



HAL
open science

**Le traitement du trouble de stress post traumatique par
la narrative exposure therapy chez les femmes et
personnes LGBT réfugiées et demandeuses d’asile du
programme SINDIANE**

Clotilde Izabelle

► **To cite this version:**

Clotilde Izabelle. Le traitement du trouble de stress post traumatique par la narrative exposure therapy chez les femmes et personnes LGBT réfugiées et demandeuses d’asile du programme SINDIANE. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02987195

HAL Id: dumas-02987195

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02987195>

Submitted on 3 Nov 2020

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.

**Le traitement du trouble de stress post traumatique par la narrative
exposure therapy chez les femmes et personnes LGBT réfugiées et
demandeuses d'asile du programme SINDIANE**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 12 Octobre 2020

Par Madame Clotilde IZABELLE

Née le 6 novembre 1992 à Villeurbanne (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur LANÇON Christophe	Président
Monsieur le Professeur DA FONSECA David	Assesseur
Monsieur le Professeur AUQUIER Pascal	Assesseur
Monsieur le Professeur agrégé du Val-de-Grâce PAUL Frédéric	Assesseur
Madame le Docteur TINLAND Aurélie	Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMONT Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUÇASSOU Jacques

MM DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUYS Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikaël	LECHEVALLIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGEON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphane	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TROPIANO Patrick
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VELLY Lionel
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VEY Norbert
PETIT Philippe	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PHAM Thao	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
POINSO François	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RACCAH Denis	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RANQUE Stéphane	SIMON Nicolas	XERRI Luc
RAOULT Didier	STEIN Andréas	
REGIS Jean	TAIEB David	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THIRION Xavier	
REYNAUD Rachel	THOMAS Pascal	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THUNY Franck	
ROCHE Pierre-Hugues	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	FOUILLOUX Virginie	PESENTI Sébastien
BELIARD Sophie	FRANKEL Diane	RADULESCO Thomas
BENYAMINE Audrey	FROMNOT Julien	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GASTALDI Marguerite	ROBERT Philippe
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUBOURG Grégory	NGUYEN PHONG Karine	
DUCONSEIL Pauline		
DUFOUR Jean-Charles		

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)
FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)
DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 MUNDLER Olivier (PU-PH) *Sumombre*
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Teodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
 ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH) *Sumombre*
 FLECHER Xavier (PU PH)
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 DELPERO Jean-Robert (PU-PH) *Sumombre*
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYYS Jean-Michel (PU-PH) *Sumombre*
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)
 FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
 LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/MITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH) détachement
 MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (55ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)

HOFFART Louis (PU-PH) Disponibilité

MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanie (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803

BLIN Olivier (PU-PH)

FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

FABRE Alexandre (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**UROLOGIE 5204**

GAINNIER Marc (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

HRAIECH Samir (MCU-PH) Timone

MAJ 01.09.2019

Remerciements

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Lançon,

Merci de nous faire l'honneur de présider ce jury.

Vous avez été d'un grand soutien et de très bon conseil durant ces trois dernières années pour guider mon orientation professionnelle. Vous avez tout de suite porté de l'intérêt à mon désir de spécialisation en trouble de stress post-traumatique et m'avez grandement aidée quant à sa réalisation.

Soyez assuré de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Da Fonseca,

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury,

Merci pour votre accueil au sein de votre service qui m'a permis de découvrir la pédopsychiatrie avec une équipe compétente, bienveillante et dynamique.

Veuillez recevoir l'expression de ma plus profonde gratitude.

À Monsieur le Professeur Auquier,

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.

Merci de l'intérêt que vous y porter. La chance de travailler en collaboration avec votre service au sein du laboratoire de santé publique a été une aide précieuse.

Soyez assuré de ma haute considération.

À Monsieur le Professeur Paul,

Vous nous faites l'honneur de faire partie de ce jury.

Merci de l'accueil bienveillant que vous m'avez réservé dans votre service. Votre expertise dans le trouble de stress post traumatique est d'une richesse incroyable.

Quel bonheur pour moi de découvrir ce monde de la psychiatrie militaire.

Votre présence aujourd'hui me touche énormément.

Soyez assuré de tout mon respect.

À Madame le Docteur Aurélie Tinland,

Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse.

Ta rencontre a été déterminante pour la mise en place de ce travail et tu as été un soutien sans faille durant plus de deux ans. Tu m'as fait découvrir avec enthousiasme ce monde de la recherche et tu m'as aidée à en découvrir les rouages. J'admire ton énergie et ta compétence dans ton activité professionnelle, menant tes projets avec assurance et détermination. Ton aide a été extrêmement précieuse et je ne pourrais suffisamment te remercier. J'espère continuer à apprendre de ta grande expertise.

Sois assurée de ma sincère reconnaissance.

À ceux qui m'ont accompagnée dans mon apprentissage du soin et de la psychiatrie.

À Monsieur le Professeur Vaiva, pour son accueil au sein du Centre Régional du Psycho-traumatisme du CHRU de Lille. Être accueillie parmi cette équipe d'excellence a été un grand honneur et m'a énormément appris.

À Madame le Docteur Warembourg pour m'avoir soutenue et enseigné quotidiennement avec une bienveillance inégalée. À Monsieur le Docteur Debien pour m'avoir fait confiance au sein du dispositif Vigilans.

À toute l'équipe du CRP, de Vigilans et à Alexandra et Maxime.

À Monsieur le Docteur Richa qui m'a fait découvrir en premier le psycho-traumatisme à l'Hôtel Dieu de France à Beyrouth en 2015. Cette expérience libanaise prend tout son sens avec ce travail plusieurs années plus tard au contact des réfugiés arabophones.

À Messieurs les Docteur Raymondet, Bartoli et Dias Alvez, au Docteur Trouillet et à toute l'équipe du CHITS.

À Monsieur le Professeur Naudin, pour son soutien, son enseignement de la phénoménologie et ses encouragements.

Au Docteur Adida, au Docteur Spesser, à Alexis et à toute l'équipe de Centaure.

Au Dr Romani, à Isabelle et Claudine.

À l'équipe MARSS pour m'avoir fait découvrir le travail de rue et à Charlotte pour sa présence et son amitié. À Aicha pour sa compétence en solution sociales inextricables et à ses grandes qualités humaines.

Au Pr Paul, pour la richesse de mon expérience au sein du service de santé des armés. Aux Dr Gignoux, au Dr Moroge, au Dr Martin, à Delphine, à Madame Maigret et Madame Nguyen, à Christelle et à toute l'équipe de l'Hôpital d'instruction des armées de Laveran.

À l'ensemble de l'équipe des urgences psychiatriques de l'Hôpital de la Conception, puis de la Timone.

A l'équipe de la CUMP13 pour leurs formations et leur expertise, au Dr Derynck, à Madame Guyon et à Céline.

Au Pr Franck pour son accueil à venir dans son service de l'hôpital du Vinatier.

À ceux qui ont permis à ce travail d'exister et qui lui ont donné du sens.

Tout d'abord un immense merci à toutes les personnes de l'association SINDIANE.

À Liana Darwish, Nagham Almehrez, Razana Darwish et Mariam Rehayel.

Avec énormément d'humilité vous m'avez apporté beaucoup de ressources. Vous avez fait de ce travail universitaire une véritable expérience humaine.

Je vous remercie sincèrement de votre soutien et de votre motivation pour participer à ce projet.

À Olga Loris, à Monsieur le Docteur Julien Grard.

Au groupe de recherche sur la question des réfugiés et demandeurs d'asile.

Au Docteur Caroline Aubas qui a accepté que je prenne la suite de son précieux travail.

À Monsieur le Professeur Boyer et Madame Charvin pour leur aide méthodologique.

À la Fondation de France et à l'Agence Régionale de Santé Provence-Alpes Côte d'Azur pour leur financement.

À l'équipe du Pr Auquier du laboratoire de santé publique pour leur aide précieuse.

À la Direction de la Recherche Santé de l'APHM.

Enfin à ceux qui m'accompagnent dans la réalisation de mes projets.

À ma famille, mes parents et frères et sœur pour leur soutien sans faille, leurs encouragements et leur patience durant mes études de médecine.

À mes amis d'enfance et d'adolescence pour leur fidélité, bienveillance et leur écoute attentive.

À Marie pour sa relecture patiente et consciencieuse.

À tous ceux qui m'ont accompagnée durant mes études médicales de la première année à la fin de l'internat. Au Centre Laennec qui m'a servi de repère, à mes partenaires de sous-colle puis de sous-conférence, à ceux qui ont partagé mes révisions, puis la vie d'interne.

À Mathilde, Pierre-Emmanuel, Mathieu et Alexandra.

À Corentin pour son enthousiasme, sa rigueur au travail, son soutien et sa présence quotidienne.

RESUME	4
ABSTRACT	6
LISTE DES ABREVIATIONS	8
INTRODUCTION :	10
1 - RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES	12
1.1 Traumatisme et trouble de l'état de stress post-traumatique	12
1.1.1 Historique du trauma	12
1.1.2 L'évènement traumatique	14
1.1.2.1 Définition de l'évènement traumatique	14
1.1.2.2 Prévalence de l'évènement traumatique	16
1.1.2.3 La période immédiate	18
<input type="checkbox"/> Physiopathologie du stress de la réaction immédiate :	18
<input type="checkbox"/> Clinique du stress adapté :	19
<input type="checkbox"/> Clinique du stress dépassé :	20
1.1.3 L'état de stress aigu	21
1.1.3.1 Définition	21
1.1.3.2 Prévalence	21
1.1.3.3 Intervention après exposition à un évènement traumatique en prévention secondaire du TSPT	22
<input type="checkbox"/> Le débriefing psychologique :	22
<input type="checkbox"/> La psychothérapie brève :	25
<input type="checkbox"/> Les traitements médicamenteux :	26
1.1.4 Le trouble de l'état de stress post-traumatique	27
1.1.4.1 Définition	27
1.1.4.2 Les modèles explicatifs	31
<input type="checkbox"/> Modèles psychologiques	31
<input type="checkbox"/> Modèles psychanalytiques	33
<input type="checkbox"/> Modèles phénoménologiques	35
<input type="checkbox"/> Modèles comportementaux et cognitifs	39
<input type="checkbox"/> Modèle neurocognitif	44
1.1.4.3 Prévalence	50
1.1.4.4 Facteurs de risque	50
1.1.4.5 Troubles co-morbides	52
1.1.4.6 Évaluation	53
<input type="checkbox"/> Clinician Administred PTSD scale (CAPS)	53
<input type="checkbox"/> PTSD CheckList for DSM 5 (PCL5) :	54
1.1.4.7 Traitement	55
<input type="checkbox"/> Recommandations françaises et internationales :	55

□ Traitement psychothérapeutique :	56
□ Le traitement médicamenteux :	59
□ Pistes de traitement :	61
1.2 Le trouble de stress post-traumatique et sa prise en charge chez les réfugiés et demandeurs d'asile	62
1.2.1 Le phénomène migratoire	62
1.2.1.1 Définitions autour de la migration	62
1.2.1.2 La crise migratoire européenne	63
1.2.1.3 Le droit d'asile et le parcours juridique	63
□ Droit d'asile international	63
□ Histoire du droit d'asile	64
□ Les instances du droit d'asile français	65
□ Les différents types de protection française	66
□ Parcours juridique de la personne demandeuse d'asile en France	67
1.2.1.4 Description de la situation migratoire actuelle en France	69
□ Chiffres clefs	69
1.2.2 Le trouble de stress post-traumatique chez les réfugiés et demandeurs d'asile :	69
1.2.2.1 Prévalence du trouble de stress post-traumatique	70
□ Prévalence chez les réfugiés et demandeurs d'asile	70
□ Sous-groupes à risque identifiés	71
1.2.2.2 Caractéristiques	72
□ Le traumatisme complexe	72
□ Retentissement fonctionnel	73
1.2.2.3 Traitement	74
□ Accès aux soins	74
D'un point de vu international, l'accès aux soins pour tous est un droit fondamental. Dans sa constitution l'OMS stipule que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain ».	74
□ Outils spécifiques	75
1.2.2.4 Importance du soutien psychosocial	76
1.2.3 La Narrative Exposure Therapy un traitement prometteur :	77
1.2.3.1 Historique	78
1.2.3.2 Bases théoriques	78
1.2.3.3 Caractéristiques	78
1.2.3.4 Facteurs thérapeutiques	79
1.2.3.5 Principe et déroulement	80
1.2.3.6 Applications et preuves dans la littérature scientifique	83
2 – OBJECTIFS	85
3 – SUJETS ET METHODES	87

3.1	Schéma de la recherche	87
3.2	Sujets	88
3.3	Mesures	91
3.3.1	Mesure du critère de jugement principal	91
3.3.2	Mesures des critères de jugement secondaire	92
3.3.2.1	Refugee Health Screener (RHS-15)	92
3.3.2.2	Questionnaire GSE d'auto-efficacité	93
3.3.2.3	Variables recueillies	94
3.3.3	Temps du recueil des données	95
3.4	Procédure	96
3.5	Analyses statistiques	96
3.6	Cohérence au regard des politiques de recherche, perspectives et faisabilité	98
3.6.1	Cohérence au regard des politiques de santé	98
3.6.1.1	Sur le plan international	98
3.6.1.2	Sur le plan national	99
3.6.2	Résultats attendus et perspectives	101
3.6.3	Faisabilité	102
3.6.4	Limites et justifications	102
3.6.4.1	Plan d'expérience	102
3.6.4.2	Contagion des témoins	103
3.7	Dimension éthique et réglementaire	103
3.7.1	Rapports bénéfiques-risques	103
3.7.1.1	Bénéfices et avantages	103
3.7.1.2	Risques et contraintes	104
3.7.2	Aspects légaux et éthiques	105
3.7.2.1	Promoteur	105
3.7.2.2	Recherche interventionnelle	105
3.7.2.3	Loi Informatique et Libertés	106
3.7.2.4	Arrêt de l'étude	107
3.7.2.5	Contrôles et assurance qualité	107
3.7.2.6	Archivage des données	108
4	– DISCUSSION	109
	CONCLUSION	111
	BIBLIOGRAPHIE :	113

Résumé

Contexte

Le trouble de stress post-traumatique est un diagnostic psychiatrique plus fréquent chez les réfugiés et demandeurs d'asile que dans la population générale. Il nécessite une prise en charge spécialisée et un soutien psychosocial important. La Narrative Exposure Therapy (NET), psychothérapie d'origine allemande, a été développée dans les années 2000 afin de traiter spécifiquement le psycho-traumatisme dans cette sous population. Elle est brève, efficace sur le traumatisme complexe et peut être dispensée par des non soignants ayant été formés. Toutes les études randomisées publiées ont conclu à l'efficacité de la NET, mais leur nombre est encore insuffisant pour émettre des recommandations. À notre connaissance, la NET n'a jamais été expérimentée en France. À Marseille, SINDIANE est un programme communautaire de soutien et d'accompagnement des personnes réfugiées et demandeuses d'asile. De nombreux ateliers menés par des travailleuses paires y sont proposés pour augmenter le pouvoir d'agir des bénéficiaires et les aider à se rétablir. Le développement d'un atelier NET permettrait d'associer soutien communautaire et psychothérapie spécifique et validé.

Par cette étude, nous formulons l'hypothèse que le traitement du trouble de stress post-traumatique (TSPT) par de la NET au sein du programme communautaire SINDIANE diminue les symptômes de trouble de stress post-traumatique.

Méthode

Quarante-six participants avec un diagnostic de trouble de stress post-traumatique au sein du dispositif SINDIANE vont être recrutés. Un essai clinique randomisé prospectif en simple aveugle sera mené comparant deux groupes. Un groupe participant au programme SINDIANE ; d'autre part, un autre étant en plus traité par l'atelier NET. Les évaluations seront faites au départ, après l'intervention et en suivi, à trois et six mois. En outre, la méthode de recherche qualitative et participative appelée photovoice sera utilisée pour mieux comprendre les expériences de participants qui reçoivent la NET tout au long de leur processus de rétablissement.

Discussion

Si les hypothèses testées sont validées, ces conclusions pourront encourager le développement de ce type de thérapie spécifique, adaptée au trouble de stress post-traumatique chez les réfugiés et demandeurs d'asile. Grâce à une dispensation par des non-soignants formés et supervisés, elle pourra être développée pour traiter un plus grand nombre de personnes en un temps relativement court. De plus, l'étude pourra également confirmer le bénéfice d'un programme de soutien psychosocial dans le rétablissement et l'intégration des personnes réfugiées et demandeuses d'asile.

Mots-clefs

Narrative Exposure Therapy, Psychothérapie courte, Trouble de stress post-traumatique, Trauma complexe, Réfugiés, Demandeurs d'asiles, Intervention psycho-sociale, Essai clinique.

Abstract

Background

Displaced people, like refugees or asylum seekers, have high rate of potentially traumatic events. PTSD is one of the most common psychiatric trouble in this population. It requires specialized support and psychosocial program. Narrative Exposure Therapy (NET), a german psychotherapy, was developed in the 2000 to specifically treat psycho-trauma in this population. It is brief, effective on complex trauma and can be delivered by trained non-caregivers. All published randomized studies have concluded that NET is effective, but there are still insufficient numbers to make recommendations. To our knowledge, NET has never been tested in France. In Marseille, SINDIANE is a community support and program for refugees and asylum seekers. Many workshops led by peer workers are offered to increase empowerment of beneficiaries and help them to recover. The development of a NET workshop would make it possible to combine community support and specific and validated psychotherapy. Through this study, we hypothesize that treatment of PTSD with NET in the community-based SINDIANE program decrease symptoms of PTSD.

Methods and design

Forty-six participants with a diagnosis of PTSD disorder within the SINDIANE program will be recruited. A prospective single-blind randomized clinical trial will be conducted comparing two groups, one participant in the classic SINDIANE program and one being treated in addition by NET workshop. The evaluations will be done at the baseline, after the intervention and at three and six months follow-up. IN addition, the qualitative and participatory research method called photovoice will be used to better understand the experiences of participants who receive NET throughout their recovery.

Discussion

If the hypotheses tested are validated, these conclusions could encourage the development of this specific therapy, adapted to PTSD for refugees and asylum seekers. Thanks to a dispensation by trained and supervised non caregivers, it can be developed to treat a larger number of people in short time. In addition the study may also confirm the benefit of a psychosocial support program in the recovery and integration of refugees and asylum seekers.

Keywords

Narrative Exposure Therapy, Short-term psychotherapy, Post-traumatic stress disorder, Complex trauma, Multiple trauma, Refugees, Asylum seekers, Psychosocial intervention, Clinical trial.

Liste des abréviations

ADA : Allocation pour Demandeur d'Asile

AME : Aide Médicale d'État

APA : American Psychologist Association

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

CADA : Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile

CAPS : Clinician Adminstrated PTSD scale

CISD : Critical Incident Stress Debriefing

CMU : Couverture maladie universelle

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

CRR : Commission de Recours des Réfugiés

CUMP : Cellules d'Urgence Médico-Psychologique

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

DXM : Déxaméthasone

EDC : Épisode Dépressif Caractérisé

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing

EMPP : Équipe Mobile Psychiatrie Précarité

ESA : Etat de Stress Aigue

GSE : General Self Efficacy scale

HCR : Haut-Commissariat aux Réfugiés

IPPI : Intervention Psychothérapeutiques Post Immédiates

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

KidNET : Kid Narrative Exposure Therapy

LGBT : lesbiennes Gays Bisexuels Transgenres

NET : Narrative Exposure Therapy

NICE : National Institute for Health and Care Excellence
OFII : L'Office français de l'immigration et de l'intégration
OFPRA : l'Office Français de protection des réfugiés et des apatrides
OMS : Organisation mondiale de la Santé
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PCL5 : PTSD CheckList for DSM 5
PUMA : Protection Universelle Maladie
RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données
RHS-15 : Refugee Health Screener 15
SMSPS : Santé Mentale et Soutien PsychoSociale
TCC : Thérapie Cognitivo Comportementale
TF- CBT : Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy
TSPT : Trouble de Stress Post Traumatic
UNHCR : United Nations High Commissioner for Refugees
VaDoD : Department of Veterans Affairs and Department of Defense

Introduction

« *Quand les bombardements ont commencé, nous ne pensions pas que le reste du monde permettrait ça [...]* ». Cette phrase de Waad El Katheab ouvre son documentaire « *Pour Sama* » qui fut récompensé de l'Œil d'or et du prix du meilleur documentaire lors du Festival de Cannes 2019. Il décrit le quotidien de cette jeune femme syrienne et de son mari médecin urgentiste durant le début de la guerre en Syrie à Alep. Derrière sa caméra, elle filme au quotidien les traumatismes multiples de ce peuple déchiré par la guerre.

Chez les réfugiés et demandeurs d'asile, le traumatisme est multiple complexe et peu pris en charge. Après la guerre, il y a souvent la perte de l'environnement et de ses proches, la migration, la torture, les agressions sexuelles, l'arrivée dans le pays d'accueil, les conditions précaires et parfois les refus administratifs. Il y a l'angoisse de savoir sa famille en danger et de ne pas avoir de nouvelles. Toutes ces étapes peuvent être l'occasion de nouvelles expositions à des événements traumatiques. Elles sont souvent, de nouveaux instants de confrontation à la mort. Ce sont ces hommes et femmes polytraumatisés qui doivent se reconstruire au plus vite pour s'adapter et survivre à une toute nouvelle existence.

Le trouble de stress post-traumatique est un trouble psychiatrique fréquent avec une étiologie connue. Il peut se développer chez toute personne confrontée à un moment à sa mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles. Il entraîne des symptômes alors très invalidants et fait revivre en permanence au sujet le pire moment de son existence. La prise en charge du psycho traumatisme est en pleine évolution depuis quelques années en France avec entre autres la création du Centre National de Ressources et Résilience au CHU de Lille et des Centres Régionaux.

La population des personnes réfugiées et demandeuses d'asile est particulièrement touchée par ce trouble. Les femmes et les personnes LGBT constituent des sous-groupes à risque. Devant la crise migratoire sans précédent,

illustrée par le conflit en Syrie, qui a secoué l'Europe récemment, de nombreuses initiatives d'accompagnement de ces personnes se sont mises en place.

SINDIANE est une association marseillaise d'accompagnement des femmes et personnes LGBT réfugiées arabophones par des femmes réfugiées arabophones. Dans une démarche communautaire et pluridisciplinaire, notre collaboration a consisté à identifier une intervention pertinente reposant sur des intervenantes non-professionnelles de santé de SINDIANE, à former ces dernières et à développer au sein du programme un atelier de traitement du trouble de stress post-traumatique utilisant cette intervention.

En effet, il existe actuellement peu de prises en charge spécifiques du traumatisme chez les migrants. L'offre de soin française est encore limitée et les études sont encore trop peu nombreuses dans la littérature scientifique. Au-delà d'un objectif purement médical, la santé physique et psychique des personnes arrivant dans nos pays est un enjeu fondamental sur le plan politique, sanitaire, économique et éthique.

Ce travail de thèse présentera dans un premier temps l'état des connaissances sur le trouble de stress post-traumatique puis sur son expression et sa prise en charge chez les réfugiés et demandeurs d'asile. Dans un second temps, sera présenté le protocole de l'essai clinique randomisé en simple aveugle qui sera mené avec l'association SINDIANE. Cette étude a pour objectif principal d'évaluer l'efficacité d'une thérapie allemande prometteuse, la Narrative Exposure Therapy, sur les symptômes de TSPT parmi les bénéficiaires du programme.

1 - Recherches bibliographiques

1.1 Traumatisme et trouble de l'état de stress post-traumatique

1.1.1 Historique du trauma

Les plus anciennes descriptions cliniques du traumatisme psychique remontent à l'Antiquité. Dans l'Illiade¹ d'Homère en 1000 avant J.-C., l'effroi et l'angoisse des hommes au combat sont racontés. Dans son livre IV Melpomène², Hérodote décrit la cécité brutale d'Epizelos lors de la bataille de Marathon en 450 avant J.-C.. Sans blessure physique, le jeune athénien perd la vue suite à la frayeur induite par le décès de son camarade.

Une description des cauchemars traumatiques est retrouvée dans l'ouvrage du poète et philosophe épicurien latin Lucrèce. En 40 avant J.-C., dans son recueil de poèmes De Rerum Natura³, il évoque les rêves de bataille des guerriers. « *Et les hommes de quels mouvements ne sont-ils pas agités dans le sommeil ! Que de vastes projets formés et exécutés dans les rêves ! Ils s'emparent des rois ou deviennent leurs prisonniers, ils se jettent dans la mêlée, crient comme des gens qu'on égorge.* »

À partir du XIX^{ème} siècle, la médecine s'intéresse aux traumatismes psychiques. Le 26 février 1823, la première ligne de chemin de fer est mise en place en France. Le développement de cette activité de transport est responsable de nombreux accidents et intéresse alors les psychiatres.

Charcot en 1885, dans les leçons 18 à 22 de son ouvrage Leçons sur les maladies du système nerveux⁴, décrit des cas d'hystérie masculine où il évoque une cause traumatique. Il aborde ici, le concept actuellement défini comme la dissociation péri-traumatique.

Oppenheim introduit le terme de « Névrose Traumatique » en 1888 dans son ouvrage Die Traumatischen Neurosen : Hirshwald⁵. Il décrit la clinique des accidentés de chemin de fer par « *le souvenir obsédant de l'évènement, les troubles du sommeil, les cauchemars, les reviviscences et la labilité émotionnelle* ». Il crée pour la première

fois une entité nosographique qui, comme le soulignent Coutanceau *et al.* en 2012, se rapproche du trouble de stress post-traumatique (TSPT).

Durant ces années-là, le psychologue Pierre Janet décrit le phénomène de dissociation comme un mécanisme de défense de l'organisme contre le débordement, induit par l'expérience traumatique. Dans Névrose⁶ en 1909, il écrit : « *de même que la synthèse et l'association sont les grands caractères de toutes les opérations psychologiques normales, de même la dissociation est le caractère essentiel de toutes les maladies de l'esprit* ». Janet décrit le cas de Marie, une jeune hystérique de 19 ans. Elle souffre de crises convulsives et de phénomènes délirants. Grâce à l'hypnose, le psychologue met en avant une étiologie traumatique à son état de santé. Il met également au point un traitement psychologique pour l'intégration du souvenir traumatique.

Freud en 1920, décrit les névroses traumatiques dans Au-delà du principe de plaisir⁷. Il compare l'appareil psychique à une vésicule vivante entourée de « pare-excitations » qui serait une membrane protectrice. Selon lui, la névrose traumatique serait une effraction de ce pare-excitation provoquée par des afflux extérieurs d'excitations. En effet pour le psychanalyste, la condition d'émergence de la névrose traumatique est la non-protection de l'appareil psychique, soit parce qu'il n'y a pas été préparé, soit parce qu'il s'est trouvé débordé⁸. Freud participa également à la reconnaissance des traumatismes de guerre. En effet, à la fin de la guerre, la commission parlementaire autrichienne lui demanda de se prononcer sur le cas du lieutenant Kauders envoyé à la frontière russo-polonaise⁹.

La seconde guerre mondiale permet l'émergence de la notion de réaction de combat aiguë et entraîne une description de ce qui deviendra l'état de stress aigu. En 1945, Marshall met au point une technique d'intervention précoce centrée sur la narration de l'évènement¹⁰ : « Historical group debriefing ». Marshall n'est pas psychologue ou psychiatre et il est pourtant le premier à imaginer une technique pour « *dissiper le brouillard du combat* ».

Jean Crocq, psychiatre belge, distingue au sein des névroses traumatiques deux catégories distinctes¹¹ :

- Névroses traumatiques graves : qui sont accompagnées de commotions cérébrales et/ou de lésions organiques probables
- Névroses traumatiques pures : qui sont essentiellement fonctionnelles, dues au sentiment de frayeur

Le véritable tournant dans l'histoire du trauma se situe dans les années 1970-1980. En effet, la guerre du Vietnam et ses conséquences permettent un remaniement de la nosographie. Shatan décrit le « *Post Vietnam Syndrom* » dans un article du New York Times en 1972¹². Il y fait une description des conséquences émotionnelles chez les vétérans. Au retour du combat, ceux-ci présentent un mal-être persistant avec une distanciation affective, un éloignement émotionnel. Il décrit la difficulté pour ces vétérans à se réintégrer dans le tissu social américain par un sentiment de rejet perçu et l'émergence de culpabilité concernant la mort de leurs camarades. Ils sont pour la plupart « restés là-bas » par l'esprit.

Parallèlement, en 1974 on commence à évoquer les séquelles psychiques de l'agression sexuelle. Soutenue par le mouvement féministe, Burgess et Holmstrom publient un article intitulé *The rape trauma syndrom*¹³. Ces bouleversements entraînent l'apparition du *Post traumatic stress disorder*¹⁴ dans le DSM-III¹⁵ en 1980.

Ainsi, même si la définition du trouble de stress post-traumatique est en constante évolution, sa définition moderne que nous connaissons aujourd'hui semble apparaître en 1980.

