



HAL
open science

Repérage de la souffrance psychique des patients migrants dans une PASS généraliste et orientation vers des soins psychiques : analyse rétrospective de l'expérience de la PASS du CHU de Bordeaux et discussion croisée avec des acteurs d'autres PASS

Augustin Joannès

► **To cite this version:**

Augustin Joannès. Repérage de la souffrance psychique des patients migrants dans une PASS généraliste et orientation vers des soins psychiques : analyse rétrospective de l'expérience de la PASS du CHU de Bordeaux et discussion croisée avec des acteurs d'autres PASS. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01803754

HAL Id: dumas-01803754

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01803754v1>

Submitted on 30 May 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018

N°68

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 23/05/2018

Par Augustin JOANNÈS

Né le 07/06/1987 à Rouen

**Repérage de la souffrance psychique des patients
migrants dans une PASS généraliste et orientation
vers des soins psychiques**

Analyse rétrospective de l'expérience de la PASS du CHU de Bordeaux
et discussion croisée avec des acteurs d'autres PASS

Directeur de thèse
Docteur Marie BOISVERT

Jury

Professeur Fabrice BONNET Président et Juge
Professeur Jean-Philippe JOSEPH Juge
Docteur Christophe ADAM Rapporteur et Juge
Docteur Christophe LAGABRIELLE Juge
Docteur Marie BOISVERT Juge

Remerciements

Au président du jury

Monsieur le Professeur Fabrice BONNET

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,
Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses,
Hôpital Saint-André, CHU de Bordeaux

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. Merci également de l'attention que vous portez à mon travail.

Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude et de mon profond respect.

À ma directrice de thèse

Madame le Docteur Marie BOISVERT

Médecin généraliste, Praticien hospitalier,
Service d'Accueil des Urgences et de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé
Hôpital Saint-André, CHU de Bordeaux

Merci pour tout !

De ton enthousiasme, de ton soutien dans le choix de ce sujet et de ton aide dans la réalisation de ce travail.

Après six mois de stage en tant qu'interne à la PASS où tu m'as beaucoup appris, c'est une joie et une chance de pouvoir échanger et travailler à tes côtés aujourd'hui.

Ton empathie, ton calme et ta détermination sont une source d'inspiration autant professionnelle que personnelle.

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Professeur de Médecine générale,
Coordonnateur du DES de Médecine générale,
Université de Bordeaux

Médecin généraliste à Bordeaux

Merci de votre participation à ce jury et de l'intérêt que vous accordez à ce travail.

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Maître de conférences,
Université de Bordeaux

Médecin généraliste à Bordeaux,
Médecin coordonnateur des LHSS (Lits Halte Soins Santé), centre communal d'action sociale
de la ville de Bordeaux

Merci d'avoir accepté d'être le rapporteur de ma thèse et de participer à mon jury de thèse.

Monsieur le Docteur Christophe LAGABRIELLE

Médecin psychiatre, praticien hospitalier,
EMPP (Équipe Mobile Psychiatrie Précarité)
Centre Hospitalier Charles Perrens

Merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury.

C'est une vraie chance pour moi que le premier partenariat psychiatrique rapproché de mon exercice ait été mis en place avec ton équipe et toi. Tes connaissances et ton approche continuent de m'impressionner et d'influencer mes réflexions sur cette spécialité passionnante qu'est la psychiatrie.

Aux personnes qui ont participé à mon travail de thèse

À Madame le Dr Florence SAILLOUR,

Médecin Santé publique, Praticien Hospitalier,
Unité Méthode Évaluation en Santé, Service d'information médicale,
CHU de Bordeaux

Merci beaucoup pour votre aide précieuse qui m'a permis de venir à bout des (nombreux) doutes méthodologiques qui assaillent tout thésard.

Cette thèse n'a pu se faire que grâce à votre aide indispensable pour l'établissement des résultats de ma thèse.

Notre rencontre m'aura beaucoup apporté intellectuellement et stimulé pour la suite de mes travaux.

À Madame le Dr Anne GERBES

Merci de m'avoir généreusement transmis votre travail de thèse. J'ai beaucoup d'admiration pour le travail que vous avez effectué, l'intérêt que vous portez aux patients vulnérables et à leurs difficultés, et enfin pour l'humanité qui se ressent à la lecture de votre travail.

À Philippe DARTHOUT pour ton aide précieuse dans la récupération de très nombreuses données. Pour le temps que, en plus de ton travail, tu as consacré au mien, mes remerciements les plus sincères.

À mes parents, fidèles relecteurs et correcteurs chevronnés : chaque page de cette thèse porte la marque de votre regard à la fois critique, pertinent et bienveillant.

À l'équipe de la PASS qui m'a soutenu et a subi, avec une grande patience il faut le reconnaître, l'évolution de ce travail : un grand et chaleureux merci.

À mes amis à qui j'ai fait subir mes (trop ?) nombreuses réflexions et qui ont su rester attentifs, m'aider par leurs conseils avisés et m'apporter, par leur soutien infailible, un précieux réconfort.

Enfin et surtout les patients de la PASS du CHU de Bordeaux, dont les entretiens continuent d'être source d'apprentissage, d'humilité et d'humanité. Autant de valeurs fondamentales dont je m'efforcerai de démontrer la force et d'appliquer tout au long de mon exercice.

À ma famille

À mes parents, parce que deux mentions ne seront clairement pas de trop.

Impossible de résumer ici tout ce que je vous dois et pour lequel je vous suis éternellement reconnaissant.

Merci de m'avoir fait grandir dans un milieu où le savoir, la curiosité intellectuelle et l'altruisme étaient et restent des valeurs fondamentales. Vos connaissances encyclopédiques dans tous les domaines (hormis en mathématiques, peut-être ?) sont pour moi un sujet d'admiration et une source d'inspiration inépuisables.

Vous m'avez toujours soutenu sans failles, et ce, évidemment pendant les périodes les plus difficiles (concours de P1+++)

Vous m'avez entouré d'attentions et d'affection.

Merci pour tout ça... et pour la voiture.

À ma chère grande sœur Sidonie, merci pour ta gentillesse et ta joie de vivre communicatives. J'ai trop de pensées affectueuses qui ne peuvent être résumées ici (je suis le scientifique de la famille, désolé).

Et pour avoir cru qu'à 5 ans, vouloir aller au parc Astérix était la preuve nécessaire et suffisante que je ne faisais pas de méningite : au nom de tous les enfants du monde, merci de ne pas avoir fait médecine.

À mon cher grand frère Bastien, dont j'admire tant le parcours, l'investissement physique et psychique intense qu'il a nécessité. Comme pour Sido, j'attends nos retrouvailles pour te dire mon affection que je ne saurais exprimer ici comme je le souhaiterais. Je ne comprends toujours pas par contre qu'en buvant autant de Redbull tu n'aies toujours pas terminé ton encyclopédie sur le chameau. Il est temps de t'y mettre, je ne rigole plus.

À mes adorables neveux et nièce, Arturo, Gaia et Raphaël, merci de ne pas avoir participé à ma thèse mais d'assurer à merveille votre job de petits neveux / nièce.

À Nicolas, plein de pensées affectueuses pour le parisien indéboulonnable. Ta simplicité, ton humour et les ressources dont tu fais preuve pour avancer sont une source d'inspiration... et de jalousie :) Viens me voir à Bordeaux pour m'apprendre tout ça.

À Mamiedouille : ça y est, il y a un médecin parmi tes petits-enfants. On aura mis le temps, mais on y est. Merci pour ces belles années d'enfance passées au vert de la campagne des Deux-Sèvres et ces repas savoureux concoctés avec amour dont tu as le secret (mention spéciale pour la tarte aux pommes et la blanquette de veau, cela va sans dire).

À Sylvie et Eileen, merci d'avoir rendu ces années si agréables, je pense à Champagné mais pas seulement, pour votre affection et votre gentillesse à toute épreuve.

À ma tante et marraine Laurence, une pensée particulière. Je garde des souvenirs agréables à m'endormir sur ton manteau de fourrure, des Noëls à la maison et des vacances au Japon

qui n'auraient pas été si mémorables sans toi ; j'espère que toi aussi et que nous en aurons d'autres bientôt.

À papi Henri, mamie Mado et papi Dan : en ce jour particulier, une pensée pleine de tendresse à ceux qu'on croyait et espérait éternels. J'aurais aimé que vous soyez là pour voir les progrès du petit dernier.

À mon équipe professionnelle

À Adrienne, Agnès, Sophie, Karine, Gisèle, Alexandra, Flora, Fanny, Sandra, Jocelyne, Marie-Pierre, Martine, Raphaëlle et Isabelle, un grand merci pour votre soutien, tout ce que vous m'avez appris et continuez à m'apprendre, pour la confiance que vous me donnez et votre bonne humeur : j'ai tout sauf l'impression d'aller au travail !

À Nathalie, Marie-Claire, Élixa et Isa, je ne saurais trop vous remercier pour l'accueil que vous m'avez réservé et pour l'aide immense que vous m'avez apportée et continuez de m'apporter. Votre attention et votre efficacité, toujours dans la joie et la bonne humeur, me procurent à chaque fois plaisir et réconfort, merci beaucoup ! Au plaisir de se refaire un petit live de Barry White !

À Aurore et Anne-Cé, qui m'ont transmis les clés de la maison. Merci pour votre confiance. J'espère que vos nouveaux horizons professionnels se dessinent comme vous le souhaitez et vous apportent la satisfaction désirée et méritée. En tout cas, je vous assure que les petits nouveaux font de leur mieux pour agrandir la baraque !

A Élise, Soizic, Isabelle, Ariane, Virginie, Florence et Carole, mes chères "collègues" assistantes sociales, merci pour votre proposition d'aide dans le recueil de cette thèse (votre présence au pot de thèse est bien plus nécessaire), pour ces bons moments en votre compagnie notamment lors des pauses qui ne sont tout de même pas à la hauteur de votre réputation.

À Soraya, Sodio, Hussain et Talgat, merci de me prêter votre langue et de me permettre de prendre en charge au mieux mes patients. Sans votre aide et votre investissement, cela ne serait pas possible. Au-delà du plaisir renouvelé de vous voir, travailler avec vous est enrichissant, stimulant et ouvre sans cesse des horizons nouveaux.

À mes amis

À Lisa, le rayon de soleil de mon externat. Il y aura clairement eu un avant/après Lisa MALES dans mes études de médecine. Merci de la satisfaction que tu m'apportes : enfin quelqu'un qui réfléchit correctement (nous sommes presque toujours d'accord, c'est donc forcément le cas). Le Vietnam et la Thaïlande resteront des vacances inoubliables ; ton honnêteté, ta franchise, ta générosité, ta fiabilité et ton Waka-Waka, une source d'inspiration sans fin.

À Benoît, Véléda, Matthieu, Wojciech, Pascal : ça y est le dernier de la bande du lycée a enfin fini par terminer ses études ! Sachez qu'à défaut d'assurer tous les mariages, je me suis bien rendu à ma soutenance. :)

À Yolande, ma marraine en médecine entre autres. Le stéthoscope que tu m'as offert à mon entrée en médecine, m'a bien servi jusqu'à la PASS, avant de me quitter. Une page se tourne sans doute. Au plaisir de revenir à la maison d'Argenton manger des céréales.

À Clément, mon petit Berrichon musicologue, merci pour toutes ces années passées à Argenton-sur-Creuse, la Venise du Berry. À défaut d'avoir réussi à y faire déménager les parents, j'ai de merveilleux souvenirs d'enfance grâce à toi... Mais je n'ai toujours pas l'intention de venir y exercer, désolé.

À ma mignonne petite Lola, merci pour ta gentillesse, ta simplicité et ta joie de vivre. Ces années en coloc à Bordeaux n'auront certes pas été diététiques (malgré les 20 000 bonnes résolutions habituelles), mais je les ai adorées (mes adipocytes aussi). Ne t'éloigne pas trop, que je voie ta frimousse régulièrement !

À Antoine et Guillaume : vous avez réussi à passer votre thèse avant moi ! Scoop ! De la P1 jusqu'à maintenant on a parcouru du chemin. À quand la croisière en voilier ?

À Catherine, Lola, Victor, Florence, Jeanne, Priscille, Thibault — la bande compte un docteur en plus. Merci pour tous ces bons moments passés à manger, réfléchir à ce qu'on allait manger et faire les courses pour manger, aux quatre coins de la France. La venue des nouveaux tout-petits membres du groupe promet de belles vacances à admirer les panoramas.

À Agathe, Rémi, Laetitia, Mélanie, Athénaïs et Benoit avec lesquels j'ai fait mes premières armes d'interne à Arcachon en premier semestre. Les soirées au « charmant » bar du Surf Café restent gravées dans ma mémoire.

À ma chère Sophie, marraine de la mafia havraise de Bordeaux, qui m'accompagne depuis le premier jour de l'internat. D'Arcachon à Bordeaux en passant par Bayonne, je garde des souvenirs de soirées inoubliables grâce à toi. Merci pour ta bonne humeur, ta folie et ton anxiété si communicatives. J'ai hâte de voir les trois à l'œuvre pendant ta thèse.

À Delphine et Ariane, merci pour cette rencontre salutaire dans un cadre professionnel improbable. Le co-working fut court, mais suffisamment intense pour que je passe force 7 en mots fléchés et sudoku. Je pense qu'on aura encore de belles occasions de debrief autour d'un verre à Saint-Mich'.

À Christo, le petit chat magique de la coloc. Merci de m'avoir proposé une place dans ton pied-à-terre bordelais chez Montesquieu. Cela m'a permis de découvrir une personne d'une rare gentillesse entre autres nombreuses qualités. Ton attention et ta simplicité rendent

mon quotidien à la maison agréable, apaisant... et hygiénique. Bravo et merci de m'avoir supporté pendant l'écriture de cette thèse.

Mention spéciale à mes amours dingos de l'internat :

À Lolo, mon oiseau des îles, notre rencontre lors du semestre aux urgences fut salutaire ! Ton joli minois, ta gentillesse et ton humour me rendent le sourire dans toutes les circonstances. Ta joie de vivre et ton envie de fête ont illuminé mes années bordelaises de parisien fraîchement débarqué, merci pour ça. Je compte sur toi pour continuer à rythmer ma vie ici et ailleurs, aux Grenadines par exemple ? :)

À Clémence, la folie douce est la première chose qui me vient à l'esprit quand je pense à toi. Merci d'avoir semé tes paillettes de bonheur sur mon chemin. Avec toi, l'inimaginable devient réalité. Être à tes côtés dans tes aventures est toujours la promesse de joie, d'exubérance et de souvenirs mémorables. Tu es unique, merci d'exister. Rien te tel.

À Alice, beauté fatale nocturne délurée ou vieux sage sur la plage, je chéris les moments que l'on passe ensemble.

À Vincent, tu es un ami d'une rare fiabilité et loyauté (si on laisse de côté le volet « confection des gâteaux d'anniversaire »). Ton empathie et ta sensibilité feront de toi un médecin de famille extraordinaire. Merci pour ta gentillesse et ton humour, à la limite du psychiatrique. Les moments passés avec toi ne sont que bonheur et chatonneries.

À Yoyo, ton humour, ta répartie de l'espace, ton espièglerie et autres ressources inépuisables que tu mets au service de comportements parfaitement inappropriés sont une source d'émerveillement renouvelé.

À Jojo, notre mascotte fanfaronne des pépites. Merci pour ton énergie incroyable, ton excentricité et ta bonne humeur perpétuelles. Les soirées ne sont pas les mêmes lorsque tu es absente. J'ai eu la chance de t'avoir comme interne, je suis sûr que tu feras un médecin formidable, car même si tu es petite de taille, tu es grande de cœur. (Je suis désolé...)

À Thibault, le bébé surdoué des pépites. Merci pour tous ces moments passés ensemble à Arcachon. Je me joins à Étienne D. pour te souhaiter un bel avenir, bleu comme toi. Plus sérieusement, vivement qu'on revoie ta face plus souvent.

À Louissette, notre fantôme des pépites. Tu brilles par ta présence quand nous avons la chance d'en bénéficier. Tu as su rendre notre semestre arcachonnais si léger, drôle et agréable par la douceur et la bonne humeur qui te caractérisent. Trop de moments sont passés sans ta compagnie, je crois que tu l'as compris... il faut que cela cesse.

