne voient pas qu'une même maladie, pour l'un représente quelque chose de complètement différent que pour l'autre. Et, ce pour cela, que leur réponse est souvent en terme médical. Ils parlent de médecine. Quelqu'un dit «C'est horrible que l'on doive m'amputer le pied» et on répond «Vous savez madame, il y a même des gens à qui nous devons amputer une jambe». Alors qu'ils ne voient pas que l'amputation tout court, c'est une chose, mais ce que cela signifie pour cette femme, ce que cela signifie dans son histoire – qui peut-être s'est construite sur une image narcissique – ce que l'amputation signifie symboliquement pour quelqu'un qui se sentait déjà amputé psychiquement par ses parents et gardé en permanence, ... les médecins ne voient jamais cela. Enfin, j'exagère un peu, mais ils ont du mal à voir cela. Et donc ils agissent sur ce corps d'une manière complètement inconsciente. Je veux dire, ils résolvent tout, ils font toute sorte de choses avec ce corps sans jamais s'interroger si c'est en phase avec la psyché. Et pour vous donner un exemple assez parlant, il y a un patient schizophrène qui a eu un cancer des testicules qui ne voulait pas se faire soigner. Il a essayé, il était hospitalisé. Et il m'a dit «Mais moi, plus jamais. Je ne peux pas». Il m'a dit «Je sais que j'ai un cancer des testicules, je sais qu'on peut le traiter, mais moi je ne supporte pas d'être hospitalisé ici. Ça m'angoisse». Je lui ai dit «On peut vous médiculer et tout» et lui m'a dit «Je ne veux pas. E je ne peux pas». Et quand il parlait de la situation, il disait que c'était comme un chevreuil qu'on mettait au CHUV: il panique. Et j'ai essayé de négocier les choses avec lui. Mais il avait le discernement. C'était quelqu'un de très intelligent. Il savait. Il savait ce qu'il avait, il savait que, s'il ne se faisait pas traiter, il allait mourir. Et j'ai dit «Donc vous choisissez la mort». Il m'a dit «Je préfère mourir dans mon corps que de traverser l'enfer psychique encore une fois». On a dit «Bon, ok et au revoir». C'était très touchant. Il a informé son fils qui avait seize ans, en lui disant «Je sais que je n'ai jamais été le père que tu aurais souhaité. Je n'arrive pas à assumer psychiquement ces choses. Mais maintenant je vais mourir» et tout cela. Donc il a fait tout bien. Et pour moi c'était assez sensé. Il fallait passer par là. J'ai tout essayé d'autre. Mais pour les médecins, c'est incompréhensible. Pour eux, c'est de la folie de faire cela. Alors que c'est tout à fait sensé sur un niveau psychique; ce n'est pas de la folie. Autrement il aurait

décompensé cet homme. Et la vie psychique, c'est plus important parfois que la vie physique.

NS: Et comment!

FS: Ce n'est pas avec le corps tout seul que l'on peut vivre. Et donc, avec cela, les médecins ont du mal. Donc nous, c'est un peu notre job d'essayer de penser tout cela, mais aussi de transférer ce savoir aux médecins.

NS: De transmettre cet éclairage-là. De transmettre.

FS: Oui. Et l'intégrer dans les études. C'est un vaste projet.

NS: Une des raisons pour lesquelles, peut-être, la médecine est tellement concentrée sur le corps, est que le corps peut être compris mécaniquement. Alors que la psyché, on ne peut pas. Enfin si, mais c'est très neuroscientifique. J'ai l'impression qu'on somatise le cerveau.

FS: Oui, je crois aussi.

NS: On voit la mécanique du cerveau, on voit la mécanique du corps, on peut expliquer beaucoup de choses, mais on oublie le lien entre les deux. Et sûrement qu'il y a une certaine mécanique là derrière, neurophysiologique ou quelque chose comme ça.

FS: Oui, oui.

NS: Mais certains se concentrent uniquement sur le cerveau, d'autres uniquement sur le corps, et on oublie totalement le lien. Pourtant même la pensée actuelle, aussi mécaniciste qu'elle soit, pourrait s'intéresser au lien entre les deux.

FS: Oui. Là derrière, il y a aussi l'histoire de l'analyse, de la réduction en petites parties qui augmente la compréhension, mais qui délie aussi d'une certaine manière. C'est un peu le «universe as a clockwork»: tout peut être mécaniquement expliqué, le corps est comme un clockwork. Bien sûr, on peut aller dans les cellules, dans la génétique, mais à la fin il faut lier. Sinon, cela reste délié. C'est pour cela que je trouve que les livres les plus intéressants actuellement sont des livres transdisciplinaires. J'aime quand il y a des philosophes qui parlent sur la médecine et le corps, car ils lient un savoir médical avec un savoir sociétal. Et tout cela fait que l'on se trouve dans quelque chose de l'ordre du «global» à nouveau. Le vingtième siècle a été le siècle des disciplines. Cela a bien sûr permis que la linguistique existe, que la sociologie existe, et cetera. Mais à la fin, c'est un tout. La compréhension de l'Homme nécessite d'intégrer les différentes disciplines, car elles ne sont que les différentes facettes de l'Homme. Et cela est très difficile car nous ne pouvons plus être dans des histoires comme Goethe, qui était un génie universel, qui connaissait toutes sortes de choses. C'est très difficile, mais cela passe par le dialogue entre les disciplines. Je n'ai pas besoin d'être linguiste pour comprendre les grands principes des linguistes. Et eux n'ont pas besoin d'être médecin pour pouvoir se prononcer sur ce que fait la médecine. Ils peuvent avoir un regard et peuvent se prononcer.

Ce que vous dites est juste. La neuroscience montre la mécanique, comment les choses fonctionnent, mais après...

NS: Pour moi, c'est très détachée de la clinique, de ce que nous vivons.