1.1.2 L'évènement traumatique

1.1.2.1 Définition de l'évènement traumatique

Le mot traumatisme vient du grec « Traumatismos » qui signifie blessure. Il est apparu dans la langue française à la fin du XIX^{ème} siècle. L'évènement traumatique a différentes définitions.

En effet, dans 16 leçons sur le trauma, Louis Crocq le définit comme un « *Phénomène de bouleversement qui se passe à l'intérieur du psychisme lorsqu'un excès*

d'excitations extérieures attenantes à un évènement subit, violent en agressant vient faire effraction au travers des défenses de ce psychisme »¹⁶.

C'est à Léonor Terr¹⁷ que nous devons la première classification des traumatismes en deux catégories (1991) :

- Type 1 : évènements de courte durée et inattendus dont l'impact donne souvent lieu à des réactions d'évitement, d'hypervigilance, d'intrusion sous forme de souvenirs clairs.
- Type 2 : évènements de durée prolongée où les traumatismes sont répétés comme les actes de malveillance intentionnelle dont l'impact perdure et donne lieu à des sentiments de culpabilité, de honte, de vision altérée de soi et du monde, un état dissociatif et une labilité émotionnelle conséquente.

En 1999, Solomon et Heide proposent un troisième type de trauma¹⁸ :

- Type 3 : évènements multiples, envahissants et violents présents durant une longue période de temps. Ils sont induits par un agent stressant chronique ou abusif.

Dans toutes les définitions, le traumatisme est ce qui vient faire rupture. En effet, le terme « d'effraction traumatique » est introduit en 2016 par François Lebigot dans son ouvrage Traiter les traumatismes psychiques, où il explique que « *le traumatisme psychique est une rencontre avec le réel de la mort* »¹⁹.

Cependant, un évènement traumatique ne l'est pas seulement en fonction de son intensité ou de sa nature. Il convient de parler d'évènement potentiellement traumatisant comme le fait Josse²⁰. En effet, ce dernier définit un trauma non pas par la nature de l'évènement mais plutôt en termes de conséquences sur l'individu. Il expose que ce type d'évènement produit de la peur intense et/ou un sentiment d'impuissance et/ou de l'horreur et/ou de la honte et qu'il remet en cause les valeurs essentielles de l'individu.

1.1.2.2 Prévalence de l'évènement traumatique

Concernant la prévalence, l'étude de Benjet en 2016²¹ détermine une prévalence d'exposition à un évènement traumatique à 70% en population générale. L'étude épidémiologique est réalisée dans 24 pays différents sur les six continents. Elle s'intéresse à 68 894 adultes. On retrouve dans les conclusions que 30,5% des individus ont été exposés à quatre évènements ou plus avec des différences entre les pays (Voir iconographie en **annexe 3**).

Il apparaît important de souligner que tous les pays n'ont pas la même définition d'un évènement traumatique, comme le remarque Spitzer en 2007²². Ce dernier met au point une définition de l'évènement traumatique plus large chez les américains. Il est alors difficile de comparer les prévalences entre les pays. Nous pouvons alors retenir la définition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM5) qui s'attache à redéfinir l'évènement traumatique pour qu'ainsi les différents acteurs parlent le même langage.

Selon l'ouvrage américain de classification des troubles mentaux²³, le trauma est défini de la manière suivante : « *Exposition à la mort, à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles soit :*

- *En étant directement exposé*
- *En étant témoin direct*
- *En apprenant qu'un tel évènement traumatique s'est produit envers une personne chère*
- *En étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un évènement. »*

Breslau et al. en 1998²⁴ réalisent une étude épidémiologique de grande ampleur à Détroit auprès de 2181 sujets. Ils étudient la prévalence des évènements traumatiques dans la population générale.

Type de trauma	Prévalence vie entière (N=2181)
Agression <ul style="list-style-type: none"> - Combat militaire - Viol - Enlèvement, torture, kidnapping - Coup de poignard, plaie par balle - Agression sexuelle - Agression physique, menace avec une arme - Coups 	37,7% <ul style="list-style-type: none"> - 1,5% - 5,4% - 1,8% - 4,9% - 6,2% - 25% - 11,4%
Autre blessure ou expérience choquante <ul style="list-style-type: none"> - Accident de voiture ou de moto sévère - Autre type d'accident - Incendie, catastrophe naturelle - Diagnostic de maladie incurable - Découverte d'un cadavre - Un de ses enfants avec un diagnostic de maladie incurable 	59,8% <ul style="list-style-type: none"> - 28% - 13,9% - 16,6% - 4,7% - 7,6% - 3%
Apprendre un trauma chez un proche <ul style="list-style-type: none"> - Agression sexuelle, viol - Blessures physiques graves - Accident de voiture, moto - Autre accident 	62,4% <ul style="list-style-type: none"> - 32,6% - 16,1% - 39,4% - 12,2%
Être confronté à la mort soudaine d'un proche	60%
Tous les traumas	89,6%

1.1.2.3 La période immédiate

Lorsqu'un évènement traumatique survient, on parle de période immédiate dans les trois jours suivant l'exposition à l'évènement. Cette phase est adaptative et elle n'est pas considérée comme une pathologie mentale.

On distingue deux types de réactions : le stress adapté et le stress dépassé.

- Physiopathologie du stress de la réaction immédiate :

La notion de stress a été introduite par Hans Selye un endocrinologue en 1935. Il lui donne la définition suivante : « *Réaction générale d'alarme où l'organisme produit un effort pour s'adapter à de nouvelles conditions* ».

En 1956 dans son ouvrage The Stress of Life²⁵, il y développe son concept de Syndrome Général d'Adaptation. En se basant sur le modèle de l'homéostasie précédemment décrit par Bernard en 1865 et Cannon en 1932, il explique cette réaction d'adaptation comme un moyen pour l'organisme de conserver un état d'équilibre. Il décrit trois phases distinctes composant le Syndrome Général d'Adaptation que sont :

- La phase d'alerte
- La phase de résistance
- La phase d'épuisement

Le stressor est l'élément extérieur à l'individu ; il peut être physique ou psychique.

Lors de la phase d'alarme qui correspond à la période immédiate de confrontation au stressor, il y a une activation du système hypothalamo-sympathico-adrénergique, responsable d'une réaction rapide.

Le système limbique active l'hypothalamus qui va à son tour activer le système nerveux autonome orthosympathique. Il va y avoir libération de catécholamine et de noradrénaline. Conjointement, les corticosurrénales sont également activées et elles sécrètent de l'adrénaline et de la noradrénaline.

Cette sécrétion d'hormones et de neuromédiateurs va être responsable de différentes modifications physiologiques :

- Augmentation de la tension artérielle
- Accélération de la fréquence cardiaque
- Mydriase
- Vasoconstriction périphérique
- Hypersudation
- Relâchement de la vessie
- Bronchodilatation
- Augmentation de la production de glucose hépatique

- Clinique du stress adapté :

Lors de la confrontation à un événement traumatique lorsque l'individu a perçu une menace, son système de boucle de régulation du stress s'active.

Dans la conception de Selye²⁶, le stress est un phénomène neurophysiologique reflexe apparaissant lorsque l'organisme se sent agressé.

Sur le plan physiologique, l'individu va ressentir les symptômes physiques précédemment décrits. Ils sont engendrés par l'activation du système hypothalamo-sympathico-adrénergique. Le sujet va ressentir entre autres une accélération de son rythme cardiaque, de sa fréquence respiratoire, une sensation de chaleur, une élévation de la glycémie. Sur le plan psychologique, il y a une mobilisation de l'attention avec augmentation du niveau de vigilance. Le contrôle émotionnel est augmenté pour permettre la prise de décision rapide.

Cet état est très coûteux en énergie et doit rester bref, il permet à l'organisme de se protéger du danger.

- Clinique du stress dépassé :

Le stress dépassé est une réaction immédiate inadaptée qui peut se produire en réaction immédiate. Louis Crocq, dans Les traumatismes psychiques²⁷, en décrit quatre formes différentes :

- La sidération : elle engendre une anesthésie physique et psychique. Le sujet est alors incapable de penser, bouger, comprendre. Il reste immobile au milieu du danger.
- L'agitation : est un état d'excitation psychique avec décharge motrice désordonnée. Le sujet s'agite sans objectif, fait des gestes de façon anarchique, peut tenir des propos incohérents.
- La fuite panique : est une réaction de course impulsive et affolée. Le sujet part sans savoir où il doit aller. C'est une réaction automatique qui peut dans certains cas amener le sujet à retourner à l'endroit dangereux (fuite en avant).
- Le comportement d'automate : est le plus difficile à repérer car il n'attire pas l'attention comme les trois précédents. Le sujet effectue des tâches d'apparence adaptées sans aucune cognition ou émotion. Il « obéit » aux ordres extérieurs mais peut présenter des gestes répétitifs ou inutiles.

Face à une réaction de stress en période immédiate, il convient de rechercher des critères pour un épisode de dissociation péri-traumatique²⁸ accompagnant régulièrement la clinique des états de stress dépassé et représentant un facteur pronostic majeur²⁹.

La dissociation traumatique a été décrite comme étant « *un processus de séparation mentale et structurée affectant les perceptions, les émotions, la mémoire et l'identité qui sont normalement intégrées et accessibles à la conscience* »³⁰. Selon Muriel Salmona, le stress extrême représentant un risque vital imminent pour l'organisme, va entraîner une réaction de sauvegarde neurobiologique aboutissant à la dissociation péri-traumatique. Cliniquement, le sujet va ressentir un état dissociatif avec un sentiment d'étrangeté, de déconnection et de dépersonnalisation. Il y aurait alors une

déconnexion entre les différentes structures cérébrales que sont l'amygdale et l'hippocampe³¹.

1.1.3 L'état de stress aigu

On parle de période post-immédiate entre le troisième jour et le premier mois suivant l'évènement traumatique. Ce temps est celui où peut se manifester l'état de stress aigu.

1.1.3.1 Définition

Selon le DSM-5, l'état de stress aigu se caractérise par la présence d'au moins 9 des 14 symptômes (quel que soit le cluster) de l'état de stress post-traumatique dans le premier mois suivant l'évènement traumatique. La CIM-10 parle de réaction aiguë à un facteur de stress.

1.1.3.2 Prévalence

Il est difficile de déterminer la prévalence de l'état de stress aigu dans la population générale en raison de sa dépendance aux types d'évènements et à leur sévérité.

Par exemple, après un accident de voiture, la prévalence retrouvée d'ESA dans une méta-analyse de 2018³², regroupant 2 589 survivants, il est retrouvé un taux d'ESA de 15,8%.

Un autre exemple, en recherchant la prévalence d'ESA après une blessure par violence reçue aux urgences, on retrouve en 2017 un chiffre allant de 19% à 41%³³ en fonction des études.

Le développement d'un ESA n'est pas systématique. Il peut y avoir une phase dite de latence sans symptôme avant l'apparition d'un TSPT. Parallèlement, l'ESA peut être résolutif et ne pas persister après un mois, n'aboutissant pas à un diagnostic de TSPT.

1.1.3.3 Intervention après exposition à un évènement traumatique en prévention secondaire du TSPT

- Le débriefing psychologique :

Le débriefing psychologique, qui a longtemps été la méthode de choix d'intervention post-immédiate, est aujourd'hui controversé. Cependant, différentes méthodes sont utilisées qui sont le fruit d'une évolution depuis 1945. Ces méthodes ne sont pas toujours comparables et comportent des indications différentes³⁴.

En 1945, un historien non psychologue, Marshall, utilise le débriefing technique des aviateurs américains pour faire des bilans psychologiques d'évènements traumatiques au retour de mission. Il met alors au point le premier type de soins post immédiats que sont les *Historical Group Debriefing*. Après un retour d'opération, les différents sujets d'un groupe armé se retrouvaient pour décrire chronologiquement et précisément les faits. Selon Marshall, cette technique permettait de renforcer l'appartenance au groupe, valoriser l'individu, évacuer les émotions et diminuer les passages à l'acte.

En 1983, Mitchell, psychologue et pompier, reprend la technique de l'*Historical Group Debriefing* pour l'adapter à la société civile en particulier aux sauveteurs. Il développe le *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD). Dans une publication de 1995³⁵, Mitchell et Everly font un retour d'expérience de la technique après 12 années de pratique.

Le débriefing doit avoir lieu dans les 24 à 72 heures après l'évènement et le nombre idéal de sujets participant est de cinq à douze. Les sept étapes du CISD sont les suivantes :

- Introduction
- Récit des faits
- Cognitions
- Réaction
- Symptômes
- Enseignements
- Retour

Mitchell a donc développé cette technique pour des groupes de sauveteurs exposés à un même évènement traumatique. Cependant, principalement aux États-Unis cette méthode a été utilisée sur d'autres populations entraînant une confusion en pratique clinique et sur les résultats de la recherche. De nombreuses études justifiant une inefficacité du débriefing en intervention précoce serait expliquée par une utilisation de le CISD sur des populations et des contextes non adaptés³⁶.

Dans les pays francophones, la technique du débriefing a été modifiée avec une place plus importante donnée à la verbalisation des émotions. Le général français Louis Crocq, fondateur des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) en France, développe son protocole en 1992. Son débriefing psychologique est mis en place à visées préventive et thérapeutique en s'appliquant aux victimes et aux intervenants. Les dix principes énoncés dans « *Perspectives historiques sur le trauma* » dans Les traumatismes psychiques³⁷ sont les suivants :

- Instituer un « sas » intermédiaire pour les victimes
- Conforter les personnes rescapées dans leur intégrité
- Inciter à la verbalisation de leur expérience singulière de l'évènement traumatique
- Informer la personne
- Promouvoir la sortie de l'isolement et l'incommunicabilité post-traumatique
- Réguler les relations de groupe
- Réduire les sentiments d'impuissance, d'échec et de culpabilité
- Préparer le retour dans le milieu familial et social
- Repérer les sujets susceptibles de décompensation psychique
- Clore la régulation

D'autre part, parallèlement au développement d'une méthode de débriefing « à la Française » pour les soins post immédiats, le defusing a fait son apparition dans la prise en charge immédiate. Aujourd'hui, ces deux termes sont regroupés sous le terme générique *d'Intervention Psychothérapeutiques Post Immédiates* (IPPI)³⁸. Ces IPPI s'appuient sur les bases conceptuelles du traumatisme psychique³⁹ et visent à la verbalisation spontanée. Elles peuvent être parfois associées à un traitement pharmacologique. Cette technique est actuellement celle utilisée par les CUMP en France.

Dans *Le débriefing psychologique*⁴⁰ paru en 2009, Madame Ponsetti Gaillochon, Madame Duchet et Madame Molenda reprennent l'histoire de la prise en charge des soins immédiats et post-immédiats et leurs applications actuelles.

L'IPPI y est décrit comme « *s'adressant strictement aux personnes venant de vivre un évènement potentiellement traumatique avec un degré d'exposition relativement homogène* ». Il se propose de restaurer la continuité du temps brisée par le trauma en suivant une évolution temporelle favorisant l'expression individuelle et la mise en commun des vécus subjectifs. Cette séance est coordonnée par au moins deux animateurs réunissant un groupe de 3 à 15 participants. Les personnes du groupe doivent être confrontées de manière homogène à l'évènement traumatique. Cette séance se compose de trois phases :

- Première phase : Centrée sur le vécu de l'évènement
- Deuxième phase : Échange sur les troubles apparus et encore présents
- Troisième phase : Discussion autour du futur

Concernant les données de la littérature actuelle comme évoqué précédemment, de plus en plus d'études ne retrouvent pas d'effets bénéfiques sur le débriefing en intervention précoce pour prévenir le TSPT. C'est donc une pratique qui fait actuellement débat dans la communauté scientifique. Parmi ces études, nous retrouvons plusieurs méta-analyses comme celle d'Emmerik et al. en 2002⁴¹ et celle de Rose et al. en 2002⁴² pour une intervention par session unique et Roberts et al. en 2009⁴³ pour plusieurs sessions. Ces dernières ne retrouvent pas d'efficacité quant à

la prévention du TSPT. Cependant, la majorité s'appuie sur des protocoles d'intervention de CISD et non pas sur des méthodes adaptées comme celles utilisées en France.

Une étude est réalisée en 2013 par Doucet et al.⁴⁴ sur 20 interventions CUMP en France impliquant un décès brutal. Cette dernière montre que l'intervention précoce contribue à diminuer la détresse péri-traumatique et à amorcer une prise en charge psychothérapeutique ultérieure.

De plus, une étude en avril 2018⁴⁵ a été réalisée par la CUMP de Lyon après les attentats terroristes du 13 novembre à Paris. Ils ont effectué un rappel téléphonique des 129 personnes prises en charge auprès de la CUMP un mois après l'évènement. 96,5% d'entre elles ont eu au moins un contact avec un dispositif de soins dans la période concernée, et 37% ont eu recours à la prise d'un traitement médicamenteux. Concernant la satisfaction du dispositif, 93% des sujets se sont déclarés satisfaits et 87,4% ont reconnu un apaisement après la prise en charge précoce.

- La psychothérapie brève :

Comparativement aux précédentes études citées ne relevant pas d'efficacité *a priori* du débriefing psychologique, plusieurs méta-analyses mettent en avant l'intérêt de l'utilisation d'une psychothérapie brève par Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) centrée sur le traumatisme (TF-CBT).

Dans une méta-analyse de 2008, Kornor et al.⁴⁶ analysent sept essais cliniques randomisés comparant une intervention par TF-CBT par rapport à de la thérapie de soutien. Ils montrent une diminution de la prévalence de TSPT chronique chez certains patients à haut risque que sont ceux souffrant d'un état de stress aigu. En 2010, le rapport Cochrane de Roberts et al.⁴⁷ conclut aussi à une efficacité de la TF-CBT comme intervention précoce par rapport à l'absence d'intervention et à la thérapie de soutien.

- Les traitements médicamenteux :

Depuis plusieurs années, l'utilisation de benzodiazépines en phase aiguë après un traumatisme n'est pas recommandée. En effet, malgré leur fort pouvoir anxiolytique, elles agissent sur la mémoire par leur propriété amnésiante et engendreraient un mauvais encodage du souvenir. Aucun effet bénéfique n'a été retrouvé quant à leur utilisation en intervention précoce⁴⁸. Elles pourraient même augmenter le risque de développement d'un TSPT chronique. Dans l'étude prospective de Gelpin et al. portant sur 13 survivants de traumatismes traités par benzodiazépines, les patients étaient trois fois plus susceptibles de souffrir de TSPT à six mois. Bien que le mécanisme exact de l'augmentation du TSPT soit inconnu, il est possible que ces molécules interfèrent avec le mécanisme d'extinction menace réponse. Ainsi, les hypnotiques ne sont pas recommandés comme moyen de prévention du TSPT⁴⁹.

Concernant les autres molécules anxiolytiques, l'hydroxyzine est largement utilisée en phase aiguë. L'hydroxyzine est un antagoniste des récepteurs H1 qui se trouvent dans l'hypothalamus antérieur. Mis à part la nécessité d'une surveillance de l'allongement du QT, cette molécule est bien tolérée et n'engendre pas de dépendance. Cependant, même si elle constitue un traitement efficace symptomatique de la phase aiguë, aucune étude ne prouve son efficacité sur la prévention du TSPT.

Les antidépresseurs de type ISRS ont aussi été étudiés mais aucune étude ne relève d'efficacité de ces molécules en prévention secondaire pour prévenir le TSPT⁵⁰.

En 2018, Zohar et al. ont monté un essai clinique randomisé en double aveugle auprès de 353 patients. L'utilisation d'Escitalopram en phase aiguë n'a pas permis de montrer de supériorité quant à la prévention du TSPT par rapport au groupe contrôle recevant un placebo⁵¹.

Le propranolol est un antagoniste bêta-adrénergique qui est capable de franchir la barrière hémato-écéphalique et donc de diminuer l'activation du système adrénergique dans le système nerveux central. Des études chez des sujets sains ont montré que son administration avant une exposition à des récits traumatiques réduisait les manifestations physiques du stress mais ne diminuait pas le rappel des souvenirs. Lors d'un étude pilote⁵² sur un petit échantillon de sujets, il était retrouvé une différence

sur les imageries cérébrales à trois mois mais pas sur les symptômes cliniques. Les études ultérieures⁵³⁵⁴ réalisées en essais clinique randomisé par rapport à un placebo n'ont pas montré d'efficacité du propranolol comme traitement préventif du TSPT. Ce traitement n'est donc pas recommandé en phase aiguë après la publication de résultats de méta-analyses⁵⁵.

Des résultats encourageants ont été publiés concernant certaines molécules antalgiques comme la morphine⁵⁶ ou l'hydrocortisone⁵⁷. Cependant, d'autres essais cliniques randomisés prospectifs sont en cours et les dites molécules ne peuvent être utilisées seulement en prévention du TSPT compte tenu de leurs effets secondaires. Elles peuvent cependant être des pistes de prévention du TSPT en plus d'une indication d'antidouleur nécessaire.

Ainsi, aucun traitement n'est actuellement recommandé en prévention secondaire après une exposition à un évènement traumatique pour prévenir le développement d'un TSPT⁵⁸.

1.1.4 Le trouble de l'état de stress post-traumatique

1.1.4.1 Définition

On parle de Trouble de stress post-traumatique si les troubles durent depuis au moins un mois après l'évènement. Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux dans sa cinquième version se fonde sur huit critères²³. Par rapport à la précédente version, ce trouble n'appartient plus aux groupes de troubles anxieux mais constitue un nouveau groupe diagnostique « *Trauma and stressor related disorder* ».

L'évitement a été ajouté comme un des « groupes diagnostics » requis, les cognitions négatives ont été mises en évidence. Une attention particulière a été accordée au phénomène de dissociation. De plus, l'évènement n'est plus spécifiquement défini

comme une réaction initiale de peur, horreur ou impuissance. Le traumatisme de l'enfant de moins de six ans est cité et reconnu comme tel. La nouvelle définition est la suivante :

« A/ Exposition à la mort, à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles soit :

- En étant exposé directement
- En étant témoin direct
- En apprenant qu'un tel évènement traumatisant s'est produit envers une personne chère
- En étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un évènement.

B/ Présence d'un ou des symptômes envahissants suivants, associés à un ou des évènements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des évènements traumatiques :

- Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des évènements traumatisants provoquant un sentiment de détresse
- Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'évènement/aux évènements traumatiques
- Réactions dissociatives (flashbacks au cours desquels le sujet se sent ou agit comme si les évènements traumatiques allaient se reproduire)
- Sentiment de détresse psychologique intense et prolongée lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du/des traumatismes en cause
- Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des évènements traumatiques

C/ Comportement d'évitement persistant à des stimuli associés à un ou plusieurs évènements traumatiques, débutant après la survenue du ou des évènements traumatiques, comme en témoigne l'une ou deux des manifestations suivantes :

- Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées, sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse
- Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, pensées, sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D/ Altération négative des cognitions et de l'humeur associée à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comprenant au moins deux des sept symptômes suivants :

- Incapacité à se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (en raison de l'amnésie dissociative) persistance de croyances négatives ou d'attentes exagérées face à soi-même, aux autres, ou au monde en général
- Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde
- Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences de l'évènement traumatique amenant le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes
- Persistance d'un état émotionnel négatif
- Diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités significatives
- Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres
- Incapacité persistante à éprouver des émotions positives

E/ Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques comprenant au moins deux des six symptômes suivants :

- Comportement irritable et accès de colère (sans provocation) s'exprimant par des agressions verbales ou physiques envers d'autres personnes ou des objets

- Comportement irréfléchi ou autodestructeur
- Hyper vigilance
- Réaction de sursaut exagérée
- Problèmes de concentration
- Perturbation du sommeil (difficulté d'endormissement, sommeil interrompu ou agité)

F/ La durée des perturbations liées aux critères B, C, D et E est de plus d'un mois.

G/ La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les dimensions sociales, professionnelles, ou dans d'autres domaines importants.

H/ La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'un autre état pathologique.

Le diagnostic peut également inclure des symptômes dissociatifs qui doivent être spécifiés :

- Dépersonnalisation : expérience persistante ou récurrente de se sentir détaché de soi-même, comme si l'on était observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps
- Déréalisation : expérience persistante ou récurrente d'un sentiment d'irréalité de l'environnement »

1.1.4.2 Les modèles explicatifs

Il convient ici d'exposer différents modèles cherchant à expliquer le trauma et ses conséquences. Ceux-ci ne sont pas exhaustifs, ces descriptions ont pour rôle de confronter les différentes théories se rapportant toutes au trouble de stress post-traumatique. Chacun apporte un regard différent sur un même phénomène.

- Modèles psychologiques
 - Le modèle de la névrose traumatique d'Oppenheim

Oppenheim est un neurologue, psychiatre allemand du XIX^{ème} siècle. Il est l'élève de Griesinger reconnu comme un des fondateurs de l'école allemande de psychiatrie. Contemporain de Charcot, il travaille à l'Hôpital de la Charité et à la faculté de Berlin. Il rédige sa thèse sur « *l'importance du choc dans les pathologies du système nerveux* ».

Il est le fondateur de la « *Névrose traumatique* » qui s'oppose à l'hystéro-traumatisme de Charcot. Il publie conjointement avec Thomsen un premier article « *Lehrbuch der nervenkrankheiten fur arzte unt studierende* » en 1884 qui introduit les bases du modèle. C'est en 1888 que son ouvrage de référence Die traumatischen Neurosen est publié. Il développe la théorie des névroses à partir de l'étude de 42 cas cliniques de patients victimes d'accident du travail ayant développé des symptômes neurologiques. L'objectif de l'étude est de « *présenter des troubles du système nerveux provoqués par des blessures qui ne relèvent pas d'une atteinte directe des organes nerveux centraux, ni de l'appareil périphérique, mais qui sont engendrés par des traumatismes, au sens large du terme* »¹.

Dans le modèle de la névrose traumatique, le véritable siège de la maladie observée est le psychisme. En effet, pour Oppenheim, quand l'effroi est suffisamment important il peut entraîner une altération psychique durable. Cette dernière peut être à l'origine d'informations moléculaires et organiques inhabituelles qui peuvent se traduire en manifestations somatiques.

Contrairement à l'hystéro traumatisme de Charcot, Pascal Pignol¹¹ souligne que Oppenheim fait du traumatisme l'étiologie au sens propre du trouble, là où Charcot le décrivait comme un facteur déclenchant à un autre trouble préexistant.

Le modèle est rapidement critiqué car il ferait des accidents du travail la cause directe de troubles et entrainerait une sur-indemnisation. Il sera pourtant repris par Kraepelin.

- Le modèle de la dissociation traumatique de Janet

Pierre Janet, psychologue français, est le premier à décrire un modèle cognitivo-émotionnel concernant la dissociation traumatique. Dans les années 1880, il rédige sa thèse, L'automatisme psychologique⁵⁹, où il évoque une origine traumatique à plusieurs cas diagnostiqués comme « hystérie ».

Son modèle expose que la pensée normale serait synthétisée à partir de deux niveaux de la conscience. Selon lui, on retrouve la conscience supérieure ou consciente et la conscience inférieure ou subconsciente. Il expose qu'à l'occasion d'émotions extrêmes (comme lors de l'exposition à un événement traumatique) ou d'épuisement majeur, il peut y avoir « *un rétrécissement du champ de la conscience* ». Dans ce cas de figure, il y aurait une synthèse incorrecte de l'information avec dissociation où certaines pensées, émotions ou comportements fonctionneraient de manière automatique. Il décrit donc des souvenirs mnésiques normaux « intégrés » et des mnésies traumatiques qu'il appelle « idées fixes » qui sont non intégrées et qui fonctionneraient de façon automatique.

Souvent le terme de dissociation nous renvoie au « Spaltung » de Bleuler dans sa conception de la schizophrénie ; ici, le concept de Janet est tout à fait différent. En ce sens, Kedia (2009) écrit : « *La dissociation de Janet décrit donc une compartimentalisation des fonctions psychiques restées intègres, alors que la spaltung de Bleuler rend compte d'une fragmentation des fonctions elles-mêmes* »⁶⁰.

La vision de Janet est très moderne et a été reprise un siècle plus tard par Van Der Hart. En effet ce dernier s'appuie sur les travaux de Pierre Janet pour son modèle de la dissociation structurelle⁶¹ de la personnalité. Dans ce modèle, il intègre à celui de

Janet le modèle de Myers entre la partie apparemment normale de la personnalité (PANp) et la partie émotionnelle de la personnalité (Pep).

- Modèles psychanalytiques

Le traumatisme est un concept central au sein de l'appareil théorique de la psychanalyse, il a évolué entre les auteurs et au sein même des réflexions de chacun. Seront développées ici, les conceptions de Freud puis de Ferenczi et enfin de Lacan.

- Freud

Dans l'œuvre de Freud, Thierry Bokanowski détermine trois phases concernant le développement du concept de traumatisme. Il retient les trois termes suivants : « traumatisme », « traumatique » et « trauma » correspondant aux trois phases de la théorie Freudienne⁶².