À Guillaume : last but not least.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	10
Liste des abréviations	14
1. INTRODUCTION	16
1.1 Contexte	16
1.1.1 Définitions.....	16
1.1.2 Contexte migratoire actuel.....	18
1.1.2.1 <i>Une crise migratoire exceptionnelle</i>	18
1.1.2.2 <i>Des trajets migratoires aux conséquences lourdes</i>	19
1.1.3 À l'arrivée en Europe et en France.....	20
1.1.3.1 <i>Droit au séjour</i>	20
1.1.3.2 <i>Des situations sociales variables selon les statuts</i>	22
1.1.3.3 <i>Précarité et santé de ces patients migrants</i>	23
1.2. Les permanences d'accès aux soins de santé	25
1.2.1 Présentation du dispositif.....	25
1.2.2 Population-cible.....	26
1.2.3 Les PASS de Bordeaux.....	26
1.2.3.1 <i>Organisation des PASS généralistes centralisées</i>	26
1.2.3.2 <i>Patients accueillis et pathologies rencontrées</i>	27
1.3 Prédominance de pathologies psychiatriques chez les patients migrants	29
1.3.1 Les troubles psychiatriques des patients migrants.....	29
1.3.2 Le PTSD et les troubles de l'adaptation.....	29

1.3.2.1 Critères diagnostiques.....	29
1.3.2.2 Retentissement des troubles.....	30
1.3.3 PTSD et plainte somatique.....	31
Objet de l'étude.....	32
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	34
2.1 Type d'étude.....	34
2.2 Population étudiée.....	34
2.3 Modalités du recueil.....	35
2.4 Données recueillies et organisation.....	36
2.5 Résultats descriptifs.....	38
2.6 Tests statistiques.....	38
3. RÉSULTATS.....	39
3.1 Caractéristiques de la population d'étude.....	39
3.2 Résultats descriptifs de l'échantillon.....	42
3.3 Critère de jugement principal.....	43
3.4 Les symptômes psychiques.....	44
3.4.1 Nature et répartition des symptômes psychiques.....	44
3.4.2 Présence d'antécédents psychiatriques.....	45
3.5 Prise en charge spécialisée en santé mentale.....	46
3.5.1 Orientation vers les professionnels.....	46
3.5.2 Hypothèses diagnostiques évoquées.....	46
3.6 Les symptômes somatiques.....	47
3.6.1 Répartition des symptômes somatiques.....	47
3.6.2 Caractéristiques des symptômes somatiques.....	48
3.7 Barrière de la langue.....	49

4. DISCUSSION	50
4.1 Synthèse des résultats	50
4.1.1 Résultat principal	50
4.1.2 L'échantillon	50
4.1.3 Résultats secondaires	50
4.2 Limites de l'étude	53
4.2.1 Biais lié à l'implémentation des données	53
4.2.2 Biais d'interprétation	54
4.2.3 Biais de sélection	55
4.3 Analyse des résultats au vu des entretiens et de la littérature	56
4.3.1 Regard croisé avec des praticiens d'autres PASS de France	56
4.3.2 Plaintes psychiques minoritaires dans le motif de consultation	56
4.3.3 Pourtant des troubles psychiques avérés	57
4.3.3.1 <i>Caractéristiques</i>	57
4.3.3.2 <i>Avis des professionnels en santé mentale</i>	57
4.3.4 Des plaintes somatiques majoritaires	58
4.3.4.1 <i>Caractéristiques</i>	58
4.3.4.2 <i>Prise en charge de ces plaintes somatiques</i>	59
4.4 Conséquences, hypothèses et suggestions	61
4.4.1 Conséquences	61
4.4.2 Hypothèses	62
4.4.2.1 <i>Minoration des plaintes psychiques dans le motif de consultation</i>	62
4.4.2.2 <i>Des symptômes somatiques particuliers</i>	63
4.4.3 Suggestions	64
4.5 Les actions en cours...et à venir	65
4.5.1 Des outils spécifiques et adaptés	65

4.5.2 De futures études	66
4.5.2.1 Définir un profil-type	66
4.5.2.2 Préciser le caractère somatoforme de certaines plaintes somatiques.....	66
5. CONCLUSION	68
6. ANNEXES	69
Annexe 1 : Trajets migratoires préférentiels selon le pays de départ	69
Annexe 2 : Critères du PTSD selon le DSM-5	70
Annexe 3 : Critères du trouble de l’adaptation selon le DSM-5	73
Annexe 4 : Questionnaire DxCare - Onglet 1 et 3 dont sont issues les données	74
Annexe 5 : Questionnaire DxCare avec le protocole de dépistage proposé	75
Annexe 6 : Entretien avec le Dr GEERAERT, médecin généraliste à la PASS de Bobigny et le Dr VAYSSE, psychiatre à la PASS de Bobigny	76
Annexe 7 : Entretien avec le Dr SCHLIENGER, médecin généraliste à la PASS de Lyon.....	80
7.0 BIBLIOGRAPHIE	84
SERMENT D’HIPPOCRATE	88

Liste des abréviations

ADA : Allocation pour Demandeur d'Asile

AME : Aide Médicale d'État

ARS : Agence Régionale de Santé

CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

CASO : Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - 10ème version

CMU-C : Complémentaire Couverture Maladie Universelle

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

Comède : Comité pour la santé des exilés

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders - 5ème version

EMPP : Équipe Mobile Psychiatrie Précarité

ETP : Équivalent Temps Plein

FOGD : Fibroscopie oeso-gastro-duodénale

IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'État

IST : Infection sexuellement transmissible

MDM : Médecins du monde

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

Ofpra : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PTSD : Post-Traumatic Stress Disorder

PRAPS : Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins

PUMA : Protection Universelle Maladie

SDF : Sans Domicile Fixe

SOMS-7 : Screening for Somatoform Symptoms—7

SSPT : Syndrome de Stress Post-Traumatique

UE : Union Européenne

UF : Unité Fonctionnelle

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

1. Introduction

1.1 Contexte

Lors d'une conférence de presse à Bruxelles en 2015, Dimitris Avramopoulos, commissaire européen à l'immigration, qualifiait la crise migratoire actuelle de « pire crise des réfugiés depuis la Seconde Guerre mondiale ». (1)

De fait, on peut constater que le contexte migratoire de ces dernières années occupe une place prépondérante dans l'actualité et que le monde sanitaire et social est l'un des premiers concernés par ce phénomène.

1.1.1 Définitions

Pour décrire cette migration et ses impacts sur le monde médical, il convient d'apporter quelques précisions et définitions.

Tout d'abord la crise migratoire est en fait une crise « *d'immigration* », puisqu'il est fait référence à des populations venant de l'étranger jusqu'en Europe et en France.

Elle concerne des populations immigrées en provenance principalement de pays en développement et/ou soumises à une instabilité géopolitique (Syrie par exemple). Ces éléments ont une importance capitale par les problématiques spécifiques qu'ils impliquent, dans le champ sanitaire particulièrement.

En fonction de la catégorie juridico-administrative dont elles relèvent, ces populations vont rencontrer des réalités radicalement différentes : en termes de droit au séjour, d'accès au soin, aux prestations sociales (notamment l'hébergement), ce qui, là encore, a un retentissement majeur sur le plan médico-psycho-social.

Il est donc important de bien définir ces populations, voici quelques définitions les concernant :

- **L'apatride** : la qualité d'apatride est reconnue par l'Ofpra : « le terme d'apatride s'appliquera à toute personne qu'aucun État ne considère comme son ressortissant par application de sa législation ». (2) Le visa délivré autorise le séjour sur le territoire.
- **Demandeur d'asile** : personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la convention de Genève de 1951. (3)
- **Étranger** : un étranger est une personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française. Un étranger n'est pas forcément immigré, il peut être né en France (les mineurs notamment). (4)

- **Exilé** : personne que l'on chasse de son pays ou qui choisit de le quitter. (5)

- **Immigré** : personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. Les populations étrangère et immigrée ne se confondent pas totalement : un immigré n'est pas nécessairement étranger et réciproquement, du fait de la naturalisation par exemple. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit l'origine géographique d'un immigré. (6)

- **Migrant** : toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays. (7)

- **Réfugié ou « protégé subsidiaire »** : le statut de réfugié est reconnu par l'Ofpra et la CNDA :

- « **le terme de réfugié** s'applique à toute personne » qui « craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner ». (8)
- **Le bénéfice de la protection subsidiaire** est accordé à toute personne dont la situation ne répond pas à la définition du statut de réfugié mais pour laquelle il existe des motifs sérieux et avérés de croire qu'elle courrait dans son pays un risque réel de subir l'une des atteintes graves suivantes :
 - la peine de mort ou une exécution,
 - la torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants,
 - pour des civils, une menace grave et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence aveugle résultant d'une situation de conflit armé interne ou international. (9)

- **Ressortissants de Pays Tiers** : hors union européenne, Espace économique européen et Suisse. (3)

- « **Sans-papiers** » ou **clandestin** : « Sans papiers », « étranger en situation irrégulière » ou « clandestin » sont des termes synonymes. Un sans-papiers est un étranger qui réside en France sans avoir de titre de séjour l'y autorisant. (10)

La France, comme ses partenaires européens, a été confrontée à une augmentation sans précédent de l'immigration des populations décrites ci-dessus, du fait de cette crise migratoire.

1.1.2 Contexte migratoire actuel

1.1.2.1 Une crise migratoire exceptionnelle

Avant la crise :

Chaque année en moyenne, entre 2004 et 2012, 200 000 immigrants sont entrés en France. Cela représente chaque année 0,3% de la population française en moyenne. C'est la plus faible proportion d'Europe, rapportée à notre population (11)

Après soustraction des décès et des départs, le solde migratoire s'établit à +90.000 immigrants/an.

Parmi les immigrants entrés en France en 2012, près d'un sur deux est né dans un pays européen et trois sur dix dans un pays africain. Les nouveaux immigrants d'origine africaine viennent quant à eux pour moitié des pays du Maghreb. (12)

Au total en 2013, 4,1 millions d'étrangers et 5,8 millions d'immigrants vivent en France, soit respectivement 6,2 % et 8,9 % de la population totale. (13)

À partir de 2014 :

La crise migratoire actuelle s'installe et se développe environ à partir de 2014.

L'institut européen de surveillance des frontières, FRONTEX, enregistre le nombre de passages illégaux des frontières de l'UE. Ce nombre n'est pas tout à fait superposable au nombre d'individus, puisqu'un même individu peut traverser plusieurs fois la frontière européenne, ce qui est le cas selon les trajets empruntés.

FRONTEX rapporte une première forte augmentation de traversées illégales des frontières en 2014 (280000 versus 107000 en 2013). (14)

Mais c'est en 2015 que la situation explose, avec 1 820 000 détections de traversées illégales dans l'UE soit 6 fois plus qu'en 2014. Cela correspond à une estimation d'environ 1 000 000 de personnes. (15)

Sans surprise le nombre de demandes d'asile a donc suivi la même croissance :

Localisation	Nombre de premières demandes d'asile par année (Eurostat (16) et Ofpra (17) (18))			
	2013	2014	2015	2016
Europe	435 190	626 960	1 322 825	1 260 910
France	66 265	64 310	76 165	84 270
Nouvelle-Aquitaine	920 (ex-Aquitaine)	1221 (ex-Aquitaine)	2431	3152
Gironde	782	1063	1398	2037

En 2016 : La Nouvelle-Aquitaine est la 5ème région française (hors DOM COM) à accueillir le plus de demandeurs d'asile.

À l'échelle départementale, la Gironde est le 5ème département à accueillir le plus de demandeurs d'asile. (18)

Nationalités concernées

La répartition des demandeurs d'asile est très fluctuante d'un pays membre des 28 à l'autre.

En 2016, les 3 principales nationalités à avoir demandé l'asile en Europe étaient les Syriens, les Afghans et les Irakiens (54% des demandeurs d'asile). (19)

Cependant, la France, 3ème pays d'accueil des demandeurs d'asile en UE, avait pour majorité des ressortissants albanais (9%), afghans (7.8%) et soudanais (7.8%). (18)

Des migrations aux origines multiples

Cette crise inédite est d'abord liée à un afflux massif de réfugiés qui prend ses racines dans des motifs politiques, ethniques et/ou religieux.

En conséquence, mais aussi en l'absence des raisons ci-dessus, les conditions économiques et sociales désastreuses, poussent également à l'exil des migrants qui n'ont pas d'autres perspectives dans leur pays qu'une vie de misère.

En Albanie, l'organisation politico-mafieuse et les pratiques de vendetta sont au cœur de l'exil.

En Afghanistan, le conflit est largement d'origine politique. L'instabilité engendrée par les conflits entre talibans et pouvoir officiel entre autres.

Au Soudan, la crise tire son origine de la guerre du Darfour. Celle-ci mêle de manière complexe des problématiques ethniques et politiques.

1.1.2.2 : Des trajets migratoires aux conséquences lourdes

Il existe autant de trajets migratoires qu'il existe de situations, mais ils sont souvent tributaires des réseaux de passeurs.

En effet, certaines portes d'entrée dans l'Europe sont plus connues et exploitées que d'autres

Ce point est important dans ce travail, car les conséquences du trajet emprunté vont être déterminantes sur la santé (physique et mentale) de ces individus à cause des violences subies.

Les routes principales, définies par FRONTEX et classées selon le nombre de traversants en 2016, sont les trois suivantes (20) (Annexe 1) :

La **route « est-méditerranéenne »** : le principal point de passage des immigrés clandestins se situe à la frontière maritime entre la Turquie et la Grèce.

La grande majorité d'entre eux quittent la Turquie par bateau pour rejoindre les îles grecques de la mer Égée, en particulier Lesbos, avant de poursuivre leur route au nord par la Macédoine, hors UE, et de pénétrer à nouveau dans l'UE par la Hongrie.

D'autres enfin entrent dans l'UE, toujours depuis la Turquie, mais via sa frontière avec la Bulgarie.

La **route « centre-méditerranéenne »** : les migrants passent principalement par le sud de l'Italie (Lampedusa et la Sicile) après avoir embarqué en Libye.

En Libye, du fait de l'instabilité politique, la situation est chaotique et les migrants risquent aussi bien l'esclavage, que la torture, le viol et évidemment la mort. (21)

En dehors de la situation en Libye elle-même, la traversée sur des embarcations de fortune surchargées, comme pour la route précédente, est extrêmement dangereuse

La **route « ouest-méditerranéenne »** : les migrants passent essentiellement par le détroit de Gibraltar et les enclaves espagnoles de Ceuta et Melilla au Maroc. De nombreuses violences sont décrites de part et d'autre de la frontière par les polices espagnoles et marocaines. (22)

Pour les « guider » dans ces parcours, la plupart de ces personnes sont prises en charge par des réseaux de passeurs qui exigent des sommes importantes en échange de moyens de transport et/ou de faux papiers et/ou de « conseils » sur la manière de procéder une fois dans le pays d'accueil visé.

Ces migrants risquent leur vie à plusieurs reprises pour atteindre ce qui leur semble être un eldorado européen. Mais qu'en est-il une fois arrivés en Europe ?

1.1.3 À l'arrivée en Europe et en France

La gestion des flux migratoires sur le sol européen est complexe et n'est pas l'objet de ce travail.

Nous nous concentrerons ici sur les situations les plus fréquemment rencontrées par les populations immigrées qui sont le plus représentées à la PASS.

1.1.3.1 Droit au séjour

Demandeurs d'asile : de nombreux immigrés issus de pays en voie de développement s'inscrivent dans une demande d'asile une fois sur le territoire français.

Ils sont donc en situation régulière en France, le temps d'être convoqués à une audience de l'Ofpra. Celle-ci statuera sur leur demande et à terme délivrera, ou non, le statut de réfugié ou une protection subsidiaire.

Si la demande d'asile est refusée, après un recours possible, le patient peut recevoir une OQTF (obligation de quitter le territoire français) et sa présence sur le territoire n'est donc plus autorisée légalement en France. Il passe dans la clandestinité et devient un « sans-papiers ». (23)

Particularité notable : les accords de Dublin. Le règlement du Parlement et du Conseil européens, dit « Règlement Dublin III », est un texte de 2013 qui institue que le pays dans lequel un migrant a été contrôlé pour la première fois en Europe devient le pays responsable de l'instruction de sa demande d'asile.

À cette fin, pendant la procédure, on vérifie systématiquement cette situation lors de la prise d'empreintes en la confrontant à une banque de données européenne.

Il n'est donc pas rare que des demandeurs d'asile en France, apprennent lors de leur prise d'empreintes à la préfecture dans le cadre de leur demande d'asile qu'ils sont « Dublinés ». Leur demande est donc suspendue sur le territoire français et un réacheminement dans le premier pays d'accueil européen référencé doit être réalisé pour la poursuite de l'évaluation de leur demande d'asile.

Les « dublinés » peuvent être assignés à résidence le temps d'être transférés vers le pays initial. En pratique, bien que formalisées, ces procédures rencontrent des exceptions, recours et donc délais possibles. (24)

Ces précisions servent à illustrer la complexité des procédures et des circuits administratifs qui prolongent, voire provoquent, des situations supplémentaires de précarité. Celles-ci ont des répercussions sur l'état de santé des migrants.

Titre de séjour pour soins : cette autre voie de régularisation du séjour sur le territoire, malgré son aspect minoritaire, est importante à mentionner car elle dépend exclusivement du corps médical.

L'existence de cette procédure est une quasi-exception en Europe (25) et a un impact déterminant pour les soins du patient.

Elle permet la délivrance d'une carte de séjour temporaire, d'une durée variable selon le temps des soins.

Les conditions de délivrance de ce titre de séjour sont les suivantes :

- être étranger (sauf citoyen d'un pays de l'Espace économique européen ou suisse),
- résider habituellement en France,
- présenter un état de santé nécessitant une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité sur la santé,
- l'impossibilité de pouvoir bénéficier d'un accès au traitement approprié dans le pays d'origine,
- ne pas représenter une menace pour l'ordre public.

Les dossiers sont étudiés par un collègue de médecins de l'OFII. (26)

Migrants originaires de pays de la zone Schengen et/ou pays de l'UE : sont en situation régulière sur le territoire français. La durée de leur résidence varie selon certaines conditions.

Les Roms bulgares appartiennent par exemple à cette catégorie.

Les clandestins ou « sans-papiers » : par définition, ne sont pas autorisés sur le territoire.

Ces statuts ne sont pas fixes dans le temps et certaines personnes appartenant à une catégorie, peuvent, par la suite, selon l'évolution de leur situation, relever d'une autre.

Le cas de figure principal concerne les demandeurs d'asile déboutés. En 2016, le statut de réfugié ou une protection subsidiaire ont été accordés à 38.1% des demandeurs d'asile. Les 62.9% de demandeurs d'asile déboutés rentrent donc par la suite dans la clandestinité.

1.1.3.2 Des situations sociales variables selon les statuts

Les droits varient en fonction des statuts.

On s'intéressera à des critères dont l'absence contribue lourdement à la précarité, principalement la couverture sociale et l'hébergement.

Les demandeurs d'asile

Ils ont un droit à l'hébergement dans les CADA (centre d'accueil pour demandeurs d'asile). Malheureusement, la faible quantité de places en CADA ne permet pas de loger tous les demandeurs d'asile. La grande majorité d'entre eux sont des sans-abris.

Ils ont une couverture sociale complète de type PUMA-CMUc.

Ils n'ont en revanche pas le droit de travailler. S'ils obtiennent le statut de réfugié ou une protection subsidiaire, ils acquièrent ce droit. En attendant, ils perçoivent une allocation de demandeur d'asile (ADA).

Personnes titulaires d'un titre de séjour pour soins :

Ils bénéficient d'une couverture sociale complète type PUMA-CMUc ;

Ils peuvent prétendre à des prestations sociales, notamment l'hébergement en logement social ;

Ils ont le droit de travailler en France selon les cas.

Migrants originaires de Schengen et/ou UE :

Ils peuvent bénéficier d'une couverture sociale complète type PUMA-CMUc ou AME selon les cas.

Ils peuvent prétendre à un hébergement sous certaines conditions ;

Ils ont le droit de travailler en France.

Les personnes clandestines:

Elles n'ont pas de droit à l'hébergement stable (sauf situations particulières).

Elles peuvent bénéficier de l'Aide Médicale d'État qui permet une prise en charge à 100% des frais médicaux. Cette AME n'est pas une prestation de sécurité sociale mais d'aide sociale qui donne accès à un panier de soins non complètement superposable à celui d'un assuré social standard.

Globalement, « l'Eldorado » tant espéré ne concerne pas la grande majorité de ces individus. C'est une vie dans des conditions de précarité qui les attend et qui, pour une majorité d'entre eux, sera amenée à durer, ou pire, se dégrader, avec les conséquences que cela implique sur leur état de santé.

1.1.3.3 Précarité et santé de ces patients migrants

Situation socio-économique et santé sont intimement liées.

Il n'existe pas de pathologie spécifique à la précarité. Cependant la prévalence de plusieurs pathologies et comorbidités varie grandement entre les personnes en situation de précarité, migrants ou non, et la population générale.

On observe par exemple une surreprésentation de pathologies dermatologiques et parasitaires, de même pour les pathologies infectieuses en général notamment la tuberculose et les IST. Il en est de même pour les troubles dentaires et carenciels (rachitisme, scorbut, etc.).

La présentation clinique varie également dans cette population : quelle que soit la pathologie, aiguë ou chronique, du fait d'un recours moindre au système de soins, ils se

présentent plus fréquemment à des stades avancés de la maladie ou d'emblée compliqués. (27)

Pour les patients sans domicile fixe (SDF), la vie dans la rue est extrêmement violente tant physiquement que psychologiquement. S'il existe une prévalence plus importante de traumatismes physiques, les troubles psychiatriques et addictions, causes et/ou conséquences de la vie à la rue, sont également très fréquents. (28)

En ce qui concerne les populations migrantes, il existe peu de données épidémiologiques sur l'état de santé des étrangers en France.