FS: Une patiente, qui voulait avoir un enfant, m'a une fois dit qu'elle a eu une expérience où un petit enfant l'a regardée et où elle a regardé cet enfant. Et la mère s'est arrêtée et ils se sont regardés trois, cinq secondes, maximum. Mais elle avait l'impression que c'était trois heures. Elle était en profond lien avec cet enfant. Et je pense que le désir d'enfant, elle l'avait depuis un moment. Cet enfant a symbolisé cela, lui a rappelé cela. Et cet enfant lui a parlé. Elle a dit «J'étais en profond lien tout à coup». Et la mère s'en est aperçue, et c'est pour cela qu'elle a laissé un moment pour eux. Et donc, comment expliquer cela? Parce que là, vous n'avez pas seulement la mécanique du cerveau du bébé et la mécanique du cerveau de ma patiente. Il y a quelque chose qui se passe dans l'espace intersubjectif; vous ne pouvez plus l'analyser avec les méthodes neuro-scientifiques. Vous ne pouvez pas, car c'est entre les deux. Comment voulez-vous le capter? Il y a mille choses qui se passent à la seconde. Même au niveau non-verbal, un petit enfant peut se mettre en lien, car il voit cette femme qui le regarde d'une manière différente que les autres. Il le sent. Et cela, c'est entre les deux, et vous ne pouvez pas le capter. Nous ne pouvons le capter qu'avec une théorie, qui est de l'ordre de l'intersubjectivité qui circule. Mais ce qui circule, c'est pas du para-psychologique, c'est pas de l'ordre du démoniaque, mais c'est là. C'est entre nous deux; ce n'est ni en vous ni en moi. Et cela, vous ne pouvez pas le photographier, vous ne pouvez pas faire une tomographie.

Je pense que les neuroscientifiques ont parfois du mal à accepter cela: qu'il y a des questions sur ce monde auxquelles la médecine a du mal à répondre et qu'on ne peut que théoriser. Les sciences naturelles ne peuvent pas approcher certaines questions avec les investigations de la preuve. Il est stupide de penser que nous pouvons tout faire avec les sciences de base, ou les sciences naturelles. Nous ne le pouvons pas. Il y a des choses que l'on ne peut que penser. Maintenant, ils font des philosophies comme des enquêtes psychologiques. D'accord, qu'ils le fassent. Mais il y a des grandes questions – comme la question «d'où venons-nous?» – nous ne pourrions jamais l'étudier avec les sciences de base. C'est une question théologique. Et nous n'aurons peut-être jamais de preuve. Mais nous nous en fichons des preuves! Nous ne pouvons qu'approcher l'objet sans le maîtriser. Et cela seuls les religions et la philosophie qui peuvent le faire. Donc il restera toujours des questions, même en psychologie, où il faut de la théorisation.

NS: Quitte à ensuite observer pour voir si cela corrèle.

FS: <incompréhensible> Exactement. Ou si cela fait sens.

NS: Sans chercher la preuve.

FS: Exactement. Dans le développement. Pour voir si nous pouvons voir le parallèle avec certaines théories, et cetera. Mais sans chercher à infirmer ou confirmer. Simplement étoffer, ou quelque chose comme cela. Et les gens ont du mal avec cela, car nous aimons le chiffré, nous aimons le prouvé. Alors qu'il y a des choses pour lesquelles nous ne pouvons pas, nous ne pouvons simplement pas.

Et la dévalorisation de ce qui est de l'ordre de la pensée, la pensée théorique, est frappante de nos jours. De plus en plus. Bon, les philosophes n'ont jamais été pris au sérieux; ils n'ont jamais gagné leur vie. Le monde est de plus en plus économique. C'est vraiment une «pensée opératoire» qui règne. Et c'est dominé par un grand pays qui a une pensée opératoire effrayante. Voilà dans quelle mécanique nous nous trouvons. La pensée est dévalorisée. Actuellement à l'école, où est la poésie? Où est la lecture? Les enfants lisent de moins en moins. Alors que c'est avec la lecture, entre autre, que l'on se crée son espace psychique, son fantasme, qui peut être stimulant pour le cerveau. Il y a de moins en moins de gens qui lisent. Nous sommes visuels: nous regardons la télévision, les films, les jeux video. Cela tue la pensée. Et en tuant la pensée, nous dévalorisons ceux qui pensent; et nous devenons de plus en plus corps et de moins en moins psyché.

Et après, nous voyons toutes ces expérimentations, toutes ces machines qui photographient le cerveau; c'est très bien mais c'est n'est pas tout.

Enfin, c'est un peu <incompréhensible> comme discours.

NS: Les choses changent vite de nos jours; il y aura peut-être un bond dans l'autre sens.

FS: Les choses peuvent changer oui.

NS: Je souhaiterais revenir sur deux-trois choses. Quand vous avez parlé du développement de l'enfant, vous avez dit qu'il est, au début très somatique, et qu'au cours de son développement, il met sens, met un contenu psychique sur un vécu somatique.

FS: Oui, oui.

NS: Et c'est donc ainsi que l'on crée un lien entre quelque chose que l'on vit et ressent avec quelque que l'on peut verbaliser. Et ainsi, nous pouvons, sur la base de gargouillis dans le ventre, dire que l'on a faim; ou je me sens triste, ou je suis fatigué.

FS: Oui, voilà. C'est-à-dire qu'il y a quelque part une séparation, mais qui reste liée. Car nous ne pouvons pas cliver la psyché et le corps. Mais il y a de plus en plus, comme vous le dites, la possibilité de ne pas seulement sentir le corps, mais de commencer à être dans un espace psychique. Parce que la mère réagit avec ses émotions et c'est toute la question de l'«accordage émotionnel»: elle stimule, chez l'enfant, un espace psychique de plus en plus différencié du corps, mais qui reste très lié.

NS: D'accord. De plus en plus différencié du corps, mais avec toujours plus de parallèles.

FS: Oui, c'est lié. Mais ça commence à se différencier quand même. Parce que la pensée commence à exister, le mot commence à apparaître, les sentiments prennent forme de plus en plus, et cetera. Donc cela crée un espace psychique. D'ailleurs les orphelins que l'on laisse n'acquièrent pas le langage; ils meurent parfois même. Si l'on ne s'occupe que somatiquement du corps d'un enfant, il a un grand risque de rentrer dans une dépression, et même de mourir. Ou alors il risque d'arrêter sa