Durant la première phase, prédomine en 1895 la théorie pan-traumatique. Dans cette conception développée dans Étude sur l'hystérie⁶³ de Freud et Breuer, les névroses hystériques et traumatiques sont déclenchées par le même mécanisme : la frayeur. En effet, l'étiologie du trouble ne serait pas l'évènement en tant que tel mais l'émotion ressentie à cet instant. Ensuite, dans le modèle de la théorie de la séduction, Freud développe la notion « d'après coup » et retrace le développement sexuel infantile. Les traumatismes de l'enfance sont ainsi liés aux fantasmes originaires et aux angoisses afférentes. Ce seraient ces traumatismes qui constitueraient la réalité psychique interne de l'individu adulte. Cette théorie aussi appelée « *Neurotica* » a été abandonnée par Freud lui-même en 1897.

La deuxième phase est marquée par l'introduction de la conception économique de l'appareil psychique et la conception dynamique de la névrose commune. En effet, dans Au-delà du principe de plaisir⁷ en 1920, Freud compare l'appareil psychique à une vésicule vivante. Cette dernière est recouverte d'une membrane qu'il nomme le « pare-excitation », notion précédemment expliquée. La névrose est alors

conséquence de l'effraction du pare-excitation par des afflux extérieurs à la vésicule. La notion de répétition est évoquée. Celle-ci, entre autres par les rêves, serait une « tentative de contrôle actif de ce qui a été vécu passivement ». Ici, le terme « traumatique » renvoie donc à une dimension dynamique et économique ; Sylvie Dreyfus écrit à ce sujet : « à savoir une expérience vécue qui apporte à la vie psychique, en un bref laps de temps, un accroissement de stimulation si fort que la liquidation ou l'élaboration de celui-ci suivant les normes habituelles échoue, d'où résultent nécessairement des perturbations durables dans la gestion de l'énergie »⁶⁴.

Enfin, dans la troisième phase, retrouvée dans L'Homme et Moïse⁶⁵, Freud souligne que les traumatismes infantiles seraient l'étiologie des névroses en provoquant des blessures narcissiques. On retrouve alors ici la notion de « trauma » dans un sens psychanalytique. Il distingue alors deux sortes de traumas :

- Traumas positifs : répétition et remémoration
- Traumas négatifs : inhibition, évitement et phobies

- Ferenczi

Sandor Ferenczi fut un médecin militaire psychanalyste chef de service de neurologie pendant la Première Guerre mondiale. Il critiqua les théories organicistes et psychogénétiques simples qui pouvaient retrouver dans les cas de névrose traumatique des hystéries simulatrices cherchant des compensations financières. Dans son ouvrage Réflexions sur le traumatisme⁶⁶ en 1931, il s'attacha à établir un modèle théorique du trauma et à développer des outils thérapeutiques.

La conception Ferenczienne du traumatisme s'intéresse à la traumatogénèse. Il décrit la clinique du traumatisme en deux phases :

- Le choc initial comme une rupture du moi avec une attaque complète de la conscience et de ses fonctions entre perception et conscience
- Puis l'auto-clivage fragmenté. Il y a ici dans un second temps un clivage narcissique entre « une partie qui sait tout mais ne ressent rien et une partie

qui ressent tout mais ne sait rien »⁶⁷. Ce clivage narcissique ferait « *éclater la personnalité* ».

Dans ce modèle, il décrit également différents types de réactions à ce phénomène :

- La répétition qui serait une tentative de solution au clivage
- L'identification à l'agresseur (concept repris par Anna Freud)
- La progression traumatique engendrant le concept de « *Wise Baby* » ou « *Nourrisson Savant* »⁶⁸

Ferenczi a d'abord été un proche de Freud reprenant sa théorie du pan-traumatisme, puis s'est éloigné de lui en affirmant que tout trauma initial était d'ordre sexuel. En 1905 il parle de l'enfant pris pour un substitut sexuel ; le clivage est confirmé en 1932 avec la parution de son ouvrage *Confusion de langue entre l'adulte et l'enfant* où il évoque l'étiologie sexuelle des traumas. En effet il développe sa théorie du double langage où l'enfant serait emprisonné entre tendresse et passion. Freud ayant renoncé à sa *Neurotica* s'oppose à Ferenczi sur ce point-là.

- Modèles phénoménologiques

Une des définitions de la phénoménologie peut être « *l'étude des faits de l'expérience vécue, indépendamment des principes ou des théories* ». Dans le champ d'étude du traumatisme, elle apporte une grille de lecture intéressante autour de « *la rencontre avec le réel de la mort* » ou encore « *le non-sens du trauma* ». En ce sens, F. Jover écrit « *la psychotraumatologie est parfois une médecine de catastrophe qui ne peut être rangée au sens strict dans la catégorie du psychique ou du somatique précisément parce qu'elle relève aussi de l'existentiel* »⁶⁹. Ainsi ces modèles théoriques tentent de replacer ce trouble dans l'expérience humaine.

- Viktor Frankl

Viktor Frankl est un psychiatre, psychanalyste et phénoménologue survivant des camps de concentration. Déporté à Vienne lors de la Seconde Guerre mondiale en raison de ses origines juives, il écrira Un psychiatre déporté témoigne⁷⁰. Par sa philosophie de l'existence, il enrichit le modèle classique du trauma dans sa compréhension mais également dans son traitement.

Frankl développe sa pensée autour de la dynamique spirituelle du sujet et de sa recherche de sens. En effet pour lui, la motivation première de l'être humain est l'affirmation d'une quête de sens. Par cette théorisation il s'éloigne de Freud avec « son principe de plaisir » et de Alder avec son « principe de compensation ». Pour lui, la quête de sens prime sur ces deux derniers. En 1938, il crée le terme « Existenzanalyse » comme un ensemble de méthodes cliniques inspirées par Max Scheler. Ce mouvement de retour aux choses répond aux préconisations de Husserl sur le « retour aux choses mêmes ». Il nomme cette dynamique spirituelle de recherche de sens le noodynamique. Pour lui « *la vie est existence à partir du moment où elle est affirmation de valeurs* ».

Alors, dans son modèle du trauma, Frankl évoque le fait que le sujet soit obligé de faire face à une épreuve de perte de sens. En effet, pour lui la confrontation à l'évènement traumatique bouleverse le fonctionnement social et somatique de l'individu ainsi que son système de valeurs et ses représentations. C'est donc, comme cela que le traumatisme « désorganise » l'individu en lui faisant perdre sa quête de sens⁷¹.

Après avoir élaboré un modèle théorique de l'évènement traumatique, Frankl met au point une méthode thérapeutique complémentaire aux thérapies déjà existantes sur le traumatisme. Il développe ainsi la logothérapie dont il explique le principe dans son ouvrage Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie⁷². Pour lui, elle est une thérapie « auxiliaire ». Le principal vecteur d'intervention thérapeutique est ce que Frankl nomme « *la clinique des orientations de sens* ». Cette thérapie consiste à mener des entretiens cliniques avec le patient reprenant les triades développées par Frankl que sont :

- Triade anthropologique : liberté de la volonté, volonté de sens et sens de la vie

- Triade existentielle : culpabilité, souffrance et mort
- Triade noétique : valeurs de création, valeurs d'expérience et valeurs d'attitude

L'objectif est de permettre à l'individu de retrouver sa quête de sens après le traumatisme pour se projeter positivement dans l'avenir.

- Claude Vauterin

Claude Vauterin est un psychiatre militaire qui a commencé à théoriser le traumatisme et sa classification d'un point de vue phénoménologique. Il a évoqué ce champ de réflexion lors d'une conférence non publiée à L'Hôpital Desgenettes à Lyon en 1993. Cependant sa mort prématurée n'a pas permis un développement de son modèle théorique. Nous connaissons le modèle de Vauterin surtout par Louis Crocq. Ce dernier cite le début de théorisation de son confrère dans plusieurs de ses ouvrages dont entre autres Les traumatismes psychiques de guerre⁷³ en 1999.

Dans cette conférence, Claude Vauterin distingue la pathologie du trauma qui est une pathologie de la peur, au reste de la pathologie mentale qui serait une pathologie de l'angoisse. En effet, pour lui la différence repose sur l'origine interne ou externe du phénomène. L'angoisse relève du « des-ein » c'est-à-dire du sentiment d'être là et maintenant, alors que la peur implique toujours un objet extérieur.

- Claude Barrois

Claude Barrois, psychiatre des armées, fait pont entre la psychanalyse et la phénoménologie. Il a lui-même introduit le terme de « psychotraumatisme » dans son ouvrage Les névroses traumatiques : le psychothérapeute face aux détresses du traumatisme psychique⁷⁴ en 1988. Il crée ce terme pour se distinguer du PTSD américain en plein essor qui selon lui renvoie trop à la notion de stress et ainsi, est objet de confusion.

Son modèle repose sur la description du facteur traumatisant non comme un évènement mais comme « *une catastrophe intime et singulière* ». C'est la confrontation de l'homme avec l'hypothèse de sa propre mort qui fait basculer le sujet

dans le tragique de l'existence. En effet le traumatisé expérimente l'expérience de l'effroi. Son impossibilité à se référer à des signifiants vient du fait que la mort n'a pas de représentation dans son psychisme.

Plus récemment dans un article intitulé Le trauma un symptôme de notre époque ?⁷⁵ il réactualise son modèle à la lumière de son utilisation contemporaine. Il s'interroge sur la sensibilité accrue à la question du psychotraumatisme. Il évoque entre autres quelques hypothèses dont :

- Les ruptures communautaires actuelles. Pour Claude Barrois, certaines ruptures de liens communautaires constituent par elles-mêmes la situation de danger de mort imminente définissant la situation psychotraumatique par exemple dans les catastrophes collectives telles que l'exil.
- La fragilisation des mécanismes de défense par le bouleversement des repères sensoriels et cognitifs ainsi que les attitudes de passivité. Il exprime que le règne de l'image transmise en temps réel crée un espace rétréci avec une modification de notre espace-temps.

- Louis Crocq

Louis Crocq est psychiatre des armées et fondateur du réseau national des cellules d'urgences médico-psychologiques après les attentats du RER à Paris. Il conçoit, lui aussi une vision phénoménologique du psychotraumatisme en se distinguant cependant des modèles précédemment évoqués. En effet, il écrit dans 16 leçons sur le trauma : « *Plus qu'une rupture de sens ou un court-circuit dans le signifiant, le traumatisme serait une expérience de non-sens* ». Il ne rejette pas les modèles de Vauterin ou de Frankl mais il les réactualise pour aboutir à un modèle plus complet.

Dans sa conception théorique, l'expérience traumatique repose sur trois notions :

- L'aliénation traumatique : par l'expérience du trauma, l'individu expérimente un changement de personnalité
- Le bouleversement de la temporalité : lors de l'effraction traumatique, pendant ce bref instant, le temps se fige. Il décrit donc « *une infiltration du présent* », « *une réorganisation du passé* » et « *une obstruction de l'avenir* »

- Une expérience de non-sens : par l'ébranlement des trois convictions narcissiques du sujet que sont l'invulnérabilité, la croyance en un monde protecteur et la présence d'un autrui secourable.

- Francois Lebigot

Pour Francois Lebigot, c'est la confrontation avec le réel de la mort qui fait trauma.

En effet, selon son modèle il n'y a dans notre psychisme aucune représentation de la mort car nous nous comportons comme si nous étions immortels. Lors de l'effraction traumatique, il y a selon lui, une confrontation avec ce réel de la mort, qui ne renvoie à rien dans l'inconscient, « *il n'y a pas de représentation pour l'accueillir* »¹⁹, et c'est cela qui génère un syndrome de répétition. Comme cette confrontation ne peut être intégrée dans notre psychisme, le retour de l'image traumatique se fera au temps présent comme si l'évènement était toujours en train de se produire.

Cette confrontation « impossible » explique aussi ce qu'il nomme « la clinique de l'effroi ». Cette dernière est l'état psychique du patient au moment du traumatisme, il peut décrire une sensation de vide complet de la pensée. Il y a également une suspension des émotions, il ne ressent plus rien : pas de peur, pas d'angoisse.

- Modèles comportementaux et cognitifs

Les modèles théoriques de l'apprentissage et du conditionnement ainsi que la théorie des schémas ont permis d'élaborer des modèles explicatifs au trouble de stress post-traumatique. Dans cette partie sont exposés certains modèles comportementaux et cognitifs. Cette partie a été construite en se référant principalement à la revue de Pascale Brillon publiée en 1996⁷⁶ et à celle de Seguin-Sabouraud de 2007⁷⁷.

- Modèle des deux facteurs de Mowrer (1960)

Le modèle de Mowrer⁷⁸ est un modèle comportemental qui s'inspire des modèles d'apprentissage de Pavlov et Skinner. Le concept principal du modèle comportemental

est tout d'abord que le comportement humain normal ou pathologique est essentiellement appris.

Les mécanismes de base de l'apprentissage sont :

- Le conditionnement classique : apprentissage des réponses de peur
- Le conditionnement opérant : apprentissage des réponses de fuite ou encore apprentissage des comportements d'évitement

L'hypothèse de cette théorie est que la théorie de l'apprentissage avec son conditionnement classique et opérant expliquerait le développement et le maintien du TSPT.

Lors de la confrontation avec un évènement traumatique (stimulus inconditionnel), le sujet est soumis à d'intenses réactions sur le plan moteur, physiologique, émotionnel et cognitif. Par un mécanisme de conditionnement classique, les stimuli neutres (bruits, objets, odeurs, cognitions, sensations corporelles) qui sont présents en même temps vont acquérir les propriétés aversives de ce stimulus. Alors en leur présence, par une réponse conditionnée, les manifestations anxieuses présentes pendant l'évènement traumatique auront de nouveau lieu. Ces stimuli neutres deviennent des stimuli conditionnels. De plus, par un mécanisme de conditionnement de second ordre, ces stimuli devenus conditionnels pourront à leur tour rendre d'autres stimuli neutres conditionnels. Alors, par ce mécanisme, le modèle explique que l'individu va ressentir des manifestations d'angoisse lorsqu'il sera exposé à des stimuli actuellement et antérieurement inoffensifs et même à des stimuli absents au moment du trauma.

Parallèlement à cet apprentissage, par un conditionnement opérant, l'individu pour ne pas ressentir l'anxiété à l'exposition des stimuli conditionnels, va les éviter. Par renforcement négatif, cette diminution des réactions d'angoisse va renforcer les comportements d'évitement et participer au maintien du trouble.

Ainsi, ce modèle permet d'expliquer les manifestations d'angoisse à l'exposition à des facteurs inoffensifs mais que l'esprit a intégrés comme associés à l'évènement. Il explique aussi le syndrome d'évitement. Cependant il n'explique pas l'hyperactivité neurovégétative, les symptômes intrusifs et l'émoussement de la réactivité générale. De plus, Foa et al.⁷⁹ lui feront le principal reproche de ne pas différencier TSPT et

phobie.

Il peut accompagner la psychopédagogie du patient sur les stratégies d'exposition. Cependant il n'aborde pas l'expérience phénoménologique et se focalise sur l'aspect « automatique » des réactions de l'individu.

- Modèle du traitement émotionnel de l'information de Foa et al. (1989) et de Foa et Kozak (1986)

Ce modèle se base sur différents modèles que sont les théories d'apprentissage mais aussi la théorie propositionnelle de la peur de Peter Lang⁸⁰. Ce dernier, dans sa conception bio-informationnelle, décrit un modèle qu'il nomme structure cognitive propositionnelle de la peur. Il y aurait dans la mémoire à long terme trois modalités de réponse à la peur. Ces trois modalités sont cognitive affective, comportementale et physiologique. Pour Lang, ce réseau stable dans le système neuronal permet de relier un souvenir aux réponses physiologiques et aux comportements⁸¹.

Foa et al. ajoutent un élément à la structure cognitive stable : l'interprétation du danger entre les stimuli traumatisants et les réponses⁷⁹. En effet, ils postulent que c'est l'attribution d'une signification de danger à un lien stimulus réponse qui serait la base de troubles de l'état de stress post-traumatique. Ils décrivent les caractéristiques pathogènes de l'évènement traumatique qui sont l'imprévisibilité et l'incontrôlabilité. C'est cette confrontation à ces deux éléments qui ébranle les croyances de l'individu. Cela entraîne une structure de peur pathologique qui ne parvient plus à discriminer un évènement sécuritaire d'un évènement dangereux. Des stimuli auparavant neutres reçoivent alors l'attribution de la notion de danger. Alors ce modèle explique bien les symptômes anxieux à la réexposition et les comportements d'évitement.

Les auteurs décrivent ce qui différencie le TSPT de la phobie grâce à leur modèle. Selon eux, dans la clinique du TSPT, les réponses sont plus intenses, la structure est plus complexe et plus accessible. La structure de la peur pathologique est donc rapidement activée ce qui explique l'apparition de symptômes intrusifs, les réactions affectives, cognitives, physiologiques et comportementales. Une des limites du modèle

est de ne pas expliquer l'activation neurovégétative et les symptômes de dissociation.

Il permet pour les patients de conceptualiser leur structure de peur, d'en comprendre les significations et les interprétations qui sous-tendent ce sentiment.

- Modèle d'action cognitive de Chemtob et al. (1988)

Chemtob et al. développent un nouveau modèle conceptuel⁸² en enrichissant les trois modèles précédemment décrits (Beck, Mowrer et Foa).

Ils conçoivent le cerveau comme un assemblage complexe de nœuds simples de traitement de l'information. Les nœuds sont activés à la fois par un stimulus extérieur environnemental et par l'activation déclenchée par un nœud supérieur. Entre eux, les nœuds n'interagissent pas des mécanismes d'activation et d'inhibition.

Lors du développement d'un trouble de stress post-traumatique, la perception d'une menace est constamment activée. Étant donné l'absence d'inhibition par les nœuds supérieurs, le mécanisme d'activation du danger est très facilement réactivé et de façon très intense. De plus, le déclenchement fréquent du mécanisme renforce la croyance de l'individu en un monde dangereux. Cela crée une boucle de rétro-action positive qui explique l'hypervigilance et l'hyper-activation neurovégétative.

- Modèle de la double représentation de Brewin, Dalglheish et Joseph (1996)

Comparativement aux modèles précédents, la théorie de la double représentation part de l'hypothèse que les souvenirs traumatiques et les souvenirs non traumatiques seraient différents⁸³.

Il développe un modèle où la mémoire comporte deux niveaux distincts, classant les souvenirs selon deux modalités :

- « Les souvenirs accessibles verbalement » : ils sont encodés par l'hippocampe et sont stockés au niveau de la conscience dans un contexte spatiotemporel défini

- « Les souvenirs accessibles en situation » : ils ne sont pas encodés par l'hippocampe et ne sont pas stockés dans un contexte spatiotemporel. Ils sont récupérables lors d'une confrontation avec un indice en lien avec l'évènement traumatique

Ce modèle explique alors les souvenirs intrusifs et les symptômes dissociatifs par activation des souvenirs accessibles en situation. Il précise également que pour résoudre le trouble, il faut faire intervenir un processus émotionnel s'intéressant aux deux niveaux de la mémoire.

- Modèle d'Ehlers et Clark (2000)

Le modèle cognitif et comportemental d'Ehlers et Clark en 2000⁸⁴ synthétise les précédents et ajoute certains éléments. Dans ce modèle nous retrouvons l'évocation des facteurs liés à l'environnement en pré / péri / posttraumatique. De plus, l'accent est mis sur le soutien social et la dissociation qui sont deux facteurs déterminants dans l'évolution du TSPT.

Les auteurs font l'hypothèse qu'en cas de trouble de stress post-traumatique il y aurait un mauvais traitement cognitif des informations liées au traumatisme. Ce mauvais traitement cognitif engendrerait une perception de danger permanente. Cette perception de menace imminente alors que le danger n'a plus lieu se rapproche d'interprétations dysfonctionnelles. Ces dernières génèreraient des émotions négatives comme la peur, la tristesse, la culpabilité qui maintiendraient le trouble et qui inciteraient l'individu à utiliser des stratégies cognitives et comportementales pour diminuer la détresse ressentie.

Lors de la confrontation au caractère imprévisible et incontrôlable, le souvenir est mal encodé, ce qui explique qu'il est difficilement récupérable en termes de souvenir contextuel. En effet il n'est pas intégré correctement dans la mémoire autobiographique de l'individu. Parallèlement ce défaut d'encodage explique aussi les souvenirs intrusifs et la menace de danger permanente.

Les symptômes d'évitement sont expliqués par les stratégies cognitives et comportementales visant à diminuer la détresse. Cependant cet évitement ne modifie

pas le souvenir et renforce sa mauvaise intégration. Le traitement cognitif de l'information serait également perturbé par le phénomène de dissociation au moment de l'évènement.

À partir de ce modèle, ils développent un traitement cognitif du TSPT. Dans ce modèle, par la ré-exposition, les conduites d'évitement sont diminuées et le souvenir est de plus en plus intégré⁸⁵.

- Modèle neurocognitif

Le modèle neurocognitif tente de modéliser le trouble de stress post-traumatique en se servant des théories cognitivo-comportementales et en y associant les données de l'imagerie et de la biologie. À travers ce modèle, on arrive à une anatomie du trauma. Lisa M Shin et Israel Liberzon publient en 2010 dans le *Neuropsychopharmacology*, *The neurocircuitry of fear stress sans anxiety disorder*⁸⁶

- Circuit de la peur et du stress

Les travaux expérimentaux examinent les circuits neuronaux associés à la peur principalement chez les rongeurs. En effet ils utilisent des techniques d'enregistrement, de traçage et d'inactivation réversible électrophysiologique in vivo.

Le modèle de conditionnement de la peur de Pavlov, dans sa forme élémentaire, est reproductible de manière expérimentale.

Il consiste à présenter à l'animal à plusieurs reprises un son associé à un choc électrique. Le son est le stimulus conditionnel neutre et le choc électrique le stimulus aversif. La réponse à la peur est mesurée avec la conductance cutanée. On observe ensuite que le stimulus conditionnel présenté seul va alors déclencher une réponse à la peur même en l'absence du choc électrique externe associé. De plus, la généralisation peut aussi être testée en observant également une réponse à la peur à la présentation d'un son proche mais différent de l'initial.

Le phénomène d'extinction est observable lorsqu'à plusieurs reprises le stimulus conditionnel neutre est présenté sans le stimulus aversif. On observe alors une diminution progressive de la réponse à la peur.

Ce modèle a permis de développer d'autres modèles plus complexes et d'identifier les structures cérébrales impliquées⁸⁷.

➤ Structures cérébrales impliquées

D'après les plus récentes études, certaines structures cérébrales seraient impliquées dans le circuit de la peur et du stress. Les principales composantes sont :

- Le système limbique avec l'amygdale et l'hippocampe
- Les zones de détection sensorielles avec le cortex primaire et le thalamus
- Les zones de détection corporelles avec l'insula
- Les zones d'intégration avec le cortex frontal et cingulaire

▪ L'amygdale :

L'amygdale est une structure cérébrale organisée en noyaux. Elle comporte les noyaux basal, latéral et accessoire constituant l'amygdale basolatérale et les noyaux central, médian et corticale incluses dans le complexe amygdaloïde. Elle serait le siège du conditionnement de réponse à la peur. En effet, elle constitue la mémoire affective et les réponses émotionnelles⁸⁸.

Elle reçoit des informations provenant du thalamus, de l'hippocampe, et du cortex. Elle peut ensuite activer ou moduler la transmission synaptique dans les zones cibles.

Plusieurs études rapportent une hyper-activation amygdalienne en situation de TSPT. Ces études ont été réalisées en rapport avec une imagerie liée au traumatisme, à la présence d'odeurs ou de sons rappelant le combat, au visionnage de photographies, elles analysent la relation fonctionnelle entre l'amygdale et le cortex pré-frontal médial. L'intensité de l'activité de ces deux structures serait inversement proportionnelle à la gravité des symptômes⁸⁹. Ainsi dans ce modèle, l'amygdale est impliquée dans

l'apprentissage et la consolidation de cet apprentissage. Elle serait responsable cliniquement des symptômes d'hypervigilance comme le sursaut ou les souvenirs intrusifs. Cette hyper-activation entraînerait une hypermnésie des éléments émotionnels du traumatisme.

- L'hippocampe :

L'hippocampe serait le siège du traitement contextuel et de la mémoire⁹⁰. Les hippocampes sont en effet des structures appartenant au système limbique et se trouvant dans les lobes temporaux. Ils sont impliqués dans le processus de la mémoire, en particulier dans le traitement de la mémoire déclarative. La mémoire déclarative est celle des faits et des événements. Ils jouent également un rôle central dans la navigation spatio-temporelle. La mémoire déclarative est celle des faits et des événements. Son rôle dans le TSPT est largement étudié, et l'hypothèse d'une atrophie hippocampique est celle qui est privilégiée actuellement⁹¹. L'altération de l'hippocampe, serait cliniquement impliquée dans la difficulté du patient à se rappeler de certains détails du souvenir traumatique.

- Le cortex cingulaire antérieur :

Le cortex cingulaire antérieur enveloppe le corps calleux et relie les deux hémisphères cérébraux. Il serait impliqué dans les processus de régulation entre autre de l'amygdale. Il aurait donc un rôle d'inhibiteur du système limbique.

- Le thalamus :

Le thalamus est une structure paire d'encéphalique. Il est le transmetteur des informations sensorielles. Lors de la perception d'un danger il reçoit l'information et la transmet grâce à deux voies :

- La voie thalamo-amygdalienne (courte) qui est une voie grossière qui ne passe pas par la cognition. Elle active très rapidement l'amygdale.
- La voie thalamo-cortico-amygdalienne (longue)

➤ Neuro-imagerie

La neuro-imagerie – principalement par IRM – nous apporte des informations dans ce modèle neurocognitif. L'étude des structures cérébrales et de leur comparaison à des situations non pathologiques nous renseignent sur la fonction et le siège de certaines manifestations cliniques.

Concernant l'amygdale, la plupart des études retrouvent une hyper-activation en situation de trouble de stress post-traumatique. En effet, les essais comparent des sujets atteints à des volontaires sains. On note une hyper-activation en situation de stimulation traumatique, par exemple secondairement à des odeurs rappelant le combat chez des vétérans avec un TSPT⁹² ou en montrant des photos de traumatismes⁹³. On retrouve aussi une activation sans nouvelle stimulation^{94,95}. D'autre part, il semblerait que l'amygdale soit de volume inférieur chez les personnes souffrant de TSPT par rapport aux volontaires sains⁹⁶.

Quant au volume de l'hippocampe, les derniers travaux publiés indiquent une diminution de son volume dans le cas d'un TSPT^{97,98}. En 2005, une méta-analyse⁹⁹ portant sur 133 adultes avec un TSPT comparés à 148 témoins sains et 53 exposés sans avoir développé de TSPT retrouvent des résultats significatifs avec un volume hippocampique inférieur dans le groupe TSPT chronique. Une des explications avancées serait le caractère neurotoxique du stress avec une production augmentée de glucocorticoïdes détruisant des neurones hippocampique.

Une autre hypothèse avancée serait qu'un faible volume hippocampique pré existant serait un facteur de risque de développer un TSPT après exposition à un évènement traumatique¹⁰⁰.

➤ Neuro-biologie

L'approche neurobiologique est en pleine expansion après le développement de la neuro-imagerie. De nombreuses hypothèses émergent actuellement.

Une des hypothèses dans le cadre du trouble de stress post-traumatique est une hyper-activation anormale noradrénergique et une diminution anormale serotoninergique¹⁰¹. Cliniquement, l'augmentation noradrenergique pourrait être responsable de l'hyper-activation neurovégétative, des reviviscences et des cauchemars. Elle serait également associée à une diminution d'activité du lobe frontal avec une altération du locus coeruleus responsable des troubles du sommeil paradoxal¹⁰². Le déficit en sérotonine serait quant à lui responsable de l'irritabilité, de l'anxiété et de l'impulsivité.

De plus, une des substances actuellement bien étudiée est le cortisol¹⁰³. En effet, comme vu précédemment avec le syndrome général d'adaptation de Selye (1959), la réponse d'un organisme à l'agression se traduit par une activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien. Cette dernière entraîne une augmentation de la cortisolémie. Cependant en 1996, Yehuda et al.¹⁰⁴ montrent une diminution du taux d'excrétion urinaire de cortisol chez les patients TSPT par rapport aux témoins. Une des hypothèses alors avancée est celle d'un trouble du rythme circadien de sécrétion. Il y aurait dans le cadre du trouble de stress post-traumatique une augmentation du nombre de récepteurs glucocorticoïdes, une augmentation de leur sensibilité et une augmentation du rétrocontrôle négatif¹⁰⁵. Ces trois paramètres participeraient à des taux de cortisol urinaire bas par rapport à la population générale. Cette hypothèse est entre autres vérifiée par l'épreuve du test à la Dexaméthasone (DXM). En conditions normales, l'administration de 1 mg de DXM à minuit entraîne un effondrement du taux de cortisol de 8h. Lorsque cette expérience est réalisée chez des sujets avec un TSPT, on remarque une hypersuppression avec des taux effondrés des 0,5mg de DXM¹⁰⁴. On sait parallèlement qu'en cas d'autres pathologies psychiatriques comme l'épisode dépressif caractérisé, on retrouve un échappement avec des taux de cortisol anormalement haut après ce test.