Par contre, un phénomène connu sous le nom de « healthy migrant effect » (29) est régulièrement décrit dans la littérature, et apporte un éclairage intéressant sur l'état de santé de cette population.

Il rapporte que l'état de santé global des populations immigrantes est meilleur que celui de la population autochtone du pays d'accueil.

Cela peut sembler paradoxal, mais s'explique entre autres par la « pression de sélection » due aux conditions extrêmes qui s'exercent lors de la migration et ne permettent pas aux plus vulnérables d'atteindre le pays de destination, soit qu'ils ne prennent pas le risque, soit qu'ils n'y survivent pas.

Malheureusement, ce « bonus » tend à diminuer proportionnellement à la durée de résidence dans le pays d'accueil, les conditions de vie précaires étant fortement impliquées.

De même, contrairement à ce qu'on aurait pu penser, la majoration d'un risque de transmission dans le pays d'accueil, de maladies infectieuses à forte prévalence dans le pays d'origine de ces personnes, est en fait extrêmement faible (30).

À l'inverse, il a été démontré dans les cas précis de l'hépatite B et du VIH, que la moitié des personnes séropositives migrantes n'étaient pas arrivées avec le virus, mais ont été contaminées sur place et ce, d'autant plus qu'ils se trouvaient en conditions de précarité. (31) (32)

L'accès au système de soin de ces populations particulièrement vulnérables est donc primordial. Il peut pourtant être d'autant plus compliqué. Les obstacles que ces patients vont rencontrer proviennent notamment de la barrière de la langue, mais également des troubles psychologiques fréquents dans cette population.

Ces éléments illustrent l'importance cruciale des dispositifs dédiés à la prise en charge et à l'accompagnement de ces populations dans le système de soins.

1.2. Les permanences d'accès aux soins de santé

1.2.1 Présentation du dispositif

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) naissent de la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998.

Cette loi établit la mise en place des PASS dans les établissements de santé « dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)».

Il existe plus de 430 PASS au niveau national dont 25 en Nouvelle Aquitaine et 6 à Bordeaux.

Ce sont des lieux de consultation médico-sociale, où sont accueillies de manière inconditionnelle, des personnes en situation de précarité afin de leur permettre d'accéder aux soins : par une ouverture de droits correspondant à leur situation et, pour les PASS médicalisées, par des consultations médicales pendant cette période d'ouverture de droits.

Objectifs :

L'objectif des PASS est de «faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité, et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits ».

Elles cherchent à assurer et promouvoir la santé au sens OMS du terme : « Bien-être physique, psychique et social ».

Une fois leur couverture sociale établie, les patients ont vocation à être suivis dans le droit commun. Ainsi les PASS sont censées être des dispositifs « de transition ».

Le rôle des PASS ne se limite pas aux murs de l'établissement puisqu'elles ont pour mission de s'inscrire activement dans un réseau sanitaire et social extérieur à l'établissement.

Organisation et activité :

Les PASS en France ont des origines et des développements très différents, adaptés aux problématiques de leurs territoires et des populations qu'elles accueillent. Beaucoup d'entre elles sont rattachées aux services d'urgences mais certaines sont devenues des entités autonomes.

Les PASS ont diversifié aussi bien leur organisation que leur activité. En effet, il existe des permanences centralisées dans des établissements de santé et organisées en équipe mobile, où les pratiques peuvent être pluridisciplinaires (PASS généraliste) ou spécialisées (PASS bucco-dentaire).

1.2.2 Population-cible

« C'est un patient en situation de précarité qui a besoin de soins externes et qui ne peut y accéder :

- en raison de l'absence d'une couverture sociale ou de son incomplétude ;
- pour d'autres raisons d'ordre social : patient désocialisé, ayant des difficultés à s'orienter, devant être accompagné dans son parcours de soins » ;

Cette définition large met en évidence la pluralité des obstacles pouvant freiner l'accès aux soins, malgré la présence d'une couverture sociale complète.

Les patients migrants en particulier, comme mentionné ci-dessus, cumulent nombre de ces difficultés. (33) (34)

1.2.3 Les PASS de Bordeaux

À Bordeaux, on dénombre 5 PASS appartenant au CHU et 1 PASS psychiatrique à l'hôpital psychiatrique Charles Perrens.

Les 5 PASS du CHU sont réparties de la façon suivante :

- 3 PASS généralistes adultes : 2 centralisées rattachées au service des urgences (à l'hôpital Saint-André et à l'hôpital Pellegrin) et 1 PASS mobile,
- 1 PASS bucco-dentaire à l'hôpital Saint-André
- 1 PASS pédiatrique à l'Hôpital des Enfants.

Ces PASS sont toutes médicalisées.

La PASS de l'hôpital Saint-André, la plus ancienne, a fait suite au Centre d'Albret, créé avant même les dispositifs PASS, afin d'assurer une continuité des soins pour les patients les plus vulnérables s'étant rendus aux urgences de Saint-André.

1.2.3.1 Organisation des PASS généralistes centralisées

Ce sont des équipes pluridisciplinaires comprenant notamment des soins psychiques.

L'équipe de la PASS de Saint-André est constituée d'1 ETP médecin senior réparti à mi-temps entre 2 praticiens hospitaliers et 1 ETP interne, 2 ETP assistante sociale, 1 ETP agent d'accueil, 1 ETP IDE et d'un 0.70 ETP psychologue.

À Pellegrin, l'équipe est constituée d'un 0.6 ETP médecin, d'un 0.7 ETP IDE, d'1 ETP assistante sociale.

Les médecins de la PASS sont des médecins généralistes de formation dont la plupart sont également urgentistes.

La PASS travaille étroitement avec de nombreux partenaires en particulier l'EMPP, l'équipe mobile psychiatrie précarité. Elle exerce des permanences le mercredi matin pour les IDE, l'après-midi pour le psychiatre ainsi que des consultations conjointes avec les médecins le mercredi matin également.

Ils participent ainsi à l'accès aux soins psychiques pour les populations éloignées du système de soins consultants à la PASS.

Nous l'avons vu, les PASS accueillent une patientèle variable selon le territoire dans lequel elles s'inscrivent. Celles des grandes villes, comme celles du CHU de Bordeaux, ont été fortement touchées par la crise migratoire avec l'arrivée massive de patients migrants.

Afin de poursuivre ses missions, la PASS du CHU fait appel à un interprétariat professionnel mais doit également s'adapter aux problématiques spécifiques de ces nouvelles populations.

1.2.3.2 Patients accueillis et pathologies rencontrées

En 2016, la PASS a accueilli 1786 patients.

Malheureusement il existe peu de données épidémiologiques concernant la santé des étrangers en France.

Le Comède dispose d'un centre de santé au sein de l'hôpital Lariboisière à Paris. Dans son guide, il répertorie les « pathologies graves » les plus fréquemment rencontrées, après leur bilan de santé (35). Classées par ordre de prévalence, ce sont :

- les psychotraumatismes (15.3%)
- les maladies cardio-vasculaires
- le diabète
- le VHC
- l'asthme
- le VIH
- les cancers
- la tuberculose

Ces « maladies graves », diagnostiquées après bilan, ne sont pas synonymes des « motifs de consultation » les plus fréquents chez ces personnes.

Selon une étude réalisée par Médecins du Monde dans leurs centres de santé ou CASO, les plaintes les plus fréquemment exprimées par ces patients en consultation seraient par ordre de prévalence (36) :

- Respiratoires
- Digestives
- Générales et non spécifiées
- Ostéo-articulaires
- Dermatologiques
- Psychologiques (6.9%)

Il est ainsi intéressant de constater que les psychotraumatismes représentent la première « maladie grave » selon le Comède alors que les troubles psychologiques dans les motifs de consultations n'apparaissent qu'en sixième position dans l'étude de MDM.

De même, il est important de préciser que les consultations réalisées dans les CASO sont assurées par des médecins généralistes, donc non spécialisés en psychiatrie, ce qui correspond également au fonctionnement des PASS.

Cette problématique des troubles psychotraumatiques présents dans cette population résulte du nombre croissant de patients migrants parmi les patients en situation de précarité.

Les PASS doivent donc s'adapter et se former aux problématiques de santé spécifiques à cette population, et, en particulier le syndrome de stress post-traumatique

1.3 PRÉDOMINANCE DE PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES CHEZ LES PATIENTS MIGRANTS

1.3.1 Les troubles psychiatriques des patients migrants

Ils sont multiples.

Comme dans la population générale, ces patients peuvent présenter des états dépressifs majeurs ainsi que des troubles anxieux et également des éléments psychotiques.

Cependant, en ce qui concerne spécifiquement ces patients, ce sont les troubles définis par le DSM-5 comme appartenant aux « troubles de l'adaptation liés au stress ». On y répertorie « l'état de stress aigu », le « syndrome de stress post-traumatique » et les « troubles de l'adaptation ».

Au regard des motifs et parcours d'exil, on peut légitimement supposer que ces expériences extrêmes jouent un rôle majeur dans la survenue de ces pathologies.

1.3.2 Le PTSD et les troubles de l'adaptation

Nous nous intéresserons ici à décrire plus précisément le syndrome de stress post-traumatique et les troubles de l'adaptation.

En effet, le tableau clinique de l'état de stress aigu, d'après les critères DSM-V, ne se présentant que dans le mois suivant un événement traumatisant, correspond peu aux parcours de nos patients et ne sera donc pas décrit.

1.3.2.1 Critères diagnostiques

Syndrome de stress post-traumatique :

L'état de stress post-traumatique est un ensemble de symptômes caractéristiques qui se développe à la suite d'une exposition à un ou des événements traumatiques.

Pour établir le diagnostic de SSPT, il faut qu'un certain nombre de critères soient associés. (cf. Annexe 2)

Tout d'abord il est nécessaire que le patient ait été exposé à un événement traumatisant. Puis qu'il présente des symptômes qui sont de quatre types :

- symptômes intrusifs, type reviviscences ;
- évitement des stimuli en lien avec l'événement traumatique ;
- altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur ;
- hyperréactivité, y compris l'hypervigilance.

Ces symptômes doivent être présents depuis plus d'1 mois, sinon c'est un état de stress aigu.

Ils doivent être responsables d'un retentissement social.

Toute étiologie organique et/ou facteur exogène (alcool, autre substance) doit avoir été écartée. (37)

Trouble de l'adaptation (Annexe 3) :

Le trouble de l'adaptation fait suite à un facteur de stress identifiable et dont le tableau ne correspond pas à un autre trouble, notamment le syndrome de stress post-traumatique.

Les symptômes sont d'ordres émotionnels ou comportementaux.

Ce diagnostic peut être envisagé en l'absence d'une autre pathologie mentale à l'origine de ces maux, en l'absence d'une période de deuil normal et évidemment d'une pathologie organique ou d'une substance.

Si les symptômes persistent moins de 6 mois, on parle de trouble de l'adaptation aigu, sinon il est considéré comme chronique.

On peut lui associer différentes caractéristiques émotionnelles ou comportementales telles que la présence notable d'anxiété, d'humeur dépressive ou de perturbation des conduites par exemple.(37)

1.3.2.2 Retentissement des troubles

Les symptômes présents dans le PTSD ont des répercussions importantes dans la vie des patients en situation de précarité, en particulier les demandeurs d'asile, aussi bien par la souffrance qu'ils engendrent, que par le retentissement dans leur fonctionnement social.

En effet, leur parcours est émaillé de procédures administratives, de rendez-vous et de tâches qui requièrent des capacités attentionnelles et mémorielles qui peuvent justement faire défaut s'ils souffrent de PTSD.

On peut citer en particulier, dans le cadre de la demande d'asile, la nécessité pour ces populations d'établir leur récit personnel qui sera étudié par l'Ofpra, ainsi que l'audience qui en découle, et nécessite d'apporter des éléments historiques, parfois très précis, afin de vérifier l'authenticité du récit.

Dans ce cas particulier, comme pour l'organisation de leurs activités afin de subvenir à leurs besoins fondamentaux (alimentation par exemple), le retentissement médico-social considérable du PTSD, exige qu'il soit repéré et traité le plus tôt possible.

1.3.3 PTSD et plainte somatique

Bien que formalisée par une grille diagnostique précise dans le DSM-V, la présentation clinique des patients souffrants de PTSD ne permet pas forcément de le suspecter aisément.

C'est particulièrement le cas pour le médecin généraliste somaticien qui ne réaliserait pas un dépistage systématique de cette pathologie dans son examen.

Cela est notamment lié à l'intrication spécifique de troubles somatiques dans le PTSD.

En effet, on retrouve une documentation importante dans la littérature sur les liens entre plaintes somatiques, notamment la douleur chronique, et le PTSD.

On peut citer l'article d'Auxéméry et al. (38) qui rapporte une plus grande fréquence de douleurs chroniques chez les patients traumatisés d'une part et la forte prévalence de PTSD chez des sujets souffrant de douleurs chroniques d'autre part.

Cela met bien en lumière l'intrication somato-psychique importante dans le PTSD et la complexité que cela engendre pour un médecin généraliste de suspecter un trouble psychiatrique sous-jacent.

Objet de l'étude

Les consultations médicales des PASS généralistes sont assurées par des médecins généralistes et urgentistes de formation. Ils ont pour mission une prise en charge globale de la santé de ces patients sur tous les plans : médical, psychologique et social.

Le contexte géopolitique actuel a amené une importante population de migrants à la PASS.

Les PASS doivent donc s'adapter aux comorbidités spécifiques de cette population, en particulier les troubles psychiatriques si fréquents.

Les médecins de la PASS prêtent donc une attention particulière au dépistage, à l'orientation et à la prise en charge de ces troubles, notamment du PTSD.

Mais comme expliqué ci-dessus, ces objectifs ne sont pas aisés à remplir :

- Si environ 80% des demandeurs d'asile rapportent des violences et 20% des tortures, tous ne souffrent pas de PTSD pour autant. (35)

- La fréquence des plaintes somatiques associées peut inciter le médecin à mésestimer des désordres psychologiques.

- À cela s'ajoute le rôle des médecins somaticiens qui est d'éliminer toute étiologie organique à l'origine de ces symptômes somatiques avant d'évoquer une pathologie psychiatrique.

Il devient donc complexe pour le médecin généraliste de faire la part des choses entre symptômes somatiques d'étiologie organique, troubles somatoformes évocateurs de pathologie psychiatrique et pathologie organique surajoutée à un trouble psychiatrique.

D'autant plus qu'il semble aux médecins de la PASS du CHU de Bordeaux, que les patients en souffrance psychique ne se présentent pas spontanément pour ce motif.

Il existe pour cela une collaboration étroite entre les médecins de la PASS et les professionnels en santé mentale disponibles à la PASS : psychologue et équipe EMPP (psychiatre et IDE psychiatriques).

Problématique : l'étude présentée ici se propose d'explorer de manière rétrospective les présentations cliniques des patients qui ont conduit les médecins généralistes à les orienter vers un professionnel en santé mentale et les hypothèses diagnostiques de ces derniers.

En particulier, nous avons cherché à savoir si les patients vus par les professionnels en santé mentale en 2016, suite à une orientation par le médecin généraliste de la PASS, comportaient ou non des plaintes psychiques dans leurs motifs de consultation.

Notre hypothèse est que les plaintes psychiques dans le motif de consultation des patients sont minoritaires.

Nous proposons 5 objectifs secondaires :

1. Caractériser les plaintes psychiques répertoriées dans les observations médicales :
 - par nature,
 - par fréquence,
 - par leur compatibilité avec le PTSD tel que décrit dans le DSM-V.
2. Rechercher la présence d'un antécédent psychiatrique dans cette population.
3. Relever les hypothèses diagnostiques évoquées par les professionnels en santé mentale.
4. Chercher des caractéristiques particulières des plaintes somatiques.
Pour cela 4 variables ont été étudiées :
 - la nature du trouble
 - sa fréquence
 - son caractère aigu ou chronique
 - son caractère unique ou multiple (associé à d'autres symptômes)
5. Évaluer l'implémentation des données dans les observations médicales par l'analyse de la variable : « barrière de la langue ».

2. Matériel et Méthode

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, monocentrique, réalisée de manière rétrospective à partir de données issues de dossiers médicaux de patients de la PASS du CHU de Bordeaux.

Les données étudiées sont issues des observations médicales faites lors des consultations qui ont conduit à une orientation, par les médecins de la PASS, vers l'un des spécialistes en santé mentale.

Les trois professionnels en santé mentale à la PASS sont :

- les IDE psychiatriques de l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité ;
- Le Dr LAGABRIELLE, psychiatre à l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité ;
- Mme SERENA, psychologue à la PASS de Saint-André.

2. 2 Population étudiée

Les patients inclus rétrospectivement dans cette étude sont ceux qui étaient inscrits à l'agenda 2016 des professionnels sus-cités et orientés par le médecin généraliste de la PASS à l'issue de sa consultation.

Critère d'inclusion :

- Tout patient orienté par l'un des médecins généralistes de la PASS à l'issue de sa consultation et programmé en 2016 à la consultation d'un des trois professionnels en santé mentale

Critère d'exclusion :

- Patients non-orientés par les médecins généralistes de la PASS
- Patients non référencés dans le logiciel patient du CHU (DxCare©)
- Patients pour lesquels existait une incertitude sur leur identité

Recrutement des patients :

Tous les patients inscrits à l'agenda 2016 de chacun des trois professionnels en santé mentale ont été répertoriés.

Chacun d'entre eux a fait l'objet d'une recherche par nom et prénom dans le logiciel du CHU via la fonction « recherche » du logiciel.

Pour chaque patient retrouvé dans la base de données, on a recherché l'historique des séjours ayant eu lieu sous les UF des PASS de Saint-André (7631) et Pellegrin (7671).

Parmi toutes les consultations médicales réalisées, on a cherché la consultation médicale ayant conduit à l'orientation vers les professionnels en santé mentale. Nous appelons celle-ci « **consultation médicale orientante** ».

Cette consultation était validée en tant qu'« orientante » par la mention explicite d'une orientation en soins psychiques dans l'observation médicale, validant ainsi l'inclusion du patient dans l'étude.

2.3 Modalités du recueil :

Les professionnels dont les consultations ont été exploitées avaient tous donné leur accord oral.

Les outils utilisés ont été :

- Les agendas 2016 de la psychologue, des IDE psychiatriques de l'EMPP et du psychiatre de l'EMPP
- Le logiciel médical du CHU de Bordeaux : DxCare©
- Le logiciel Excel© pour la mise en forme du recueil

Constitution du recueil :

Le contenu de chaque consultation médicale est transcrit par le médecin dans un questionnaire informatisé spécifique à la PASS (cf. Annexe 3).

L'ensemble des consultations médicales orientantes de chaque patient couvre une période de 6 ans allant de 12/2010 à 11/2016.

Une fois les consultations médicales orientantes mises en évidence pour chaque patient de l'étude, les données de celles-ci ont été exploitées.