- croissance. Donc si l'on délaisse les enfants, ils ne peuvent pas se développer. Il faut une interaction pour que cet espace psychique se crée.
- NS: Nous pourrions dire qu'au début un enfant est juste un corps, et qu'il apprend à *avoir* ce corps, à le voir comme quelque chose d'externe. Parfois cela est même exagéré, et l'on voit des clivages.
- FS: Oui. Il y a un livre qui illustre bien cela. C'est très vulgarisé mais je le trouve excellent. C'est «Le monde des bébés», écrit par Philippe Rochat. Il traite bien sûr la construction de la pensée et la fonction de la mère comme contenant, qui aide à mentaliser ce que vit l'enfant. Ce que fait aussi souvent un thérapeute; Bion a beaucoup écrit à ce sujet. L'accordage émotionnelle a beaucoup été étudié par Winnicott, qui a écrit quelques fois que la mère doit presque devenir psychotique pour être une bonne mère, car l'enfant fonctionne tellement différemment. Rien que la structure temporelle est totalement différente. Elle doit se mouler dans l'enfant pour vraiment le sentir. Et les mères qui ne peuvent pas faire cela prêtent leur espace psychique totalement à l'enfant. Et ce sont des îlots qui sont après dans l'enfant, et l'enfant se connecte avec cela. Sans connexions, vous restez un abruti, vous restez corps. Il y a des gens qui restent corps. Il n'y a pas d'espace psychique. Des alexithymie totale. Il y a à peine une pensée, et encore. Ce sont des gens très rustres, dont les pensée se limitent à «j'ai faim, je bouffe, je chie, point». That's it. Une patient m'a dit un jour «Dans ma famille, on a jamais parlé. C'était à la limite "Donne moi le sucre" à table». Et à l'âge de sept ans, elle est allé manger chez les voisins, qui étaient une famille italienne. Et elle a dit «C'était un autre monde, les gens parlaient, riaient, ils se chamaillait, ils disaient "Oh mais c'est bon!", alors que chez nous il n'y avait pas un mot. Mon père ne parlait pas, ils disaient juste parfois "Donne moi le sel". Donc comment voulez-vous qu'un espace psychique se développe seul. Il ne peut pas. Il n'y a pas de pensée, simplement des faits.
- NS: On est simplement observateur de son corps.
- FS: Il n'y a pas de symbolique, il n'y a pas d'abstraction. Les faits ne font pas sens pour eux. C'est une succession d'épisodes dans la vie. Il n'y a pas de «tout». C'es dramatique.
- NS: Je n'ai jamais été confronté à cela, mais cela doit être impressionnant. Pour revenir à ce que vous disiez sur les alexithymiques, j'ai l'impression que les gens «normaux» – du moins la plupart des gens autour de moi – c'est presque le contraire. C'est-à-dire que nous sommes conscient de ce que nous vivons psychiquement, et nous ne sommes plus du tout conscient de ce que nous vivons dans le corps. Il y a des gens qui disent «Je suis stressé» mais si on leur demande comment ils se sentent ils répondent «Bah, je sais pas. Je suis juste stressé.» C'est comme si nous avons pris l'habitude de nous concentrer que sur notre partie cérébrale.
- FS: Je suis assez d'accord. Cela est presque à l'opposé de l'alexithymie.
- NS: Exactement.
- FS: Nous oublions que nous avons un corps. Mais n'oubliez pas que vous êtes dans un sous-groupes de gens: étudiants, intellectuels, qui se construisent dans la pensée, qui investissent la pensée. Mais c'est vrai que c'est presque aussi délié qu'autres, dans le sens inverse – ceux qui ne connectent pas leur maux de ventre à une angoisse. Et bon, là ce sont les étudiants qui investissent la pensée, mais c'est peut-être généralement un peu comme cela.
- NS: C'est ce que je voulais dire. Enfin, c'était simplement une idée qui me passait par l'esprit. On a pris l'habitude je crois de faire une sorte d'introspection, mais nous ne savons plus introspecter le corps.
- FS: Je suis totalement d'accord. Et en plus, nous avons oublié qu'avec le corps nous pouvons calmer la psyché. Parce que si vous respirez avec votre diaphragme, vous vous calmez. J'ai eu un patient qui avait un peu une phobie sociale, mais qui devait parler devant des gens, deux-trois fois par semaine. Et il a toujours pu se clamer en inspirant trois fois calmement. Après cela il pouvait parler. Il a dû faire une pneumonectomie, et il m'a dit «Maintenant, avec ce volume, ça ne me calme plus. Avant, avec trois inspirations, ça suffisait. Maintenant, je n'arrive plus, avec mon diaphragme, à me clamer, car je n'ai plus le même mouvement».
- NS: C'était son seul moyen de se calmer.



- FS: C'était un moyen somatique pour calmer la psyché. Alors ce patient y a perdu, à cause de son opération. Mais je pense que beaucoup d'entre nous avons perdu la capacité à utiliser notre corps pour calmer la psyché. Nous employons des moyens psychiques, ou de la pensée, pour essayer de nous calmer. Alors qu'il existe aussi des moyens comme la relaxation, et déjà cela calme. Ou respirer profondément. Et c'est vrai: nous sommes un peu déconnectés.
- NS: Je souhaiterais encore aborder une chose. Il arrive parfois que des patients disent avoir des problèmes physiques et les médecins, en analysant le corps, ne trouvent pas vraiment de causes. Ces patients sont ensuite catégorisés entre le psychosomatique, l'hypocondriaque, le tricheur, le simulateur, avec en plus de cela toute la polémique autour des migrants – je pense notamment au syndrome transalpin et à la sinistrose. Il me semble que c'est d'autant plus facile de mettre quelqu'un qui n'est pas de notre groupe dans la catégorie des simulateurs.
- FS: Oui, et parlons de l'AI (ndlr: Assurance-Invalidité). Nous parlons ici de «troubles somatoformes», qui comprend notamment les douloureux chroniques. Or dans la dernière révision de l'AI, cela a été rayé de leur catalogue. Donc ils ne donnent plus. Ceux qui ont une rente peuvent l'ont toujours, mais maintenant, dans la prochaine révision, ils veulent même remettre en question ceux qui ont déjà une rente avec ce diagnostic. Mais ils ne donnent plus de rente pour des douleurs chroniques; c'est fini. Nous voyons bien que la maladie est une construction sociale. Qu'acceptons-nous comme maladie? Et dans les prestations d'invalidité, qu'acceptons-nous? C'était arbitraire. Ils ont enlevé cela, mais ils auraient aussi bien pu enlever la dépression. Nous croyons que c'est un diagnostic qui existe. L'AI dit «Ça n'existe pas»; donc ils l'ont rayé. Bon, c'était juste une parenthèse.
- Ce que je voulais dire, c'est que, oui, nous classifions les migrants. Il s'agit d'une population vulnérable. Mais il y a également des Suisses qui sont vulnérables, par exemple s'ils ont été abusés. Quelle était le problème que vous souleviez? Que nous mettons tous ces gens dans une même boîte, et puis...
- NS: Hypothétiquement, je dirais qu'il y en a peut-être qui simulent.
- FS: Une infime minorité.
- NS: Très certainement.
- FS: Parce que, si vous regardez des maçons qui gagnaient 3'400-3'500 frs, avec l'AI ils gagnent 1'900 frs. Je ne pense pas qu'il y ait beaucoup à gagner.
- NS: Moi non plus.
- FS: Il y a eu des cas de personnes à l'AI qui avaient un job à côté. Mais nous pensons que c'est en dessous de 1%. C'est très rare. Et pour beaucoup de gens, l'identité professionnelle est très importante. C'est très structurant. Avoir un job, c'est l'un de nos pieds identitaires; perdre cela, c'est très douloureux. La plupart des migrants ont commencé à travailler à l'âge de onze ans, comme des fous, sur-investis, sur-adaptés en Suisse, jusqu'au moment où ils craquent, où ils ne sont pas reconnus. Il y a un conflit. Et malgré tous leurs efforts d'adaptation, <incompréhensible> et c'est là où ça craque. Ou simplement parce qu'ils sont épuisés. Quelqu'un qui commence à onze ans devrait être à la retraite à cinquante ans. Et derrière tout cela, il y a des histoires de maltraitance. Donc **il est clair que ces personnes-là sont un peu plus souvent dans des situations de fragilisation psychosomatique.** C'est clair.
- Pour revenir à la question de la classification diagnostique: ça aide à argumenter, ça aide à avoir un langage commun, ça aide pour l'investigation scientifique, mais en réalité ce n'est pas si important. Peu importe comment nous les appelons. Moi je m'en fiche, à la limite, si quelqu'un est hystérique ou «trouble somatoforme douloureux», ou qu'il a une maladie somatique et une psyché relativement normale, mais qui réagit bien sûr – et heureusement. Je ne fais pas vraiment de distinction. Nous travaillerons un peu différemment avec chacun, mais sur le fond ce n'est pas si important. Pour la science peut-être; pour un peu progresser il faut parfois regrouper, mais dans la clinique...
- NS: Et bien voilà. Je crois avoir fait le tour. J'ai un peu trop de choses en tête là maintenant.
- FS: C'est immense domaine, immense.