D'autres études neurobiologiques s'intéressent au glutamate et au GABA. En conditions normales dans le cerveau, le GABA est un neurotransmetteur inhibiteur, une des hypothèses est un déficit d'inhibition cérébrale par déficit en GABA¹⁰⁶. Pour ce qui est du glutamate, il pourrait aussi être impliqué dans le TSPT¹⁰⁷ ; en effet ce neurotransmetteur excitateur intervient dans la mémoire à long terme. Les études précliniques¹⁰⁸ actuelles suggèrent une hyper-activation glutamatergique dans le TSPT.

➤ Épigénétique et vulnérabilités au trauma

L'épigénétique est définie comme « *l'étude de la nature des mécanismes modifiant de manière réversible, transmissible et adaptative l'expression des gènes sans en changer la séquence nucléotidique* ». En effet, les modifications transcriptionnelles et traductionnelles peuvent modifier l'expression des gènes et donc le phénotype. Ce champ est de plus en plus étudié pour comprendre certaines pathologies psychiatriques et leurs vulnérabilités familiales. En restant très prudents sur des liens de causalités trop rapides, certaines études se sont intéressées aux méthylations de gènes dans le cadre du TSPT.

En effet, certaines publications soulignent une modification de certains gènes dans le cas de TSPT¹⁰⁹ et un état d'inflammation chronique. À titre d'exemple, un des gènes qui serait impliqué serait le gène N3C1 gène récepteur au cortisol. Plusieurs études^{110,111} sont réalisées pour étudier les phénomènes épigénétiques possibles dans le cas d'un TSPT. L'étude de 2014 étudie la méthylation du promoteur de ce gène chez des femmes enceintes Rwandaises exposées au génocide de Tutsi. On remarque une méthylation plus importante dans le groupe exposé par rapport au groupe non exposé.

L'épigénétique constitue également un axe de recherche pour expliquer le risque supérieur de développement d'un TSPT chez des individus ayant subi des maltraitances durant l'enfance.

1.1.4.3 Prévalence

La prévalence du trouble de stress post-traumatique en population générale varie en fonction des études et des populations. Les études retrouvent des chiffres variables entre 1,3% et 12,2% en population générale et vie entière¹¹².

L'étude Européenne *Esmmed project* de 2004 réalisée dans 6 pays auprès de 21 425 sujets retrouvait une prévalence de 0,9%¹¹³.

En 2008, une étude française réalisée par Vaiva et al. sur 43 sites avec 36 000 sujets établissait une prévalence vie entière de 0,7%¹¹⁴.

Comme pour la prévalence de l'évènement traumatique, les études américaines retrouvent une prévalence plus importante. En effet les chiffres américains se situent autour de 7%¹¹⁵.

Récemment, une étude anglaise publiée dans le *Lancet* en 2019 auprès des jeunes Anglais et Gallois retrouve dans une cohorte longitudinale de 2 232 jeunes une prévalence de TSPT de 8%¹¹⁶.

Après exposition à un évènement traumatique, la probabilité de développer un trouble de stress post-traumatique est d'environ 25%²⁴ avec de grandes différences en fonction des évènements traumatiques. En effet les évènements comme le viol, la torture et les séquestrations sont des violences dites « interpersonnelles » et sont les plus pourvoyeuses de TSPT¹¹⁵. L'exemple du viol est le plus parlant, on estime que 65% des victimes développeront un TSPT à un mois de l'évènement et que la moitié aura encore un diagnostic positif à trois mois¹¹⁷.

1.1.4.4 Facteurs de risque

Initialement, seul le niveau de violence de l'évènement traumatique a été considéré comme facteur de risque de trouble de l'état de stress post-traumatique. Cependant il paraît évident que d'autres facteurs variés influencent le développement ou non de ce trouble et sa sévérité.

Pascale Brillon, dans son ouvrage à l'intention des thérapeutes Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique¹¹⁸, classe ces facteurs de risque en trois catégories : prétraumatiques / déclencheurs / de maintien.

- Facteurs pré-traumatiques :
 - Femme¹¹⁹
 - Âge jeune¹²⁰
 - Venant d'une communauté minoritaire
 - Faible niveau socio-économique
 - Antécédents de troubles psychiatriques
 - Antécédents familiaux de troubles psychiatriques
 - Antécédents d'exposition à un évènement traumatique
 - Croyance fondamentale en un monde bienveillant¹²¹
 - Style attributionnel

- Facteurs péri-traumatiques :
 - Nature du traumatisme
 - Intensité de l'exposition
 - Durée de l'exposition
 - Caractère intentionnel de l'évènement traumatique
 - Atteinte de l'intégrité physique
 - Réaction initiale intense (détresse péri-traumatique)
 - Dissociation péri-traumatique

- Facteurs de maintien :
 - Soutien de l'entourage
 - Reconnaissance du traumatisme
 - Jugement du traumatisme selon la société
 - Poursuites judiciaires
 - Séquelles physiques
 - Traits de personnalité
 - Gains secondaires

1.1.4.5 Troubles co-morbides

Les troubles co-morbides associés au TSPT sont très fréquents. Les données de la littérature estiment que 80%¹⁰² des TSPT sont associés à au moins un autre trouble psychiatrique.

Les troubles les plus fréquemment retrouvés en association au TSPT sont les suivants.

Tout d'abord, l'épisode dépressif caractérisé est estimé avec une prévalence de co-morbidité à 50%¹²².

Ce chiffre très élevé a amené quelques auteurs à se questionner sur l'existence de deux troubles réellement distincts¹²³ ou sur un chevauchement de classification¹²⁴. Cependant, malgré l'évolution des critères de diagnostic, ce chiffre est resté paradoxalement stable^{115,124-126} plaidant en faveur d'une indépendance vis-à-vis de la nosographie.

Les autres arguments en faveur de la distinction de ces deux troubles se trouvent dans la neurobiologie et la neuro-imagerie. En effet, différentes études ont comparé ces deux présentations cliniques et ont cherché leurs différences. Plusieurs études se distinguent en ce sens :

- Étude du volume hippocampique sur l'animal de Sapolsky et al.¹²⁷ et l'étude de Gilbertson et al.¹⁰⁰ sur les jumeaux monozygotes vétérans du Vietnam : Montre l'influence du PTSD sur le volume hippocampique et son absence de différence significative concernant la dépression.
- Étude de l'amygdale de Kemp et al.¹²⁸
- Études sur le cortisol^{104,129} montrant un profil de sécrétion différent entre les deux troubles.

Finalement certains auteurs identifient l'épisode dépressif caractérisé comme un trouble distinct du TSPT, mais associé de manière significative. Celui-ci pourrait constituer une complication du trouble^{130,131}.

Cependant, l'hypothèse la plus robuste actuelle, au vu des différents éléments précédemment cités serait que l'exposition à un événement traumatique serait un facteur de risque puissant de TSPT et d'EDC^{132,133}.

Concernant les autres troubles, selon Kessler et al.¹¹⁵, il est retrouvé une association avec le trouble anxieux généralisé (22%), la phobie (58%), le trouble panique (12,6%), l'agoraphobie (22,4%), le trouble des conduites (43,3%), l'abus d'alcool (51,9%), l'abus d'autres toxiques (34,5%). Le risque suicidaire est considéré comme augmenté par un risque relatif de 3,5¹¹⁴.

1.1.4.6 Évaluation

L'évaluation d'un éventuel trouble de stress post-traumatique est réalisée par un psychiatre lors d'un examen clinique complet. Pour aider à ce diagnostic et à l'évaluation de son intensité, plusieurs échelles ont été développées.

- Clinician Administred PTSD scale (CAPS) :

Le gold standard actuel, dans l'évaluation du TSPT, est la CAPS (Clinician Administred PTSD scale). Elle consiste en une entrevue clinique structurée réalisée par un professionnel en santé mentale formé à la passation de cette échelle. Elle a été développée à partir de 1989 par Blake et al. au Centre National de PTSD¹³⁴. Elle possède de bonnes caractéristiques psychométriques avec une excellente fiabilité et une bonne validité interne et externe. En 2001, les données de la littérature la citent comme l'outil recommandé¹³⁵. Récemment, elle a été actualisée par rapport aux nouveaux critères du DSM-5 pour devenir la CAPS-5¹³⁶ et ses propriétés ont été testées sur un échantillon de vétérans américains.

Elle permet donc d'établir et d'évaluer :

- Le diagnostic de trouble de l'état de stress post-traumatique selon le DSM-5

- La fréquence et l'intensité de chaque symptôme décrit
- Le retentissement fonctionnel du trouble sur le sujet
- La sévérité globale et donc, de suivre l'évolution

Même si cette échelle constitue le gold standard, elle n'est pas la plus utilisée en pratique clinique. En effet le temps de passation est relativement long (60 minutes) et elle nécessite la formation du professionnel de santé. En pratique courante, d'autres échelles sont souvent utilisées comme la PCL5, l'HTQ-5, la PDS-5, l'IES-R-13 entre autres.

- PTSD CheckList for DSM 5 (PCL5) :

La PCL-5 est un questionnaire auto-rapporté utilisée comme outil de dépistage et d'évaluation de sévérité du trouble. Cette échelle a été initialement développée par Weathers et al. en 1993¹³⁷. Elle a été actualisée depuis la nouvelle version du DSM pour inclure les nouveaux symptômes du diagnostic.

L'échelle comprend 20 items correspondant aux 20 symptômes du DSM5 classés en quatre clusters : les reviviscences, l'évitement, les cognitions, humeurs négatives et l'hypervigilance. Chaque item est coté en 5 points allant de 0 à 4. Le score total est donc sur 80 points :

- 0 : pas du tout
- 1 : un peu
- 2 : parfois
- 3 : souvent
- 4 : très souvent

Plus le score est élevé, plus l'intensité des symptômes du trouble de l'état de stress post-traumatique est importante. Elle est validée en anglais et en français avec de bonnes caractéristiques psychométriques¹³⁸. Cette échelle est recommandée par le Dr Cottraux comme outil de suivi du trouble de stress post-traumatique dans le cadre d'une psychothérapie par thérapie cognitivo-comportementale¹³⁹.

1.1.4.7 Traitement

- Recommandations françaises et internationales :

Actuellement le traitement recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) (2017)¹⁴⁰ pour le traitement du TSPT est la psychothérapie. Le traitement de choix est la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) centrée sur le traumatisme ou la désensibilisation avec mouvements oculaires (EMDR : Eye movement desensitization and reprocessing).

Le traitement médicamenteux est quant à lui recommandé dans les formes chroniques durant depuis plus d'un an. La Paroxetine est la seule molécule ayant l'AMM dans cette indication.

Aux États-Unis, l'Américian Psychologist Association (APA) en 2017 a publié des recommandations¹⁴¹ avec un fort niveau de preuve. Celles-ci encouragent un traitement psychothérapeutique (cognitive behavioural therapy / cognitive processing therapy / cognitive therapy and exposure therapy) et comme traitement médicamenteux quatre molécules (Fluoxetine / Paroxetine / Sertraline / Venlafaxine). La Narrative exposure therapy apparait dans ces recommandations avec un niveau de preuve intermédiaire.

En Angleterre, en décembre 2018 le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) a mis à jour ses recommandations du traitement du TSPT¹⁴². Le traitement psychothérapeutique (cognitive processing / cognitive therapy for PTSD / narrative exposure therapy, prolonged exposure therapy) et médicamenteux (Venlafaxine ou un autre ISRS) sont là aussi recommandés. De plus, la NICE évoque l'intérêt d'un traitement préventif avec la Narrative Exposure Therapy (NET) par exemple. Des recherches sur cette thérapie sont encouragées.

Ici ne seront pas développés tous les traitements à disposition, ceci n'est pas une liste exhaustive. Cette partie s'appuie, entre autres, sur le rapport du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de la Langue Française et sur les recommandations de l'association des médecins psychiatres du Québec. Wissam el-Hage et Mathieu

Bilodeau ont synthétisé ce rapport dans un ouvrage intitulé Stratégies thérapeutiques des traumatismes¹⁴³.

De plus, le traitement par NET fera l'objet d'un chapitre spécifique ultérieur.

- Traitement psychothérapeutique :
 - La thérapie des processus cognitifs

La thérapie des processus cognitifs est actuellement classée parmi les thérapies les plus recommandées dans le traitement du TSPT. Elle se fonde sur le modèle social cognitif et utilise les « schémas cognitifs ». Pour Horowitz, théoricien social cognitif, lorsqu'il y a exposition à un traumatisme l'information reste dans la mémoire active jusqu'à être intégrée aux schémas cognitifs de base. C'est ce qu'on nomme la « tendance à l'achèvement ». La thérapie des processus cognitifs cherche à favoriser l'intégration de l'information traumatique.

C'est une thérapie individuelle ou de groupe qui se compose d'une douzaine de séances durant 60 à 90 minutes. Son déroulement est décrit dans l'ouvrage de Manuel et Resick¹⁴⁴ initialement développé pour les victimes de viol. Les trois étapes de la thérapie sont les suivantes :

- La psychoéducation et l'observation
- La remise en question
- Le changement et la résolution

Concernant son efficacité, cette thérapie a prouvé lors d'essais cliniques randomisés sa supériorité par rapport à l'absence d'intervention et à d'autres thérapies¹⁴⁵. Elle montre une diminution des symptômes¹⁴⁶ mais aussi une diminution des symptômes dépressifs¹⁴⁷. De plus, avec une modification des schémas cognitifs

pathologiques, la thérapie a également une influence sur des émotions comme la colère ou la culpabilité. Ces deux derniers symptômes sont souvent résiduels après traitement¹⁴⁸.

- La thérapie par exposition prolongée

La thérapie par exposition prolongée est actuellement, avec la thérapie précédente, le gold standard du traitement de première ligne du TSPT. Elle a été développée par Foa et al. et se fonde sur le modèle théorique de l'intégration émotionnelle et sur le concept de structure de la peur⁷⁹.

Le traitement consiste à activer les éléments de structure de la peur pathologique dans un lieu de sécurité et de modifier les caractéristiques erronées. Un manuel thérapeutique¹⁴⁹ à l'intention des thérapeutes a été mis au point en 2007 par les auteurs. Il préconise dix séances de 90 minutes hebdomadaires ou bi-hebdomadaires. La thérapie comporte de la psychoéducation sur le TSPT, des exercices de respiration, de l'exposition en imagination et de l'exposition in vivo. Les principales contre-indications à l'utilisation de cette technique sont les idées suicidaires actives, les comorbidités psychiatriques décompensées.

Concernant les données de la littérature, l'exposition prolongée est la thérapie qui a fait l'objet de plus d'essais cliniques concernant son efficacité. En 2010, on retrouve une méta analyse¹⁵⁰ regroupant 13 études incluant un total de 675 participants. On retrouve une disparition des symptômes chez 50 à 70%¹⁵¹ des patients traités après la thérapie avec un effet qui perdure dans le temps. Concernant son acceptabilité, c'est une thérapie bien tolérée avec un taux d'abandon comparable aux autres thérapies utilisées dans le traitement du trauma¹⁵².

- La thérapie par Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Faisant l'objet de controverses depuis plusieurs années, la thérapie par EMDR a été développée par Francine Shapiro à partir d'une découverte fortuite en 1987. Cette technique se base sur le modèle théorique adaptatif du traitement de l'information.

Par une stimulation sensorielle bi-alternée par mouvements oculaires, une intégration neuro-émotionnelle du souvenir traumatique peut avoir lieu.

Le protocole décrit dans l'ouvrage de Francine Shapiro¹⁵³ se compose de huit phases distinctes que sont :

- Recueil et histoire du patient
- Préparation
- Évaluation
- Désensibilisation
- Installation
- Scanner corporel
- Clôture
- Réévaluation

Une vingtaine d'études valident l'EMDR comme traitement au moins aussi efficace que les TCC centrées sur le trauma¹⁵⁴. Une méta-analyse de Bisson et al. en 2007¹⁵⁵ classe l'EMDR et la thérapie d'exposition comme les deux thérapies les plus efficaces sur les symptômes de TSPT.

Plus récemment, une revue de la littérature par Wilson et al. en 2018¹⁵⁶ conclut à l'efficacité de l'EMDR sur le traitement du TSPT mais encourage de nouvelles études avec des échantillons plus importants.

Ce traitement demeure aujourd'hui controversé bien que les récentes études concluent à son efficacité et il reste aujourd'hui un traitement recommandé dans le traitement du TSPT.

- Autres psychothérapies utilisées

Il existe d'autres psychothérapies utilisées dans le traitement du TSPT. Elles sont plus ou moins validées par des essais cliniques randomisés. Il y a la thérapie narrative¹⁵⁷, l'hypnose¹⁵⁸ et les thérapies de groupe¹⁵⁹ pour n'en citer que quelques-unes.

- Le traitement médicamenteux :

- Les antidépresseurs

La classe thérapeutique recommandée en première intention dans le traitement du trouble de stress post-traumatique est la classe des antidépresseurs de type inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine¹⁶⁰. Les recommandations de VaDoD (Department of Veterans Affairs and Department of Defense) publiées en 2019 dans le JAMA¹⁶¹ citent quatre molécules que sont : la Fluoxetine, la Paroxetine, la Sertraline et la Venlafaxine.

Elles seraient efficaces sur l'hypervigilance, les reviviscences, l'évitement et l'émoussement affectif. Elles entraîneraient une rémission dans 30 à 50% des cas¹⁶². Une étude chinoise multicentrique de 2017¹⁶³ montre l'efficacité significative de la Sertraline sur le score IES-R par rapport au placebo après un traitement de douze semaines à une posologie de 135mg/j. Il n'y aurait pas de différence d'efficacité prouvée entre ces quatre molécules de la même classe¹⁶⁴.

Cependant, aucune étude ne prouve la supériorité des traitements médicamenteux actuels par rapport à la psychothérapie¹⁶⁵. De plus la combinaison psychothérapie plus antidépresseur ne s'est pas montrée plus efficace que la psychothérapie seule¹⁶⁶.

Concernant les autres classes d'antidépresseurs, celles-ci ne sont pas indiquées en monothérapie de première intention en raison de leur faible efficacité prouvée par rapport à leurs effets secondaires. Certaines molécules sont citées dans la littérature en deuxième intention en cas de TSPT résistant. Parmi celles-ci, il y a la

Mirtazapine¹⁶⁷. Cette dernière a aussi été testée en adjonction à un ISRS comme ayant une efficacité supérieure à un ISRS seul¹⁶⁸.

- Les antipsychotiques atypiques

Certaines sociétés savantes les recommandent en traitement de deuxième ou troisième intention du TSPT résistant. Ils sont rarement utilisés en monothérapie.

Deux méta-analyses, Pae et al. en 2008¹⁶⁹ et Han et al. en 2014¹⁷⁰ retrouvent une efficacité sur les symptômes de TSPT. Cependant peu d'essais cliniques y sont analysés. Les résultats restent à interpréter avec prudence en raison entre autres des effets secondaires de ces traitements. Les principales molécules étudiées sont l'Olanzapine, la Risperidone et l'Aripipazole.

Ils peuvent être utilisés en adjonction au traitement du TSPT en cas de manifestations psychotiques associées. Une étude chinoise a été conduite en 2019¹⁷¹ sur l'efficacité d'adjonction d'un antipsychotique atypique sur les hallucinations acoustico-verbales chez des patients avec un diagnostic de TSPT. 115 patients ont été traités par Aripipazole en plus de leur traitement et les auteurs concluent à une réduction des symptômes hallucinatoires.

- Les agents anti-adrénergiques

Les anti-adrénergiques ont été développés dans le traitement du TSPT pour diminuer l'hyper-activation neuro végétative et donc réduire les manifestations cliniques de stress, les cauchemars et les reviviscences.

La Prazosine est un anti-hypertenseur antagoniste des récepteurs alpha 2 adrénergiques ; elle est la molécule la plus étudiée dans cette indication. Elle est souvent utilisée en pratique clinique pour traiter les cauchemars traumatiques. Cependant, les résultats de la littérature sont contradictoires concernant son efficacité par rapport à un placebo. Une méta analyse de 2016 retrouvait une efficacité significative sur les troubles du sommeil dans le TSPT¹⁷², alors qu'une étude récente

de 2018¹⁷³ ne retrouve pas de gain par rapport à un placebo sur 304 vétérans américains.

En raison de ces résultats contradictoires, la Prazosine n'est pas recommandée par les différentes sociétés savantes même si elle est souvent utilisée en pratique courante.

- Les anxiolytiques

Comme dans la phase aiguë post exposition à un évènement traumatique, les benzodiazépines ne sont pas recommandées et le traitement symptomatique de l'anxiété est à traiter par Hydroxyzine.

- Pistes de traitement :

Le traitement du TSPT est actuellement étudié de nombreuses recherches. Plusieurs molécules font actuellement l'objet d'études scientifiques. La tendance actuelle est à la potentialisation de la psychothérapie par des thérapeutiques médicamenteuses. On appelle cela la « *Thérapie chimio facilité* ».

- Thérapies chimio-facilité Propranolol
- Kétamine
- MDMA
- Réalité virtuelle

1.2 Le trouble de stress post-traumatique et sa prise en charge chez les réfugiés et demandeurs d'asile

1.2.1 Le phénomène migratoire

1.2.1.1 Définitions autour de la migration

La migration désigne le mouvement de personnes quittant leur lieu de vie habituel. Il convient tout d'abord de définir les principaux termes utilisés.

- **Migrant** : d'après les Nations Unies, « *toute personne qui a résidé dans un pays étranger depuis plus d'une année, quelles que soient les causes volontaires ou involontaires, du mouvement, et quels que soient les moyens, réguliers ou irréguliers, utilisés pour migrer* ».
- **Immigrant** : d'après les Nations Unies, « *d'un point de vue du pays d'arrivée, personne qui se rend dans un pays autre que celui de sa nationalité ou de sa résidence habituelle, de sorte que le pays de destination devient effectivement son nouveau pays de résidence habituel* »¹⁷⁴.
- **Demandeur d'asile** : selon le Haut-Commissariat des Nations Unies aux réfugiés, « *personne au sens juridique qui a fait une demande de protection, en application de l'article 1^{er} A2 de la convention de Genève du 28 juillet 1951*¹⁷⁵, *dans le pays de refuge* ».
- **Apatride** : d'après l'article premier de la Convention des Nations Unies relative au droit des apatrides, « *personne qu'aucun État ne considère comme son ressortissant par application de sa législation* ».
- **Réfugié** : statut juridique reconnu par l'Office Français de protection des réfugiés et des apatrides (OFPRA) en application de la convention de Genève de 1951 qui dispose que « *le terme réfugié s'applique à toute personne craignant d'être persécuté de fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité,*

de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, qui 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 se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suites de tels évènements, ne peut ou, en raison de la dite crainte, ne veut y retourner ».

1.2.1.2 La crise migratoire européenne

La crise migratoire européenne¹⁷⁶ est un terme apparu dans les journaux et discours politiques à l'été 2015 pour caractériser l'augmentation du nombre de migrants arrivant en Union Européenne depuis les années 2010. C'est une des plus importantes crises migratoires de l'histoire contemporaine et elle est marquée par l'arrivée de migrants via la mer Méditerranée et les Balkans. Ce phénomène est dû entre autres à la situation politique en Turquie, à l'aggravation du conflit en Libye, à l'insécurité en Afghanistan. Cette crise connaît un pic d'intensité en 2015 avec l'arrivée massive de réfugiés de la guerre civile syrienne.

L'augmentation du nombre de migrants en France représente un vrai enjeu de santé publique et demande une adaptation politique, sociale et médicale¹⁷⁷.

1.2.1.3 Le droit d'asile et le parcours juridique

- Droit d'asile international

La Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée le 10 décembre 1948 par les 58 États membres que constituait alors l'Assemblée générale définit déjà le droit d'asile international. L'article 14.1 dispose que « *devant la persécution, toute personne a le droit de chercher l'asile et de bénéficier de l'asile en d'autres pays* »¹⁷⁸.

Quelques années plus tard, l'Organisation des Nations Unies produit un texte de droit international qui définit ce qu'est un réfugié, quels sont ses droits et quelles sont les obligations des États signataires à son égard. La Convention de Genève relative au statut des réfugiés¹⁷⁵ est adoptée le 28 juillet 1951 et régit encore le statut de réfugié d'un point de vue international. En 1967, le Protocole relatif au statut des réfugiés la complète. Elle représente le principal cadre juridique de définition du droit d'asile dans les États signataires.

À l'échelle internationale, les réfugiés sont placés sous la protection du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés .

- Histoire du droit d'asile

Les origines du droit d'asile remontent à la Grèce Antique. L'ancêtre de l'asile se présente comme « *une immunité accordée à des personnes coupables ou non, poursuivies par des ennemis* »¹⁷⁹. La protection accordée possède une dimension politique mais aussi religieuse.

Secondaire aux traditions antiques et médiévales, le droit d'asile contemporain se développe dans le contexte de l'après-guerre tout d'abord dans les années 1920 avec le démantèlement des empires Ottoman, Allemand et Austro-Hongrois puis après la Seconde Guerre mondiale avec la création du Haut-Commissariat aux Réfugiés (HCR) en 1950 et la Convention de Genève en 1951.

Dans la première version du texte de la Convention de Genève, celui-ci ne concerne que les Européens, il faudra attendre le protocole de New York en 1967 pour que la définition s'étende géographiquement. Elle concerne actuellement 142 pays signataires¹⁸⁰.

La définition du droit d'asile par le Convention de Genève a été élaborée dans un contexte politique particulier, celui de la guerre froide¹⁸¹. Elle n'est pas neutre et soutient une conception individualiste (celui qui demande l'asile le fait à titre individuel et non à travers celui d'un groupe) et une conception universaliste (car elle s'applique à tous les persécutés du monde).

Bien qu'institutionnalisé, le droit d'asile n'a cessé d'évoluer depuis plusieurs décennies. En 2007, la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA) est créée pour remplacer la Commission de Recours des Réfugiés (CRR) concernant la gestion des recours après une décision négative de l'OFPRA. Cette nouvelle institution se montre indépendante de la dernière et dépend désormais du Conseil d'État¹⁸².

- Les instances du droit d'asile français

Le service de l'asile est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique française en matière d'asile. Il participe aux négociations européennes et s'appuie sur différents acteurs :

- **L'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) :**
Établissement public administratif fondé par la loi du 25 juillet 1952, initialement placé sous tutelle administrative du Ministère des Affaires étrangères, il dépend depuis 2010 de la tutelle du Ministère de l'Intérieur.
La principale mission de cette instance est l'instruction de la procédure d'asile¹⁸³. L'OFPRA a aussi pour mission de reconnaître le statut de réfugiés, d'accorder le bénéfice de la protection subsidiaire et d'apatride. Il exerce également la protection juridique et administrative des personnes bénéficiant d'un des trois statuts précédemment cités.
- **La Cour nationale du droit d'asile (CNDA) :**
Juridiction administrative, la CNDA est placée sous l'autorité du Conseil d'État. Elle a également été créée par la loi du 25 juillet 1952. Elle statue de façon collégiale sur les recours après rejet des demandes d'asile de la part de l'OFPRA. Elle peut donc annuler la décision de refus et reconnaître le statut de réfugié d'une personne ou lui accorder le bénéfice de la protection subsidiaire.
- **L'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) :**
Établissement public créé en 2009 à partir de l'Agence Nationale d'Accueil des Étrangers et des Migrants (ANAEM) et de l'Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des chances (ACSE)¹⁸⁴. Il est l'opérateur de l'État en charge

de l'intégration des migrants durant les cinq premières années de leur séjour en France. Il s'occupe de coordonner plusieurs domaines en matière d'asile tels que l'angle professionnel, familial, médical, d'accueil, d'intégration et d'accès au logement.

- **Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) :**

Programme de l'ONU créé en 1950, et basé à Genève. Il a pour but de protéger les réfugiés en veillant à l'application de la Convention de Genève.

Il comporte une délégation française qui participe aux réunions du conseil d'administration de l'OFPRA, qui est représenté dans les formations collégiales de la CNDA.

- **Les associations :**

Le système d'asile français s'appuie sur des partenaires associatifs (associations ou organisations non gouvernementales). À titre d'exemple, peuvent être citées France Terre d'Asile, Coallia, etc. Ces associations ont en charge entre autres la gestion des Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA).

• Les différents types de protection française

En France, L'OFPRA se prononce sur les différents types de protection¹⁸⁵. Il en existe actuellement trois dans le droit français :

- **Le statut de réfugié** : accordé par l'OFPRA en application de l'article 1A2 de la Convention de Genève du 28 juillet 1951. La protection juridique et administrative de la personne réfugiée se fait par l'OFPRA, sous le contrôle de la Cour Nationale du droit d'asile (CNDA). Le réfugié reçoit une carte de résident valable dix ans. Cette dernière est délivrée par la Préfecture, elle permet une résidence régulière en France, l'autorisation de travailler et l'accord de certaines prestations sociales.