Les données du questionnaire PASS se présentent sous plusieurs formes :

- certaines données font partie d'une liste à choix multiples prédéfinis (par exemple « pays de naissance>Nigeria »)
- d'autres sont issues d'un corpus rédigé par le médecin dans des champs de texte libre. Les parties sont « motifs de consultation » (MC), « histoire de la maladie » (HDM), « examen clinique » (EC) et « synthèse de la consultation » (SC) (cf. Annexe 4)

Nous définissons les données issues de la « consultation médicale globale » comme les données provenant de l'ensemble des différents champs du corpus (MC+EC+HDM+SC).

Le recueil a été réalisé sur une période de 5 mois allant de juillet à novembre 2016.

2.4 Données recueillies et organisation

Données recueillies :

Les données issues des listes pré-remplies concernaient les critères socio-démographiques du patient :

- Age
- Sexe
- Pays d'origine
- Zone de naissance.

Les données recueillies à partir du corpus étaient :

- La présence ou non d'un symptôme psychique* dans le motif de consultation.
- Les symptômes psychiques* dans la consultation médicale globale :
 - Leur nature
 - Leur répartition dans l'échantillon
 - Leur compatibilité avec les critères diagnostiques du PTSD selon le DSM-V
- Les antécédents psychiatriques connus du patient
- L'orientation vers les 3 professionnels en santé mentale
- Les hypothèses diagnostiques psychiatriques évoquées dans les consultations du psychiatre et de la psychologue.
- Les symptômes somatiques* dans la consultation médicale globale :
 - Leur nature
 - Leur répartition dans l'échantillon
 - Le caractère aigu ou chronique des troubles
 - Le caractère unique ou diffus de la plainte
- La mention d'une barrière de la langue ou de la présence d'un interprète

Organisation des données

(*) Il est important de préciser ce que nous entendons par « *symptômes somatiques* » et « *symptômes psychiques* ».

Les symptômes en eux-mêmes ne sont pas par nature « psychiques » ou « somatiques » et ne peuvent pas être séparés de manière aussi radicale et schématique.

Cependant, nous entendons par là un symptôme « *évocateur d'une étiologie* » psychique ou organique.

En effet, certains symptômes relèvent fréquemment, voire spécifiquement, du domaine de la psychiatrie, tandis que d'autres se rapportent plutôt à une sphère organique.

Dans l'intérêt du travail nous avons donc appliqué cette séparation.

Par exemple : « *douleur abdominale* » renvoie à une sphère organique, il est donc catégorisé dans les « *symptômes somatiques* ».

À l'inverse « *reviviscence* » est attribué au domaine de la psychiatrie, il est donc catégorisé comme « *symptôme psychique* ».

Malgré tout, certains symptômes, plus ambivalents, mentionnés dans les observations médicales peuvent relever des deux domaines. C'est le cas par exemple de « *asthénie* » ou « *anorexie* ». Ils ont donc été catégorisés en fonction de la catégorie des symptômes adjacents.

Les symptômes référencés dans les questionnaires médicaux informatisés ont été retranscrits sous forme de mots-clés. Exemple : « palpitation », « douleur thoracique », etc.

Cette transcription a permis :

- un référencement de chaque symptôme
- leur répartition en symptômes somatiques et/ou psychiques
- leur organisation par appareil : par exemple les occurrences « dysurie », « incontinence » ont été regroupées sous la catégorie « uro-génital »

Les données non présentes sous forme de mots-clés et dont la formalisation était jugée ambiguë, ont été laissées entre guillemets (« ») et classées dans la catégorie « autres » afin de minimiser un biais d'interprétation.

Par exemple les données « sensation d'hypertension » ou « mal-être » ont été recueillies telles quelles.

Les symptômes psychiques considérés comme compatibles avec un syndrome de stress post-traumatique étaient : aboulie, auto-dévalorisation, dépersonnalisation, désorientation temporo-spatial, évitement, hallucination audio-visuelle, hypervigilance, reviviscence, troubles de la concentration, troubles de la mémoire, troubles du sommeil.

Toutes ces données ont ensuite été organisées dans un tableau Excel© et anonymisées.

2.5 Résultats descriptifs

L'exploitation statistique des données a été réalisée avec l'aide du Dr SAILLOUR Florence et de Mme LALA Marie-Françoise, interne en santé publique, en stage à l'ISPED sous sa direction.

Les caractéristiques démographiques (âge, sexe, origine, etc.) ainsi que certaines données cliniques ont été décrites par leurs moyennes (avec écart-type) ou médianes pour les variables quantitatives et par leurs pourcentages pour les variables qualitatives sur l'échantillon.

Les caractéristiques démographiques (âge, sexe, origine, etc.) ont également été décrites par leurs moyennes (avec écart-type) pour les variables quantitatives et par leurs pourcentages pour les variables qualitatives, sur la population de la file active de la PASS en 2016 (pour évaluer la représentativité de l'échantillon) ainsi que sur les patients exclus de l'échantillon (pour évaluer un éventuel impact de cette perte d'information).

2.6 Tests statistiques

Mme LALA a réalisé des *tests de Student* pour les comparaisons de moyennes et des tests *de Chi-deux* pour les comparaisons de pourcentages.

Le risque alpha ayant été fixé à 5%, les différences observées sont significatives lorsque la p-value est inférieure à 0,05.

3. RÉSULTATS

3.1 Caractéristiques de la population d'étude

TABLEAU 1 : Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

Echantillon	n	%
	158	100
Sexe		
Hommes	102	65
Femmes	56	35
Age		
16 à 25 ans	62	39
26 à 59 ans	93	59
60 ans et +	3	2
Zone de naissance		
Afrique sub-saharienne	96	60
Moyen-Orient et Turquie	11	7
Maghreb	13	8
Asie	6	4
Europe hors UE	25	16
Europe UE sauf France	3	2
France	4	3
Amérique	0	0
Origine regroupée		
France	4	3
Europe UE sauf France	3	2
Extra-UE	151	95
Non renseigné	0	0

TABLEAU 2 : Caractéristiques d'âge de patients de l'échantillon

Echantillon	(années)
Moyenne d'âge	31,5
Ecart-type de l'âge	11,6
Age médian	29
Age minimal	16
Age maximal	66

TABLEAU 3 : Caractéristiques socio-démographiques de la file active de la PASS

	n	%
Population de la file active de la PASS en 2016	1786	100
Sexe		
Hommes	1179	66
Femmes	607	34
Age		
16 à 25 ans	397	22
26 à 59 ans	1083	61
60 ans et +	120	7
Origine regroupée		
France	196	11
Europe UE sauf France	429	24
Extra-UE	1161	65

Analyses comparatives entre l'échantillon et la population de 2016

- Comparaison des proportions de classes d'âge entre l'échantillon et la population : **$p=5.58 \times 10^{-5}$**
- Comparaison des proportions d'hommes et de femmes entre l'échantillon et la population : $p=0.71$
- Comparaison des proportions d'origines regroupées entre l'échantillon et la population : **$p=3.25 \times 10^{-14}$**

TABLEAU 4 : Caractéristiques socio-démographiques des patients exclus de l'étude

	n	%
Patients exclus de l'échantillon	137	100
Sexe		
Hommes	81	59
Femmes	56	41
Zone de naissance		
Afrique sub-saharienne	48	35
Moyen-Orient et Turquie	3	2
Maghreb	18	13
Asie	27	20
Europe hors UE	19	14
Europe UE sauf France	2	2
France	14	10
Amérique	3	2
Non renseigné	3	2
Origine regroupée		
France	14	10
Europe UE sauf France	3	2
Extra-UE	117	85
Non renseigné	3	3

TABLEAU 5 : Caractéristiques d'âge des patients exclus de l'échantillon

Patients exclus de l'échantillon	(années)
Moyenne d'âge	36,13
Ecart-type de l'âge	11,65
Age médian	34
Age minimal	16
Age maximal	73

Analyses comparatives entre l'échantillon et les exclus

- Comparaison des moyennes d'âge entre les exclus et l'échantillon : **p=0.001**.
- Comparaison des proportions d'hommes et de femmes entre les exclus et l'échantillon : p=0.34
- Comparaison des proportions d'origines regroupées entre les exclus et l'échantillon : les conditions d'application du test de Chi2 ne sont pas respectées avec 3 groupes d'origines, nous regroupons alors les effectifs des origines « France » et « Europe UE sauf France » afin d'augmenter les effectifs attendus : **p=0.01**.

3.2 Résultats descriptifs de l'échantillon

TABLEAU 6 : Ensemble des résultats descriptifs des patients de l'échantillon

Echantillon	n	%
	158	100
Sexe		
Hommes	102	65
Femmes	56	35
Age		
16 à 25 ans	62	39
26 à 59 ans	93	59
60 ans et +	3	2
Zone de naissance		
Afrique sub-saharienne	96	60
Moyen-Orient et Turquie	11	7
Maghreb	13	8
Asie	6	4
Europe hors UE	25	16
Europe UE sauf France	3	2
France	4	3
Amérique	0	0
Origine regroupée		
France	4	3
Europe UE sauf France	3	2
Extra-UE	151	95
Non renseigné	0	0
Barrière de la langue		
Oui sans interprète	7	4
Non avec interprète	13	8
Non sans interprète	4	3
Non renseigné	134	85
Symptômes psychiques		
dans le motif de consultation	52	33
relevés lors de la consultation	147	93
Antécédents psychiatriques		
	21	13
Orientation vers chaque professionnel en santé mentale		
Psychologue	67	42
Infirmier psy	66	42
Psychiatre	13	8
Psychologue + Psychiatre	1	1
Infirmier psy + Psychiatre	11	7
Symptômes psychiques PTSD-compatibles		
	133	84
Médiane du nombre de symptômes psychiques PTSD-compatibles chez ces patients = 2		
Observation de la dernière consultation spécialisée santé mentale		
Diagnostics psychiatriques évoqués	83	53
Hypothèse diagnostique psychiatrique type PTSD	35	22
Médiane du nombre de symptômes psychiques PTSD-compatibles chez ces patients = 2		
Hypothèse diagnostique psychiatrique hors PTSD	48	30
Diagnostic non psy	4	2
Pas d'hypothèse diagnostique	71	45
Plainte somatique		
Aigue	17	11
Chronique	72	46
Mixte	5	3
Non renseigné	63	40
Site en cas de plainte somatique		
Unique	49	31
Multiple	67	42
Non renseigné	42	27

3.3 Critère de jugement principal

TABLEAU 7 : Proportion de consultations comprenant au moins 1 symptôme psychique dans le motif de consultation

Echantillon	n	%
	158	100
Symptômes psychiques dans le motif de consultation	52	33

3.4 Les symptômes psychiques

3.4.1 Nombre et répartition des symptômes psychiques

TABLEAU 8 : Nombre de symptômes psychiques relevés dans l'ensemble de la consultation médicale globale (MC+HDM+EC+SC)

Echantillon	n	%
	158	100
Symptômes psychiques		
dans le motif de consultation	52	33
relevés lors de la consultation	147	93

TABLEAU 9 : Proportion de patients de l'échantillon présentant chaque type de symptôme psychique et de symptôme psychique PTSD-compatible

Echantillon	n	%
Proportion de patients présentant chaque type de symptôme psychique		
Proportion de patients présentant chaque type de symptôme psychique PTSD-compatibles (en g)	158	100
Troubles du sommeil	119	75
Reviviscence	77	49
Anxiété, trouble anxieux	43	27
Tristesse, « tristesse de l'humeur »	27	17
Hallucinations audio-visuelles	23	15
Autres	14	9
Hypervigilance	12	8
Irritabilité	9	6
Troubles de la concentration	8	5
Troubles de la mémoire	7	4
Paranoïa	6	4
Idées suicidaires, idées noires	5	3
Isolement	4	3
Anorexie-boulimie, anorexie	4	3
Evitement	3	2
Agressivité	3	2
Ralentissement psycho-moteur	3	2
Désorientation temporo-spatiale	3	2
Culpabilité	2	1
Pleurs	2	1
Dépersonnalisation	2	1
Impulsivité	2	1
Absence	2	1
Asthénie	2	1
Aboulie	1	1
Délire	1	1
Tachypsychie	1	1
Attaque de panique	1	1
Agitation	1	1
Auto-dévalorisation	1	1
Conduites addictives	1	1
Rituels obsessionnels	1	1
Doute sur trait psychotique	1	1
Confusion	1	1
Accélération psychomotrice	1	1

Autres : « trauma psychologique », « choqué », « stress », « syndrome dépressif », « déprime », « effondré psychologiquement », « mal-être », « état dépressif majeur », « difficultés psychologiques », « souvenirs envahissants », « dépression », 3 occurrences de « demande de consultation psychologique »

3.4.2 Présence d'antécédents psychiatriques connus

TABLEAU 10 : Proportion de patients de l'échantillon avec des antécédents psychiatriques connus

Echantillon	n	%
	158	100
Antécédents psychiatriques	21	13

3.5 Prise en charge spécialisée en santé mentale

3.5.1 Orientation vers les professionnels

TABLEAU 11 : Proportion des patients de l'échantillon orientés vers les différents spécialistes en santé mentale :

Echantillon	n	%
	158	100
Orientation vers chaque professionnel en santé mentale		
Psychologue	67	42
Infirmier psychiatrique	66	42
Psychiatre	13	8
Psychologue + psychiatre	1	1
Infirmier psychiatrique + psychiatre	11	7

3.5.2 Hypothèses diagnostiques évoquées

TABLEAU 12 : Proportion de patients de l'échantillon présentant une hypothèse diagnostique évoquée dont un PTSD

Echantillon	n	%
	158	100
Observations de la dernière consultation spécialisée en santé mentale		
Diagnostiques psychiatriques évoqués	83	53
Hypothèse diagnostique psychiatrique type PTSD	35	22
Médiane du nombre de symptômes psychiques PTSD-compatibles chez ces patients = 2		
Hypothèse diagnostique psychiatrique hors PTSD	48	30
Hypothèse d'une absence de trouble psychiatrique	4	2
Pas d'hypothèse diagnostique	71	45

TABLEAU 13 : Proportion de patients avec une hypothèse diagnostique évoquée présentant chaque hypothèse diagnostique

Patients de l'échantillon avec une hypothèse diagnostique psychiatrique évoquée	n	%
Proportion de patients présentant chaque type d'hypothèse diagnostique psychiatrique	83	100
PTSD / TSPT	35	42
EDM / ED / EDC / idées suicidaires / tableau, trouble anxio-dépressif / manifestation anxio-dépressive / tristesse de l'humeur	28	34
trouble schizophrénique (quel que soit le type) / psychose	13	16
trouble de l'adaptation	10	12
TGP (trouble généralisé de la personnalité)	9	11
éléments psychotiques / traits psychotiques	9	11
Anxiété / attaque de panique / phobie	6	7
Autre (psychose post-ménigite, souffrance psychique, dépendance aux BZD)	5	6
trouble bipolaire	2	2
troubles somatoformes	1	1
réviviscence	1	1

3.6 Les symptômes somatiques

3.6.1 Répartition des symptômes somatiques

TABLEAU 14 : Proportion de patients de l'échantillon présentant chaque type de plainte somatique

Echantillon	n	%
Proportion de patients présentant chaque type de plainte somatique	158	100
Céphalées	41	26
Douleurs abdominales	26	16
Douleurs des membres/myalgies/douleurs diffuses	15	9
Suivi de maladie chronique	11	7
Autres	11	7
Douleurs rachidiennes	10	6
Douleur thoracique	10	6
Lésion cutanée	8	5
Vertiges	7	4
Palpitations	6	4
Hypoacousie	5	3
Amaigrissement	5	3
Arthralgies	5	3
Lipothymie/malaise	5	3
Nausées	4	3
Toux	4	3
Douleurs cervicales	4	3
Douleur de gorge	4	3
Vomissements	4	3
Acouphènes	3	2
Prurit	3	2
Dyspnée	3	2
Baisse de l'acuité visuelle	3	2
Anorexie	3	2
Sensation de chaleur diffuse	3	2
Rhinorrhée	3	2
Constipation	3	2
Douleurs anales	3	2
Paresthésies	2	1
Otalgie	2	1
Hématurie	2	1
Pollakiurie	2	1
Rectorragies	2	1
Dysménorrhée	2	1
Douleur ophtalmologique	2	1
Asthénie	2	1
Douleur dentaire	2	1
Incontinence urinaire	2	1
Douleurs pelviennes	2	1
Troubles du champ visuel	2	1
Expectorations	2	1
SFU (non précisés)	2	1
Douleurs post-zostériennes	1	1
Hypoesthésies	1	1
Douleur de langue	1	1
Douleur péri-orbitaire	1	1
Otorrhée	1	1
Douleur de mâchoire	1	1
Dysurie	1	1
Métrorragies	1	1
Leucorrhée	1	1
Diarrhée	1	1
Dysphagie	1	1
Hémoptysies	1	1
Herpès	1	1
Erysipèle	1	1
Ecoulement	1	1
Sensation d'hypertension	1	1
Cécité	1	1
Larmolements	1	1
Prurit oculaire	1	1
Sueurs	1	1
Allergie	1	1
Radiculalgie	1	1
Douleur testiculaire	1	1

Autres : « IVG », « infertilité », « suivi de grossesse », « demande de test de grossesse », « impotence fonctionnelle », "fracture », "luxation », "troubles du comportement », « déficit intellectuel », 2 occurrences de « masses »

TABLEAU 15 : Proportion de patients de l'échantillon présentant chaque type de plaintes somatiques regroupées par appareil

Echantillon	n	%
Proportion de patients présentant chaque plainte somatique par appareil	158	100
Neurologie	46	29
Digestif	44	28
Musculo-squelettique	34	22
ORL-Maxillo-Facial	30	19
Autres et suivi de maladie chronique	22	14
Cardio-vasculaires	22	14
Uro-génital	16	10
Signes généraux	15	9
Dermatologie	14	9
Respiratoire	10	6
Ophthalmologie	10	6

3.6.2 Caractéristiques des symptômes somatiques

TABLEAU 16 : Proportion de patients de l'échantillon présentant une plainte aiguë, chronique ou mixte

Echantillon	n	%
	158	100
Plainte somatique		
Aiguë	17	11
Chronique	72	46
Mixte	5	3
Non renseigné	64	40

Mixte : Au moins 1 symptôme aigu associé à au moins 1 symptôme chronique

TABLEAU 17 : Proportion de patients de l'échantillon présentant une plainte unique ou des plaintes multiples

Echantillon	n	%
	158	100
Site en cas de plainte somatique		
Unique	49	31
Multiple	67	42
Non renseigné	42	27

3.8 Barrière de la langue

TABLEAU 18 : Proportion de patients de l'échantillon pour lesquels une barrière de la langue ou la présence d'interprète étaient mentionnées

Echantillon	n	%
	158	100
Barrière de la langue		
Oui sans interprète	7	4
Non avec interprète	13	8
Non sans interprète	4	3
Non renseigné	134	85

4. Discussion

4.1 Synthèse des résultats

4.1.1 Résultat principal

Seuls 33% des patients de l'échantillon ont au moins 1 symptôme psychique présent dans leur(s) motif(s) de consultation.

Les médecins de la PASS ont donc choisi d'orienter vers des professionnels en santé mentale deux tiers de patients dont le motif de consultation n'était pas, a priori, d'ordre psychologique.