**Annexe 8: Entretien avec Rodrigo Vasquez (RV), médecin généraliste, le 24 mai 2011**

NS: Ce mémoire est l'opportunité pour moi d'étudier les liens entre le corps et l'esprit, et comment certains processus psychologiques pourraient avoir un impact sur le corps, au point d'avoir des douleurs chroniques. Comme ce thème est très vaste, je me focalise sur le cas des migrants, qui en plus d'être un cas spécifique est un cas polémique. Car très souvent, le migrant est vu comme un tricheur, un feinteur. Voilà pourquoi j'explore un peu plus ce côté-là. Mais l'idée est, pour moi de parler de l'être humain en général, car la migration ne se restreint pas à un passage d'une frontière à l'autre. L'idée est de parler de tout le monde, à travers le cas spécifique des migrants. Pourquoi est-ce que j'en arrive à discuter avec des gens comme vous? Parce que j'ai l'impression que, d'un côté, on dit «bien sûr qu'il y a des liens entre corps et psyché», et de l'autre, on ne sait pas vraiment comment tout cela est possible. Et c'est très flou pour moi. Donc j'ai eu envie de discuter avec des praticiens, pour tenter d'y voir un peu plus clair.

Ma première question est la suivante: vous qui avez beaucoup de patients migrants, vous est-il arrivé de voir un lien entre ce que le corps exprime, en terme de maladie ou douleur, et des états psychologiques?

RV: Oui, bien sûr. Beaucoup. Surtout les sud-américains, les espagnols, les portugais, leurs symptômes d'appelle est souvent quelque chose lié au corps. Je pense à une consultation d'hier: une jeune dame de vingt ans, qui vient avec des maux de tête, des douleurs dans les bras, des douleurs dans les jambes, des tensions dans la nuque, dans le dos, et avec un grand sourire. Si c'est juste localisé dans un endroit, on se dit qu'il y a peut-être un problème organique, mais lorsque cela prend une telle ampleur, il est clair que la question n'est pas de chercher quelle douleur il y a là-dedans, mais de demander à la personne quelle est sa *souffrance*. Beaucoup de gens – et même les Suisses – s'expriment à travers le corps.

Les douleurs multiples sont quelque chose de fastidieux pour les médecins. Car il s'agit souvent de gens qui s'expriment par le corps, mais qui ont beaucoup de peine à faire le lien entre le corps et la psyché. Donc c'est un peu frustrant: nous devons nous intéresser aux douleurs, mais dès que nous essayons de faire le lien avec la psyché, les patients n'acceptent pas. Donc c'est un peu frustrant parfois. Il faut trouver en quelque sorte la faille, une entrée, ce qui n'est pas toujours facile.

NS: J'imagine donc que vous abordez ces questions-là avec vos patients; qu'il y a peut-être une souffrance là-dedans.

RVRV: Oui, oui. Je prends en compte l'ensemble des douleurs, mais j'essaie de les mettre un peu de côté et de m'intéresser à ce que les patients ont vécu, à leur histoire de vie. Je m'intéresse bien sûr à ce qu'ils vivent maintenant, dans leur couple, quelles sont les dépendances qu'ils ont, dépendances sentimentales notamment.

Je pense par exemple aux clandestins qui ont une maman malade, ou seule, dans le pays d'origine, et qui souffrent. J'ai une patiente équatorienne qui avait des angoisses et des douleurs au sternum, aux épaules, au bras gauche; ça pouvait être quelque de cardiaque – c'était une personne d'un certain âge, il faut s'intéresser à toutes les possibilités de douleurs, il faut toujours faire le tri. Donc bien sûr je me suis «ça peut être cardiaque». Je lui ai parlé du cœur, et ça l'a rassurée que je lui propose de faire un électro-cardiogramme. Mais je savais bien au fond de moi que ce n'était pas l'électro-cardiogramme qui allait m'apporter quelque chose de pertinent. Mais c'était le moyen d'entrer un peu dans sa sphère.

NS: Vu que les patients viennent pour un problème somatique, il est important de ne pas leur dire «ça se passe dans votre tête».