- **La protection subsidiaire** : accordée par l'OFPRA à toute personne qui ne remplit pas les conditions pour obtenir le statut de réfugié mais pour laquelle il existe un risque réel dans son pays de subir l'une de ces atteintes graves :
 - o La peine de mort ou une exécution
 - o La torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants
 - o S'agissant d'un civil, une menace grave et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence qui peut s'étendre à des personnes sans considération de leur situation personnelle et résultant d'une situation de conflit armé interne ou international.

Introduite par la loi du 10 décembre 2003, les bénéficiaires de la protection subsidiaire reçoivent une protection juridique et administrative de l'OFPRA, sous contrôle de la CNDA. Ils se voient remettre une carte de séjour temporaire d'un an, renouvelable, portant la mention « vie privée et familiale ».

- **Le statut d'apatride** : accordé par l'OFPRA sous contrôle du tribunal administratif selon la Convention de New York du 28 septembre 1954 relative au statut des apatrides. Il concerne les personnes qui n'ont pas de nationalité et ne prend pas en compte les risques de persécution. Contrairement à la demande d'asile, le statut d'apatride ne permet pas un droit au maintien sur le territoire pendant l'instruction du dossier.

Les bénéficiaires se voient délivrer une carte de séjour temporaire valable un an et renouvelable, portant la mention « vie privée et familiale ». L'apatride peut solliciter la délivrance d'une carte de résident s'il justifie de trois années de résidence régulière en France.

- Parcours juridique de la personne demandeuse d'asile en France

Lorsque la personne souhaitant demander l'asile arrive en France¹⁸⁶, elle doit s'enregistrer auprès d'un guichet unique composé d'agents de la préfecture et d'agents de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII). Il existe en France 34 guichets uniques. La personne est reçue en entretien, pour une prise d'empreintes ainsi que pour savoir si la demande d'asile relève de la France ou d'un autre pays (procédure Dublin). Une attestation de demande d'asile est remise et doit

être renouvelée tous les mois ainsi qu'un formulaire de demande d'asile à compléter, à signer et à envoyer à l'OFPPRA dans les 21 jours. Au cours de la deuxième étape, l'agent de l'OFII, en fonction de la situation personnelle du demandeur, peut rechercher un lieu d'hébergement (CADA) et ouvrir ses droits à l'allocation pour demandeur d'asile (ADA).

Après réception du dossier par l'OFPPRA, le demandeur d'asile recevra une convocation par courrier simple pour un entretien à Paris. L'entretien se déroule dans la langue choisie par le sujet, celui-ci devra faire un récit de son parcours d'asile et justifier sa demande. En procédure normale, l'OFPPRA doit statuer dans les six mois à compter de son introduction devant l'Office ; cependant, il peut dans certains cas s'ajouter un maximum de 15 mois.

La décision de l'OFPPRA est ensuite envoyée en courrier postal recommandé avec accusé de réception. Si la réponse est négative, la personne dispose d'un délai d'un mois pour former un recours devant la CNDA.

Cette dernière convoquera alors le demandeur d'asile à une audience présidée par un magistrat. Elle comprend également une personne qualifiée nommée par le HCR.

La CNDA fait ensuite parvenir sa décision par courrier postale avec accusé de réception. Elle peut :

- Annuler la décision de rejet de l'OFPPRA et reconnaître la personne en qualité de réfugié ou bénéficiaire de la protection subsidiaire
- Annuler la décision de l'OFPPRA d'accorder la protection subsidiaire et accorder la qualité de réfugié
- Confirmer le rejet de l'OFPPRA
- Annuler la décision de l'OFPPRA et lui demander de réexaminer le dossier

Dans certains cas, pour motifs strictement juridiques, la décision de la CNDA peut faire l'objet d'un recours en cassation devant le Conseil d'État. Cette procédure est longue et n'empêche pas l'expulsion du territoire français. Elle nécessite un avocat spécialisé.

Voir annexe 4 déroulement de la procédure source

1.2.1.4 Description de la situation migratoire actuelle en France

- Chiffres clefs

Selon le rapport de l'Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides (OFPRA) du 12 juin 2019, en 2018, 123 625 demandes d'asile ont été enregistrées, ce qui représente une augmentation de 22,7% par rapport à l'année 2017 (100 755 demandes).

L'institution a rendu 99 598 décisions, accordant l'asile à 24 613 personnes. En 2017, l'OFPRA avait accordé l'asile à 23 958 personnes, il y a donc eu une augmentation de 2,7%.

Le nombre total d'attributions d'asile, en ajoutant celles du Centre National de Dépôt et d'Agrément (CNDA) et la protection subsidiaire s'élève à 33 300. Concernant l'origine des personnes demandant l'asile, on retrouve en 2018 en première position l'Afghanistan, puis la Guinée et l'Albanie (cf. graphique sur le droit d'asile de l'OFPRA).

1.2.2 Le trouble de stress post-traumatique chez les réfugiés et demandeurs d'asile

Dans la littérature, la migration apparaît comme un facteur de risque bien identifié de la pathologie mentale. Les problèmes psychiatriques incluent la rechute d'une pathologie déjà existante, le développement de pathologies liées aux conséquences de la guerre et du déplacement et la réaction aux nouvelles conditions de vie¹⁸⁷.

Toutes les prévalences de troubles mentaux sont augmentées dans la population migrante par rapport à la population native d'un pays¹⁸⁸. Les troubles les plus présents sont la dépression, le trouble de stress post-traumatique, le trouble anxieux et les troubles somatoformes¹⁸⁹, les addictions et le deuil pathologique¹⁹⁰.

Par exemple dans la population récente de réfugiés syriens, on retrouve une prévalence d'épisode dépressif caractérisé modéré et sévère de 14,5%¹⁹¹ en Allemagne à 44%¹⁹² en Grèce, et une prévalence de trouble anxieux allant de 13,5%¹⁹³ à 92%¹⁹¹.

1.2.2.1 Prévalence du trouble de stress post-traumatique

- Prévalence chez les réfugiés et demandeurs d'asile

Le parcours migratoire est bercé d'expositions à des événements potentiellement traumatogènes. Une étude réalisée en Grèce avec des réfugiés syriens retrouvait un taux d'exposition à un événement violent dans 80% des cas¹⁹³.

Concernant la prévalence du TSPT chez les réfugiés et demandeurs d'asile, les chiffres varient en fonction du pays d'accueil entre autres. En 2005, Fazel et al.¹⁹⁴ retrouvent une prévalence à 9% dans les pays occidentaux alors qu'en 2009, Steel et al.¹⁹⁵ reportent une prévalence de 31% dans le monde entier. Une récente méta-analyse des survivants de la guerre indique une prévalence de TSPT de 24% chez les réfugiés. On remarque quel que soit le chiffre rapporté une augmentation significative par rapport à la prévalence du trouble dans la population générale des pays occidentaux qui se situe aux alentours de 1 à 2%¹¹⁴.

De plus, il y a une aggravation de la symptomatologie à l'arrivée dans le pays d'accueil que les anglo-saxons nomment « désillusion »¹⁹⁶. Les facteurs de risque d'aggravation du psychotraumatisme retrouvés par Aragona¹⁹⁷ sont :

- L'isolement
- Le faible accès à un service médical d'urgence
- Le manque de counseling

Ces trois facteurs sont fréquemment retrouvés chez les réfugiés et les demandeurs d'asile et l'arrivée dans le pays d'accueil paraît être le moment le plus propice à une intervention.

- Sous-groupes à risque identifiés

Parmi les réfugiés et demandeurs d'asile, il existe des sous-groupes identifiés comme encore plus à risque.

- Demandeurs d'asile par rapport à réfugié¹⁹⁸ : en effet, le statut juridique influe sur la symptomatologie du trouble de stress post-traumatique. En raison de l'incertitude du devenir et de la complexité des démarches administrative, le statut de demandeur d'asile aggrave le tableau clinique par rapport aux réfugiés¹⁹⁹.
- Survivants de torture : de nombreux réfugiés et demandeurs d'asile ont été exposés à de la torture²⁰⁰. La violence intentionnelle est un facteur de gravité bien identifié du TSPT. Cette population constitue un groupe spécifique à risque et nécessite une prise en charge spécialisée. Le tableau clinique est marqué par un TSPT sévère, souvent résistant et des plaintes somatiques non expliquées²⁰¹.
- Enfants : Ils représentent un groupe à risque en raison de l'âge précoce d'exposition²⁰². D'ailleurs la moitié d'entre eux ne peuvent poursuivre leur scolarité. Les symptômes les plus souvent retrouvés de psycho traumatismes sont la peur persistante, les troubles du sommeil, la tristesse de l'humeur, les accès de colère, parfois un mutisme ou des symptômes somatiques²⁰³.
- Victimes de violences sexuelles²⁰⁴ et les personnes LGBT : ces personnes représentent un sous-groupe important de la population réfugiée, ils sont souvent encore plus exposés aux événements traumatogènes. Ils sont souvent persécutés à cause de leur agression ou de leur orientation sexuelle. Ils subissent parfois du rejet de la part de leur communauté diminuant le soutien social²⁰¹.

1.2.2.2 *Caractéristiques*

Comme vu précédemment, le TSPT est plus fréquent chez les personnes réfugiées et demandeuses d'asile par rapport à la population générale ; il présente également certaines spécificités que sont son caractère complexe et son retentissement fonctionnel.

- Le traumatisme complexe

Le psycho traumatisme complexe est une notion qui dépasse les classifications actuelles. Son ajout a été questionné pour la dernière édition du DSM mais il n'en fait actuellement pas parti.

C'est à Léonor Terr¹⁷ qu'on doit la classification des psycho traumatismes en deux groupes :

- Traumatismes de type 1 : causés par un évènement traumatique unique avec un commencement net et une fin claire.
- Traumatismes de type 2 : évènement qui s'est répété, qui a été présent constamment ou qui a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période de temps.

Quelques années plus tard, Judith Herman, professeur à la Harvard Medical School définit ce concept de traumatisme complexe²⁰⁵ comme « *Le résultat d'une victimisation chronique d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes* ».

On retrouve également dans le DSMIV la notion de DESNOS²⁰⁶ (Disorder of Extrem Stress Not Otherwise Specified) affectant les adultes ayant subi des traumatismes répétés pendant l'enfance. Cependant, les essais menés sur le terrain pour tester la validité de la construction ne justifiait pas un diagnostic indépendant.

L'existence d'un TSPT complexe est cependant plus explicitement retrouvée dans la CIM²⁰⁷. Outre le tableau de TSPT, on y retrouve des perturbations dans la régulation des émotions, une baisse de l'estime de soi et des difficultés relationnelles.

Dans le cas de la sous population réfugiée et demandeuse d'asile, le TSPT complexe est le plus représenté²⁰⁸. Il est en effet difficile pour les personnes d'identifier un traumatisme unique. Le vécu de la guerre, des persécutions, puis le parcours migratoire entraîne une répétition d'exposition à des évènements traumatiques multiples.

- Retentissement fonctionnel

Le trouble de stress post-traumatique est un trouble psychiatrique pouvant être invalidant sur le plan fonctionnel. Il est souvent associé à des troubles psychiatriques co-morbides et peut favoriser le repli sur soi, peut rendre le travail difficile et les relations aux autres compliquées.

Chez les réfugiés et demandeurs d'asile, ces difficultés fonctionnelles sont particulièrement handicapantes à l'arrivée dans le pays d'accueil où la personne doit faire des démarches administratives, apprendre une nouvelle langue, s'intégrer.

De plus, le TSPT peut avoir un impact sur la capacité d'un individu à obtenir l'asile ou non. En effet, le récit de l'OFPRA est un exercice particulièrement difficile, voire impossible, pour quelqu'un souffrant d'un TSPT sévère. Plusieurs études¹⁹⁹ identifient ces facteurs post-migration comme aggravant le tableau clinique et empêchant le rétablissement des sujets. Ils suggèrent la mise en place d'interventions spécifiques et un parcours d'asile visant à réduire le stress post-migration et à augmenter le soutien aux personnes¹⁹⁶.

En plus d'un éventuel TSPT, les personnes concernées cumulent également fréquemment des vulnérabilités sociales²⁰⁹ comme l'absence de logement, le manque de ressources financières, l'isolement social, l'instabilité du statut de protection, la non maîtrise de la langue, etc. Ces vulnérabilités sociales sont un facteur pronostic défavorable pour l'évolution du TSPT.

1.2.2.3 *Traitement*

Si la population réfugiée et demandeuse d'asile a plus de TSPT avec une clinique spécifique et un retentissement fonctionnel majeur, il convient de réfléchir à une prise en charge adaptée à cette sous-catégorie de la population particulièrement vulnérable.

- Accès aux soins

D'un point de vu international, l'accès aux soins pour tous est un droit fondamental. Dans sa Constitution, l'OMS dispose que « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain* ».

D'un point de vu national, en France les personnes migrantes peuvent avoir accès aux soins par l'AME (Aide Médicale d'État) en justifiant de trois mois de résidence irrégulière sur le territoire, ou de la CMU (Couverture Maladie Universelle) maintenant remplacée par la protection universelle maladie (PUMA) pour les personnes en situation régulière présentes depuis plus de trois mois en France ou avec une demande d'asile en cours d'instruction.

Même si juridiquement des dispositifs sont mis en place pour que toutes les personnes puissent accéder aux structures de « droit commun », l'accès égalitaire²¹⁰ à des soins de qualité pour les personnes migrantes est dans les faits une question bien plus épineuse que présentée²¹¹. En effet, selon Anne Cécile Hoyez, chercheuse au CNRS, « *les constats sur les décalages entre la façon dont sont édictés les droits des migrants et la façon dont ils sont appliqués sont de mieux en mieux connus* »²¹².

Dans le rapport du COMEDE²¹³ (Comité pour la santé des exilés) de 2015, sont listés les obstacles à l'accès aux soins des exilés. Y sont évoqués principalement des restrictions légales et administratives pour l'accès à la protection maladie, des difficultés de traduction et de communication et des discriminations au sein des

dispositifs. Les demandes d'AME et de PUMA sont des procédures administratives complexes et les personnes concernées n'ont régulièrement pas de « droits ouverts ».

En plus, des difficultés d'accès aux soins de façon administrative, la prise en charge psychique des personnes migrantes est insuffisamment développée en France actuellement. Les Centres Médico-Psychologiques assurant l'accueil des personnes nécessitant un suivi psychiatrique et ou psychologique sont peu spécialisés dans la prise en charge des populations migrantes et ont souvent peu de moyens pour les accompagner (difficulté d'accès aux traductions, délais très longs, manque de personnel).

Dans la littérature scientifique²¹⁴, les principales barrières identifiées dans l'accès aux soins mentaux de cette population sont :

- Le manque de connaissance concernant le système de soin du pays d'accueil
 - La barrière de la langue
 - Le manque de confiance dans l'institution
 - La représentation de la maladie mentale
 - Le peu de considération culturelle
 - Une mauvaise expérience avec l'interprétariat / le manque d'interprétariat
 - Le temps d'attente
 - Les problèmes de remboursement et de protection sociale
-
- Outils spécifiques

Alors que le trouble de stress post-traumatique est plus fréquent chez les personnes réfugiées et demandeuses d'asile et qu'il se distingue par certaines spécificités, le développement d'outils adaptés à sa prise en charge paraît être nécessaire.

Actuellement, il y a peu de recommandations spécifiques avec des lignes directrices (guidelines) établies pour prendre en charge cette population. De nombreuses études voient le jour pour obtenir des preuves scientifiques de l'efficacité des différentes thérapies. La NICE²¹⁵ (recommandations psychiatriques anglaises) en 2018 a par

exemple encouragé le développement de la recherche sur le NET pour la population migrante. Thompson et al. en 2018²¹⁶, identifient ce manque de recommandations et réalisent une étude pour montrer que cette population peut elle aussi bénéficier de soins de psychothérapie. Ils établissent à travers une méta-analyse que les thérapies centrées sur le traumatisme comme la NET ou la TCC semblent être les plus efficaces.

S'il manque actuellement une prise en charge adaptée au sein du système public hospitalier français, de nombreuses initiatives locales se sont formées pour prendre soin de cette population et ont développés des outils spécifiques. Par exemple à Marseille, l'association Osiris prend en charge les personnes victimes de torture et de répression politique. Ils ont en 2013 établi un projet thérapeutique²¹⁷ pour développer les outils qu'ils utilisent dans la prise en charge des personnes accueillies.

Le Centre Primo Levi et Médecins du Monde, tous deux engagés dans l'accueil des réfugiés ont également écrit un rapport²¹⁸ sur la souffrance psychique des exilés. Ils y pointent le manque de recours à l'interprétariat, la nécessité de pluridisciplinarité et de travail en réseau, l'accès difficile à une couverture maladie, etc. Ils dressent une liste de recommandations insistant sur la nécessité de développer des outils spécifiques et d'améliorer les conditions d'accueil ainsi que l'information.

1.2.2.4 Importance du soutien psychosocial

Sur le parcours de vie d'une personne réfugiée ou demandeuse d'asile, il y a de façon quasiment constante une dislocation de sa structure familiale et communautaire. On parle en langage courant de « personne déracinée ». Comme vu précédemment, le soutien psychosocial est d'ailleurs un facteur pronostic majeur pour l'amélioration d'un TSPT, mais aussi de manière plus globale pour un rétablissement de la personne et pour son processus de résilience²¹⁹.

L'expression « *santé mentale et soutien psychosociale* » (SMSPS) décrit un ensemble de mesures prises face à des problèmes sociaux, psychologiques ou psychiatriques qui préexistent ou qui sont induits par des situations d'urgence, selon la définition de l'OMS en 2012²²⁰. L'UNHCR (United Nations High Commissioner for

Refugees) encourage son développement et publie en 2013 des directives opérationnelles²²¹. Ces dernières se composent par exemple de notions comme celle d'évaluer les besoins et les ressources, d'utiliser une approche systémique et d'employer des approches communautaires et participatives.

Dans le cadre du psycho traumatisme, les principaux principes²²² retrouvés pour guider les interventions chez les réfugiés sont :

- Promouvoir une intégration sociale (éducation, réduction de l'isolement, augmentation des liens sociaux)
- Surmonter les barrières du care (psycho-éducation, information, coordination)
- Faciliter l'engagement dans les services de soins (interprètes, personnel formé à la culture de la personne)
- Prendre en charge les mémoires traumatiques.

En 2014, Jong et al.²²³ réalisent une étude comparant différents dispositifs de soutien psychosocial. Ils analysent 16 études et insistent sur l'importance de dispositifs adaptés à la culture pour être efficaces sur le TSPT, la dépression et l'anxiété. La majorité des programmes sont dispensés par des non-professionnels de santé mentale dans des contextes de conflits encore actifs.

En 2017, une méta-analyse est conduite par Nosè et al.²²⁴ dans des pays à revenus élevés. L'utilisation d'interventions psychosociales précoces centrées sur le traumatisme, dont la Narrative Exposure Therapy, sont pour les auteurs le moyen de traitement le plus efficace du trouble de stress post-traumatique dans cette population. En 2019, Turrini et al.²²⁵ arrivent aux mêmes conclusions que Nosè en montrant également une efficacité sur les symptômes dépressifs et les troubles anxieux.

1.2.3 La Narrative Exposure Therapy un traitement prometteur :

La Narrative Exposure Therapy est une méthode de traitement du TSPT, « *elle agit au niveau individuel en encourageant le récit du traumatisme et en ré expérimentant les événements traumatiques dans un cadre d'exposition en imagination* »²²⁶.

1.2.3.1 Historique

Franck Neuner, professeur de psychologie, Thomas Elbert et Maggie Schauer dans les années 2000 ont mis au point la Narrative Exposure Therapy à l'Université de Constance en Allemagne²²⁷. Spécialistes du TSPT, ils ont mis au point cette technique entre autres, pour les victimes de torture et de violences organisées. Elle a ensuite prouvé son efficacité sur le terrain chez les adultes, les enfants, les demandeurs d'asile et les réfugiés vivant dans des conditions instables.

Elle associe des caractéristiques de la thérapie par exposition (appartenant à la thérapie cognitivo-comportementale)¹³⁹ et l'utilisation de la thérapie par témoignage. Cette dernière a été développée par Lira et Weinstein (utilisant les pseudonymes Cienfuegos et Monelli) durant le régime de Pinochet au Chili²²⁸. Celle-ci s'adressait aux victimes de torture. Cette approche innovante dans les années 1970, avait un double objectif : politique et psychologique. Il cherchait à réduire les symptômes de traumatisme psychique mais aussi à dénoncer les violences perpétrées par le régime en place.

1.2.3.2 Bases théoriques

Cette psychothérapie se fonde sur différentes bases théoriques que sont :

- Emotionnal processig theory (Foa and Rathbaum, 1998⁷⁹)
- Dual representation theory (Brewin 1996⁸³)
- Ehlers and Clarks cognitive model (Ehlers et al, 2005⁸⁴)

Ces trois modèles ont précédemment été développés dans ce travail (voir 1.1.4.2 partie modèles cognitifs et comportementaux).

1.2.3.3 Caractéristiques

Cette psychothérapie présente plusieurs caractéristiques, intéressantes notamment dans le traitement des réfugiés et demandeurs d'asile.

- Brève : les auteurs, dans leur ouvrage de référence, recommandent 8 à 12 séances de 120 minutes. Cependant, on retrouve dans la littérature une efficacité probable à partir de 4 séances²²⁹.
- Accessible à tous : la tradition orale est commune à toutes les cultures et ne requiert aucun niveau d'éducation minimum²³⁰.
- Adaptée aux enfants : technique appelée « KidNET »²³¹.
- Efficace sur le traumatisme complexe : n'est pas développée comme beaucoup d'autres thérapies sur un traumatisme simple et unique.
- Pratiqué par des non-soignants après une formation : intérêt de former des travailleurs pairs qui partagent la même culture, les mêmes traditions et qui permet une identification au thérapeute. De plus, la formation de non-soignants est intéressante dans un contexte où il faut traiter un grand nombre de sujets.
- Possible dans un environnement précaire : initialement testée dans des camps de réfugiés en Afrique.
- Produit un récit écrit : remis à la personne concernée, il peut être utile dans le parcours juridique de la demande d'asile ou la reconnaissance d'un titre étranger malade.

1.2.3.4 Facteurs thérapeutiques

Les facteurs thérapeutiques développés de la NET sont les suivants ²²⁶ :

- Une restauration chronologique de la mémoire autobiographique : quand elle est souvent fragmentée dans un contexte de traumatisme complexe
- Exposition prolongée aux souvenirs de la mémoire chaude dans un environnement sécurisant (secure) pour diminuer la charge émotionnelle et anxieuse liée à ces souvenirs.
- Mise en lien des réponses psychophysiologiques et somato-sensorielles aux contextes spatiotemporels et biographiques.
- Réévaluation cognitive des comportements et des patterns avec réinterprétation des significations erronées.
- Restauration de l'estime de soi avec la reconnaissance par le témoignage.

1.2.3.5 Principe et déroulement

Ce chapitre s'appuie sur *La thérapie par exposition à la narration de Schauer, Neuner et Elbert, Manuel de traitement de l'état de stress post-traumatique après la guerre, la torture et la terreur* de Zech et Vandenbussche²²⁶.

Concernant l'organisation des séances, idéalement leur nombre sera fixé au début de la thérapie. Le nombre de séances dispensées dans les différentes études varient entre 4 – dans des conditions extrêmes (camp de réfugié)²²⁹ – et 12 pour des victimes de torture²²⁷.

La première séance est prévue pour établir le diagnostic de TSPT, pour faire de la psychoéducation, pour expliquer la thérapie et obtenir l'adhésion du patient. Lors de cette séance inaugurale, le thérapeute peut commencer par se présenter, expliquer le but de son travail et rappeler le cadre éthique. Il convient ensuite de réaliser une observation clinique avec confirmation d'un diagnostic de TSPT. Pour cela, l'utilisation d'échelles est conseillée. Si la NET peut être dispensée par un non-médecin, il est rappelé que cette première séance doit s'effectuer avec un professionnel de santé (anamnèse, entretien clinique structuré, diagnostic, contre-indications éventuelles).

La psychoéducation comprend certains éléments²²⁶ :

- La normalisation des symptômes ressentis
- La légitimation des symptômes et leur explication psychopathologique
- La description des réactions traumatiques
- L'explication de la thérapie : déroulement, bases théoriques, schéma du phénomène d'exposition / habituation

Après ces explications, il conviendra de demander au patient s'il est d'accord pour s'engager dans la thérapie.

La deuxième séance permet de construire la ligne de vie et de commencer le récit de vie. Avant de commencer la narration, il est opportun de rappeler au patient en quoi va consister la séance du jour et également de laisser libre cours à ses éventuelles questions.

Le début de récit se fait sur les premiers souvenirs du patient. Il s'agit pour le patient de décrire son enfance, l'environnement familial, le domicile. Il ne s'agit pas seulement de recueillir des faits mais également d'encourager le traitement émotionnel. Le temps passé à cette période pré-traumatique dépend du temps disponible pendant la séance et de l'âge du premier événement traumatique de la vie du sujet. Il est important de décrire cette période de l'enfance en y associant des émotions positives, des souvenirs heureux.

Cette séance de récit de vie doit permettre d'identifier les différents traumatismes sans les développer pour le moment. Le sujet fera donc un récit chronologique de son histoire de vie. Avec le thérapeute, ils peuvent construire une ligne de vie (Life Line). Le sujet a un ruban (symbolisant la chronologie) et au fur et à mesure de son récit, il peut placer dans l'ordre chronologique des cailloux pour symboliser les événements traumatiques et des fleurs pour les moments heureux. Il peut nommer les différents événements ou ne pas le souhaiter pour l'instant. Une photographie de la construction est prise par le thérapeute, et il la réorganisera à l'identique avant chaque séance.

La troisième séance et les suivantes seront construites sur le même modèle : celui de l'évocation d'un souvenir traumatique. Avant le récit traumatique, il est important pour le thérapeute de clarifier la période pré-traumatique, de l'inclure dans une chronologie globale. Il faut ancrer le patient dans une dimension temporelle et spatiale : « *où viviez-vous à ce moment ?* », « *à quelle période/saison cela se passait-il ?* », « *où étiez-vous ?* », « *quel temps faisait-il ?* ».

Vient ensuite l'évocation du souvenir traumatique en tant que tel. Le thérapeute doit s'efforcer de ralentir la vitesse du récit ; l'anxiété étant plus intense et les stratégies d'évitement se mettant en place, le sujet va avoir tendance à aller plus vite. Le

thérapeute peut à ce moment aider le patient à se concentrer, à visualiser, à évoquer des détails. Le thérapeute doit aussi renforcer la sécurité en s'assurant que le patient est présent consciemment dans le présent et éviter les phénomènes de dissociation. Un des objectifs de la thérapie est de reconnecter les sensations, émotions, pensées de la mémoire chaude au déclaratif de la mémoire froide. Il s'agit de diminuer leur intensité pour les réincorporer dans la mémoire déclarative. Pour cela, plusieurs techniques peuvent être utilisées comme interroger sur la structure de peur par des questions directes ou le feedback de l'observation. Parfois, le récit pourra être interrompu par le patient en raison de la charge anxieuse trop importante. Il s'agit de caractériser les sensations ressenties pour les nommer et permettre au phénomène d'habituation de se mettre en place.

Il ne faut jamais interrompre une séance quand le patient n'est pas suffisamment remis de l'exposition au souvenir traumatique. Le thérapeute peut poser les questions suivantes : « *quand l'évènement s'est-il arrêté ?* » ; « *avec qui vous trouviez-vous ?* », « *quelles étaient les sensations ressenties ?* ».

Il est important ensuite, de s'assurer le patient est dans un état émotionnel calme, que son attention peut se focaliser sur d'autres éléments. Un peu de relaxation peut être indiquée.

Le temps de la narration est très important ; l'évènement doit être décrit au passé alors que les sensations ressenties pendant les séances peuvent être évoquées au présent. Il s'agit pour le thérapeute de bien marquer la différence entre l'évènement qui appartient au passé et l'ici et maintenant qui est un cadre de sécurité.

Entre les séances, le thérapeute devra retranscrire le récit. Il doit veiller à y inclure les émotions, les sensations, les cognitions, les pensées. Il sera écrit à la première personne du singulier et au passé. Ce récit sera relu au patient à chaque nouvelle séance, celui-ci pourra faire toutes les modifications qu'il juge nécessaire.

La dernière séance sera l'occasion de relire en entier le récit, d'y ajouter toutes corrections nécessaires. La lecture du récit devra avoir perdu l'impact émotionnel qu'il provoquait au départ. Le patient et le thérapeute signent le document terminé et écrit. Des fleurs peuvent avoir été disposées à la fin de la ligne pour représenter les « espoirs » et les « attentes futures ». Cette clôture de la thérapie peut être l'occasion pour le patient de verbaliser ses attentes et ses espoirs à venir.

1.2.3.6 Applications et preuves dans la littérature scientifique

De nombreuses études ont été conduites pour analyser l'efficacité de cette thérapie depuis le premier essai clinique en 2004²³² jusqu'à aujourd'hui. La NET a montré par des essais cliniques randomisés son efficacité sur la diminution des symptômes de TSPT, surtout parmi les réfugiés et demandeurs d'asile, mais des études avec un suivi dans le temps plus long et dans d'autres contextes restent à conduire.