4.1.2 L'échantillon

Avec 97% de patients étrangers, on constate que les migrants représentent une large majorité de l'échantillon.

Les ressortissants de pays tiers représentent la quasi-totalité de ceux-ci avec 95% de patients non communautaires, dont une forte majorité originaire d'Afrique sub-saharienne (60%). Sur ce point, on note qu'il existe dans l'échantillon une sur-représentation significative de ressortissants de pays tiers. Ces résultats sont cohérents avec la problématique d'exposition traumatique (dans le pays d'origine ou lors du parcours migratoire) que rencontrent plus souvent ces patients.

L'échantillon est majoritairement masculin (65% hommes versus 35% de femmes) et jeune (âge moyen = 31.5 ans, âge médian = 29 ans).

Les patients de l'échantillon sont significativement plus jeunes que ceux de la file active de la PASS.

Ces différents résultats sont là aussi cohérents avec le profil des migrants demandeurs d'asile.

Quant aux sujets exclus de l'étude, les résultats montrent qu'ils sont plus âgés et moins issus de pays tiers par rapport aux patients de l'échantillon.

4.1.3 Résultats secondaires

Ce sont 93% des patients qui ont présenté au moins un symptôme psychique noté dans leur dossier médical alors que seuls 33% des patients se sont présentés avec au moins un symptôme psychique dans leur motif de consultation.

Il existe donc une différence importante entre la présentation clinique spontanée et le tableau clinique décrit in fine par le médecin généraliste.

Les symptômes psychiques notés dans le tableau clinique de ces patients sont multiples, on en dénombre 35.

Parmi eux, certains sont très fréquents :

C'est le cas des troubles du sommeil, qui sont présents chez 75% des patients, les reviviscences pour presque la moitié des patients (49%), suivis de l'anxiété (27%) et de la tristesse de l'humeur (17%).

Sur l'ensemble des symptômes psychiques, ceux compatibles avec le PTSD sont très fréquemment représentés dans l'échantillon : 84% des patients avaient des signes PTSD-compatibles. Il s'agit principalement des troubles du sommeil, des reviviscences et des hallucinations audio-visuelles.

La médiane du nombre de symptômes PTSD-compatibles dans l'échantillon est égal à 2.

Ces troubles psychiques ne s'inscrivent pas, au moment de la consultation, dans des tableaux psychiatriques déjà connus puisqu'une faible proportion de patients, seulement 13%, présentait des antécédents psychiatriques connus.

Il existait une hypothèse diagnostique du psychiatre ou de la psychologue pour 87 patients de l'échantillon ; les 71 autres patients n'ont pas eu d'évaluations retrouvées dans la base informatisée ou d'hypothèses diagnostiques évoquées.

Chez les 87 patients pour lesquels existait une hypothèse diagnostique, les professionnels en santé mentale ont évoqué une/des pathologie(s) psychiatrique(s) dans la presque totalité des cas (83 cas, soit 95%). Un PTSD était mentionné pour 35 d'entre eux (soit 40%).

En regardant la proportion de chaque hypothèse diagnostique au sein de ce groupe (total = 143%), on s'aperçoit que presque 1 patient sur 2 présentait deux hypothèses diagnostiques évoquées par les spécialistes.

Chez ces derniers, la médiane du nombre de symptômes PTSD-compatibles est égale à 2, comme dans l'ensemble de l'échantillon.

En ce qui concerne les plaintes somatiques, on en référence 65 ; elles sont donc très polymorphes.

Les plus fréquentes sont les céphalées et les douleurs abdominales présents chez respectivement 26% et 16% des patients.

On s'aperçoit que ces plaintes s'inscrivent dans un tableau clinique complexe avec une grande majorité de plaintes chroniques (46% de l'échantillon et 77% des cas renseignés) et multiples (42% de l'échantillon et 58% des cas renseignés).

La variable barrière de la langue, utilisée comme « étalon » de la qualité d'implémentation des données devant la fréquence des patients allophones, était non renseignée dans 85%

des dossiers. Ceci va dans le sens d'une qualité « non-optimale » d'implémentation des dossiers.

Ces données sont issues de dossiers informatisés implémentés par les médecins et ne se superposent donc pas exactement à la réalité de la consultation.

4.2 Limites de l'étude

Cette étude s'est voulue originale, d'actualité et centrée sur les patients rencontrés quotidiennement à la PASS du CHU.

Plusieurs biais sont venus influencer les résultats de cette étude, notamment par son caractère rétrospectif.

4.2.1 Biais lié à l'implémentation des dossiers

Le travail présent exploite les données de consultations telles qu'elles ont été enregistrées par les médecins généralistes de la PASS dans les questionnaires informatiques dédiés.

Il s'agit donc d'un premier biais potentiel majeur d'information puisqu'on ne peut garantir une stricte correspondance entre les données mentionnées au cours de la consultation et celles qui ont été consignées dans le questionnaire informatique.

Par omission (biais de mémorisation) ou pour toute autre raison, le praticien peut avoir réduit (résumé, filtré, etc.) la quantité de données recueillies par rapport à celles qui ont été présentées lors de la consultation.

De fait, la quantité comme la qualité des échanges oraux ne peuvent pas être retranscrites à l'identique par une saisie informatique ; notamment parce que les consultations médicales sont d'abord un moment d'échange pendant lequel le praticien favorise la qualité d'une relation médecin-malade.

D'autre part, on constate une grande diversité dans la manière dont les médecins remplissent les dossiers. Certains notent les informations au fur et à mesure de la consultation tandis que d'autres le font a posteriori. Cette dernière situation peut produire des données plus synthétiques qui évoquent plus souvent directement le diagnostic supposé que le verbatim des différents symptômes relevés au fur et à mesure de la consultation.

Les différents champs de texte libre « motifs de consultation », « histoire de la maladie », « examen clinique » et « synthèse » reçoivent des informations qui n'appartiennent pas strictement à leur catégorie et/ou qui se chevauchent.

De même, le praticien ne va noter que ce qui l'interpelle, comme on a cherché à le démontrer en analysant le critère « barrière de la langue ».

On peut observer qu'en l'absence de barrière de la langue, la mention « absence de barrière de la langue » n'apparaît presque jamais dans le dossier médical alors que c'est une donnée que l'on considère comme majeure dans l'analyse de la consultation médicale.

Conséquences sur les résultats :

Il y a donc une perte potentielle d'information : symptômes non notés dans leur exhaustivité, ou non-inscrits dans la catégorie dont ils relèvent (motifs de consultation,

examen clinique, etc.).

Cette diminution du nombre d'occurrences des différents symptômes, dans leur emplacement dédié et dans l'ensemble de la consultation, a pu avoir comme conséquence principale une minoration des résultats.

Cela concerne notamment le critère de jugement principal (proportion de consultations comprenant au moins un symptôme psychique dans le motif de consultation) mais également les objectifs secondaires.

4.2.2 Biais d'interprétation

En relevant les symptômes présents et en cherchant à les formaliser en mots-clés du thésaurus, nous avons fait intervenir un biais d'interprétation potentiellement notable.

En effet, certaines plaintes exprimées par le patient ont été transcrites à l'identique dans le dossier médical et non sous forme de mots-clés. Par exemple : « sensation de battements dans la poitrine ».

Ces symptômes ont dû être transformés en mots-clés lors du recueil. Dans le cas précédent, on a remplacé « sensation de battements dans la poitrine » par « palpitations ». L'opérateur du recueil a donc interprété le symptôme tel que rédigé par le médecin.

Afin de minimiser ce biais, plusieurs formulations ont été conservées à l'identique lorsqu'elles apparaissaient comme peu transposables en mots-clés du thésaurus.

En distinguant nettement symptômes psychiques et symptômes somatiques, nous avons également introduit un biais d'interprétation.

En effet, les différents symptômes ne sont pas somatiques ou psychiques par nature, mais cette distinction nous a semblé pertinente par rapport à notre hypothèse et à la réalisation de cette étude.

On voit rapidement les limites de cette catégorisation radicale puisque certains symptômes tels « anorexie », « asthénie » devraient appartenir aux deux catégories ; mais également parce que des troubles catégorisés psychiques peuvent tout à fait avoir une origine organique (par exemple : troubles du sommeil, qui pourraient provenir d'une dysthyroïdie)

Conséquences sur les résultats :

Ces biais ont pu provoquer principalement une mésestimation (surestimation ou sous-estimation) d'occurrences pour chaque symptôme, provoquant une survalorisation ou une sous-valorisation de certains résultats.

4.2.3 Biais de sélection

La façon dont a été conçue cette étude instaure plusieurs biais de sélection.

Tout d'abord en ne sélectionnant que les patients orientés et notés à l'agenda des professionnels en santé mentale, on exclut des patients pour lesquels une orientation avait été envisagée mais non inscrite à l'agenda des professionnels.

On peut citer l'orientation vers d'autres professionnels en santé mentale : les patients adressés au local de l'EMPP ou la consultation transculturelle par exemple.

Il n'a pas été possible de prendre en compte les données socio-démographiques de tous les patients exclus car certains n'ont pas été retrouvés dans le logiciel DxCare© du CHU.

Conséquences sur les résultats :

On ne prend pas en compte l'ensemble des patients orientés en soins psychiques. Il y a donc là aussi une perte d'informations potentielle et donc une sous-estimation des résultats.

Ceci peut empêcher d'objectiver certains phénomènes.

Par exemple, il est possible qu'une frange de la population ait été orientée dans une filière de soins psychiques spécifiques : les mineur(e)s, les femmes enceintes, ...etc.

4.3 Analyse des résultats au vu des entretiens et de la littérature

4.3.1 Regard croisé avec des praticiens d'autres PASS de France

Dans le cadre de mes recherches, je suis allé rencontrer des médecins d'autres PASS françaises susceptibles d'accueillir des migrants.

J'ai ainsi rencontré M. le Dr GEERAERT de la PASS de Bobigny ainsi que Mme le Dr VAYSSE psychiatre à la PASS de Bobigny (Annexe 6) et Mme le Dr Schlienger de la PASS de Lyon (Annexe 7).

Ces entretiens m'ont permis de constater que les réflexions m'ayant amené à cette problématique de thèse étaient partagées par ces différents praticiens, avec toutefois des positionnements différents.

L'ensemble des éléments-clés, issus des entretiens, sont situés en annexe 6 et 7.

4.3.2 Plaintes psychiques minoritaires dans le motif de consultation

Avec 67% de patients qui se sont présentés à la consultation sans aucun motif d'ordre psychologique, le caractère psychique minoritaire dans la présentation initiale du patient va dans le sens de l'impression générale des praticiens du service de Bordeaux, mais aussi des autres PASS.

Lorsque j'ai questionné le Dr SCHLIENGER, de la PASS de Lyon, sur le nombre de consultations pour motifs psychiques, la réponse qu'elle m'a faite va dans le sens de ces résultats : « La présentation des plaintes est le plus souvent somatique. La grande majorité, c'est les plaintes somatiques » « le motif de recours, ce qu'évoquent les gens c'est avant tout des plaintes somatiques. »

Je n'ai pas retrouvé dans la littérature, une analyse des motifs de consultation dans un échantillon similaire de patients « repérés » par des médecins généralistes comme nécessitant une évaluation par un professionnel en soins psychiques.

L'étude de Médecins du Monde qui s'intéresse aux motifs de consultation des patients consultant dans leurs CASO retrouve des motifs psychologiques en sixième position, c'est-à-dire à 5-10%. (36).

En 2016, a également été réalisée une étude observationnelle transversale dans différentes PASS en France. Au sein de la population globale des PASS de France, les « motifs de consultation déclarés et/ou des diagnostics » étaient à 7%. (39)

La différence entre les 33% de patients de notre échantillon consultant avec au moins 1 motif psychique et ces 2 résultats peut s'expliquer par la présélection des patients de notre échantillon. Cependant ils vont globalement dans le sens d'une part minoritaire de l'expression d'un trouble psychique dans la présentation initiale.

4.3.3 Pourtant des troubles psychiques avérés.

4.3.3.1 Caractéristiques

93% des patients présentaient finalement des troubles psychiques dans leur tableau clinique, ce qui incite fortement à dépister ces troubles quelle que soit la présentation.

Les 4 symptômes les plus représentés sont les troubles du sommeil (75%), les reviviscences (49%), l'anxiété (27%) et une tristesse de l'humeur (17%)

A. Gerbes a publié un article issu de sa thèse (40), qui s'intéresse à la même population, c'est-à-dire orientée par des médecins généralistes vers des professionnels en santé mentale. Dans cet article, elle indique que 85% des patients présentaient des troubles du sommeil, 72.7% d'angoisse et anxiété, 54.8% de tristesse, 39.1% de pleurs fréquents et 33.5% de reviviscences.

On retrouve dans cette étude les mêmes symptômes que dans notre étude, bien que les fréquences soient différentes.

4.3.3.2 Avis des professionnels en santé mentale

En évoquant 83 hypothèses diagnostiques psychiatriques sur les 87 dossiers renseignés, on peut estimer que les médecins somaticiens de la PASS de Bordeaux ont orienté à bon escient leurs patients vers les spécialistes.

Sur les 83 pathologies psychiatriques évoquées, 40% sont considérées comme d'authentiques PTSD et 60% comme autres qu'un PTSD.

De plus, pour presque la moitié des patients de ce groupe, un même patient présentait plus d'une hypothèse diagnostique psychiatrique évoquée.

Cela signifie que soit ces pathologies se cumulent (par exemple un PTSD associé à un syndrome dépressif), soit que la clinique polymorphe des troubles n'a pas permis au professionnel en santé mentale, à l'instant du recueil, de trancher entre les différentes pathologies (PTSD et éléments psychotiques par exemple)

La prévalence importante de pathologies psychiatriques diagnostiquées, isolées ou en association, ajoutée à une médiane identique entre les 2 groupes montrent la nécessité pour les médecins généralistes de pouvoir faire appel à un avis spécialisé.

En effet, quand bien même une pathologie psychiatrique est suspectée par le praticien généraliste, le diagnostic précis nécessite une consultation dédiée à l'évaluation des troubles psychiques par un professionnel en santé mentale.

Une étude israélienne (41), vient également alimenter la réflexion dans ce sens. Celle-ci rapporte que 53% de patients migrants consultant des médecins somaticiens en centre de santé présentaient un syndrome dépressif d'après une échelle adaptée. Pourtant, seulement 8% d'entre eux avaient été diagnostiqués comme souffrant d'état dépressif par le médecin somaticien.

4.3.4 Des plaintes somatiques majoritaires

4.3.4.1 Caractéristiques

Sites

On constate un grand polymorphisme des plaintes avec de très nombreuses références touchants des sphères très diverses.

Les symptômes les plus fréquents dans cet échantillon sont les céphalées (26%), les douleurs abdominales (16%) et les douleurs des membres/myalgies/douleurs diffuses (11%).

Ces résultats sont cohérents avec ceux retrouvés dans la littérature médicale, en particulier l'article d'A. Gerbes qui rapporte un peu moins de 50% de céphalées et des troubles digestifs entre 30-40% (40).

Caractère chronique

Il est prédominant car présent chez 3 patients sur 4 de l'échantillon pour lesquels cette variable était correctement renseignée.

En ce qui concerne le caractère chronique des plaintes, dans la littérature le lien entre douleur chronique et PTSD est retrouvé régulièrement de manière significative. Et ce, aussi bien par une proportion importante de PTSD chez les patients avec des douleurs chroniques que de douleurs chroniques chez les patients avec des PTSD. (38)

La littérature médicale s'intéressant au PTSD concerne pour une large part des patients particuliers : vétérans de guerre, et/ou patients consultant déjà dans des centres de soins psychiatriques.

Cependant, du fait du contexte migratoire actuel, on voit que la littérature s'intéressant au PTSD dans la population migrante a fortement augmenté ces dernières années.

Or cette relation entre douleur chronique et PTSD a été aussi bien mise en évidence chez des patients non migrants comme les vétérans de guerre, que dans les populations migrantes.

L'étude de Teodorescu Dinu-Stefan et al. (42) a relevé la présence de douleurs chroniques dans un échantillon de 61 patients réfugiés issus d'une population consultant en centre psychiatrique. Il constate que des douleurs chroniques sont présentes chez 88% des patients réfugiés avec un diagnostic de PTSD contre 66% chez les réfugiés non-PTSD.

Le Dr GEERAERT constate également cela au sein de sa consultation à Bobigny « *les gens qui ont subi des tortures, ils ont très souvent des douleurs chroniques extrêmement importantes là où on les a torturés* ».

Dans notre échantillon, ce sont les céphalées qui sont le plus présentes.

C'est justement à ce propos que l'étude de B. Lee Peterlin et al. (43) s'est intéressée à la prévalence de PTSD entre des patients souffrant de migraine épisodique et ceux souffrant de céphalées chroniques.

Le PTSD était bien plus fréquent chez les patients présentant des céphalées chroniques. Il en conclut ainsi que le PTSD pourrait être un risque de chronicisation des céphalées.

Caractère diffus ou multiple

Ces plaintes sont le plus souvent multiples.

Là aussi nos résultats rejoignent ceux de l'étude d'A. Gerbes qui décrit des douleurs diffuses entre 50-60%. (40)

À ce sujet, à Lyon le Dr SCHLIENGER relève cette relation entre douleurs diffuses et souffrance psychique : « [...] *il y a des choses qui sont à mon avis en trait double. C'est-à-dire qu'il y a des plaintes multiples dont l'origine n'est pas forcément organique. Donc quand on des tableaux comme ça, ça alerte un petit peu sur le côté psychique.* [...] ».

À Paris également, Le Dr VAYSSE, psychiatre, va dans le même sens : « *Beaucoup de polyalgies qui sont des psychotraumas.* ».

4.3.4.2 Prise en charge de ces plaintes somatiques

Chacun des patients de l'échantillon a été dirigé vers un spécialiste en santé mentale. On peut donc supposer que les médecins de la PASS ont volontiers considéré les troubles somatiques aux caractéristiques décrites ci-dessus comme s'apparentant à des troubles somatoformes et pouvant s'inscrire, au moins en partie, dans une étiologie psychique.

Il est vrai que dans la littérature, les troubles somatoformes sont effectivement plus représentés chez les patients souffrants de PTSD. (44)

Dans l'étude d'A. Gerbes (40), les explorations des quelques douleurs abdominales ou céphalées (FOGD, scanner), sont toutes revenues négatives. Celle-ci suggère même en conséquence de temporiser lorsque cela est possible la réalisation d'explorations complémentaires de plaintes somatiques.

L'article de Rice V. et al (45), concernant des vétérans de guerre américains, prolonge la réflexion en discutant le coût que représentent les nombreuses consultations médicales et les explorations en rapport avec ces troubles somatoformes.

Sur ces points les Dr GEERAERT et SCHLIENGER font un constat sensiblement similaire.

Le Dr GEERAERT me rapportait en ces termes : « *on voit tout un tas de gens qui traînent aux urgences, qui font 36000 radios et donc, si on ne prend pas globalement cette histoire-là ensemble (note : médecin généraliste et psychiatre), on ne fait rien d'intéressant* ».