RV: Non, il faut accepter ce qu'ils apportent, et en même temps leur dire «Moi je pense que c'est peut-être autre chose ce que vous vivez». J'aime beaucoup que les patients me donnent leur explication du symptôme. Car nous en apprenons beaucoup ainsi. Nous pouvons poser plein de questions et toutefois taper à côté. Alors que si nous leur demandons «Quelle est votre explication? D'où pensez-vous que cela vient?», alors eux nous donnerons des pistes. Car nous touchons là à ce qui les préoccupe, ce qui a fait qu'à un moment donné ils soient venus nous voir.

Pour cette dame équatorienne, par exemple, c'est le fait qu'elle ait quitté sa maman quelques années après le décès du papa. Le père, qui était sur-investi dans la famille et qui était considéré comme le pilier central, meurt – qui plus est par une négligence médicale – et cette dame, qui est partie très vite, a eu l'impression d'avoir abandonné sa mère – qui est en fait une femme qui se débrouille très bien. Mais néanmoins elle sent cela, elle sent cette douleur d'avoir abandonné sa mère, <incompréhensible> n'avait jamais pu faire le deuil de son père.

Donc les questions que je pose sont, par exemple, comment est-ce que ça se passe dans le couple, comment ça se passe sexuellement et dans le corps, comment ça se passe avec les enfants, avec le mari, ont-ils un réseau d'amis, qui sont les gens autour, quelles sont les dépendances sentimentales avec les gens restés au pays. J'ai des mouchoirs, là, sur la table; ils sont très utilisés. Je fais beaucoup pleurer les patients, les patientes surtout. Sans le vouloir; ça sort tout seul. Je les vois qui entrent le visage tout ridé, et ils ressortent un peu plus en paix. Ça fait <incompréhensible> d'avoir pu aider.

Donc voilà, les questions que je pose sont: comment ça se passe dans leur quotidien et ensuite quelle est leur histoire de vie. L'enfance, s'ils ont reçu de l'amour, s'ils ont reçu les bases. Les bases c'est recevoir de l'amour, de ne pas recevoir de coups, d'être valorisé.

NS: Lorsque vous remarquez qu'il y a des choses comme ça, dans leur vie, qui ont pu avoir une influence sur leur état physique actuel, j'imagine qu'à la fois vous traitez le physique – puisque c'est la raison pour laquelle ils consultent – et à la fois vous faites un travail psychologique, d'accompagnement. Comment traitez-vous ce genre de cas, lorsque vous voyez qu'il y a un travail psychologique à faire?

RV: Il faut revenir sur ce qu'ils ont vécu, ce qu'ils ont senti. Je leur demande «Comment vous êtes-vous senti?». Et puis s'ils restent en surface, j'essaie de les faire plonger un peu plus loin. Y a-t-il des sensations d'injustice, des sensations de tristesse? Si oui, ont-ils validé, ont-ils reconnu ce sentiment?

NS: Ma question là-dedans était de savoir ce qui fait qu'une personne guérit ou non.

RV: Je n'ai pas l'impression que nous guérissions vraiment les patients. Nous les accompagnons. Si quelqu'un le guérit, c'est le patient lui-même. Mais nous les accompagnons. Nous pouvons ouvrir une petite porte, qu'ils sont ensuite libre d'explorer ou pas. Nous pouvons leur dire «Pour moi, cela vient peut-être de là, ou ça y a contribué».

J'ai une patiente portugaise qui est venue hier. Elle est plutôt un soleil en général, bien qu'elle ait une vie très dure. Elle travaille dans le médical – aide-soignante dans un EMS – et elle a été extrêmement perturbée par un décès. Pourquoi ce décès-là, et pas les autres? Nous avons travaillé autour de cela. «Quelle était la relation que vous aviez avec cette personne?». Et ensuite, je leur propose un suivi. Je leur propose de les revoir. Les gens sont assez pauvres dans le quartier, alors des fois ils ne peuvent pas. Mais je suis toujours disponible s'ils souhaitent venir une fois par semaine, une fois toutes les deux semaines, une fois par mois, peu importe. Et j'essaie qu'ils reprennent confiance en eux, qu'ils croient qu'ils peuvent s'en sortir. C'est simplement ça. Parce que les gens sont tellement convaincus qu'il n'y a rien à faire, que j'essaie simplement de leur dire qu'il y a quelque chose à faire, qu'il y a quelque chose en quoi croire. Commencer par croire qu'il est possible d'aller mieux, c'est le début. Donc la foi en leur propre guérison, c'est quelque chose qui me semble très important.

NS: Tout à fait. Pourrait-on dire que la raison pour laquelle nous voyons ce genre de cas un peu plus souvent chez les migrants que chez les suisses est due au fait la migration a impliqué des changements de relation, un entourage moins important et moins soutenant, un travail de deuil à faire, et cetera? Pourrait-on dire que la migration a été un facteur dans le fait qu'actuellement des éléments psychologiques influencent leurs symptômes physiques?

RV: Je ne sais pas si c'est la migration en soi, ou bien si c'est leur culture. Pourquoi les suisses s'expriment-ils moins par le corps que les portugais ou les sud-américains. Je ne sais pas vraiment à quoi cela tient. Est-ce une question de proximité du corps? Il y a des gens qui se touchent beaucoup, des familles qui se touchent beaucoup. Et il y a des gens qui ne supportent pas le contact de l'autre.

Mais la migration apporte des difficultés, simplement. Elle apporte de la précarité, ce

qui fait que les gens ont d'autres soucis; ils sont dans un stress psycho-social plus grand. Ils ont peut-être donc moins de temps pour s'occuper d'eux-même, pour se demander «Que suis-je en train de ressentir?», pour faire une sorte remise en contact de soi-même, de ses sentiments. Tout cela prend certainement du temps.

NS: Oui, du temps, un environnement aidant, des relations.

RV: De la sécurité.

NS: On dit que les gens s'expriment par le corps, que des souffrances s'expriment par le corps, comment cela est-il possible? Comment est-ce possible qu'une souffrance psychique, une émotion, se manifeste par le corps? Il y a bien sûr des connexions entre le cerveau et le corps, mais je suis un peu perdu dans la compréhension de ces mécanismes. Que pourrait-on dire du fonctionnement de l'être humain, sur la base de ces constats?