Concernant ses applications, plusieurs sous-populations ont été étudiées et identifiées comme bénéficiant de la NET. Elles se caractérisent toutes par une exposition souvent multiple et répétée d'événements traumatiques. La NET semble donc intéressante chez :

- Les réfugiés et demandeurs d'asile en premier lieu : une majorité d'études a été réalisée sur cette sous-population. Elle a montré son efficacité sur ceux vivant maintenant dans des pays développés^{230,233,234} et aussi dans des pays en développement^{229,235-237}
- Les prisonniers et victimes de torture^{238,239}
- Les vétérans²⁴⁰⁻²⁴³
- Les personnes présentant un TSPT complexe²⁴⁴
- Les personnes vivant dans des contextes d'urgences humanitaires²⁴⁵ et victimes de catastrophes naturelles^{246,247}
- Les femmes victimes de trafics²⁴⁸ et de violences conjugales²⁴⁹
- Les personnes souffrant d'un diagnostic de trouble de la personnalité de type Borderline^{250,251}

- Les personnes âgées souffrant d'un TSPT²⁵²

Deux méta-analyse ont été publiées sur la NET. La plus récente est celle de Lely et al. en 2019²⁵³. Seize essais cliniques randomisés ont été inclus dans ce travail analysant les résultats de 947 participants. Des grandes tailles d'effets ont été retrouvées concernant les symptômes de TSPT (g de Hedge à 1,18 avec un intervalle de confiance à 95% de 0,87 à 1,50) suggérant une efficacité de la NET. Ces résultats prometteurs encouragent la poursuite d'études scientifiques sur cette thérapie.

La NET a également prouvé son efficacité chez les enfants souffrant de TSPT. Une version adaptée aux mineurs a été développée par Neuner, Schauer et Elbert en 2008 sous l'appellation « KidNET »²⁵⁴. On retrouve une diminution significative des symptômes dans un certains nombres d'essais cliniques randomisés et études^{255-260,260-263}.

Une études utilisant la NET auprès des mineurs non-accompagnés a été conduite en 2020 par Said et al.²⁶⁴.

2 – Objectifs

L'étude proposée s'attachera à étudier l'efficacité de la Narrative Exposure Therapy intégrée au sein d'un dispositif expérimental communautaire sur les symptômes de trouble de stress post-traumatique. Si cette thérapie allemande est souvent mentionnée et a été spécifiquement développée pour la population réfugiée, elle n'est que très peu utilisée en France et les essais cliniques l'étudiant sont encore peu nombreux et intègrent un faible nombre de participants. Comme précédemment exposé, le rétablissement des personnes réfugiées et demandeuses d'asile ne passe certainement pas exclusivement par la diminution des symptômes de TSPT. En ce sens, l'ajout du programme communautaire SINDIANE visant à une prise en charge globale de la personne avec des intervenantes paires ayant elles-mêmes expérimenté l'asile semble être une valeur ajoutée à l'étude. La faisabilité et l'acceptabilité de l'évaluation du dispositif SINDIANE ont été évaluées dans un précédent travail de thèse, par le Docteur Caroline Aubas.

L'hypothèse formulée est que la mise en œuvre par des intervenantes paires formées d'une thérapie par exposition à la narration (NET) auprès des femmes réfugiées syriennes du programme SINDIANE diminue l'intensité des symptômes de trouble de l'état de stress post-traumatique, comparativement aux sujets n'ayant pas bénéficié de ce dispositif.

D'un point de vue quantitatif, il s'agira d'évaluer l'efficacité de l'association « thérapie de type NET » et « soutien psychosocial communautaire du programme SINDIANE » (**groupe NET + SINDIANE**) en comparaison du « soutien psychosocial communautaire du programme SINDIANE » seul (**groupe SINDIANE seul**) pour des femmes réfugiées syriennes participantes et présentant des antécédents d'exposition à au moins un évènement traumatique, au regard :

- D'un objectif principal qui est la diminution du score d'intensité des symptômes (PCL-5) du trouble de stress post-traumatique.
- Et d'objectifs secondaires qui sont représentés par :

- La stabilité dans le temps de la diminution du score d'intensité des symptômes de TSPT à trois mois
- La diminution de l'intensité des comorbidités psychiatriques globales (RHS-15)
- L'amélioration des indicateurs de vécu : capacité d'agir autrement appelée empowerment (questionnaire GSE d'auto efficacité), qualité de vie (SF12).

D'un point de vue qualitatif, seront étudiés la représentation du programme, les connaissances et les besoins selon les usagers. Cela se fera au moyen d'une recherche-action alliant objectifs qualitatifs et recherche participative. L'outil utilisé sera le Photovoice, créé en 1990 par Caroline Wang et Mary-Anne Burris²⁶⁵. Il utilise la photographie comme outil d'évaluation, de collecte de données et de changement social. C'est une méthode d'évaluation qualitative qui reconnaît les membres d'une communauté comme des partenaires égaux tout au long de la recherche. Il est souvent utilisé pour des populations exclues et permet d'augmenter la capacité d'agir des participants²⁶⁶.

Ce volet qualitatif ne sera pas développé dans ce travail, il fera l'objet d'une autre thèse de médecine.

3 – Sujets et méthodes

3.1 Schéma de la recherche

Le plan expérimental choisi est celui d'un essai clinique ouvert, expérimental, randomisé, prospectif en simple aveugle.

Il a été choisi en raison de sa faisabilité et de sa puissance scientifique.

Il comparera les deux groupes suivants :

- Le groupe contrôle « SINDIANE seul »
Participation au programme SINDIANE en tant que bénéficiaires.
Chaque semaine un groupe de 8 à 10 personnes bénéficie d'ateliers offerts.
Les intervenantes sont : à titre principal, une psychologue spécialiste du trauma et des thérapies de groupe, une artiste qui a pratiqué l'art thérapie avec des femmes réfugiées syriennes et irakiennes à Istanbul. La psychologue et l'art-thérapeute sont elles-mêmes syriennes et respectivement réfugiée politique et demandeuse d'asile, et une juriste spécialiste de l'asile.

Concernant les ateliers et rencontres autour de la procédure d'asile :

- Deux séances pour expliciter les démarches, les enjeux de la procédure, menée par la juriste. Lors de ces séances, des questions juridiques plus générales sont abordées comme les droits des femmes, le divorce, la garde d'enfant, les outils juridiques face aux violences conjugales, etc.
- Deux séances autour du récit de vie. Séances de groupe visant à préparer la demande d'asile en redonnant sens à la narration.
- Deux séances de travail artistique permettant d'ajouter une dimension d'expression non verbale au travail entrepris. Elles sont menées par l'art-thérapeute par ailleurs artiste expérimentée.

Parmi les groupes, une à deux personnes sont repérées dès les premières séances pour leurs compétences administratives et juridiques. Ces personnes, si elles le souhaitent, recevront une formation

plus poussée de deux fois trois heures sur leurs droits, de manière à pouvoir être un relai de l'information pour le groupe, qui aura leurs contacts, mais aussi pour la communauté au sens plus large.

De plus, le travail d'empowerment aura pour but d'augmenter la capacité d'agir des bénéficiaires du programme, de favoriser le lien social, d'augmenter l'intégration dans une communauté et donc de réduire l'isolement social.

- Le groupe expérimental « NET + SINDIANE »

La personne incluse dans le groupe « NET+ SINDIANE » lors de la première séance est invitée à remplir et à signer un formulaire de consentement éclairé (**Annexe**) avec une intervenante paire qui lui explique le document. Un exemplaire est conservé pour l'étude, un autre lui est remis immédiatement.

Après l'inclusion, si la personne n'accède pas à l'intervention, elle sera relancée par l'intervenante paire par téléphone. Cette dernière veillera à ne pas être trop insistante pour ne pas compromettre une future participation.

La personne incluse rencontre le psychiatre lors de la première séance pour l'inclusion, et à la fin de la thérapie. Elle rencontre l'intervenante paire durant la première séance puis pour quatre séances supplémentaires hebdomadaires de thérapie par NET. Elle continuera en parallèle de participer aux différents ateliers du programme SINDIANE.

3.2 Sujets

La population cible est celle des personnes migrantes de nationalité non européenne, arabophones en demande d'asile ou réfugiées.

La population source est l'ensemble des femmes demandeuses d'asile ou réfugiées à Marseille, invitées à participer au programme SINDIANE après une information libre.

Le recrutement se fait en proposant à toutes les personnes du programme SINDIANE de participer à l'étude. Proposition faite par les animatrices des ateliers, par les

réseaux sociaux, par les discussions pendant des moments informels (déjeuner, dîner, temps partagés au local).

Les personnes qui rejoindront le programme SINDIANE seront systématiquement adressées par la coordinatrice au psychiatre investigateur avant le début des ateliers, pour qu'il puisse informer, et, en cas d'accord éclairé de la personne, inclure celle-ci dans la recherche.

Les personnes incluses dans cette étude devront répondre aux critères suivants :

Critères d'inclusion

- Âgée de plus de 18 ans
- Réfugiée ou demandeuse d'asile
- Appartenant au projet communautaire SINDIANE
- Ayant été exposée à au moins un évènement traumatique
- Acceptant de participer à l'étude avec un consentement éclairé, signée par le sujet après explications données par l'intervenante paire

Critères de non inclusion

- Âgée de moins de 18 ans
- Participant à une autre étude simultanément, conformément à l'article L1121-12 du code de la santé publique
- Retard mental sévère ou démence selon le DSM-5
- Risque suicidaire élevé, évalué par le R.U.D. (Risque / Urgence / Dangérosité)
- Soumis à une mesure de soins sous contrainte
- Dont le jugement est aboli
- Refusant de participer à l'étude

Nombre prévu de personnes et justification

Les précédentes études sur la NET ont été réalisées sur un faible nombre de sujets.

En 2004, l'étude s'intéressant à la NET dans un camp de réfugiés en Afrique randomise 77 patients dont 56% qui présentent les critères d'inclusion. Les résultats sont analysés sur 17 personnes dans le groupe NET, 14 dans le groupe thérapie de soutien et 12 dans le groupe psychoéducation²³².

En 2008, Neuner Onyut et al.²²⁹ publient une autre étude sur un camp de réfugiés en Ouganda. 111 sujets sont inclus dans le groupe NET, 111 dans le groupe « trauma counseling » et 55 dans le groupe sans intervention.

Bichescu et al.²⁶⁷ incluent dans un essai clinique auprès d'adultes roumains 9 individus dans le groupe NET et 9 dans le groupe psychoéducation.

En 2009, Schaal et al.²⁶⁸ mènent une étude sur l'efficacité de la NET sur des orphelins du génocide rwandais âgés de 14 à 28 ans. On retrouve 12 individus dans le groupe NET et 14 dans le groupe psychothérapie interpersonnelle.

En 2010, Neuner et al.²³⁷ s'intéressent aux réfugiés et incluent 32 patients dans leur étude (16 dans le groupe NET et 16 dans le groupe thérapie usuelle).

En nous reportant à la dernière méta analyse²⁵³ parue sur la Narrative Exposure Therapy analysant 16 essais cliniques randomisés incluant 947 participants, le g d'après traitement est de 0,47 avec un intervalle de confiance allant de 0,23 à 0,71.

Utilisant ce coefficient et un effet size à 0,87 pour calculer notre nombre de sujets nécessaires, nous retrouvons un chiffre de 22 personnes dans chaque groupe pour essayer de montrer une différence significative.

Une fois la personne recrutée, elle bénéficiera de la thérapie ou des activités de SINDIANE durant un mois. Il y aura ensuite une consultation à la fin de la thérapie, deux et cinq mois après la fin du programme.

La durée totale de participation par personne sera donc de six mois.

3.3 Mesures

3.3.1 Mesure du critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est la diminution du score d'intensité des symptômes de TSPT après la thérapie par rapport au score à l'inclusion en utilisant l'échelle PCL5 (Post traumatic stress disorder check list for DSM5).

La PCL-5 est largement utilisée en clinique et en recherche. La PCL-5 est un score auto rapporté.

Elle a initialement été développée par Weathers F.W. et al. en 1993¹³⁴.

Depuis la nouvelle version du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), l'échelle a été revisitée pour inclure les nouveaux symptômes du diagnostic. Les quatre dimensions évaluées sont donc les reviviscences, l'évitement, les cognitions, humeurs négatives et l'hypervigilance.

L'échelle comprend 20 items correspondants aux 20 symptômes du DSM-5 classés dans les quatre clusters évoqués précédemment. Chaque item est coté en 5 points allant de 0 à 4.

- 0 : pas du tout
- 1 : un peu
- 2 : parfois
- 3 : souvent
- 4 : très souvent

Le score de sévérité est donc coté de 0 à 80. Plus le score est élevé, plus l'intensité des symptômes du trouble de l'état de stress post-traumatique est importante. Elle est validée en anglais et en français avec de bonnes caractéristiques psychométriques¹³⁸.

Récemment, la PCL5 (**annexe 5**) a été traduite et validée en arabe (**annexe 6**) et une étude de 2018 évalue ses caractéristiques psychométriques auprès de réfugiés syriens et irakiens²⁶⁹.

L'analyse réalisée avec SPSS version 24 retrouve une bonne cohérence interne avec un Cronbach alpha à 0,85.

Le Cut off déterminé comme diagnostic de trouble de l'état de stress post-traumatique est de 23 avec une sensibilité à 0,82 et une spécificité à 0,7.

L'ODP est de 0,73 et le Kappa à 0,48. Cette échelle a donc de bonnes caractéristiques psychométriques comme outil de dépistage. Elle est recommandée par Cottraux dans son ouvrage sur les *Thérapie cognitivo comportementale*¹³⁹.

3.3.2 Mesures des critères de jugement secondaire

Les critères de jugement secondaire sont :

- La stabilité dans le temps de la diminution du score d'intensité des symptômes de TSPT à trois mois
- La diminution de l'intensité des comorbidités psychiatriques (RHS-15)
- L'amélioration des indicateurs de vécu : capacité d'agir, qualité de vie (questionnaire GSE d'auto-efficacité).

3.3.2.1 Refugee Health Screener (RHS-15)

Le Refugee Health Screener (RHS-15) est un outil de screening des troubles mentaux spécifiques de la population réfugiée, auprès de laquelle il a été validé²⁷⁰. Il ne se limite pas aux troubles psycho traumatiques. C'est un outil de dépistage pour le trouble de l'état de stress post-traumatique, l'anxiété, la dépression et le trouble somatoforme. Il définit un score intensité-symptômes psychiatriques.

Il comprend 15 items. Les 14 premiers sont évalués sur une échelle de Likert à 5 points allant de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement). Un score global peut être obtenu, allant de 0 à 56 pour les items de 1 à 14 et de 0 (aucun) à 10 (extrême) pour l'item 15. Les scores les plus élevés correspondent à des niveaux plus importants de troubles psychiques. La positivité est admise si on obtient un score global supérieur ou égal à 12 pour les items 1 à 14 ou un résultat de l'item 15 supérieur ou égal à 5 points sur 10.

Cet auto-questionnaire est robuste et court, il peut être réalisé en 5 à 10 minutes²⁷¹. Il est simple et disponible en français (**annexe 7**) et en arabe (**annexe 8**). Caroline Aubas qui a précédemment conduit une thèse visant à évaluer le programme SINDIANE, a obtenu une autorisation d'utilisation de l'échelle auprès des auteurs. Le chercheur doit s'engager à utiliser cette échelle dans sa forme actuelle et dans son but initial d'utilisation. Les enquêtés doivent avoir 14 ans ou plus, et utiliser les versions traduites qui leur soient adaptées.

3.3.2.2 Questionnaire GSE d'auto-efficacité

Le questionnaire GSE d'auto-efficacité a comme objectif d'évaluer le pouvoir d'agir perçu.

Le concept de pouvoir d'agir a été développé initialement par le Professeur Albert Bandura et fait référence à la conviction positive d'une personne à pouvoir résoudre des problèmes et atteindre efficacement les objectifs qu'elle s'est fixés. L'échelle d'auto-efficacité généralisée évalue le sentiment d'efficacité personnelle, de confiance en soi, pour surmonter les difficultés rencontrées au cours de la vie.

Tout d'abord, développé en allemand dans les années 80 par M. Jerusalem et R. Schwarzer, ce questionnaire a été utilisé dans de nombreuses études. En effet, son effectif cumulé de participants avoisine les 100 000. Doté de bonnes caractéristiques psychométriques²⁷², cette échelle est aujourd'hui traduite en 32 langues dont l'arabe. Plusieurs articles se sont intéressés aux variations culturelles du concept²⁷³, ainsi qu'à son lien avec la santé.

Le questionnaire est traduit et validé en plusieurs langues dont le français (**annexe 9**) et l'arabe (**annexe 10**).

3.3.2.3 *Autres variables recueillies*

Sont également recueillies aussi les caractéristiques sociodémographiques (âge, genre, état civil, nationalité, statut juridique en France) et sociales (situation vis-à-vis de l'emploi, revenus, lieu de vie).

Nous reprendrons le questionnaire traduit en arabe (**annexe 11**) utilisé par Caroline Aubas lors de son travail de thèse pour l'évaluation de SINDIANE.

Un travail préalable de bibliographie a permis d'identifier les facteurs pouvant influencer la survenue de troubles psychiques dans la population de réfugiés et de demandeurs d'asile.

Les catégories sont les suivantes :

- Première partie du questionnaire : « A. Informations vous concernant », comprenant :
 - Les données personnelles démographiques (partie A, items 1 et 2)
 - Le statut administratif et socioéconomique (partie A, items 3, 5, 11, 13 et 14)
 - Le soutien relationnel, la connaissance de la langue française (partie A, items 4, 6, 7, 8, 9 et 10)
 - Les évènements violents de vie (partie A, item 12)
 - Les vulnérabilités médicales (partie A, items 15 et 16)

- Deuxième partie du questionnaire : « B. Le programme SINDIANE et vous », comprenant :
 - La participation au programme (partie B, items 1 et 2)
 - Les bénéfices perçus par les bénéficiaires : auto-support (item 3), empowerment juridique (item 4), accès aux soins (item 5)

Les échelles et le questionnaire sont anonymisés. Ils ont fait l'objet d'un travail sérieux de traduction avec la sollicitation de deux traducteurs, un algérien et une animatrice syrienne. Caroline Aubas était présente lors des deux traductions pour permettre un feed-back direct. Une version traduite en anglais a permis d'améliorer la

compréhension des deux traducteurs (parlant aussi anglais). Les deux versions ont été élaborées séparément puis confrontées pour voir émerger une version consensuelle.

3.3.3 Temps de recueil des données

Des cahiers individuels d'observations sont élaborés spécifiquement pour cette étude ; ils seront articulés autour de trois temps d'évaluation décrits au chapitre suivant :

- Évaluation initiale : avant la thérapie (M0)
- Évaluation après la thérapie : à la fin de la NET (M2)
- Évaluation de suivi à trois mois (M5)

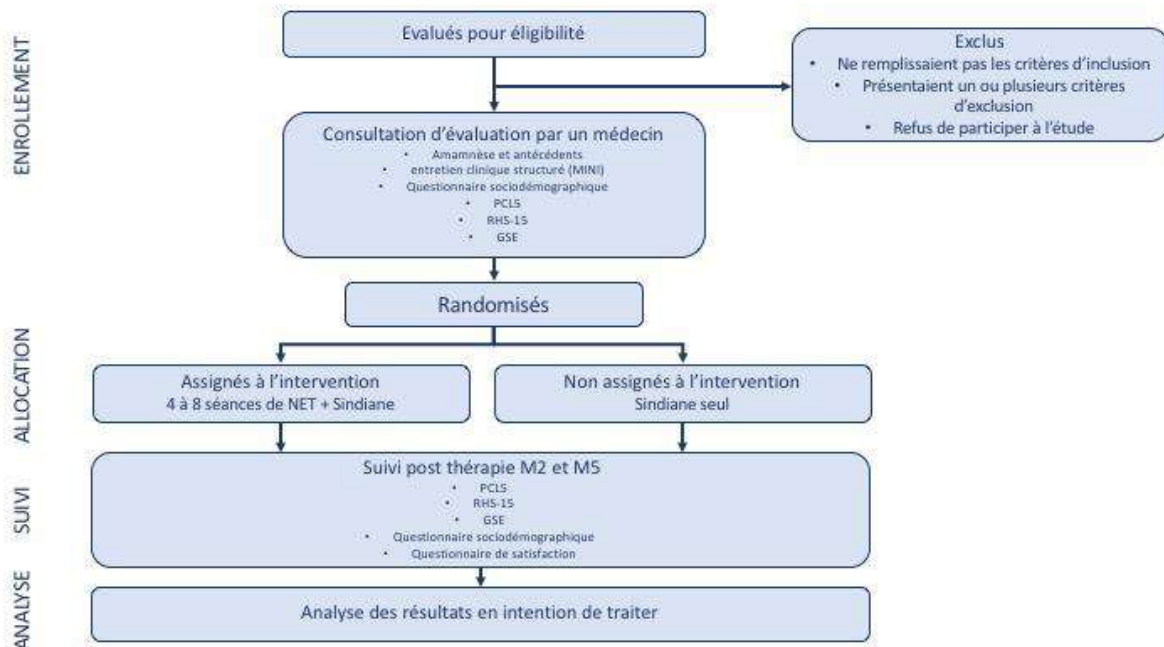
Le recueil de données s'effectuera dans un lieu qui convient à la bénéficiaire du programme.

Les données seront saisies manuellement sur un poste informatique disponible.

	Évaluation initiale M0	Évaluation post thérapie M2	Évaluation de suivi M5
Consentement éclairé et vérification des critères d'inclusion et d'exclusion	X		
Anamnèse et antécédents	X		
Entretien clinique structure MINI	X		
Trouble de stress-post-traumatique : PCL-5	X	X	X
Comorbidités : RHS-15	X	X	X
Capacité d'agir : GSE	X	X	X
Questionnaire sociodémographique + satisfaction		X	X

3.4 Procédure

Ci-dessous, le flow chart de l'étude décrit le suivi des patients et le déroulement de celle-ci.



3.5 Analyses statistiques

L'exploitation statistique ne sera débutée qu'après vérification de la validité de la base de données (émission de requêtes auprès des personnes impliquées dans l'étude, contrôles de cohérence). Un algorithme d'anonymisation des données attribuera un numéro à chaque individu. Seul ce numéro sera saisi dans la base de données informatique.

Après gel de la base les données consolidées seront traitées par le statisticien. L'analyse des données sera réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 20.0 sous Windows, par le statisticien du CEReSS.

L'analyse sera conduite en conformité aux Bonnes Pratiques épidémiologiques¹, et le rapport final sera rédigé, selon les recommandations CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials)

¹ Rev. Epidemiol Santé Publ 2008 ; 56 : S149-S175

L'analyse statistique portera sur la population en intention de traiter (analyse principale), en excluant les patients pour lesquels une violation majeure du protocole est observée (patient n'ayant bénéficié d'aucune des deux prises en charge, aucune donnée post-inclusion, patient inclus à tort). Une analyse complémentaire sera réalisée en population per protocole (analyse secondaire).

Dans un premier temps une analyse descriptive portant sur l'ensemble de l'échantillon sera réalisée. Les variables qualitatives seront présentées sous la forme de proportions, intervalle de confiance et effectifs, les variables quantitatives à l'aide des moyennes et écart-type, ou médiane et quartiles. Pour chaque variable sera précisée la proportion de données manquantes. La normalité de ces paramètres sera évaluée à l'aide des histogrammes de fréquence et de tests de Shapiro ; des transformations mathématiques simples pourront être utilisées afin de normaliser les données non normales (logarithmique, arc sinus). La comparabilité initiale des 2 groupes sera testée sur l'ensemble des variables disponibles à l'inclusion: à l'aide de tests du Khi-2 pour les variables qualitatives, et des tests Anova ou de Kruskal-Wallis pour les variables quantitatives. Une attention particulière sera portée aux facteurs de confusion connus ou suspectés : âge, niveau d'étude... Les facteurs de confusion connus ou identifiés à ce stade seront pris en compte dans l'analyse (stratification). La proportion des personnes perdues de vue, et les motifs seront détaillés et comparés dans les deux stratégies de prise en charge.

Analyses univariées

Le score PCL-5 sera comparé entre les deux stratégies de prise en charge à l'aide du test T de Student. Les critères de jugements secondaires seront comparés entre les 2 groupes suivant les tests Anova ou de Kruskal-Wallis pour les variables quantitatives ou de tests du Khi-2 pour les variables qualitatives. Les critères reposant sur des échelles de mesures seront calculés en fonction des algorithmes de scoring fournis par les concepteurs de ces échelles.

Analyses multivariées

Les analyses multivariées seront réalisées principalement à l'aide de modèles de régressions linéaires. La variable à expliquer sera représentée par le score de TPST; la sélection des variables explicatives reposera d'une part sur l'approche univariée qui identifiera des variables pour lesquelles la p-value est inférieure ou égale à 0,20, et d'autre part sur l'identification préalable de variables potentiellement associées au TPST. Les résultats seront présentés sous la forme de coefficients bêta standardisés

3.6 Cohérence au regard des politiques de recherche, perspectives et faisabilité

3.6.1 Cohérence au regard des politiques de santé

3.6.1.1 Sur le plan international

L'OMS souligne l'importance de promouvoir la santé mentale et le soutien psychosocial dans les contextes de situations d'urgence (partie intégrante de son programme « *Plan d'action Santé mentale 2013-2020*²⁷⁴ » au même titre que la prévention du suicide par exemple).

Les populations concernées sont les réfugiés, les personnes déplacées, les survivants d'une catastrophe et toutes les personnes exposées à des actes de terrorisme, de guerre ou à un génocide.

Dans son module d'intervention mHGAP de 2013 « *évaluation et prise en charge des affections spécifiques liées au stress*²⁷⁵ », il y est précisé que dans la prise en charge du trouble de l'état de stress post-traumatique constitué en plus d'une psychothérapie, il est nécessaire d'utiliser les modes d'affrontement positif des problèmes et du soutien social disponibles :

- Demander à la personne d'identifier les personnes lui apportant un soutien émotionnel et les personnes en qui elle a confiance ; il peut s'agir de membres de la famille, d'amis ou de personnes de la communauté. Encourager la

personne à passer du temps et à parler de ses difficultés avec les personnes de confiance.

- Encourager dans la mesure du possible, la reprise des activités sociales et de routine quotidienne (par exemple école, réunions de famille, visites aux voisins, activités sociales sur le lieu de travail, sport, activités communautaires, sorties avec les amis, etc.).

Ainsi le programme SINDIANE associé à un traitement psychothérapeutique semble s'inscrire au mieux dans cette double dynamique de promotion de la santé mentale par la promotion d'un soutien psychosocial et un traitement médical validé.

D'autre part, la question des réfugiés syriens fait partie depuis le début du conflit des situations d'urgence de l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR). Dans son plan d'action en 10 points²⁷⁶ de 2016, l'HCR met aussi l'accent sur l'importance du renforcement des efforts en matière de partage des responsabilités par l'intermédiaire du Groupe restreint Syrien.

En effet, le Groupe Syrien a été mis en place en 2013 en réponse au déplacement prolongé et à grande échelle des syriens. Des groupes de travail ont été mis en place et ce programme compte aujourd'hui 29 États de l'OIM, du HCR et de l'UE.

Les objectifs sont :

- Accroître les possibilités de réinstallation et d'admission humanitaire des réfugiés syriens
- Accroître la coopération et le soutien pour rendre les processus de réinstallation plus efficaces et plus efficaces, de l'identification jusqu'au départ.
- Promouvoir le dialogue avec les États d'accueil pour faire preuve de solidarité et soutenir la réinstallation et la protection des réfugiés.

3.6.1.2 Sur le plan national

Ce programme semble aussi correspondre aux attentes du rapport national de juin 2018²⁷⁷ du Ministère de l'Intérieur résumant la réunion du comité interministériel à

l'intégration du 5 juin 2018. Ce rapport expose la stratégie nationale pour l'accueil et l'intégration des réfugiés dont la priorité n°5 est d'améliorer l'accès aux soins des demandeurs d'asile et des réfugiés.

Cette priorité du plan s'inscrit dans les travaux généraux portés par le Ministère des Solidarités et de la Santé sur le parcours des migrants. Le rapport propose 2 axes :

- Axe 1 : Encourager et faciliter l'accès à la prévention et aux soins des migrants.
 - Action 38 : Favoriser le recours à la médiation et à l'interprétariat linguistique pour les migrants non francophones.
 - Action 39 : Renforcer et formaliser la détection et le suivi des vulnérabilités dès la demande d'asile et tout le long du parcours de santé.
 - Renforcer la formation du personnel non médical à la reconnaissance d'éléments évoquant une souffrance et à la conduite d'un entretien de détection précoce des vulnérabilités.
 - Intensification des signalements des cas de vulnérabilités entre l'OFPPRA et l'OFII. Le demandeur d'asile ou la personne protégée pourrait ensuite exprimer ses besoins auprès de l'OFII en vue d'une orientation vers un hébergement adapté, notamment une mise en sécurité des publics vulnérables (femmes, LGBT, victimes de violences) ou vers une prise en charge adaptée (médico-sociale par exemple). Une attention particulière sera portée sur la santé mentale et l'accès à un suivi psychologique pour les personnes en souffrance (victime de torture, stress post-traumatique, violences sexuelles) en lien avec le développement de l'interprétariat et de la médiation.
 - Action 40 : Développer des outils d'information sur le système de santé et sur leurs droits diffusés aux différents points d'entrée des migrants sur le territoire.
- Axe 2 mobiliser les dispositifs sanitaires de droit commun et développer les dispositifs « d'aller vers ».