À la PASS de Lyon, le Dr SCHLIENGER témoigne également en ce sens : « *les fibros que j'ai fait faire on n'a pas trouvé des catastrophes.* »

Mais le PTSD est tout de même associé significativement à des pathologies organiques. En particulier des événements cardiovasculaires comme le rapporte l'article « Post-traumatic stress disorder and cardiovascular disease » de Steven S Coughlin (46). Celui-ci réalise une revue de la littérature concernant les liens entre PTSD et plusieurs maladies cardiovasculaires. L'auteur rapporte une association significative entre événements cardiovasculaires, obésité, hypertension, hyperlipidémie et PTSD.

Dans l'étude de Lolk M. et al (47), qui s'est intéressée aux migrants atteints de PTSD et dépression, ce sont de très nombreuses comorbidités touchant la quasi-totalité des différents appareils qui sont significativement plus élevées chez les patients avec un PTSD versus les non-PTSD.

Tous ces éléments mettent en lumière l'intrication somato-psychique complexe liée aux psychotraumatismes chez ces patients, et par-là même, la difficulté pour les appréhender.

4.4 Conséquences, hypothèses et suggestions

4.4.1 Conséquences

La présentation psychique minoritaire des patients a pour conséquence un risque de sous-diagnostic et d'errance diagnostique du patient.

Ce risque est majoré par le fait que ce sont des médecins somaticiens, non spécialistes de ces pathologies, qui sont en première ligne pour recevoir ces patients.

Cette absence de diagnostic aura elle-même plusieurs conséquences. Tout d'abord une persistance de la pathologie psychique, et donc du handicap afférent, ainsi que du risque de complications telles que les addictions, susceptibles de maintenir le patient dans une situation de précarité et de marginalisation, voire de l'aggraver.

La présentation récurrente par des plaintes somatiques peut aussi conduire à une sur-utilisation du système de soins. Cela aura des répercussions pour le patient qui va être soumis à des explorations parfois invasives (FOGD pour douleur épigastrique par exemple), inutiles et coûteuses. Pour les mêmes raisons, la persistance des troubles favorise un risque de multiplication de prescriptions médicamenteuses.

Globalement, cela expose donc le patient à un risque iatrogénique important...tout en étant coûteux pour le système de soins.

Enfin, l'absence de résultats après de nombreux examens et traitements peut provoquer un sentiment de frustration chez le patient comme chez le médecin ainsi mis en échec. Cela peut nuire à l'alliance thérapeutique nécessaire entre eux et donc globalement au soin.

Le risque de méconnaissance de la part psychiatrique éventuelle des troubles présentés par les patients a pour revers celui de considérer tout trouble, inexpliqué ou non, comme une manifestation psychiatrique. Le risque ici est un sous-investissement dans les explorations et donc un risque de sous-diagnostic de pathologies organiques pourtant surreprésentées chez les patients atteints de PTSD.

En tout état de cause, une mauvaise traçabilité et transmission d'informations entre praticiens sur la démarche diagnostique - notamment le dépistage de troubles psychiques - et thérapeutique, entretient un risque de sous-diagnostic et sous-traitement, quelle que soit la nature des pathologies (organiques et/ou psychiatriques).

4.4.2 Hypothèses

4.4.2.1 Minoration des plaintes psychiques dans le motif de consultation

Les raisons pour lesquelles les patients se présentent avec une part minoritaire de symptômes psychiques à la consultation peuvent être multiples.

Comme évoqué dans l'article de Auxéméry Y. (48), cela peut résulter de **la pathologie psychotraumatique** elle-même qui comprend une conduite d'évitement afin de minimiser le risque de reviviscence.

Un autre facteur peut être lié à la **spécificité de cette population** constituée de migrants. Le corollaire principal en est la barrière de la langue à laquelle s'ajoute la possibilité de représentations culturelles de la maladie complètement différentes. L'origine psychogène d'un trouble n'est pas une conception universelle mais peut être attribuée, selon les cultures, à une origine magico-religieuse par exemple, auquel cas le médecin ne sera pas forcément considéré comme le thérapeute adapté.

D'autre part, il est possible que **l'organisation du service et le déroulement de la consultation** n'incitent pas les patients à évoquer spontanément des troubles psychiques. Si, comme on l'a formulé plus haut, le médecin somaticien n'apparaît pas comme un spécialiste de la santé mentale, il n'obtiendra pas ces informations.

Cependant, la majorité des patients de la PASS sont originaires de pays défavorisés et n'ont pas eu la chance de bénéficier d'un accès facile aux soins ; ainsi, le médecin peut au contraire voir plutôt le patient projeter sur lui des compétences qui ne relèvent pas de sa spécialité.

Enfin, le déroulement de la consultation, qui doit se faire rapidement du fait de l'activité du service, contraint peut-être le patient à sous-exprimer des problématiques intimes qui nécessiteraient plus de temps et un lien de confiance plus solide.

Hypothèse sur le différentiel entre le pourcentage de plaintes psychiques dans le motif de consultation et dans le tableau clinique global

On peut supposer qu'il résulte en partie d'un dépistage par les praticiens, soit systématique lors de certaines consultations, soit motivé par la présence de plaintes somatiques aux caractéristiques décrites ci-dessus.

Un patient se présentant avec de nombreux troubles chroniques, dont des céphalées, sera sans doute plus systématiquement questionné sur l'existence de troubles psychologiques.

Comme évoqué plus haut, le déroulement de la consultation a pu permettre au patient de se dévoiler progressivement et d'évoquer des sujets plus intimes touchant son moral, son ressenti, ses émotions.

4.4.2.2 Des symptômes somatiques particuliers

Cette étude descriptive ne permet à aucun moment d'établir un lien de causalité significatif entre certains symptômes somatiques et psychotraumatisme. Cependant la fréquence importante de certains symptômes peut alerter le médecin généraliste de la PASS. Pourquoi les patients orientés en soins psychiques présentaient-ils autant de céphalées et de douleurs abdominales ?

On peut suspecter certaines de ces plaintes de relever d'un système neurovégétatif impacté par une pathologie psychiatrique résultant d'un stress. Il en est de même pour les symptômes provoqués par une tension musculaire importante (céphalées de tension par exemple).

On peut supposer qu'en ne méconnaissant pas une part psychiatrique à son trouble, l'orientation d'un patient vers un spécialiste en santé mentale aboutira à une prise en charge thérapeutique globale. Par là même, s'il existe une part psychiatrique au trouble somatique, une fois traitée, celle-ci devrait régresser et permettre au médecin somaticien de se focaliser sur l'aspect organique des troubles.

Malgré tout, il s'agit d'une construction un peu schématique. En effet, il est tentant, chez ces patients au passé traumatique, de conclure qu'une plainte organiquement inexplicée a pour origine une pathologie psychiatrique. Le passé invite ainsi à la prudence puisque de nombreuses pathologies ont été considérées d'origine psychiatrique avant que la science n'y trouve une explication organique.

4.4.3 Suggestions

Finalement, quel que soit le mode de présentation des patients, du fait de la prévalence et de la sévérité de l'impact, il faudrait que le dépistage des troubles psychiques, et en particulier du psychotraumatisme, soit précoce et systématique.

Pour cela, il faudrait utiliser un dépistage « protocolisé » et adapté aux spécificités de cette population (barrière de la langue, représentations culturelles, etc.), réalisable pendant la consultation à la PASS et qui comprendrait des symptômes psychiques et somatiques.

Pour les plaintes psychiques, les critères du PTSD restent à privilégier, car ils apparaissent très sensibles quelle que soit l'hypothèse diagnostique évoquée par les professionnels en soins psychiques.

Pour les plaintes somatiques, leur multiplicité et leur diversité incitent à un dépistage systématique quelle que soit la nature du trouble. Il serait intéressant cependant d'affiner les critères les rendant à même d'être somatoformes, spécifiquement dans le cadre du PTSD et de notre population.

Afin d'éviter un risque iatrogénique non-négligeable et un coût injustifié, les symptômes somatiques à forte probabilité d'être des troubles somatoformes, pourraient amener à une prise en charge diagnostique et thérapeutique ciblée, comprenant une temporisation des explorations complémentaires.

Cela implique d'associer plus en amont nos collègues spécialistes en soins psychiques quant à une part psychogène du trouble.

4.5 Les actions en cours...et à venir

4.5.1 Des outils spécifiques et adaptés

Spécifique de cette population :

Lutter contre les difficultés à appréhender les troubles dans cette population notamment du fait des différences de représentations de la maladie. Ces représentations sont multiples et comprennent une composante transculturelle prégnante.

Pour cela les professionnels en santé mentale ont déjà une formation en médecine transculturelle. On peut tout de même envisager de renforcer le lien entre la PASS et la consultation transculturelle, et ce d'autant plus que les deux services sont désormais plus proches dans une plateforme pluridisciplinaire au même étage de l'hôpital Saint-André.

Spécifique de l'intrication somato-psychique :

- Développement des permanences des professionnels en santé mentale. C'est le cas depuis septembre 2017 grâce à la présence nouvelle de l'EMPP à la PASS de Pellegrin et le projet d'augmentation de leur temps de présence à celle de Saint-André.
- Création d'un outil adapté : la nouvelle consultation conjointe EMPP/médecin somaticien de la PASS de Saint-André permet d'apporter un regard croisé très pertinent pour cette problématique.
- Envisager de se rapprocher du centre anti-douleur du CHU afin d'échanger plus fréquemment sur ce lien entre douleur chronique et psychotraumatisme et se renseigner sur leurs pratiques.

Informatique : Améliorer l'implémentation des données

Du fait de l'approche variable de l'implémentation des dossiers, une modification du questionnaire médical informatique paraît indispensable.

Il s'agit de s'assurer que le psychotraumatisme, du fait de sa prévalence et de son impact médico-social, a été dépisté.

Suite à cette étude, cette modification est en cours : nous avons introduit dans le questionnaire DxCare© des items permettant de repérer le psychotraumatisme pour chaque patient. (Annexe5).

Cela pourra permettre, outre un suivi renforcé, une extraction des données pour de futures études.

Une consultation dédiée au dépistage et à la prévention

Les patients de la PASS sont souvent des nouveaux dossiers et ils présentent de nombreux motifs de consultation qui ne permettent pas toujours au médecin de réaliser ce dépistage.

On peut imagier une consultation spécifique, menée par une IDE, qui aborderait de nombreux thèmes dont celui du psychotraumatisme par l'intermédiaire de ce nouveau questionnaire informatisé spécifique à la PASS.

4.5.2 De futures études

4.5.2.1 Définir un profil-type

Essayer d'établir un profil-type avec des critères comme cette étude a tenté d'en suggérer (douleurs chroniques, diffuses, etc.).

Des études complémentaires et plus puissantes devraient être réalisées pour cela :

- Une étude prospective sur l'ensemble de la file active de la PASS afin de valider ou non une association significative avec des troubles psychiques, notamment le PTSD.
- Par la suite, on pourrait également réaliser une comparaison de ces symptômes avec ceux d'une patientèle classique de médecine générale ambulatoire.
En effet l'article de Médecins du Monde soumis le 15/02/2017 (36) ne retrouvait pas d'étude semblable à la leur, comparant motifs de consultation de patients migrants à la population habituelle de médecine générale ambulatoire.

4.5.2.2 Préciser le caractère somatoforme de certaines plaintes somatiques

Il est nécessaire d'affiner les différences entre des troubles potentiellement somatoformes et des troubles plus spécifiquement évocateurs de pathologie organiques.

D'autant que certains symptômes sortent indéniablement du lot.

- C'est le cas des céphalées. On pourrait chercher à améliorer la caractérisation de celles-ci par une mesure systématique de la topographie, la durée, le mode d'apparition, les troubles associés (neurologiques, ophtalmologiques), les facteurs favorisants, d'aggravation ou d'amélioration, ...etc.
- Et pourquoi ne pas envisager, selon les résultats, des propositions de test thérapeutiques : amélioration par psychotropes, ...etc.

- Réaliser une évaluation de l'efficacité des thérapeutiques sur les troubles somatoformes à partir d'échelles connues telles que l'échelle SOMS-7 décrite dans l'article de Winfried Rief et Wolfgang Hiller (49).

Cette échelle mesure le nombre de troubles somatoformes dans les sept derniers jours, et l'intensité de ces symptômes. Leur liste de symptômes est issue du DSM-IV et du CIM-10 sur les troubles somatoformes et du CIM-10 pour les dysfonctions végétatives somatoformes. Après avoir soumis l'échantillon à des traitements de référence, selon ces auteurs, elle permet une évaluation efficace de l'évolution des troubles.

- Cela dans l'optique d'aboutir éventuellement à une prise en charge standardisée type association de traitement pharmacologique (antalgiques et psychotropes - antidépresseur par exemple) + non pharmacologique (psychothérapie, kinésithérapie, haptonomie, ...etc.).

5. Conclusion

Ce travail s'était donné pour objectif de faire un état des lieux et d'apporter des éléments de réflexion sur les pratiques médicales à la PASS concernant le dépistage de la souffrance psychique et l'orientation des patients vers des professionnels ad hoc.

Il s'agit d'une problématique inhérente à l'exercice médical dans les PASS des grandes villes, comme en témoignent les entretiens avec nos collègues des PASS de Bobigny et Lyon.

Cette étude met en évidence qu'il existe une faible présentation spontanée des troubles psychiques par les patients.

Celle-ci associée à d'autres nombreux facteurs peut amener à méconnaître une pathologie psychiatrique sous-jacente pourtant fréquente dans cette population.

Lorsque les patients s'expriment sur leurs difficultés psychiques, les symptômes du PTSD sont fréquemment retrouvés, en priorité des troubles du sommeil très sensibles.

Certaines plaintes somatiques ayant conduit à des orientations en santé mentale ont des caractéristiques communes. Les céphalées et les douleurs abdominales sont fréquemment représentées et ces troubles s'inscrivent majoritairement dans des tableaux algiques chroniques et diffus.

Ces orientations ont permis aux spécialistes de diagnostiquer effectivement chez ces patients migrants, exposés à des parcours violents et traumatiques, une proportion importante de pathologies psychiatriques liées au stress, en particulier des syndromes de stress post-traumatique, mais de nombreuses autres pathologies psychiatriques également.

Il paraît nécessaire, pour le médecin somaticien, d'avoir des repères et même une formation adaptée, afin de ne pas méconnaître un trouble psychique associé et permettre ainsi une prise en charge globale par l'intervention des spécialistes en santé mentale.

Une collaboration étroite entre la psychiatrie et la médecine somatique dans ces situations s'avère plus que jamais indispensable.

Comme me le disait le Dr GEERAERT dès le début de notre échange : « *dans le psychotrauma, chez les migrants, il y a une intrication du somatique et du psychique qui est impossible à démêler. On peut pas les couper en deux* ».

L'intrication somato-psychique complexe à l'œuvre dans les psychotraumatismes est l'illustration même que corps et esprit sont plus que jamais liés.

Une conception holistique de la médecine, fondée sur une relation empathique et humaniste, paraît être la démarche la plus adaptée aux problématiques de cette population particulièrement vulnérable.

6. Annexes

Annexe 1 : Trajets migratoires préférentiels selon le pays de départ



Disponible sur

http://frontex.europa.eu/assets/Publications/Risk_Analysis/Fran_2016_Q2.pdf p.9

Annexe 2 : Critères du PTSD selon le DSM-5

L'expression « événement traumatique », plutôt que « un ou plusieurs », est utilisée afin d'alléger le texte.

A. Exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :

1. Vivre directement l'événement traumatique.
2. Être témoin, en personne, de l'événement vécu par d'autres.
3. Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche. Note : En cas de décès ou de danger de décès d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel.
4. Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique (par exemple, les premiers intervenants ou les policiers). Note : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par le biais des médias électroniques, de la télévision, de films ou de photos, à moins que cette exposition soit liée au travail.

B. Présence d'un (ou plusieurs) des symptômes intrusifs suivants associés à l'événement traumatique, ayant débuté après ce dernier :

1. Souvenirs pénibles récurrents, involontaires, et envahissants de l'événement traumatique. Note : Chez les enfants âgés de plus de 6 ans, il peut s'agir d'un jeu répétitif dans lequel des thèmes ou des aspects de l'événement traumatique sont exprimés.
2. Rêves répétitifs pénibles dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement traumatique. Note : Chez les enfants, il peut s'agir de rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
3. Réactions dissociatives (flash-backs, par exemple) dans lesquelles l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une perte totale de conscience de l'environnement actuel.) Note : Chez les enfants, des reconstitutions du traumatisme peuvent se produire dans le jeu.
4. Détresse psychologique intense ou prolongée à l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.
5. Réactions physiologiques marquées à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.

C. Évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique ayant débuté après ce dernier, comme en témoigne(nt) une ou les deux manifestations suivantes :

1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique.
2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations) qui éveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non d'autres facteurs tels que blessure à la tête, alcool ou drogues).
2. Croyances ou attentes négatives persistantes ou exagérées à propos de soi-même, des autres, ou du monde (par exemple, « Je suis mauvais », « On ne peut faire confiance à personne », « Le monde est complètement dangereux », « Mon système nerveux entier est définitivement ruiné »).
3. Cognitions persistantes et déformées concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatique qui amènent l'individu à se blâmer ou à blâmer autrui.
4. État émotionnel négatif persistant (par exemple, peur, horreur, colère, culpabilité ou honte).
5. Diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités significatives.
6. Sentiment de détachement ou d'éloignement des autres.
7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (par exemple, incapacité à éprouver du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux).

E. Altérations marquées dans l'activation et la réactivité associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :

1. Comportement irritable et crises de colère (avec peu ou pas de provocation) généralement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
2. Comportement imprudent ou autodestructeur.

3. Hypervigilance.
4. Réaction de sursaut exagérée.
5. Problèmes de concentration.
6. Troubles du sommeil (par exemple, difficultés à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité).

F. La durée de la perturbation (critères B, C, D, et E) est de plus que 1 mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments, alcool) ou d'une autre condition médicale.

Spécificateurs

1. Avec symptômes dissociatifs

Les symptômes rencontrent les critères d'un trouble de stress post-traumatique, et en plus, en réponse au stress, la personne vit des symptômes persistants et récurrents tels que l'une des manifestations suivantes :

a). Dépersonnalisation : expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment de détachement, et d'être un observateur extérieur de ses processus mentaux ou corporels (par exemple, sentiment d'être dans un rêve ; sentiment d'irréalité de soi ou de son corps ou que le temps se déroule lentement).

b). Déréalisation : expériences persistantes ou récurrentes d'irréalité de l'environnement (par exemple, l'environnement immédiat est vécu comme irréel, onirique, lointain, ou déformé).

Note : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, intoxication alcoolique) ou à une autre condition médicale (par exemple, crises épileptiques partielles).

2. Avec expression retardée

Ce spécificateur est utilisé si tous les critères diagnostiques ne sont remplis que 6 mois après l'événement (bien que l'apparition et l'expression de certains symptômes puissent être immédiates).