RV: Je pense que **nous avons une mémoire des sens**. Probablement. Parfois quand vous allez dans un endroit où vous n'avez plus été depuis longtemps, tout à coup vous sentez une odeur qui vous rappelle quelque chose du passé. Vous ne savez pas forcément où et quand – ou peut-être vous savez. Et vous vous dites «cette odeur touche en moi quelque chose du passé». Et je pense qu'avec le corps c'est la même chose: si nous avons reçu des coups, par exemple, ou si nous avons depuis tout petit travaillé dur à porté des charges lourdes, nous seulement cela s'inscrit somatiquement <incompréhensible>, mais il y a aussi une **mémoire de cette souffrance-là, du corps qui a été soumis à quelque chose de dur**. Mémoire que nous pouvons retrouver, ou qui peut ressortir plus tard, dans une situation de difficulté psychologique par exemple.

Le mal de dos et la dépression, ou le raz-le-bol et l'insatisfaction sont tellement liés <incompréhensible>. Il n'y a pas besoin d'être migrant pour cela.

NS: Oui. Pourrions-nous dire, pour simplifier, que si dans notre expérience de vie – notamment lorsque nous étions petit – nous avons eu à maintes reprises des choses lourdes à porter et donc qu'un mal de dos a systématiquement été lié à un état de souffrance, un lien privilégié s'est construit entre l'état mental de souffrance et cette région particulière du corps? Comme s'il y avait eu un ancrage entre les deux?

RV: Oui, voilà. Et puis une souffrance ultérieure va allumer un mal de dos qui n'a plus de raison d'être.

NS: Comme si un lien avait été fait entre les deux et avait été renforcé au gré des expériences. Ce qui fait sens, puisque chaque expérience que nous vivons dans le corps s'inscrit plus ou moins en mémoire, et que lorsque les choses se répètent elles se renforcent.

RV: Ou le rôle de la voix, pour les choses que nous n'avons pas su dire, ou que nous n'avons pas voulu dire. Chez les personnes qui ont un symptôme de voix rauque, de voix sifflante ou tremblotante, lorsque nous nous intéressons à ce qui s'est passé au niveau du cri ou de l'expression orale, nous observons des liens extrêmement intéressants.

NS: Il faut que j'approfondisse ce thème à l'occasion.

RV: La mémoire du corps. La mémoire de nos récepteurs. Le corps est, comme vous le dites, l'enveloppe qui permet de sentir. La nuit, nous ne sommes plus là, je ne suis plus là, je ne sais pas où je suis, je n'ai pas conscience d'où je suis. Et le matin, je réintègre mon corps. Nous sommes un peu endormis, un peu pâteux. Et petit à petit nous nous mettons debout, nous sentons des sensations au bout des pieds, nous sentons tout à coup le froid ou le dur du sol, si nous sortons dans le jardins, nous sentons l'humide entre nos orteils, et ensuite nous sentons le vent sur notre peau, chaud ou au contraire froid. **Le corps est finalement ce qui nous permet d'être en relation avec le monde extérieur, et d'interagir avec le monde extérieur. Il est, je dirais, notre mode d'expression principal**, de réception et d'expression principal. Et même lorsque nous passons une idée, cette idée doit se transmettre par quelque chose qui passe par le corps. Soit en écoutant quelqu'un, soit en voyant des images, ou les deux à la fois. Nous <incompréhensible> de ce corps et de ce que ce corps nous offre.

NS: Avec la prise en compte, comme vous l'avez dit tout à l'heure, des différences culturelles dans la facilité d'expression par le corps. Il y aurait des cultures plus corporelles. Vous diriez qu'en Suisse nous sommes plus verbal, moins tactile.

- RV: Oui. Probablement. Et je crois que **nous gagnons à utiliser notre corps comme moyen d'expression.**
- NS: Pourquoi?
- RV: Parce que c'est bon et c'est fort, je trouve, les sensations que nous pouvons avoir à travers le corps. Et puis cela nous connecte. Enfin, moi, cela me connecte.
- NS: Avec le monde?
- RV: Avec le monde, oui. Ça me fait prendre conscience du *moi* et de ce qui est à l'extérieur. Je trouve que **c'est une bonne passerelle entre le monde intérieur et le monde extérieur.**
- NS: L'idée que j'ai, peut-être trop simpliste, est la suivante: un processus de deuil qui aurait dû être fait et qui, pour une raison ou une autre, a eu de la peine à être fait, a été inhibé ou bloqué, pourrait se manifester à travers des symptômes corporels. Maintenant, nous pourrions généraliser: toute souffrance non-reconnue ou non-amenée à la conscience pourrait être susceptible d'être exprimée par le corps. Je repense à ce que vous disiez tout à l'heure: finalement, le travail que vous faites avec vos patients, en discutant avec eux, est de rendre un peu plus conscient des choses qui étaient sous-jacentes, qui n'apparaissaient pas à leurs yeux.
- RV: Oui, c'est de reconnecter par rapport à cette souffrance-là. Si la dame qui a eu son nouveau deuil en EMS, par exemple, est autant déprimée et touchée, j'essaie de savoir pourquoi, *elle*, elle est autant touchée, à ce moment-là. Et j'essaie d'explorer avec elle les liens qui sont là, soit du passé soit du présent. Et c'est toujours multiple. C'est tellement complexe. Il y a des choses du passé, des choses du présent, des abus – simplement du travail. On a tous des souffrance dans le quotidien: des attentes non-comblées, des paroles blessantes; vous vouliez de la fraîcheur, vous avez de la chaleur; vous vouliez de l'amour, vous avez eu de la distance. La vie est constamment ponctuée de bonnes choses et de mauvaises choses. Il faut prendre conscience que les mauvaises choses ne sont pas forcément *contre* soi, et elles en surviennent pas parce que l'on est mauvais. Ça fait partie de la vie. Maintenant, bon, il y a des choses qui sont vraiment dirigées contre quelqu'un. Je pense toujours aux bourreaux, aux abuseurs: je me demande comment ils en sont arrivés à faire cela. Je ne crois pas à la méchanceté intrinsèque. Je pense que les gens sont plutôt bons. Et donc j'ai de la peine à comprendre. Et je pense que c'est à nouveau des situations complexes, où la personne croit être une bonne personne dans le système dans lequel elle est. J'imagine.
- NS: J'ai aussi cette intuition: les personnes font ce qu'elles croient être le mieux pour elle dans la situation donnée.
- RV: Oui. Je pense que les gens essaient toujours de faire la meilleure chose, dans toutes les situations. Et s'ils ne le font pas, c'est que vraiment ils ne pouvaient pas.
- NS: Ou qu'ils croyaient qu'ils ne pouvaient pas, avec les options qu'ils voyaient.
- RV: Dans leur référentiel du moment, il n'y avait pas d'autre option.
- NS: Exactement. Et cela compte aussi pour ces patients que vous voyez: leur corps, à un moment donné, le meilleur moyen qu'il a, c'est –
- RV: Le refoulement, et la déconnexion. Oui, j'imagine.
- NS: Une sorte de choix inconscient. Le corps ne se permet pas de pleurer, de penser à cela – il faut survivre, il y a plein de choses à faire – et il laisse ça pour après. Alors il trouve d'autres moyens d'expressions. Et cela reste peut-être la meilleure chose à faire à un moment donné, pour cette personne-là.
- RV: Effectivement, **je pense que ces choses, qui ont été vécues sans vraiment les ressentir ou les valider comme souffrance, nécessite une quittance.** Et si nous n'avons pas le temps de quittance, que nous n'avons pas pu ou pas voulu, cela ressortira.
- NS: Soit par une souffrance verbale, soit par le corps.
- RV: Oui. Et je pense que lorsque le corps s'exprime, c'est qu'il n'en peut vraiment plus. C'est une urgence.
- NS: Ce serait donc le dernier moyen d'expression.
- RV: Je travaille beaucoup cela avec mes patients, mais je ne les suis pas longtemps. Je leur laisse toujours la porte ouverte, mais je ne les revois pas. Je ne sais pas si ce rapprochement les gêne, ou s'ils vont finalement bien et qu'ils n'ont plus besoin de revenir.
- NS: Ils repartent forcément d'ici un peu différents, après une discussion de telle sorte.