- Action 41 : Développer l'information des professionnels de santé, notamment les médecins de ville sur les besoins de santé des migrants et sur les ressources disponibles pour les orienter sur le territoire.
- Action 42 : Développer les dispositifs « d'aller vers » pour les personnes les plus éloignées du système de santé telles les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) mobiles et les équipes mobiles de psychiatrie (EMPP).

Les maraudes, les structures mobiles dont les PASS mobiles et les EMPP constituent des outils à développer, afin d'orienter au mieux et au plus tôt vers les personnes migrantes les plus éloignées des soins. Ces dispositifs « d'aller vers », avec l'accompagnement de médiateurs en santé, constituent une démarche active, pluridisciplinaire, d'inclusion des personnes vulnérables dans un parcours de soins, et permettent notamment de prendre en charge les migrants qui ne sont pas hébergés dans le cadre du dispositif national d'accueil.

3.6.2 Résultats attendus et perspectives

Les résultats attendus sont :

- D'optimiser la prise en charge des personnes réfugiées et demandeuses d'asile en les plaçant au centre de leur prise en charge et en améliorant l'offre de soins spécifique pour cette population.
- Améliorer la prévention du trouble de l'état de stress post-traumatique et ainsi, diminuer les dépenses de ce trouble psychique chronique.
- De préciser l'efficacité du programme « SINDIANE » : le léger surcoût de ce dispositif innovant pourra être compensé partiellement, voire totalement, par une meilleure rationalisation des dépenses de santé du fait de la réduction d'hospitalisations évitables et de l'amélioration d'indicateurs socio-sanitaires clés favorisant l'insertion et réduisant les coûts liés au parcours d'asile : augmentation du pouvoir d'agir (empowerment), augmentation du lien social, diminution des symptômes de trouble de stress post-traumatique rendant difficiles, voire impossibles, les démarches juridiques et sociales.
- (D'étudier les facteurs limitant ou favorisant la transposabilité de la stratégie.)

Au-delà de la réponse aux objectifs propres du projet de recherche, le projet permettra de proposer une approche innovante basée sur des soins dispensés par des médiateurs pairs et orientés autour du rétablissement. L'intérêt de cette étude est d'associer le programme avec la thérapie et ainsi, de favoriser la guérison aussi par l'intervention sociale et non pas que médicale. La personne réfugiée ou demandeuse d'asile n'est plus seulement définie par rapport à ses difficultés. Il s'agit ici de valoriser la personne, sa trajectoire, sa résilience, ses capacités et aussi ses droits.

À terme, l'objectif de décrire les effets du programme sur le paysage sanitaire et social actuel, sur les représentations, les pratiques des professionnels et des usagers doit servir à une meilleure compréhension des conditions de possibilité de la généralisation de cette expérimentation au niveau national.

3.6.3 Faisabilité

Comme citée précédemment, la faisabilité de l'évaluation du programme SINDIANE repose sur une étude préliminaire ayant donné lieu à une thèse de psychiatrie.

Ce travail a permis de valider les questionnaires utilisés et l'intérêt d'étudier le programme SINDIANE comme dispositif innovant favorisant la capacité d'agir de ses bénéficiaires et ayant de bons résultats au test de satisfaction.

La proximité des acteurs de cette recherche avec les médiatrices paires et les bénéficiaires par une vraie étude de terrain, a développé une réelle alliance mutuelle et tente de garantir une faisabilité de l'étude.

3.6.4 Limites et justifications

3.6.4.1 Plan d'expérience

Le plan d'expérience retenu repose sur un schéma expérimental randomisé. Dans une optique de discussion de la généralisation de la démarche, il est important de proposer le schéma d'étude garantissant le plus haut niveau de preuves.

La limite de ce plan est celle liée à la potentielle contamination du groupe témoin.

3.6.4.2 Contagion des témoins

Le risque, même s'il existe, paraît limité. La demande sera faite aux bénéficiaires de ne pas échanger avec les membres de l'autre groupe.

L'inclusion se fait en ambulatoire (diminuant le risque de discussion) et la courte fenêtre d'inclusion (6 mois) seront mises en place pour réduire au maximum ce phénomène de contagion du groupe contrôle.

3.7 Dimension éthique et réglementaire

3.7.1 Rapports bénéfices-risques

3.7.1.1 Bénéfices et avantages

Les bénéfices peuvent se placer au niveau collectif et individuel.

Sur le plan collectif, cette recherche fournira des éléments de réflexion aux pouvoirs publics concernant la prise en charge des femmes réfugiées et demandeuses d'asile étant exposées à des événements traumatiques, de manière à améliorer la santé, le parcours de soin, la prise en charge de l'état de stress post-traumatique, l'autonomie et le respect des droits de cette population.

Sur le plan individuel, les personnes incluses dans l'étude bénéficieront du remboursement de leurs frais de transport occasionnés par leurs venues dans le centre pour la participation aux ateliers et aux séances de thérapie sur présentation de justificatifs.

Les entretiens nécessaires à la conduite de la recherche étant menés par des médiatrices paires formées à l'écoute et au soutien, les bénéficiaires pourront trouver dans ces moments une occasion de s'exprimer et d'échanger.

Les bénéficiaires du programme par NET auront accès à un dispositif innovant et centré sur leurs problématiques.

Les bénéficiaires de la prise en charge standard auront si nécessaire un traitement standard de leurs problèmes psychiatriques et participeront au programme SINDIANE favorisant leur intégration et développant leur capacité d'agir.

3.7.1.2 Risques et contraintes

Au niveau individuel, les risques des bénéficiaires « de la prise en charge standard » par le programme SINDIANE seul sont faibles. Il peut y avoir un sentiment de perte de chance à l'annonce de l'appartenance à un groupe témoin, le double aveugle étant impossible. Il n'y a néanmoins aucun changement dans leur parcours de soins, les personnes ne sont pas empêchées de consulter un psychiatre si nécessaire. Elles auront alors accès à la prise en charge standard mise en place sur leur secteur.

Les contraintes sont liées au fait de devoir se rendre aux rendez-vous prévus avec les médiatrices paires pour les évaluations.

Les risques et contraintes individuelles du groupe « bénéficiaires du programme », donc du programme par NET + SINDIANE sont liés aux risques d'une psychothérapie par exposition. En effet, la patiente se rappelant de souvenirs douloureux pour soigner son trouble de l'état de stress post-traumatique peut être déstabilisée pendant les premières séances. Une évaluation est pour cela réalisée avant et après chaque séance par la personne dispensant la thérapie avec possibilité d'orientation vers un médecin d'urgence si nécessaire. La littérature conclut à une balance bénéfices-risques en faveur de la thérapie, malgré le risque de décompensation.

Une autre contrainte est liée à la passation des questionnaires de l'étude selon un planning défini à l'avance avec la médiatrice paire.

Au total, le rapport bénéfices-risques correspondant à la participation de cette étude peut être considéré comme favorable.

3.7.2 Aspects légaux et éthiques

3.7.2.1 Promoteur

Le promoteur de ce projet est représenté par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille. Une veille réglementaire sera réalisée par le promoteur. Il soumettra le projet aux autorités responsables pour approbation.

3.7.2.2 Recherche interventionnelle

Ce projet s'inscrit dans le cadre d'une recherche interventionnelle (catégorie 2) à risques et contraintes minimales, au sens de l'article L.1121-1 alinéa 2. La liste des interventions est décrite dans l'annexe 1 : « *Numéro 10 Techniques de psychothérapie et de thérapies cognitivo-comportementales* ».

Il est soumis au nouveau dispositif réglementaire qui s'applique aux recherches « impliquant la personne humaine », à savoir la loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (dite Loi Jardé) telle que modifiée par l'ordonnance n°2016-800 du 16 juin 2016, et ses décrets d'application. C'est à ce titre qu'elle fait l'objet d'une demande d'avis auprès d'un Comité de Protection des personnes. Elle fait également l'objet d'une information à l'ANSM.

Une notice d'information (**Annexe 12**) sera distribuée aux bénéficiaires et un consentement éclairé (**Annexe 13**) sera recueilli auprès de la personne. Lettre d'information et consentement éclairé ont été rédigés conformément aux recommandations réglementaires, rappelant notamment l'objectif de l'étude, les bénéfices et les risques liés à cette étude, le déroulement de l'étude et l'ensemble des dispositions légales auxquelles les bénéficiaires auront droit.

Cette recherche sera conduite selon les bonnes pratiques cliniques, constituant un ensemble d'exigences de qualité dans les domaines éthiques et scientifiques, qui doivent être respectées lors de la planification, la mise en œuvre, la conduite, le suivi, le contrôle de qualité, l'audit, le recueil de données, l'analyse et l'expression des résultats. Le respect de ces bonnes pratiques cliniques garantit la protection des droits, la sécurité et la protection des personnes qui se prêtent à ces recherches et la

préservation de leur anonymat ainsi que la crédibilité et la précision des données et des résultats de ces recherches.

3.7.2.3 Loi Informatique et Libertés

Les données recueillies lors de l'étude font l'objet d'un traitement informatisé et conformément à la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 (article 40), ces données ne seront transmises qu'au promoteur et, le cas échéant, aux autorités sanitaires habilitées, dans des conditions garantissant leur confidentialité.

Concernant le traitement informatisé des données relatives à ce projet, qui a pour finalité la recherche dans le domaine de la santé, il entre dans le cadre d'exigences législatives, en particulier la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la politique de santé publique et portera uniquement sur des données ne permettant pas une identification directe ou indirecte des personnes concernées. Il sera réalisé conformément à la méthodologie de référence homologuée par la Commission nationale de l'informatique et des libertés établie en concertation avec le Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé, élaborée dans le but de simplifier les formalités (Délibération n°2016-262 du 21 juillet 2016 portant modification de la méthodologie de référence pour les traitements de données personnelles opérés dans le cadre des recherches biomédicales. Méthodologie de référence MR-001).

Il sera également réalisé conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD) n°2016/679 entré en vigueur le 25 mai 2018. Ce traitement des données repose sur l'exécution d'une mission d'intérêt public dont est investi le responsable du traitement (article 6.1.e) du RGPD), dans le domaine de la santé publique et à des fins de recherche scientifique (alinéas i) et j) de l'article 9.2 du RGPD).

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifié par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004) et à l'article 13 du règlement général sur la protection des données n°2016/679 entré

en vigueur le 25 mai 2018, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des données personnelles collectées, ainsi que d'un droit d'opposition à la transmission de ces données, couvertes par le secret professionnel, susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Le personnel médical et non médical impliqué dans cette recherche est soumis au secret médical et professionnel vis-à-vis des données recueillies au cours de l'étude. Les informations recueillies auprès des bénéficiaires resteront strictement confidentielles. Elles seront conservées sous un format papier à l'intérieur d'un local fermant à clé. Elles seront saisies sur un support informatique et bénéficieront d'un traitement automatisé. Ce traitement informatisé ne permettra pas l'identification directe ni indirecte des sujets. L'ensemble de ces données ne pourra être consulté que par l'investigateur principal et les représentants du promoteur, ou encore être communiqué aux Autorités Sanitaires Habilitées si nécessaire. Les sujets peuvent accéder à leur fiche informatique en faisant la demande auprès d'un médecin du centre.

3.7.2.4 Arrêt de l'étude

Dans l'éventualité d'un arrêt de financements du fait d'un nombre insuffisant de participants, l'étude pourra être suspendue par le promoteur. Dans ce cas, les visites de suivi avec les médiatrices paires pourraient être annulées.

3.7.2.5 Contrôles et assurance qualité

L'assurance et le contrôle qualité, sous la responsabilité du promoteur, seront conduits conformément aux Bonnes Pratiques Cliniques afin de garantir le respect et l'intégrité des données recueillies, la protection des bénéficiaires, le respect du protocole et de la législation en vigueur pendant toute la période d'inclusion et de suivi par un attaché de recherche clinique mandaté par le promoteur.

La nature et la fréquence de monitoring sont établies selon la définition du niveau de monitoring en fonction du risque patient et dépendra du nombre de sujet inclus, du

rythme des inclusions et des difficultés constatées lors de la réalisation de l'étude (procédures validées par le groupe de travail qualité de la promotion de la FHF qui détermine le niveau de monitoring à effectuer en fonction du risque pour le sujet- OECD Recommendation on the Governance of Clinical Trials, décembre 2012).

Lors de cet essai, le niveau de monitoring est classé « minimal » avec un risque patient de type A. Il s'agira de vérifier les consentements et la présence de la mention de participation dans le dossier source. Si un ou plusieurs consentements ainsi que la mention de participation ne sont pas conformes, des dossiers seront monitorés de manière aléatoire.

3.7.2.6 Archivage des données

L'investigateur devra conserver tous les documents concernant l'étude (documents sources, formulaires de consentement éclairé signés) pour une durée de 15 ans à partir de la date de signature du rapport final de l'étude.

4 – Discussion

La prise en charge du trouble de stress post traumatique dans la population migrante de nos pays européens est une priorité d'un point de vue sanitaire mais également social.

Il y a actuellement peu de prises en charge spécifiques à ce trouble et à cette population disponible dans les centres de santé mentale. L'offre de soin est généraliste et les professionnels sont peu formés à la question du traumatisme secondaire à l'exil. Ils peuvent se sentir démunis face à la nécessité d'une traduction systématique, et/ou face à l'importance des problèmes sociaux des exilés, qu'ils peuvent juger plus importants que les problèmes psychiques auxquels ils sont intriqués.

La thérapie par NET a prouvé son efficacité dans des conditions précaires comme des camps de réfugiés, elle est utilisée dans des pays comme le Liban. Plusieurs études réalisées dans des pays européens encouragent son développement. Pouvant être dispensée par des non-soignants, pour SINDIANE des médiatrices de santé paires, elle peut réduire la stigmatisation et favoriser l'identification.

Ce protocole d'étude est présenté pour associer un programme communautaire avec une thérapie centrée sur le traumatisme. Les champs sociaux et médicaux sont parfois opposés alors que dans la question de l'accueil des réfugiés et demandeurs d'asile ils devraient être associés. Les deux problématiques sont intrinsèquement liées et le processus de rétablissement de la personne ne se fera pas sans un accompagnement prenant en compte les deux dimensions.

Le programme SINDIANE permet par son approche communautaire de prendre en charge des personnes qui n'auraient pas consulté un spécialiste en santé mentale. Le programme de traitement par NET est ici utilisé pour réduire la charge anxieuse du trouble de stress post traumatique et pour permettre à la personne concernée d'avoir écrit avec le thérapeute son récit de vie avant de se présenter à l'OFPPRA.

Une des limites de ce projet est dans le soutien aux médiatrices paires elle-même. Celles-ci ont été formées et encouragées à suivre elle-même une

psychothérapie sur leur histoire de vie. Chacune d'entre elle est syrienne et a connu la difficulté de l'exil. Ce parcours commun entre le thérapeute et les bénéficiaires a de nombreux avantages comme l'identification, l'absence de nécessité de traduction. Cependant, de nombreuses études insistent sur l'importance du traumatisme vicariant²⁷⁸ s'exprimant chez les soignants. La re-confrontation à des récits similaires aux leurs peut être un facteur de risque de développement d'un TSPT chez les médiatrices paires elle-même. Pour limiter ce risque une supervision a été mise en place.

Une fois ce protocole mis en place, il est possible d'imaginer, si les résultats sont encourageants un développement de l'activité des paires formées à cette technique également dans nos services de soins hospitaliers comme les CMP ou dans d'autres associations d'aide aux personnes réfugiées et demandeuses d'asile.

De plus la NET en prenant en charge le traumatisme complexe pourrait également s'adresser à d'autres types de victimes comme les victimes de violences conjugales entre autre. De manière similaires aux migrants, ces sujets sont exposés à une multitude d'évènements traumatiques avec répétition de la violence. Souvent impliqués dans un parcours judiciaire, ils pourraient également se servir du récit de vie produit dans le cadre d'éventuels procès.

Conclusion

Le champ du psycho-traumatisme et sa prise en charge sont en pleine expansion. De nombreux travaux scientifiques s'intéressent à cette pathologie spécifique dont l'étiologie est connue. Les neurosciences, au moyen de l'imagerie, mais aussi la génétique avancent dans la recherche et la compréhension de ce trouble.

La prise en charge en France du psycho-traumatisme est en ré-organisation avec la création des Centres Régionaux Psychotrauma et le CN2R (Centre National de Ressources et de Résilience). Actuellement le traitement médicamenteux par anti-dépresseurs et la psychothérapie sont recommandés.

Le traitement rapide du TSPT est une priorité médicale car il est pourvoyeur de nombreuses complications et troubles co-morbides. En effet il entraîne par ses conduites d'évitement une désadaptation progressive de l'individu à son milieu. Il est aussi très souvent associé à un épisode dépressif caractérisé secondaire et à un trouble addictif.

Dans la population réfugiée et demandeuse d'asile, les besoins en santé mentale sont plus élevés que dans la population générale, et paradoxalement il existe peu de dispositifs spécifiques alors que l'accès aux soins est souvent plus difficile. Le TSPT est un trouble très fréquent dans cette population, et il a un retentissement fonctionnel majeur. Sa prise en charge est donc une priorité de santé publique sur le plan médical et social.

La thérapie par NET a été développée pour la prise en charge du TSPT complexe des personnes migrantes. Par son caractère bref, accessible à tous et dispensée par des non soignants, elle s'inscrit dans le cadre des approches communautaires particulièrement intéressantes pour cette population.

Alors que la NET n'est pas développée en France, notre étude souhaite évaluer son efficacité sur un groupe spécifique de personnes réfugiées et demandeuses d'asile : femmes et personnes LGBT. En effet, ces personnes représentent le public de SINDIANE, un programme communautaire sur lequel

repose le recrutement des participants. Comme vu précédemment, la psychiatrie ne se passe pas d'un accompagnement social. Nos structures de soins souvent stigmatisées et stigmatisantes ne sont pas toujours faciles à investir pour des personnes d'autres origines et avec une autre culture. SINDIANE pratique un accueil inconditionnel et un support psychosocial innovant. Nous avons formé les médiatrices paires animatrices de SINDIANE à la NET, augmentant l'offre du programme, et obtenu l'adhésion de l'association au protocole randomisé de l'étude.

Ce travail de thèse est donc celui de la mise en place d'un essai clinique randomisé pour évaluer l'efficacité d'un traitement par NET pour les TSPT complexes. Il permettra également une évaluation de l'impact du programme SINDIANE, avec et sans NET.

Ce protocole d'étude ouvre la voie à un traitement innovant, utilisé pour diminuer les symptômes d'un trouble très fréquent et favoriser le rétablissement de personnes poly-traumatisées récemment accueillies dans notre pays.

Bibliographie

1. Homer, Brunet P. *L'Iliade*. Seuil; 2010.
2. Hérodote, Legrand P-E. *Melpomène*. 5. tirage. Belles Lettres; 2003.
3. Lucretius Carus T, Kany-Turpin J. *De Rerum Natura*. Flammarion; 1997.
4. Bourneville DM, Charcot J-M. *Leçons Sur Les Maladies Du Système Nerveux: Faites à La Salpêtrière*. Cambridge University Press; 2011. Accessed July 10, 2019. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139105361>
5. OPPENHEIM H. *DIE TRAUMATISCHEN NEUROSEN*. EUROP ISCHER HOCHSCHULVER; 2012.
6. Janet P. *NÉVROSES ET IDÉES FIXES - VOLUME I*. Harmattan; 2007. Accessed July 11, 2019. <http://www.harmatheque.com/ebook/9782296032057>
7. Freud S. *Au-delà du principe de plaisir*. Payot & rivages; 2010.
8. Botella C, Botella S. Névrose traumatique et cohérence psychique. *Revue française de psychosomatique*. 1992;2(1):25. doi:10.3917/rfps.002.0025
9. Sokolowsky L, Maleval J-C. L'apport freudien sur les névroses de guerre : un nouage entre théorie, clinique et éthique. *Cliniques méditerranéennes*. 2012;86(2):209. doi:10.3917/cm.086.0209
10. Bessoles P. Les interventions psychothérapeutiques précoces post-traumatiques: Contribution à une théorisation du defusing et du debriefing psychologique. *L'information psychiatrique*. 2006;82(3):231. doi:10.3917/inpsy.8203.0231
11. Pignol P, Hirschelmann A. La querelle des névroses : les névroses traumatiques de H. Oppenheim contre l'hystéro-traumatisme de J.-M. Charcot. *L'information psychiatrique*. 2014;90(6):427. doi:10.3917/inpsy.9006.0427
12. Shatan CF. Post Vietnam Syndrome. *The New York Times*. Published online 1972.
13. Burgess AW, Holmstrom LL. Rape Trauma Syndrome. *AJP*. 1974;131(9):981-986. doi:10.1176/ajp.131.9.981
14. Auxemery Y. L'état de stress post-traumatique en construction et en déconstruction. *L'information psychiatrique*. 2013;89(8):641. doi:10.3917/inpsy.8908.0641
15. Brett EA; Spitzer RL; Williams JB. DSM-III-R criteria for posttraumatic stress disorder. *AJP*. 1988;145(10):1232-1236. doi:10.1176/ajp.145.10.1232
16. Crocq L. *Seize leçons sur le trauma*. Jacob; 2012.
17. Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry*. 1991;148(1):10-20. doi:10.1176/ajp.148.1.10
18. Solomon E.P. and Heide K.M. Type III Trauma: Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma. *Int J Offender Ther Comp Criminology*. Published

online 1999:202-210.

19. Lebigot F. *Traiter les traumatismes psychiques: [clinique et prise en charge]*. Dunod; 2016.
20. Josse É. *Le traumatisme psychique: chez l'adulte.*; 2014.
21. Benjet C, Bromet E, Karam EG, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*. 2016;46(02):327-343. doi:10.1017/S0033291715001981
22. Spitzer RL, First MB, Wakefield JC. Saving PTSD from itself in DSM-V. *J Anxiety Disord*. 2007;21(2):233-241. doi:10.1016/j.janxdis.2006.09.006
23. American Psychiatric Association. *DSM-5: 5ème Édition Du Manuel Diagnostique et Statistique Des Troubles Mentaux*. Elsevier Masson.; 2015.
24. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*. 1998;55(7):626. doi:10.1001/archpsyc.55.7.626
25. Selye H. *The Stress of Life*. Rev. ed. McGraw-Hill; 1978.
26. Selye H. The stress concept. *Can Med Assoc J*. 1976;115(8):718.
27. Crocq L. *Traumatismes psychiques*. Elsevier Health Sciences France; 2014.
28. Kédia M, ed. *Dissociation et mémoire traumatique: historique, clinique, traitements et neurobiologie*. Dunod; 2012.
29. Birmes P, Carreras D, Ducassé JL, et al. Peritraumatic dissociation, acute stress, and early posttraumatic stress disorder in victims of general crime. *Can J Psychiatry*. 2001;46(7):649-651. doi:10.1177/070674370104600711
30. Spiegel D, Cardeña E. Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*. 1991;100(3):366-378. doi:10.1037/0021-843X.100.3.366
31. Salmons DM. LA DISSOCIATION TRAUMATIQUE ET LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ : OU COMMENT DEVIENT-ON ÉTRANGER À SOI-MÊME. 2013;Les troubles de la personnalité en criminologie et en victimologie:19.
32. Dai W, Liu A, Kaminga AC, et al. Prevalence of acute stress disorder among road traffic accident survivors: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):188. doi:10.1186/s12888-018-1769-9
33. Ophuis RH, Olij BF, Polinder S, Haagsma JA. Prevalence of post-traumatic stress disorder, acute stress disorder and depression following violence related injury treated at the emergency department: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):311. doi:10.1186/s12888-018-1890-9
34. Crocq L. Histoire du debriefing. *Pratiques Psychologiques*. 2004;10(4):291-318. doi:10.1016/j.prps.2004.09.004
35. Mitchell JT, Everly GS. Critical Incident Stress Debriefing (CISD) and the Prevention of Work-Related Traumatic Stress among High Risk Occupational Groups. In: Everly GS, Lating

JM, eds. *Psychotraumatology*. Springer US; 1995:267-280. doi:10.1007/978-1-4899-1034-9_16

36. Jacobs J, Horne-Moyer HL, Jones R. The effectiveness of critical incident stress debriefing with primary and secondary trauma victims. *Int J Emerg Ment Health*. 2004;6(1):5-14.

37. De Clercq M, Lebigot F. *Les traumatismes psychiques*. Masson; 2007.

38. Ducrocq F. APPROCHES THÉRAPEUTIQUES IMMÉDIATES ET POST-IMMÉDIATES DU PSYCHOTRAUMATISME. Published online 2009:4.

39. Vitry M. *L'écoute des blessures invisibles: comment la prévention du handicap psychique permet de se réapproprier son histoire et de s'inscrire dans la vie sociale.*; 2013.

40. Ponseti-Gaillochon A, Duchet C, Molenda S. *Le Débriefing Psychologique: Pratique, Bilan et Évolution Des Soins*. Dunod; 2009.

41. van Emmerik AAP, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, Emmelkamp PMG. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet*. 2002;360(9335):766-771. doi:10.1016/S0140-6736(02)09897-5

42. Rose SC, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Common Mental Disorders Group, ed. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Published online April 22, 2002. doi:10.1002/14651858.CD000560

43. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI. Systematic Review and Meta-Analysis of Multiple-Session Early Interventions Following Traumatic Events. *American Journal of Psychiatry*. 2009;166(3):293-301. doi:10.1176/appi.ajp.2008.08040590

44. Doucet C, Joubrel D, Cremniter D. L'intervention post-immédiate des cellules d'urgence médico-psychologique : étude clinique et psychopathologique de 20 débriefings psychologiques de groupe. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2013;171(6):399-404. doi:10.1016/j.amp.2013.04.012

45. Prieto N, Cheucle E, Faure P, et al. [Defusing of victims of the terrorist attacks in Paris. Elements of assessment one-month post-event]. *Encephale*. 2018;44(2):118-121. doi:10.1016/j.encep.2016.10.002

46. Kornør H, Winje D, Ekeberg Ø, et al. Early trauma-focused cognitive-behavioural therapy to prevent chronic post-traumatic stress disorder and related symptoms: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2008;8:81. doi:10.1186/1471-244X-8-81

47. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI. Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. Cochrane Common Mental Disorders Group, ed. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Published online March 17, 2010. doi:10.1002/14651858.CD007944.pub2

48. Gelpin E, Bonne O, Peri T, Brandes D, Shalev AY. Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: a prospective study. *J Clin Psychiatry*. 1996;57(9):390-394.

49. Mellman TA, Bustamante V, David D, Fins AI. Hypnotic medication in the aftermath of

trauma. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(12):1183-1184.