Disponible sur <http://www.psychomedia.qc.ca/sante-mentale/2015-11-15/stress-post-traumatique-criteres-diagnostiques-dsm-5>

Annexe 3 : Critères du trouble de l'adaptation selon le DSM-5

A. Développement de symptômes émotionnels et comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable(s), survenant au cours des trois mois suivant la survenue de celui-ci (ceux-ci).

B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoignent :

1. soit une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu en réaction à ce facteur de stress
2. soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (ou scolaire).

C. La perturbation liée au stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble mental et n'est pas simplement l'exacerbation d'un trouble mental préexistant.

D. Les symptômes ne représentent pas un deuil normal.

E. Une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu, les symptômes ne persistent pas au-delà de 6 mois.

Le trouble de l'adaptation est dit aigu si la perturbation persiste moins de 6 mois. Il est dit chronique si elle persiste 6 mois ou plus.

Le diagnostic est accompagné des spécificateurs suivants :

- avec humeur dépressive
- avec anxiété
- avec à la fois anxiété et humeur dépressive
- avec perturbation des conduites
- avec perturbations à la fois des émotions (dépression, anxiété) et des conduites
- non spécifié

Les symptômes du registre émotionnel peuvent être :

- reliés à une humeur dépressive : des pleurs, des sentiments de désespoir, etc.
- reliés à l'anxiété : nervosité, inquiétude, agitation (chez l'enfant, la peur de se séparer des personnes auxquelles il est le plus attaché).

Les symptômes comportementaux peuvent comporter : une violation des droits d'autrui ou des normes et des règles essentielles de la vie sociale, compte tenu de l'âge du sujet (p. ex., école buissonnière, vandalisme, conduite automobile imprudente, bagarres, manquement à ses responsabilités légales).

Disponible sur <http://www.psychomedia.qc.ca/diagnostics/qu-est-ce-que-le-trouble-de-l-adaptation>

Annexe 4 : Questionnaire DxCare - Onglet 1 et 3 dont sont issues les données

Bilan d'entrée | Dépistage Prévention | Suivi

Date de la consultation: 02/01/2018  

Médecin:

Autre médecin:

Interprète professionnel
 Oui Non

Origine du patient

Zone de naissance: Europe hors U.E.  Pays d'origine: Géorgie

Consultation

Parcours: 

Motif(s):

Histoire de la maladie: 

Examen clinique:

Synthèse des antécédents:

Traitement habituel:

PASS - Pass CHU

Bilan d'entrée | Dépistage Prévention | **Suivi**

Prescription

Examens biologiques: Oui Non

Imagerie: Oui Non

ECG: Oui Non

Médicaments: Oui Non

Suivi médical prévu

Autre consultation: Oui Non

Nouvelle consultation PASS: Oui Non

Hospitalisation: Oui Non

Synthèse et diagnostics

Synthèse de la consultation:

Diagnostics:



Annexe 5 : Questionnaire DxCare avec le protocole de dépistage proposé

Vaccinations <input type="checkbox"/> A jour <input type="checkbox"/> En cours <input checked="" type="checkbox"/> Non renseigné <input type="checkbox"/> PASS <input type="checkbox"/> MDS <input type="checkbox"/> Autre Commentaire vaccination Addiction Addiction <input type="radio"/> Dépisté <input checked="" type="radio"/> Non dépisté <input type="checkbox"/> OH <input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Subutex <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Cocaine <input type="checkbox"/> Médicaments Commentaire Addiction Suivi Addictologie Suivi Addictologie <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non <input type="checkbox"/> PASS <input type="checkbox"/> ELSA <input type="checkbox"/> Autre	Dépistage <input type="checkbox"/> A jour <input type="checkbox"/> En cours <input checked="" type="checkbox"/> Non renseigné <input type="checkbox"/> PASS <input type="checkbox"/> MDS <input type="checkbox"/> Autre Commentaire Dépistage Psychotraumatisme Psychotraumatisme <input type="radio"/> Dépisté <input checked="" type="radio"/> Non dépisté <input type="checkbox"/> Trouble du sommeil <input type="checkbox"/> Reviscence diurne <input type="checkbox"/> Hallucination <input type="checkbox"/> Evitement <input type="checkbox"/> Hypervigilance Commentaire Psychotraumatisme Suivi psychique Suivi psychique <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non Suivi psychique liste <input type="checkbox"/> PASS <input type="checkbox"/> EMFP <input type="checkbox"/> Autre
---	--

Annexe 6 : Entretien avec le Dr GEERAERT, médecin généraliste à la PASS de Bobigny et le Dr VAYSSE, psychiatre à la PASS de Bobigny

Dr GEERAERT : Alors, moi je vais te dire comment on fonctionne et pourquoi on fonctionne comme ça. [...]

La raison c'est que dans le psychotrauma, chez les migrants, il y a une intrication du somatique et du psychique qui est impossible à démêler. On peut pas les couper en deux, par exemple les gens qui ont subi des tortures, ils ont très souvent des douleurs chroniques extrêmement importantes là où on les a torturés, qui ne sont pas sûrs, ne reposent pas sur un substrat, une blessure, mais symboliquement, c'est très très fort.

Et donc on voit tout un tas de gens qui traînent dans les urgences, qui font 36000 radios et donc si on ne prend pas globalement cette histoire-là ensemble, on ne fait rien d'intéressant.

De toute façon, c'est intriqué. Toutes les pathologies sont intriquées, donc il faut travailler ensemble. On ne peut pas faire un traitement d'une maladie somatique sans prendre en compte toute la dimension psychique des gens.

Ces consultations sont psychiquement pour nous difficiles. C'est-à-dire qu'on a de la torture à longueur de consultation, des viols, des trucs horribles et le fait de le prendre ensemble (**note** : *en consultation conjointe*), c'est quand même infiniment moins lourd. C'est-à-dire que la consultation, elle est pour le patient, elle est aussi pour les soignants : c'est aussi une consultation de soutien pour les soignants. Ça, je pense que c'est important.

Et puis, plus on avance dans la connaissance de l'histoire des gens, plus on s'aperçoit qu'il y en a (**note** : *de la psychiatrie*). C'est-à-dire, la psychiatre, elle a le gros intérêt de repérer dans une consultation qui aurait pu être une consultation somatique tout bête, de repérer le reste que toi, tu passes à côté si tu le fais tout seul.

Le psychotrauma, c'est quand même un handicap énorme. Enfin c'est une souffrance énorme, sur laquelle, j'ai une petite anecdote. La semaine dernière, j'ai une réunion avec le directeur de l'hôpital et la directrice du foyer d'urgence qui vient d'ouvrir à côté de l'hôpital. La directrice elle connaît bien la précarité tout ça, elle dit : « on a un problème avec la gale, avec un tas de trucs et avec des gens psychotraumatisés ». Et le directeur de rigoler un peu, « Ah ça ! On a déjà assez de problèmes comme ça, on va pas s'occuper des petites choses. » Je lui ai dit « Ne croyez pas que c'est pas une petite chose. »

Un truc dont on s'est aperçu, les gens quand ils sont placés dans une structure collective ou dans une chambre d'hôtel à plusieurs, il y en a plein qui sont virés parce qu'ils hurlent la nuit. C'est très fréquent. C'est d'une part, une souffrance qui est importante à prendre en compte comme une souffrance physique, et d'autre part, ça a une influence sur le devenir des gens, sur leur vie immédiate : où est-ce qu'on va les loger, etc. On a plein de gens qui

étaient hébergés, chez les Tamouls, on a vu ça beaucoup, des Tamouls qui étaient hébergés chez des compatriotes qui les aidaient et qui virent les gens. Les gens se retrouvent à la rue, parce qu'ils gueulent la nuit, qu'ils se lèvent la nuit, etc. donc c'est une dimension vraiment importante.

Moi : Pour une consultation d'un nouveau patient, est-ce que, face à une plainte somatique, où l'on peut suspecter un vécu qui alimenterait un psychotrauma, est-ce que vous vous orientez directement vers une psychothérapie que vous allez mettre au premier plan, ou vous faites quand même un bilan somatique de base ?

Dr GEERAERT : Nous c'est justement l'intérêt de la consultation conjointe, c'est toujours psychosomatique et c'est somatique. On a très très souvent des bilans somatiques, des prises de sang, presque toujours vu la prévalence d'un certain nombre de maladies : les hépatites etc. les diabètes. On a énormément de diabètes, on fait du somatique.

On n'envoie pas tout le monde en psychothérapie. Peut-être une personne sur 4 ou sur 5 qu'on envoie chez le psychologue. Parce qu'on ne peut pas, il n'y a pas les ressources. Quant aux dispensaires de secteur - les CMP de secteur, qui sont aussi ultra débordés, on envoie essentiellement les gros gros trucs, les psychoses,...

Un médecin généraliste, il fait ce qu'il pense qu'il sait faire. Alors ce n'est pas une psychothérapie bien sûr, parce que tu le vois dans le cadre d'une médecine générale. Tu fais du somatique, tu vas lui prendre la tension artérielle, mais c'est une relation thérapeutique, psychothérapeutique aussi, de prendre la tension artérielle. Ce n'est pas forcément parler de son histoire, de ses parents.

Moi : Alors vous faites ça ? Revoir quelqu'un que vous ne sentez pas bien parce qu'il y a un psychotraumatisme ?

Dr GEERAERT : Alors nous on prescrit beaucoup de psychotropes. Enfin beaucoup...enfin souvent, pas beaucoup. Puisque je crois qu'on ne dépasse pas 3 médicaments différents. On donne des antidépresseurs, des tranquillisants, quand il y en a besoin, et des neuroleptiques assez fréquemment.

Moi : Vous donnez quoi ?

Dr GEERAERT : Alors nous notre ordonnance type en antidépresseur, pas parce que c'est le meilleur, parce que c'est nos habitudes, on donne de la PAROXETINE quasiment à tout le monde. Bon, ça a une action, c'est ce qu'on peut penser, ça marche un petit peu. Ça aide un tout petit peu. En neuroleptique, on donne du TERCIAN, parfois d'autres mais surtout du TERCIAN, sur les reviviscences nocturnes, les cauchemars, les gens ils nous disent tous : « je ne peux pas arrêter. Avec ça je peux dormir, j'ai pas les cauchemars qui me réveillent la nuit. » Même si ça casse un petit peu. Donc ça on donne souvent.

Moi : Et ils acceptent facilement ? L'idée d'un problème psychologique sous-jacent ?

Dr GEERAERT : Bah tu sais, ça s'exprime. Non, tu tâtes le terrain, tu vois qu'il y en a...c'est très divers. Il y a des intellos, il y a des pas intellos du tout. Il y a des gens qui sont très ancrés dans l'hypocondrie : « nan, nan pourquoi ? J'ai pas besoin de parler parce que moi mon problème, c'est mon dos ». Donc ça, c'est un problème très long, très compliqué, de sortir quelqu'un d'une réaction hypocondriaque comme ça.

Moi : *Mais globalement du coup, vous avez l'impression que vous n'êtes pas limités par une fermeture du patient ?*

Dr GEERAERT : Non, ce n'est pas le plus limitant, parce que les gens ils savent bien aussi. De toute façon ils te disent tous qu'ils ont des trucs dans la tête qui ne vont pas. Il y en a beaucoup qui viennent en disant : « ce qui va pas c'est la tête ». Donc ils savent d'emblée. Et puis, il y en a qui ont des positions qui peuvent évoluer souvent. C'est bien sûr un mélange de tout ça.

Bien sûr qu'on n'est pas en contexte de psychothérapie, mais les gens parlent quand même pendant la consultation, donc leur position peuvent un peu évoluer sur leur douleur.

Mais déjà le fait de le reconnaître : « J'ai mal à la tête parce qu'on m'a tapé sur la tête ». C'est ultra fréquent. C'est bien de le reconnaître. « C'est parce qu'on t'a tapé ».

Moi : *Toutes les PASS ne sont pas confrontées aux problèmes des migrants. On n'a peut-être pas toujours apporté la réponse adaptée.*

Dr VAYSSE : Le problème c'est repérer ça (note : le trouble psychique). Justement, le fait qu'on travaille à 2, c'est justement pour repérer ça.

Moi : *On est très vite partagé, parce que dès la première consultation, on peut se dire, là il y a quelque chose de psychotraumatique, ça n'implique pas forcément qu'il n'y a rien de somatique aussi. Qu'est-ce qu'on fait ? Vers quoi on s'oriente ? On est des généralistes, on a tendance à savoir la part somatique, on va pouvoir proposer quelque chose, en même temps, parallèlement, si on ne traite pas la part psychique, ça tombe dans le vide, ça n'a pas de sens.*

Dr VAYSSE : Il y a beaucoup de polyalgies qui sont des psychotraumas.

Moi : *Le suivi psychothérapeutique vous en faites vous-même ?*

Dr VAYSSE : Ce n'est pas qu'il n'y a pas une psychothérapie à l'intérieur de la consultation médicale. Quand bien même il y a un échange verbal qui amène le patient à exprimer, donc par la parole, un certain nombre de choses qu'il dépose, dans le meilleur des cas, c'est important, c'est positif ; et d'abord, ça crée un lien entre lui et nous et ça lui permet de revenir, de suivre un peu ses médicaments, son traitement ; même simplement la relation, c'est déjà énorme, énorme quoi ! Donc il y a de la parole.

Moi : *C'est comme une psychothérapie donc ?*

Dr VAYSSE : Non, parce qu'une psychothérapie, c'est très codifié si vous voulez, c'est dans un bureau avec un psychothérapeute, et ça n'est qu'une relation d'écoute et de transfert par la parole. C'est ça la psychothérapie

Moi : *Quelles sont vos ressources ? Nous, on se demandait si on devait tout de suite adresser à quelqu'un qui était plus spécialisé.*

Dr VAYSSE : Eh bien non. Vous pouvez les garder un moment, pas trop longtemps. Par contre, si vous n'êtes que des généralistes et qu'il n'y a pas de psychologue et de psychiatre, à ce moment-là vous pouvez conserver (**note** : *le patient*), si vous arrivez à manipuler suffisamment les psychotropes, c'est bon.

Moi : *C'est ça qui nous a amenés à nous repositionner dans ces consultations, parce qu'on a une psychologue à mi-temps, mais on lui a embolisé sa consultation.*

Dr VAYSSE : *Il faut qu'elle ne fasse que ça si elle est avec vous.*

Moi : *Elle ne fait que ça.*

Dr VAYSSE : Elle est dans la consultation (**note** : *médicale*) ?

Moi : *elle a une consultation séparée.*

Dr VAYSSE : Ah bah voilà. Voilà ça va pas. *Rires* Ça va pas. Oui parce que ça morcelle le patient en plus. Alors qu'il a 1 pathologie. C'est un ensemble très cohérent. Et il a des troubles somatiques ET psychiques en même temps. Donc c'est intéressant de consulter ensemble.

Moi : *Quelles PASS me conseillez-vous d'interviewer ?*

Dr GEERAERT : Je ne connais pas de PASS qui se soient beaucoup penchées sur la question, ou s'ils le font, ils n'en parlent pas.

Dr VAYSSE : Puis c'est bien clivé, puisqu'il y a des PASS psychiatriques, alors je ne sais pas ce qu'ils voient. Mais la psychiatrie ne s'est pas intéressée au problème du psychotrauma, ou alors de manière très très ponctuelle. Ici oui.

Dr GEERAERT : Il n'y a qu'ici en fait, parce qu'historiquement c'est l'hôpital où l'on a travaillé le psychotrauma...

Dr VAYSSE : ...avec les migrants.

Annexe 7 : Entretien avec le Dr SCHLIENGER, médecin généraliste à la PASS de Lyon.

Moi : Dans votre patientèle, y-a-t-il une forte prévalence de troubles psychiatriques tout confondu : Psychotrauma ou dépression chez les migrants que vous recevez ?

Dr SCHLIENGER : Je ne dirais pas ça. La présentation des plaintes est le plus souvent somatique. La grande majorité c'est les plaintes somatiques. Voilà.

On a quand même une petite minorité de patients qu'on trouve désorientés, mal sur le plan psychique, mais ils sont quand même nettement minoritaires. Le motif de recours, ce qu'évoquent les gens, c'est avant tout des plaintes somatiques.

Alors il y a des choses qui sont à mon avis en trait double. C'est-à-dire, il y a des plaintes multiples dont l'origine n'est pas forcément organique. Voilà. Donc quand on des tableaux comme ça, ça alerte un petit peu sur le côté psychique. Mais on a aussi beaucoup beaucoup de plaintes vraiment somatiques précises qui sont parfois des séquelles de sévices hein?! Le traumatisme n'est pas simplement psychique mais il est aussi physique.

Mais on a aussi des gens qui ont des maladies. Ça dépend aussi beaucoup de la provenance des gens. Nous avons une grosse grosse cohorte d'Albanais qui viennent avec des maladies.

Ou des Arméniens, un monsieur qui vient avec un sarcome. Bon des choses de cet ordre-là, où c'est vraiment la prise en charge somatique. Alors il est à la rue, il n'est pas spécialement bien sûr le plan psychique. Mais ce n'est pas de ça dont on va s'occuper en priorité, on va s'occuper en priorité du somatique et puis on s'occupera du psychique une fois qu'on aura réglé les problèmes principaux de prise en charge médicale et d'hébergement.

Parce que la maladie somatique ouvre des possibilités aussi d'hébergement.

Alors on n'est pas forcément, enfin, je ne suis pas forcément très très affûtée sur le côté psychique, donc je pars plus volontiers sur le terrain somatique.

Moi : Ça veut dire que systématiquement, un nouveau patient qui va venir à votre consultation, on lui laisse faire part lui-même de son motif de consultation. Vous n'allez pas systématiquement rechercher un trouble psychique ?

Dr SCHLIENGER : Si on regarde (*se tourne vers l'ordi*). Dans notre grille de consultation, il n'y a pas d'items par rapport à ça.

On s'intéresse plus à son mode de vie, à ce qu'il vit actuellement, on a les antécédents. On n'a pas d'items de départ psychique. On a les addictions. Mais on n'a pas d'items psychiques au départ : « Gynéco », « allergies »... Ce n'est pas questionné de manière systématique.

Moi : *Vous m'avez déjà un petit peu répondu. L'impression de pas être forcément suffisamment compétent pour gérer parfois des présentations psys ou des troubles psychiques...est-ce que vous c'est quelque chose que vous pouvez ressentir dans des consultations ?*

Dr SCHLIENGER : Oui. Alors on les adresse à nos collègues de la PASS du VINATIER dont c'est la spécialité, puisqu'ils ont à la fois du temps de psychologue et du temps de psychiatre.

Moi : *Ah ! Il n'y a pas de psys ici ?*

Dr SCHLIENGER : Le Dr VENET, si c'est lui que vous voyez demain, il s'est beaucoup intéressé à cette question des traumatismes psychiques. Donc voilà, on leur confie volontiers les gens, quitte à ce qu'on poursuive une prise en charge somatique s'il y en a une en parallèle, mais ils ont aussi des somaticiens là-haut.

Moi : *Le VINATIER ce n'est pas un hôpital juste psy ?*

Dr SCHLIENGER : Alors c'est un hôpital psy. La PASS est générale à orientation psy : ils ont un mi-temps de généraliste, un mi-temps de psychiatre, un mi-temps de psychologue.