- RV: Oui. Il n'y a pas forcément besoin d'un suivi. Déjà parce que ce sont des patients qui n'ont pas beaucoup de moyens. Les migrants n'ont pas les grands salaires de la Suisse. Don ils doivent compter un peu. Et mois aussi en fait. J'essaie de ne pas prolonger un suivi médical, en sachant que cela va leur coûter de l'argent. Surtout si leur franchise n'est pas encore entamée, ou des choses comme cela. Donc je n'en fait souvent pas d'avantage, mais je leur dis clairement que la porte est ouverte s'ils souhaitent reparler ou avoir un suivi.
- NS: A mon avis, parfois même une petite consultation peut faire la différence.
- RV: Oui, cela peut suffire à faire voir les choses sous un éclairage différent. J'aime beaucoup travailler avec les patients sur ce qu'ils aiment. Qu'aiment-ils? Qu'est-ce qui les bouge? Qu'est-ce qui les touche? Qu'est-ce qui les fait vibrer? Je leur demande beaucoup cela. Et avec ces questions, ils me donnent beaucoup de pistes, pour voir dans quel sens je peux les motiver et leur faire reprendre espoir.
- NS: Les reconnecter avec quelque chose vers quoi ils ont envie de tendre.
- RV: Oui. Quelque chose qui puisse tout à coup leur faire dire «Tiens, oui, c'est vrai que ça fait du bien». Je pense à quelqu'un, un monsieur albanais, qui était un bon travailleur, un grand bonhomme, costaud. C'était un travailleur sans qualifications qui tout à coup a eu un grave accident de chantier: il s'est blessé le genou. Il y a eu plein d'opérations, et depuis il n'a plus du tout pu récupérer une capacité de travail. Il reste un bel homme, imposant, mais il boite, il a une canne. Et pour lui, cela est extrêmement dur. Il a eu un divorce, puis une deuxième séparation après plusieurs années. C'est un homme qui est détruit et qui focalise toute la débacle professionnelle et familiale sur la chute – la chute, et tout ce qu'elle a entraîné, et les médecins qui ont fait des promesses, et cetera. Dans cette situation-là, c'est difficile. Comment redonner espoir? Car c'est tout de même ce qu'il faut essayer de faire: lui faire prendre conscience qu'à un moment donné dans sa vie, même si cela doit encore durer des années, il ne pensera plus chaque seconde de sa vie à cette cicatrice qui lui fait mal, mais qu'il aura une vie faite de moments autres. Rien que le fait qu'il s'imagine cela et qu'il dise qu'il a envie de cela, et qu'il arrête de se dire «De toute façon je suis un bon à rien. Plus jamais je ne pourrai travailler. Plus jamais je ne pourrai marcher droit», cela fait bouger les choses. Moi j'aime que les gens me disent, qu'ils invoquent par la pensée ou par la voix, qu'ils disent des choses qu'ils ont envie d'avoir. Comme si cela pouvait, en quelque sorte, ouvrir un chemin dans le cosmos vers ce qu'ils ont envie. L'invocation, nous la retrouvons dans les rites chamaniques ou dans la religion.
- NS: L'histoire de ce patient m'a fait penser quelque chose. Avant nous discussions de la façon dont le corps peut exprimer une souffrance ou quelque chose de l'ordre psychologique. Mais j'ai eu vent de plusieurs cas, où il y a eu un problème physique – vertèbre cassée, cheville cassée – qui d'habitude ne se chronicise pas, mais qui dans leur cas s'est chronicisé. Ce n'est donc pas purement psychologique. Il y a un choc au début, quelque chose de mécanique ou organique, qui renvoie à quelque chose de plus grand. Pour reprendre votre exemple, peut-être que pour cette personne-là l'accident a chamboulé sa vision de lui-même, la vision de son avenir, de ce qu'il représentait pour sa famille, et cetera. Et peut-être que cela a renforcé une souffrance ou quelque chose comme cela, qui a empêché le problème physique de guérir et la douleur de partir.
- RV: Cela l'a rappelé quelque chose.
- NS: Nous disions que le corps exprime, mais c'est peut-être aussi le corps qui a réveillé quelque chose, qui finalement a continué après à s'exprimer par là. Comme si le choc physique ouvrait une porte et que tout sortait par cette porte.
- RV: C'est à se demander si c'est presque nécessaire, tout cela, la souffrance et ce qui en découle, pour permettre à la personne d'avancer.
- NS: Nous savons que les personnes dépressives ont un système immunitaire un peu moins bon. Est-ce que là, ces gens ont un tel besoin d'exprimer quelque chose que la moindre petite occasion, la moindre petite porte qui s'ouvre dans le corps leur donne l'occasion d'exprimer ce qu'ils ne pouvaient avant?
- RV: C'est une opportunité que prend le corps de faire un deuil qui n'a pas été fait.
- NS: C'est une douleur qui tout à coup prend une autre dimension, et représente une montagne de choses.