Sinon on dispose des urgences psychiatriques qui sont à côté pour les cas de psychiatrie aigus, s'il y a un délire, menace de suicide, des choses comme ça. À ce moment-là on les conduit aux urgences et ils voient un psychiatre aux urgences.

Moi : *Ok. Du coup ma question tombe un peu à plat là... *Rire*, si vous ne recherchez pas de troubles psys particulièrement...*

Dr SCHLIENGER : Alors je passe pour ma part quand même un peu par le somatique : Comment est l'appétit, comment est le sommeil, ...

Moi : *C'est exactement ce que j'allais vous demander. L'angle d'attaque...*

Dr SCHLIENGER : Après on peut proposer aux gens des hypnotiques pour une courte période, mais en fait en demandant aux gens, ils disent parfois oui, parfois non. Il m'arrive assez rarement d'instaurer un traitement antidépresseur. C'est quand la présentation est carrément triste. Voilà. Donc ça, ça peut arriver, le temps qu'il y ait un rendez-vous avec Emmanuel (**note** : *Dr Emmanuel VENET, psychiatre à la PASS du Vinatier, cf. ci-dessus*), ça peut mettre 1 mois ou 6 semaines, donc du coup quand la situation est vraiment importante, là, on démarre le traitement quoi. Les anxiolytiques c'est un peu plus fréquent.

Moi : *Des benzodiazépines ?*

Dr SCHLIENGER : Oui

Moi : Ok. Est-ce que vous leur exposez si vous pensez qu'il y a un syndrome dépressif ou qu'il y a des possibilités de syndrome de stress post-traumatique, est-ce que vous leur dites ? Est-ce qu'ils l'acceptent ? Ou c'est une difficulté que vous rencontrez ou pas particulièrement ?

Dr SCHLIENGER : Je ne sais pas quoi répondre. Parce que je crois que, je partirai plus volontiers sur un discours des malaises liés aux traumas, donc d'une manière simplifiée, qualifiée de SSPT plutôt que de dépression. Parce que les réveils nocturnes et tout ça, on n'est pas dans la dépression franche ou alors je dis aux gens « Vous êtes tristes ? » Je ne parle pas très volontiers du diagnostic de dépression.

Moi : Est-ce que c'est quelque chose qu'ils peuvent entendre quand vous leur dites que sur le plan somatique, à la fin de votre examen, vous avez rien mais que sur le plan psychiatrique ils sont heurtés ? Est-ce que c'est quelque chose qu'ils peuvent entendre ?

Dr SCHLIENGER : Ça, c'est des propositions que je suis capable de faire. Et les gens répondent de manière assez claire et souvent positive confirmant le : « Est-ce que vous pensez que les troubles que vous avez sont liés à ce que vous avez traversé » Ils acquiescent assez souvent dans la mesure où ils ne se sentent pas jugés comme quoi « vous n'avez rien ». Tout est dans la manière.

Moi : Du coup, si vous pensez qu'il y a une nécessité de prise en charge d'un trouble psy, vous avez quoi comme recours humain ou ...

Dr SCHLIENGER : L'essentiel maintenant c'est la PASS du Vinatier.

On travaille avec la PASS du Vinatier. Ils ne sont pas trop loin, on est relativement proche dans la manière de fonctionner, on se connaît. Puisqu'on va aux réunions des PASS du Rhône. Voilà. Et l'assistante sociale qui est à la PASS du Vinatier est une ancienne de chez nous. Il y a un des médecins généralistes qui est une ancienne de chez nous aussi. On a des liens de proximité et de similarité avec la PASS du VINATIER, donc on fonctionne actuellement avec eux. Les autres, on n'arrivait pas à leur envoyer des gens, on envoyait des demandes et ça ne marchait pas.

Moi : Vous avez spécialement des protocoles dans la prise en charge des troubles pys ?

Dr SCHLIENGER : Non. C'est pour ça que c'est plus possible, qu'on ne se lance pas trop dans le psycho. (**Note** : *Le nombre de consultations par patient est faible : la moyenne est à 2 consultations par patient avant retour vers le droit commun.*)

Moi : On tempore souvent les explorations ou les traitements somatiques. Justement. Est-ce que vous aussi, vous, si vous sentez qu'il y a une fragilité psy qui peut alimenter une plainte somatique, est-ce que ça nuance vos explorations ou pas ? Par exemple nous pour les douleurs abdos, on ne saute pas sur grand-chose au début. On attend peut-être 2 ou 3 consultations avant de faire une écho ou une fibro.

Dr SCHLIENGER : Moi je dirais, ça dépend de la présentation. Une douleur épigastrique qui dure depuis 6 mois, je vais quand même assez vite à la fibro. Quand il y a des douleurs qui sont pas très localisées, des troubles digestifs de type constipation je commence souvent par le LACTULOSE avant l'écho abdo. Ça dépend un peu du tableau quoi. Ou avant la fibro, je tente un traitement par IPP ou du GAVISCON et on renvoie les gens pour voir ce que ça donne quoi.

D'autant que les fibros que j'ai fait faire on n'a pas trouvé des catastrophes beaucoup. Voilà. Tant mieux, mais finalement j'en ai pas fait faire comme ça. Peut être que là non plus on ne s'est pas donné le temps.

Moi : Ok. Bon je m'étais posé du coup la question de la prévalence des explorations que vous faites.

Dr SCHLIENGER : On va dire ça, il y a deux choses aussi : les patients qui sont assurables, ceux qui sont pas assurables. On a actuellement 40% de consultations gratuites. Là on est avec notre stéthoscope et notre stylo. On peut prescrire des médicaments qui sont défalqués sur notre budget mais les examens ne sont pas pris en charge pour les patients non assurables. Voilà. Du coup pour ceux-là on limite les examens aussi. On tempore jusqu'au moment où les gens seront assurables ou bien on propose de faire les examens à leurs frais. Y'a parfois des familles qui payent une écho ou un truc comme ça. Et puis pour les cas ou vraiment, en ce qui concerne la sécurité du patient, ou la sécurité légale du médecin, on a une procédure où on paye des examens.

7. Bibliographie

1. European Commission - PRESS RELEASES - Press release - « A European Response to Migration: Showing solidarity and sharing responsibility » [Internet]. [cité 14 nov 2017]. Disponible sur : http://europa.eu/rapid/press-release_SPEECH-15-5498_en.htm
2. L'apatridie | OFPRA [Internet]. [cité 14 nov 2017]. Disponible sur : <https://ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-differents-types-de-protection/l-apatridie>
3. Comede. Exil et santé. In: Migrants/étrangers en situation précaire, soins et accompagnement Guide pratique pour les professionnels [Internet]. 2015 [cité 19 févr 2017]. p. 9. Disponible sur : <http://www.comede.org/download/guide-comede-2015/>
4. Insee. Définition - Étranger | Insee [Internet]. [cité 14 nov 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1198>
5. EXILÉ : Définition de EXILÉ [Internet]. [cité 14 nov 2017]. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/exil%C3%A9//1>
6. Définition - Immigré | Insee [Internet]. [cité 14 nov 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328>
7. Migrant/migration | Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture [Internet]. [cité 14 nov 2017]. Disponible sur : <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>
8. Le statut de réfugié | OFPRA [Internet]. [cité 15 nov 2017]. Disponible sur : <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-differents-types-de-protection/le-statut-de-refugie>
9. La protection subsidiaire | OFPRA [Internet]. [cité 15 nov 2017]. Disponible sur : <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-differents-types-de-protection/la-protection-subsidiaire>
10. Sans papiers - Droit des étrangers [Internet]. [cité 15 nov 2017]. Disponible sur : <https://www.jurifiable.com/conseil-juridique/droit-des-etrangers/sans-papiers>
11. 10 chiffres qui vont vous surprendre sur l'immigration en France [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 14 nov 2017]. Disponible sur : <http://www.gouvernement.fr/10-chiffres-qui-vont-vous-surprendre-sur-l-immigration-en-france>
12. Les immigrés récemment arrivés en France - Insee Première - 1524 [Internet]. [cité 16 nov 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281393>
13. Étrangers - Immigrés – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 16 nov 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569332?sommaire=2587886>

14. Annual_Risk_Analysis_2015.pdf [Internet]. [cité 31 déc 2017]. Disponible sur : http://frontex.europa.eu/assets/Publications/Risk_Analysis/Annual_Risk_Analysis_2015.pdf
15. Annual_Risk_Analysis_2016.pdf [Internet]. [cité 31 déc 2017]. Disponible sur : http://frontex.europa.eu/assets/Publications/Risk_Analysis/Annual_Risk_Analysis_2016.pdf
16. Eurostat - Data Explorer [Internet]. [cité 17 nov 2017]. Disponible sur : http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=migr_asyappctza&lang=fr
17. rapport_dactivite_2014.pdf [Internet]. [cité 31 déc 2017]. Disponible sur : https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_dactivite_2014.pdf
18. rapport_dactivite_ofpra_2016_1.pdf [Internet]. [cité 31 déc 2017]. Disponible sur : https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_dactivite_ofpra_2016_1.pdf
19. File:Countries of origin of (non-EU) asylum seekers in the EU-28 Member States, 2015 and 2016 (thousands of first time applicants) YB17-fr.png - Statistics Explained [Internet]. [cité 26 nov 2017]. Disponible sur : [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Countries_of_origin_of_\(non-EU\)_asylum_seekers_in_the_EU-28_Member_States,_2015_and_2016_\(thousands_of_first_time_applicants\)_YB17-fr.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Countries_of_origin_of_(non-EU)_asylum_seekers_in_the_EU-28_Member_States,_2015_and_2016_(thousands_of_first_time_applicants)_YB17-fr.png)
20. Frontex | Migratory routes map [Internet]. [cité 19 nov 2017]. Disponible sur : <http://frontex.europa.eu/trends-and-routes/migratory-routes-map/>
21. Unies-DPI/NMD N. ONU Info - Libye : la souffrance des migrants détenus est un « outrage à la conscience de l'humanité » (ONU) [Internet]. Centre d'actualités de l'ONU. 2017 [cité 24 nov 2017]. Disponible sur : <http://www.un.org/apps/newsFr/storyF.asp?NewsID=40511>
22. Espagne/Maroc. Tragédie à la frontière [Internet]. [cité 30 nov 2017]. Disponible sur : <https://www.amnesty.org/fr/latest/campaigns/2015/02/spain-morocco-a-tragedy-at-the-border/>
23. Comede. Asile et migration. In: Migrants/étrangers en situation précaire, soins et accompagnement Guide pratique pour les professionnels. 2015. p. 26-7.
24. Le règlement Dublin [Internet]. [cité 30 nov 2017]. Disponible sur : <http://www.lacimade.org/nos-actions/droit-asile/reglement-dublin/>
25. Klausser N. Le droit au séjour pour soins en Belgique et en France : Des restrictions certaines, un avenir incertain. Droits des étrangers. Rev Droits L'homme Rev Cent Rech D'études Sur Droits Fondam [Internet]. 11 déc 2015 [cité 30 nov 2017] ; Disponible sur : <http://journals.openedition.org/revdh/1751>

26. Direction de l'information légale et administrative. Quelle est la procédure pour obtenir un titre de séjour pour l'étranger malade ? [Internet]. [cité 29 nov 2017]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17164>
27. Item 46 precarite.pdf [Internet]. [cité 31 déc 2017]. Disponible sur : <http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/pediatrie/Item%2046%20%20precarite.pdf>
28. La santé des sans-abri – Académie de Médecine [Internet]. [cité 31 déc 2017]. Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/la-sante-des-sans-abri/>
29. Kennedy S, Kidd MP, McDonald JT, Biddle N. The Healthy Immigrant Effect: Patterns and Evidence from Four Countries. *J Int Migr Integr*. 1 mai 2015;16(2):317-32.
30. Annual_Risk_Analysis_2016.pdf [Internet]. [cité 31 déc 2017]. Disponible sur : http://frontex.europa.eu/assets/Publications/Risk_Analysis/Annual_Risk_Analysis_2016.pdf
31. Desgrées du Lou Annabel et al. Desgrées du Lou Annabel et al., HIV acquisition after arrival in France among sub-Saharan African migrants living with HIV in Paris area. Estimations from the ANRS PARCOURS study [Internet]. IAS 2015, 8th conference on HIV Pathogenesis, Treatment & Prevention; 2015 juill 19 ; Vancouver, Canada. Disponible sur : <http://pag.ias2015.org/PAGMaterial/eposters/1725.pdf>
32. Gigonzac et al. Gigonzac et al., Facteurs associés au diagnostic d'hépatite B chronique parmi les migrants d'Afrique Sub-Saharienne - Résultats de l'enquête ANRS-PARCOURS [Internet]. Congrès de l'AFEf ; 2014 sept ; Paris. Disponible sur : http://www.parcours-sante-migration.com/IMG/pdf/poster_parcofd07.pdf
33. Présentation dispositif PASS | Coordination régionale des Permanences d'Accès aux Soins de Santé de la Nouvelle-Aquitaine [Internet]. [cité 20 oct 2017]. Disponible sur : <http://www.sante-pass-aquitaine.fr/page/presentation-dispositif-pass>
34. AFS - Affaires sociales et santé. Instructions et circulaires récentes | Legifrance [Internet]. [cité 20 oct 2017]. Disponible sur : <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=37144>
35. Comede. Bilan de santé. In: Migrants/étrangers en situation précaire, soins et accompagnement Guide pratique pour les professionnels [Internet]. 2015 [cité 19 févr 2017]. p. 325-6. Disponible sur : <http://www.comede.org/download/guide-comede-2015/>
36. Huaume H, Kellou N, Tomasino A, Chappuis M, Letrilliart L. PROFIL DE SANTÉ DES MIGRANTS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ EN FRANCE : UNE ÉTUDE COMPARATIVE DES MIGRANTS ACCUEILLIS DANS LES CENTRES DE MÉDECINS DU MONDE ET DES PATIENTS DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE VILLE, 2011-2012. *Santé L'accès Aux Soins Migr Un Enjeu Santé Publique*. 5 sept 2017;(19-20):430-6.
37. American Psychiatric Association. DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2013.

38. Auxéméry Y, Houbre B, Carnio C, Fidelle G. Douleur chronique et traumatisme psychique - Données épidémiologiques, discussion clinique. *Stress Trauma*. 2010;10(2):91-9.
39. apié de Céleyran F, Astre H, Aras N, Grassineau D, Saint-Val T, Vignier N, et al. Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. 5 sept 2017;(19-20):396-405.
40. Anna Gerbes, Leroy H, Leferrand P, Michel D, Jarno P, Chapplain J-M. Mieux repérer la souffrance psychique des patients migrants primo-arrivants en consultation de médecine générale et limiter les ruptures de suivis psychiatriques. *Inf Psychiatr*. mars 2015;91(3):243-54.
41. Dick M, Fennig S, Lurie I. Identification of Emotional Distress Among Asylum Seekers and Migrant Workers by Primary Care Physicians: A Brief Report. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2015;52(3):14-8.
42. Teodorescu D-S, Heir T, Siqveland J, Hauff E, Wentzel-Larsen T, Lien L. Chronic pain in multi-traumatized outpatients with a refugee background resettled in Norway: a cross-sectional study. *BMC Psychol*. 2015;3(1):7.
43. Peterlin BL, Tietjen G, Meng S, Lidicker J, Bigal M. Post-traumatic stress disorder in episodic and chronic migraine. *Headache*. avr 2008;48(4):517-22.
44. Sack M, Lahmann C, Jaeger B, Henningsen P. Trauma Prevalence and Somatoform Symptoms: Are There Specific Somatoform Symptoms Related to Traumatic Experiences? *J Nerv Ment Dis [Internet]*. 2007;195(11). Disponible sur : http://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/2007/11000/Trauma_Prevalence_and_Somatoform_Symptoms__Are.7.aspx
45. Rice V, Tree R, Boykin G. Posttraumatic Stress Disorder and Somatization among U.S. Service Members and Military Veterans. *Procedia Manuf*. 1 janv 2015;3(Supplement C):5342-9.
46. Coughlin SS. Post-traumatic Stress Disorder and Cardiovascular Disease. *Open Cardiovasc Med J*. 11 juill 2011;5:164-70.
47. Lolk M, Byberg S, Carlsson J, Norredam M. Somatic comorbidity among migrants with posttraumatic stress disorder and depression - a prospective cohort study. *BMC Psychiatry*. 13 déc 2016;16(1):447.
48. Auxéméry Y. Une conception moderne du traumatisme psychique à l'usage des médecins somaticiens : des différentes formes cliniques du trauma à leurs perspectives pharmacologiques. *Rev Médecine Interne*. déc 2012;33(12):703-8.
49. Rief W, Hiller W. A new approach to the assessment of the treatment effects of somatoform disorders. *Psychosomatics*. déc 2003;44(6):492-8.

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Présentation clinique des patients orientés en soins psychiques à la PASS du CHU de Bordeaux

RÉSUMÉ :

Introduction : La crise migratoire a amené de nombreux patients migrants dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Ils y consultent en première ligne des médecins généralistes. La présentation polymorphe de leurs plaintes rend le dépistage des troubles psychiques difficiles dans cette population alors que le PTSD y est fréquent du fait de parcours violents.

Objectifs : L'objectif principal est d'évaluer la proportion de plaintes psychiques dans les motifs de consultation des patients orientés vers des professionnels en santé mentale par le médecin généraliste de la PASS. Les objectifs secondaires sont la description de leurs tableaux cliniques en différenciant symptômes psychiques et somatiques ainsi que la proportion d'hypothèses psychiatriques évoquées.

Matériel et méthode : il s'agit d'une étude transversale rétrospective des dossiers médicaux de patients vus en consultations par les médecins généralistes de la PASS du CHU de Bordeaux. Les patients sont ceux qui étaient inscrits à l'agenda 2016 des professionnels en santé mentale, orientés par les médecins de la PASS. Un recueil des symptômes a été effectué à partir de ces dossiers médicaux.

Résultats : Seuls 33% de patients orientés vers un professionnel en santé mentale présentent au moins 1 symptôme psychique dans leur motif de consultation. Pourtant 93% d'entre eux présentent au moins 1 symptôme psychique dans leur tableau clinique global. Les troubles du sommeil sont les symptômes psychiques les plus fréquents (75%). Les professionnels en santé mentale ont évoqué une hypothèse psychiatrique chez la presque totalité des patients pour lesquels un compte-rendu a été retrouvé. Les troubles somatiques sont majoritairement chroniques et multiples ; parmi ceux-ci les céphalées et les douleurs abdominales sont les plus fréquemment relevées.

Conclusion : Il existe une intrication somato-psychique importante qui rend le dépistage des troubles psychiques difficile pour le médecin généraliste. Le regard croisé avec des professionnels en santé mentale, notamment via une collaboration étroite avec l'EMPP, paraît indispensable pour prendre en charge globalement ces patients de manière optimale.

DISCIPLINE : MEDECINE GENERALE

MOTS-CLES : permanence d'accès aux soins de santé - migrants - dépistage - psychiatrie - syndrome de stress post-traumatique - douleurs chroniques