- RV: Il est intéressant de constater que, pour le médecin, ce genre de consultation sont un problème. On nous apprend à raisonner par liste de problèmes. Et c'est un problème dans le temps, tarifé par les minutes TARMED. On a un problème de huit heure trente à neuf heure, et à neuf heure on passe au problème suivant. Mais chez le patient, ce n'est pas un problème; c'est un continuum de leur vie, où ils vont demander l'avis, ou la compréhension de quelque chose, chez le médecin. Ce n'est pas simplement un problème, c'est un des nombreux aspects de sa vie. C'est comme si l'on fragmentait le corps, que d'un homme dans sa totalité, on ne donnait qu'un bras au médecin. Il y a là derrière l'idée d'une fragmentation de la totalité de la personne, en temps qu'unité, mais aussi en tant que temporalité de l'ensemble de sa vie. Je pense que replacer le problème au sein d'une personne entière et au sein d'une vie entière permet de trouver du sens au symptôme.
- NS: Je repense à quelque que j'ai moi même vécu: un petit problème physique n'est perçu comme tel que lorsque tout le reste va bien. Mais lorsque la blessure ou la douleur fait référence à autre chose, comme la fin d'une saison de sport ou un rêve qui s'envole, c'est autre chose. Quand la douleur ou la blessure implique peu de chose en terme de vie ou d'existence, on peut presque le voir comme un petit problème. Mais finalement c'est assez rare.
- RV: Oui, c'est toujours rattaché à d'autres choses. Et pour nous, médecins, il est important de faire la part du problème local, mais de le rattacher au tout, pour ensuite revenir au problème vital et donner une explication. Mais si le patient a déjà inscrit le problème dans cette globalité-là, c'est déjà un bon point. Car après c'est lui qui va pouvoir travailler là-dessus.
- NS: Je souhaiterais encore revenir sur une chose: avec les migrants, il y a souvent un questionnement sur l'authenticité de la plainte. Est-ce qu'il dit la vérité? Est-ce qu'il triche? Est-ce qu'il exagère? Sachant qu'il y a des différences culturelles dans l'expression de la douleur, et cetera. Personnellement, je crois que les gens qui trichent ou qui prétendent avoir mal ne représentent qu'une infime minorité. Cela a toujours été un sujet polémique et je souhaiterais savoir ce que vous en pensez.
- RV: Les migrants et les étrangers sont tous des abuseurs, évidemment! (rire). Non, je crois, comme vous, que c'est une infime minorité. En réalité, nous n'avons pas le choix entre croire et ne pas croire les gens. Si nous ne les croyons pas, nous ne croyons personne. Il est difficile pour moi de toujours les croire, mais c'est néanmoins ce que j'essaie de faire. Et je pense que la plupart des gens sont honnêtes. Bien sûr qu'il y a des abuseurs, mais il y aura toujours un petit pourcentage d'abuseurs. Je crois que nous n'avons pas le choix: il faut les croire. Et, à la rigueur, même l'abuseur – admettons – qui pense qu'il est en droit de demander. Pourquoi pense-t-il qu'il est en droit de demander? Ce n'est pas normal de penser que l'on est en droit d'abuser, par-dessus les autres. Donc j'imagine que cette personne-là a une bonne raison de considérer qu'elle peut abuser: parce qu'elle a été blessée, parce qu'elle s'estime pas payée, et cetera.
- NS: Un moyen finalement de rendre les choses équitable, de récupérer quelque chose qu'elle aurait perdu.
- RV: Je me dis que, si moi j'étais un abuseur chronique, dans le sens *abusur du système*, au bout d'un moment je me sentirai tellement mal de profiter, que je m'arrêterais. Donc si je continue à le faire, c'est probablement qu'il y a une raison qui fait que je pense que l'on me doit encore et encore. Sinon, ce ne serait pas vivable et, à un moment donné, on considérerait que l'on est un affreux bonhomme. Enfin, j'imagine. Ma vision des choses découle du fait que je pense que les gens ne sont pas mauvais.
- NS: Tout à fait. Il y a une vision de l'Homme particulière, là-derrière. Mais comme elle rejoint la mienne, je vois très bien ce que vous voulez dire.
- RV: Par rapport au lien avec le corps, il y a quelque chose que je peux vous dire: parfois les patients nous parlent d'une douleur, et puis en les touchant – et parfois même sans les toucher – on sent un petit peu la douleur qu'ils ont. Je ne sais pas si vous avez déjà ressenti cela.
- NS: Pourriez-vous m'en dire un peu plus?
- RV: Admettons: il y a une personne qui vient là et qui a très mal à l'épaule. Cela ne va pas du tout, et cetera. Et puis vous l'examinez, vous lui touchez son épaule. Vous mettez

les main dessus, sur le dos, la nuque, peu importe. Et en faisant cela, à un moment donné, vous sentez un peu la douleur qu'elle ressent.

NS: En vous?

RV: Comme lorsque quelqu'un vous parle d'une souffrance psychologique et que vous êtes en train de l'écouter, et à un moment donné vous sentez vraiment ce que cette personne a, ce qu'elle ressent. Pas aussi fort, mais ça nous touche. Et vous en avez peut-être les larmes aux yeux. Et cela est valable pour le corps aussi. Pour le corps aussi. Vous arrivez à expérimenter la souffrance du patient. Puis cette elle part; elle ne reste pas en vous. Heureusement d'ailleurs. Mais le fait de faire ce transfert-là peut, en quelque sorte, apporter un processus de guérison. En parlant de sa douleur, le patient a pu la faire sortir un peu de son corps. Puisque le thérapeute l'a ressentie. Et du coup, il y a un apprentissage peut-être pour les patients: ils entrent froncés et ils ressortent avec le sourire, et ça va déjà mieux. Donc il y a eu un transfert de souffrance ou, du moins, le patient a fait l'expérience qu'elle est sortie, et surtout l'expérience que c'est moins douloureux et que ça peut aller mieux. On peut les aider, simplement en parlant avec eux. Non pas que nous ayons des super pouvoirs, mais parce que c'est notre fonction, parce que c'est l'endroit pour cela.

NS: Vous représentez les réceptacle des plaintes de la personne. Vous écoutez, vous recevez, vous validez.

RV: Il se passe quelque chose entre une personne et une autre, indépendamment du contact physique que l'on puisse avoir. Il y a quelque chose. Il y a un flux qui passe.