50. Suliman S, Seedat S, Pingo J, Sutherland T, Zohar J, Stein DJ. Escitalopram in the prevention of posttraumatic stress disorder: a pilot randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2015;15:24. doi:10.1186/s12888-015-0391-3
51. Zohar J, Fostick L, Juven-Wetzler A, et al. Secondary Prevention of Chronic PTSD by Early and Short-Term Administration of Escitalopram: A Prospective Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind Trial. *J Clin Psychiatry*. 2018;79(2). doi:10.4088/JCP.16m10730
52. Reist C, Duffy JG, Fujimoto K, Cahill L. beta-Adrenergic blockade and emotional memory in PTSD. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2001;4(4):377-383. doi:10.1017/S1461145701002607
53. Pitman RK, Sanders KM, Zusman RM, et al. Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. *Biol Psychiatry*. 2002;51(2):189-192. doi:10.1016/s0006-3223(01)01279-3
54. Stein MB, Kerridge C, Dimsdale JE, Hoyt DB. Pharmacotherapy to prevent PTSD: Results from a randomized controlled proof-of-concept trial in physically injured patients. *J Trauma Stress*. 2007;20(6):923-932. doi:10.1002/jts.20270
55. Argolo FC, Cavalcanti-Ribeiro P, Netto LR, Quarantini LC. Prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol: A meta-analytic review. *J Psychosom Res*. 2015;79(2):89-93. doi:10.1016/j.jpsychores.2015.04.006
56. Bryant RA, Creamer M, O'Donnell M, Silove D, McFarlane AC. A study of the protective function of acute morphine administration on subsequent posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 2009;65(5):438-440. doi:10.1016/j.biopsych.2008.10.032
57. Delahanty DL, Gabert-Quillen C, Ostrowski SA, et al. The efficacy of initial hydrocortisone administration at preventing posttraumatic distress in adult trauma patients: a randomized trial. *CNS Spectr*. 2013;18(2):103-111. doi:10.1017/S1092852913000096
58. Qi W, Gevonden M, Shalev A. Prevention of Post-Traumatic Stress Disorder After Trauma: Current Evidence and Future Directions. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(2):20. doi:10.1007/s11920-015-0655-0
59. Janet P, Faure H. *L'automatisme psychologique: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. O. Jacob; 1998.
60. Kédia M. La dissociation : un concept central dans la compréhension du traumatisme. *L'Évolution Psychiatrique*. 2009;74(4):487-496. doi:10.1016/j.evopsy.2009.09.013
61. van der Hart O, Dorahy M. Pierre Janet and the concept of dissociation. *Am J Psychiatry*. 2006;163(9):1646; author reply 1646. doi:10.1176/ajp.2006.163.9.1646a
62. Bokanowski T. Du traumatisme au trauma : Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse. *Psychologie clinique et projective*. 2010;16(1):9. doi:10.3917/pcp.016.0009
63. Freud S, Breuer J, Berman A. *Études sur l'hystérie.*; 2016.
64. Brette F, Emmanuelli M, Pragier G. *Le traumatisme psychique*. Presses Universitaires de France; 2005. doi:10.3917/puf.pragi.2005.01

65. Freud S. *L'Homme Moïse et La Religion Monothéiste: Trois Essais*. Gallimard; 1993.
66. Ferenczi S, Korff-Sausse S. *Le traumatisme*. Payot & Rivages; 2014.
67. Balestriere L. Causalité psychique et traumatisme. *Cahiers de psychologie clinique*. 2001;16(1):39. doi:10.3917/cpc.016.0039
68. Dupont J. La notion de trauma selon Ferenczi et ses effets sur la recherche psychanalytique ultérieure. Published online 2000:14.
69. Jover F. Phénoménologie du psychotraumatisme. Published online 2013:4.
70. Viktor Frankl. *Un Psychiatre Déporté Témoigne*. Edition du chatelet.; 1973.
71. Kédia M, Sabouraud-Séguin A. *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie*.; 2013.
72. Frankl VE, Bacon CJ, Drolet L. *Découvrir un sens à sa vie: avec la logothérapie*. Éditions J'AI Lu; 2013.
73. Crocq L. *Les Traumatismes Psychiques de Guerre*. Jacob; 1999.
74. Barrois C. *Les névroses traumatiques: le psychothérapeute face aux détresses des chocs psychiques*. Dunod; 2004.
75. Barrois C. Le trauma, un symptôme de la culture de notre époque ? Published online 2013:12.
76. Brillon P, Marchand A, Stephenson R. Modèles comportementaux et cognitifs du trouble de stress post-traumatique. *Santé mentale au Québec*. 1996;21(1):129. doi:10.7202/032383ar
77. Marchand A, Guay S. *Les troubles liés aux événements traumatiques: dépistage, évaluation et traitements*.; 2014.
78. Mowrer OH. Two-factor learning theory reconsidered, with special reference to secondary reinforcement and the concept of habit. *Psychol Rev*. 1956;63(2):114-128.
79. Foa EB, Kozak MJ. Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. Published online 1986:16.
80. Lang PJ. Presidential address, 1978. A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*. 1979;16(6):495-512.
81. Cuthbert BN, Lang PJ, Strauss C, Drobos D, Patrick CJ, Bradley MM. The psychophysiology of anxiety disorder: fear memory imagery. *Psychophysiology*. 2003;40(3):407-422.
82. Chemtob C, Roitblat HL, Hamada RS, Carlson JG, Twentyman CT. A cognitive action theory of post-traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 1988;2(3):253-275. doi:10.1016/0887-6185(88)90006-0
83. Brewin, dalgeish. Dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*. 1996:670-686.
84. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour*

Research and Therapy. 2000;38(4):319-345. doi:10.1016/S0005-7967(99)00123-0

85. Ehlers A, Clark DM, Hackmann A, McManus F, Fennell M. Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*. 2005;43(4):413-431. doi:10.1016/j.brat.2004.03.006
86. Shin LM, Liberzon I. The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*. 2010;35(1):169-191. doi:10.1038/npp.2009.83
87. Rauch SL, Shin LM, Whalen PJ, Pitman RK. Neuroimaging and the Neuroanatomy of Posttraumatic Stress Disorder. *CNS Spectr*. 1998;3(S2):30-41. doi:10.1017/S1092852900007306
88. Davis M, Whalen PJ. The amygdala: vigilance and emotion. *Mol Psychiatry*. 2001;6(1):13-34. doi:10.1038/sj.mp.4000812
89. Shin LM, Orr SP, Carson MA, et al. Regional cerebral blood flow in the amygdala and medial prefrontal cortex during traumatic imagery in male and female Vietnam veterans with PTSD. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(2):168-176. doi:10.1001/archpsyc.61.2.168
90. Tapia G, Clarys D, El-Hage W, Isingrini M. Les troubles cognitifs dans le Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): une revue de la littérature. *L'Année psychologique*. 2007;107(03):489. doi:10.4074/S0003503307003065
91. Besnard A, Sahay A. Adult Hippocampal Neurogenesis, Fear Generalization and Stress. *Neuropsychopharmacology*. 2016;41(1):24-44. doi:10.1038/npp.2015.167
92. Liberzon I, Taylor SF, Amdur R, et al. Brain activation in PTSD in response to trauma-related stimuli. *Biol Psychiatry*. 1999;45(7):817-826. doi:10.1016/s0006-3223(98)00246-7
93. Driessen M, Beblo T, Mertens M, et al. Posttraumatic stress disorder and fMRI activation patterns of traumatic memory in patients with borderline personality disorder. *Biol Psychiatry*. 2004;55(6):603-611. doi:10.1016/j.biopsych.2003.08.018
94. Chung YA, Kim SH, Chung SK, et al. Alterations in cerebral perfusion in posttraumatic stress disorder patients without re-exposure to accident-related stimuli. *Clin Neurophysiol*. 2006;117(3):637-642. doi:10.1016/j.clinph.2005.10.020
95. Semple WE, Goyer PF, McCormick R, et al. Higher brain blood flow at amygdala and lower frontal cortex blood flow in PTSD patients with comorbid cocaine and alcohol abuse compared with normals. *Psychiatry*. 2000;63(1):65-74. doi:10.1080/00332747.2000.11024895
96. Bremner JD, Randall P, Vermetten E, et al. Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse--a preliminary report. *Biol Psychiatry*. 1997;41(1):23-32. doi:10.1016/s0006-3223(96)00162-x
97. Bossini L, Tavanti M, Calossi S, et al. Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus in drug-naïve patients with post-traumatic stress disorder without comorbidity conditions. *J Psychiatr Res*. 2008;42(9):752-762. doi:10.1016/j.jpsychires.2007.08.004
98. Gurvits TV, Shenton ME, Hokama H, et al. Magnetic resonance imaging study of hippocampal volume in chronic, combat-related posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*.

1996;40(11):1091-1099. doi:10.1016/S0006-3223(96)00229-6

99. Kitayama N, Vaccarino V, Kutner M, Weiss P, Bremner JD. Magnetic resonance imaging (MRI) measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *J Affect Disord.* 2005;88(1):79-86. doi:10.1016/j.jad.2005.05.014

100. Gilbertson MW, Shenton ME, Ciszewski A, et al. Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nat Neurosci.* 2002;5(11):1242-1247. doi:10.1038/nn958

101. Vaiva G. Psychotrauma et fonctionnement cérébral. Published online 2009:4.

102. Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-Traumatic Stress Disorder. Longo DL, ed. *New England Journal of Medicine.* 2017;376(25):2459-2469. doi:10.1056/NEJMra1612499

103. Garcia M, Bruno N, Grunenwald S, Bui É, Birmes P. Cortisol et état de stress post-traumatique. *Correspondances en Métabolismes Hormones Diabète et Nutrition.* Published online 2012:5.

104. Yehuda R, Teicher MH, Trestman RL, Levengood RA, Siever LJ. Cortisol regulation in posttraumatic stress disorder and major depression: A chronobiological analysis. *Biological Psychiatry.* 1996;40(2):79-88. doi:10.1016/0006-3223(95)00451-3

105. Yehuda R. Post-Traumatic Stress Disorder. *N Engl J Med.* 2002;346(2):108-114. doi:10.1056/NEJMra012941

106. Vaiva G, Boss V, Ducrocq F, et al. Relationship between posttrauma GABA plasma levels and PTSD at 1-year follow-up. *Am J Psychiatry.* 2006;163(8):1446-1448. doi:10.1176/ajp.2006.163.8.1446

107. Javitt DC. Glutamate as a therapeutic target in psychiatric disorders. *Mol Psychiatry.* 2004;9(11):984-997, 979. doi:10.1038/sj.mp.4001551

108. Adamec RE, Burton P, Shallow T, Budgell J. NMDA receptors mediate lasting increases in anxiety-like behavior produced by the stress of predator exposure--implications for anxiety associated with posttraumatic stress disorder. *Physiol Behav.* 1999;65(4-5):723-737. doi:10.1016/s0031-9384(98)00226-1

109. Roth TL. How Traumatic Experiences Leave Their Signature on the Genome: An Overview of Epigenetic Pathways in PTSD. *Front Psychiatry.* 2014;5:93. doi:10.3389/fpsy.2014.00093

110. Perroud N, Paoloni-Giacobino A, Prada P, et al. Increased methylation of glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in adults with a history of childhood maltreatment: a link with the severity and type of trauma. *Transl Psychiatry.* 2011;1:e59. doi:10.1038/tp.2011.60

111. Perroud N, Rutembesa E, Paoloni-Giacobino A, et al. The Tutsi genocide and transgenerational transmission of maternal stress: epigenetics and biology of the HPA axis. *World J Biol Psychiatry.* 2014;15(4):334-345. doi:10.3109/15622975.2013.866693

112. Karam EG, Friedman MJ, Hill ED, et al. Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depress Anxiety.* 2014;31(2):130-142. doi:10.1002/da.22169

113. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;(420):21-27. doi:10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x
114. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale.* 2008;34(6):577-583. doi:10.1016/j.encep.2007.11.006
115. Kessler RC. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry.* 1995;52(12):1048. doi:10.1001/archpsyc.1995.03950240066012
116. Lewis SJ, Arseneault L, Caspi A, et al. The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *Lancet Psychiatry.* 2019;6(3):247-256. doi:10.1016/S2215-0366(19)30031-8
117. Brillon P, Marchand A, Stephenson R. Influence of Cognitive Factors on Sexual Assault Recovery: Descriptive Review and Methodological Concerns. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy.* 1999;28(3):119-137. doi:10.1080/028457199439973
118. Brillon P. *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique: guide à l'intention des thérapeutes.*; 2013.
119. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2000;68(5):748-766. doi:10.1037/0022-006X.68.5.748
120. Garbarino J. Challenges we face in understanding children and war: A personal essay. *Child Abuse & Neglect.* 1993;17(6):787-793. doi:10.1016/S0145-2134(08)80009-9
121. Edmondson D, Chaudoir SR, Mills MA, Park CL, Holub J, Bartkowiak JM. From Shattered Assumptions to Weakened Worldviews: Trauma Symptoms Signal Anxiety Buffer Disruption. *J Loss Trauma.* 2011;16(4):358-385. doi:10.1080/15325024.2011.572030
122. Rytwinski NK, Scur MD, Feeny NC, Youngstrom EA. The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *J Trauma Stress.* 2013;26(3):299-309. doi:10.1002/jts.21814
123. Ducrocq F, Vaiva G, Molenda S, Rosentrauch C. Dépression et ESPT complication ou comorbidité ? Stress et trauma. *Stress et trauma.* Published online 2004:113-120.
124. Flory JD, Yehuda R. Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. *Clinical research.* 2015;17(2):10.
125. Shore JH, Vollmer WM, Tatum EL. Community patterns of posttraumatic stress disorders. *J Nerv Ment Dis.* 1989;177(11):681-685. doi:10.1097/00005053-198911000-00004
126. Rojas SM, Bujarski S, Babson KA, Dutton CE, Feldner MT. Understanding PTSD comorbidity and suicidal behavior: associations among histories of alcohol dependence, major depressive disorder, and suicidal ideation and attempts. *J Anxiety Disord.* 2014;28(3):318-325. doi:10.1016/j.janxdis.2014.02.004
127. Sapolsky R, Uno H, Rebert C, Finch C. Hippocampal damage associated with

prolonged glucocorticoid exposure in primates. *J Neurosci*. 1990;10(9):2897-2902. doi:10.1523/JNEUROSCI.10-09-02897.1990

128. Kemp AH, Felmingham K, Das P, et al. Influence of comorbid depression on fear in posttraumatic stress disorder: An fMRI study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2007;155(3):265-269. doi:10.1016/j.psychresns.2007.01.010

129. Schumacher S, Niemeyer H, Engel S, et al. HPA axis regulation in posttraumatic stress disorder: A meta-analysis focusing on potential moderators. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2019;100:35-57. doi:10.1016/j.neubiorev.2019.02.005

130. Engdahl B, Dikel TN, Eberly R, Blank A. Comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war. *Am J Psychiatry*. 1998;155(12):1740-1745. doi:10.1176/ajp.155.12.1740

131. Mellman TA, Randolph CA, Brawman-Mintzer O, Flores LP, Milanes FJ. Phenomenology and course of psychiatric disorders associated with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1992;149(11):1568-1574. doi:10.1176/ajp.149.11.1568

132. Shalev AY, Sahar T, Freedman S, et al. A prospective study of heart rate response following trauma and the subsequent development of posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(6):553-559. doi:10.1001/archpsyc.55.6.553

133. Blanchard EB, Buckley TC, Hickling EJ, Taylor AE. Posttraumatic stress disorder and comorbid major depression: is the correlation an illusion? *J Anxiety Disord*. 1998;12(1):21-37. doi:10.1016/s0887-6185(97)00047-9

134. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, et al. The development of a clinician-administered PTSD scale. *J Traum Stress*. 1995;8(1):75-90. doi:10.1002/jts.2490080106

135. Weathers FW, Keane TM, Davidson JR. Clinician-administered PTSD scale: a review of the first ten years of research. *Depress Anxiety*. 2001;13(3):132-156.

136. Weathers FW, Bovin MJ, Lee DJ, et al. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychol Assess*. 2018;30(3):383-395. doi:10.1037/pas0000486

137. Weathers et al. The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. Paper. *Presented at the Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies*. Published online 1993.

138. Yao S-N, Cottraux J, Note I, De Mey-Guillard C, Mollard E, Ventureyra V. [Evaluation of Post-traumatic Stress Disorder: validation of a measure, the PCLS]. *Encephale*. 2003;29(3 Pt 1):232-238.

139. Jean C. *Les Psychothérapies Cognitives et Comportementales*. 6th ed. Elsevier Masson; 2017.

140. Haute autorité de santé. Affections psychiatriques de longue durée : Troubles anxieux graves. Published online June 2017.

141. American Psychological Association. Clinical practice guideline for the treatment

PTSD. Published online February 24, 2017.

142. Burki T. NICE outlines 1-month target for treatment of PTSD. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(8):620. doi:10.1016/S2215-0366(18)30275-X
143. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, El-Hage W, Bilodeau M, Association des Médecins Psychiatres du Québec, eds. *Stratégies thérapeutiques des traumatismes: rapport du Cpnlf-Ampq 2018, 116e colloque international de Bastia.*; 2018.
144. Resick PA, Monson CM, Chard KM. *Cognitive Processing Therapy for PTSD: A Comprehensive Manual*. Guilford Press; 2017.
145. Monson CM, Shields N, Suvak MK, et al. A randomized controlled effectiveness trial of training strategies in cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder: Impact on patient outcomes. *Behav Res Ther*. 2018;110:31-40. doi:10.1016/j.brat.2018.08.007
146. Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, et al. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2016;43:128-141. doi:10.1016/j.cpr.2015.10.003
147. Forbes D, Lloyd D, Nixon RDV, et al. A multisite randomized controlled effectiveness trial of cognitive processing therapy for military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2012;26(3):442-452. doi:10.1016/j.janxdis.2012.01.006
148. Monson CM, Macdonald A, Vorstenbosch V, et al. Changes in social adjustment with cognitive processing therapy: effects of treatment and association with PTSD symptom change. *J Trauma Stress*. 2012;25(5):519-526. doi:10.1002/jts.21735
149. Foa EB, Hembree EA, Rothbaum BO. *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences: Therapist Guide*. Oxford University Press; 2007.
150. Powers MB, Halpern JM, Ferenschak MP, Gillihan SJ, Foa EB. A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(6):635-641. doi:10.1016/j.cpr.2010.04.007
151. Foa EB, Rothbaum BO, Riggs DS, Murdock TB. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *J Consult Clin Psychol*. 1991;59(5):715-723. doi:10.1037//0022-006x.59.5.715
152. Imel ZE, Laska K, Jakupcak M, Simpson TL. Meta-analysis of dropout in treatments for posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2013;81(3):394-404. doi:10.1037/a0031474
153. Shapiro F. *Manuel d'EMDR: principes, protocoles, procédures.*; 2010.
154. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L. A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry*. Published online 2005:14.
155. Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*. 2007;190(02):97-104. doi:10.1192/bjp.bp.106.021402
156. Wilson G, Farrell D, Barron I, Hutchins J, Whybrow D, Kiernan MD. The Use of Eye-

Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) Therapy in Treating Post-traumatic Stress Disorder—A Systematic Narrative Review. *Frontiers in Psychology*. 2018;9. doi:10.3389/fpsyg.2018.00923

157. White M, Epston D. *Les moyens narratifs au service de la thérapie*. SATAS; 2003.

158. Carden~a E. Hypnosis in the treatment of trauma: A promising, but not fully supported, efficacious intervention. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2000;48(2):225-238. doi:10.1080/00207140008410049

159. Beck JG, Coffey SF. Group Cognitive Behavioral Treatment for PTSD: Treatment of Motor Vehicle Accident Survivors. *Cogn Behav Pract*. 2005;12(3):267-277.

160. Watts BV, Schnurr PP, Mayo L, Young-Xu Y, Weeks WB, Friedman MJ. Meta-Analysis of the Efficacy of Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(06):e541-e550. doi:10.4088/JCP.12r08225

161. Ostacher MJ, Cifu AS. Management of Posttraumatic Stress Disorder. *JAMA*. 2019;321(2):200-201. doi:10.1001/jama.2018.19290

162. Jonas DE, Cusack K, Forneris CA, et al. *Psychological and Pharmacological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)*. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013. Accessed August 20, 2019. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK137702/>

163. Li W, Ma Y-B, Yang Q, Li B-L, Meng Q-G, Zhang Y. Effect and safety of sertraline for treat posttraumatic stress disorder: a multicenter randomised controlled study. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2017;21(2):151-155. doi:10.1080/13651501.2017.1291838

164. Shiner B, Westgate CL, Gui J, et al. A Retrospective Comparative Effectiveness Study of Medications for Posttraumatic Stress Disorder in Routine Practice. *J Clin Psychiatry*. 2018;79(5). doi:10.4088/JCP.18m12145

165. Lee DJ, Schnitzlein CW, Wolf JP, Vythilingam M, Rasmusson AM, Hoge CW. PSYCHOTHERAPY VERSUS PHARMACOTHERAPY FOR POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER: SYSTEMIC REVIEW AND META-ANALYSES TO DETERMINE FIRST-LINE TREATMENTS: Research Article: Comparison of PTSD Guidelines. *Depression and Anxiety*. 2016;33(9):792-806. doi:10.1002/da.22511

166. Rauch SAM, Kim HM, Powell C, et al. Efficacy of Prolonged Exposure Therapy, Sertraline Hydrochloride, and Their Combination Among Combat Veterans With Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. Published online December 5, 2018. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.3412

167. McGrane IR, Shuman MD. Mirtazapine Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: Implications of Alpha-Adrenergic Pharmacology on the Startle Response. *Harv Rev Psychiatry*. 2018;26(1):36-41. doi:10.1097/HRP.0000000000000173

168. Schneier FR, Campeas R, Carcamo J, et al. COMBINED MIRTAZAPINE AND SSRI TREATMENT OF PTSD: A PLACEBO-CONTROLLED TRIAL: Research Article: Mirtazapine and SSRI Treatment of PTSD. *Depress Anxiety*. 2015;32(8):570-579. doi:10.1002/da.22384

169. Pae C-U, Lim H-K, Peindl K, et al. The atypical antipsychotics olanzapine and

risperidone in the treatment of posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials. *Int Clin Psychopharmacol*. 2008;23(1):1-8. doi:10.1097/YIC.0b013e32825ea324

170. Han C, Pae C-U, Wang S-M, et al. The potential role of atypical antipsychotics for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 2014;56:72-81. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.05.003

171. Cheng L, Zhu J, Ji F, et al. Add-on atypical anti-psychotic treatment alleviates auditory verbal hallucinations in patients with chronic post-traumatic stress disorder. *Neuroscience Letters*. 2019;701:202-207. doi:10.1016/j.neulet.2019.02.043

172. Khachatryan D, Groll D, Booij L, Sepehry AA, Schütz CG. Prazosin for treating sleep disturbances in adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016;39:46-52. doi:10.1016/j.genhosppsych.2015.10.007

173. Raskind MA, Peskind ER, Chow B, et al. Trial of Prazosin for Post-Traumatic Stress Disorder in Military Veterans. *N Engl J Med*. 2018;378(6):507-517. doi:10.1056/NEJMoa1507598

174. Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies. Recommandations en matière de statistiques des migrations internationales. Published online 1999.

175. Organisation des Nations Unies. Convention relative au statut des réfugiés. Published online July 28, 1951. <http://www.ohcr.org/FR/ProfessionalInterest/pages/StatusOfRefugees.aspx>

176. Blanchard E, Rodier C. « Crise migratoire » : ce que cachent les mots. *Plein droit*. 2016;111(4):3. doi:10.3917/pld.111.0003

177. Coutts A, Fouad FM, Batniji R. Assessing the Syrian health crisis: the case of Lebanon. *The Lancet*. 2013;381(9875):e9. doi:10.1016/S0140-6736(13)60863-6

178. Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. Published online December 12, 1948.

179. Le Pors A. *Le droit d'asile*.; 2015.

180. Tomkinson S, Miaz J. Au coeur des politiques d'asile : perspectives ethnographiques. *ps*. 2019;38(1):3-18. doi:10.7202/1058288ar

181. Akoka K. L'archétype rêvé du réfugié. *Plein droit*. 2011;90(3):13. doi:10.3917/pld.090.0013

182. Fassin D, Kobelinsky C. Comment on juge l'asile: L'institution comme agent moral. *Revue française de sociologie*. 2012;53(4):657. doi:10.3917/rfs.534.0657

183. Tissier Raffin M. Entretien avec Pascal Brice, Directeur général de l'OFPPRA : « Entre continuité et modernisation : la diversification des missions de l'OFPPRA ». *revdh*. 2017;(13). doi:10.4000/revdh.3681

184. Chevron S. *La Réforme Des Structures En Charge de l'immigration: De l'ANAEM à*

l'OFII. Harmattan; 2009.

185. Legoux L. Changements et permanences dans la protection des réfugiés. *remi*. 2004;20(2):9-22. doi:10.4000/remi.961
186. Direction générale des étrangers en France. Le guide du demandeur d'asile en France. Published online 2015:42.
187. Almoshmosh N, Mobayed M, Aljendi M. Mental health and psychosocial needs of Syrian refugees and the role of Syrian non-governmental organisations. *BJPsych International*. 2016;13(04):81-83. doi:10.1192/S2056474000001380
188. Buhmann CB. Traumatized refugees: morbidity, treatment and predictors of outcome. *Dan Med J*. 2014;61(8):B4871.
189. Silove D, Ventevogel P, Rees S. The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry*. 2017;16(2):130-139. doi:10.1002/wps.20438
190. Kokou-Kpolou CK, Moukouta CS, Masson J, Bernoussi A, Cénat JM, Bacqué M-F. Correlates of grief-related disorders and mental health outcomes among adult refugees exposed to trauma and bereavement: A systematic review and future research directions. *J Affect Disord*. 2020;267:171-184. doi:10.1016/j.jad.2020.02.026
191. Georgiadou E, Zbidat A, Schmitt GM, Erim Y. Prevalence of Mental Distress Among Syrian Refugees With Residence Permission in Germany: A Registry-Based Study. *Front Psychiatry*. 2018;9:393. doi:10.3389/fpsy.2018.00393
192. Poole DN, Hedt-Gauthier B, Liao S, Raymond NA, Bärnighausen T. Major depressive disorder prevalence and risk factors among Syrian asylum seekers in Greece. *BMC Public Health*. 2018;18(1):908. doi:10.1186/s12889-018-5822-x
193. Ben Farhat J, Blanchet K, Juul Bjertrup P, et al. Syrian refugees in Greece: experience with violence, mental health status, and access to information during the journey and while in Greece. *BMC Med*. 2018;16(1):40. doi:10.1186/s12916-018-1028-4
194. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*. 2005;365:6.
195. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2009;302(5):537. doi:10.1001/jama.2009.1132
196. Carswell K, Blackburn P, Barker C. The Relationship Between Trauma, Post-Migration Problems and the Psychological Well-Being of Refugees and Asylum Seekers. *International Journal of Social Psychiatry*. 2011;57(2):107-119. doi:10.1177/0020764008105699
197. Aragona M, Pucci D, Mazzetti M, Maisano B, Geraci S. Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*. 2013;(02). doi:10.4415/ANN_13_02_08
198. Karam E, El Chammay R, Richa S, Naja W, Fayyad J, Ammar W. Lebanon: mental

health system reform and the Syrian crisis. *BJPsych Int*. 2016;13(4):87-89.

199. Schock K, Rosner R, Knaevelsrud C. Impact of asylum interviews on the mental health of traumatized asylum seekers. *European Journal of Psychotraumatology*. 2015;6(1):26286. doi:10.3402/ejpt.v6.26286

200. Basoglu M. Rehabilitation of traumatised refugees and survivors of torture. *BMJ*. 2006;333(7581):1230-1231. doi:10.1136/bmj.39036.739236.43

201. Hassan G, Ventevogel P, Jefee-Bahloul H, Barkil-Oteo A, Kirmayer LJ. Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2016;25(02):129-141. doi:10.1017/S2045796016000044

202. Catani C, Jacob N, Schauer E, Kohila M, Neuner F. Family violence, war, and natural disasters: A study of the effect of extreme stress on children's mental health in Sri Lanka. *BMC Psychiatry*. 2008;8(1). doi:10.1186/1471-244X-8-33

203. Catani C, Schauer E, Elbert T, Missmahl I, Bette J-P, Neuner F. War trauma, child labor, and family violence: Life adversities and PTSD in a sample of school children in Kabul. *Journal of Traumatic Stress*. 2009;22(3):163-171. doi:10.1002/jts.20415

204. Dehghan R. The health impact of (sexual) torture amongst Afghan, Iranian and Kurdish refugees: A literature review. *Torture*. 2018;28(3):77-91. doi:10.7146/torture.v28i3.111194

205. Herman JL. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 1992;5(3):377-391. doi:10.1002/jts.2490050305

206. van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress*. 2005;18(5):389-399. doi:10.1002/jts.20047

207. Brewin CR, Cloitre M, Hyland P, et al. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin Psychol Rev*. 2017;58:1-15. doi:10.1016/j.cpr.2017.09.001

208. Barbieri A, Visco-Comandini F, Alunni Fegatelli D, et al. Complex trauma, PTSD and complex PTSD in African refugees. *European Journal of Psychotraumatology*. 2019;10(1):1700621. doi:10.1080/20008198.2019.1700621

209. Veïsse A. VIOLENCE, VULNÉRABILITÉ SOCIALE ET TROUBLES PSYCHIQUES CHEZ LES MIGRANTS/EXILÉS / VIOLENCE, SOCIAL VULNERABILITY AND MENTAL DISORDERS AMONG MIGRANTS AND EXILES. *Bull Epidemio Hebd*. Published online 2017:10.

210. Carde E. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. *Santé Publique*. 2007;19(2):99. doi:10.3917/spub.072.0099

211. Cagnet M, Gabarro C, Adam-Vezina E. Entre droit aux soins et qualité des soins. *hommesmigrations*. 2009;(1282):54-65. doi:10.4000/hommesmigrations.443

212. Hoyez A-C. L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales. *cybergeogeo*. Published online November 21, 2011. doi:10.4000/cybergeogeo.24796

213. COMEDE. La santé des exilés, Rapport d'activité et d'observation. Published online 2009. <http://www.comede.org/IMG/pdf/rapp-comede08.pdf>
214. Koesters M, Barbui C, Purgato M. Recent approaches to provision of mental healthcare in refugee populations: *Current Opinion in Psychiatry*. 2018;31(4):368-372. doi:10.1097/YCO.0000000000000428
215. NICE guidelines. Post Traumatic Stress Disorder. Published online December 2018.
216. Thompson CT, Vidgen A, Roberts NP. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2018;63:66-79. doi:10.1016/j.cpr.2018.06.006
217. Osiris. Projet thérapeutique V4. Published online 2013.
218. Centre Primo Levi. La souffrance psychique des exilés, une urgence de santé publique. Published online 2018.
219. Cyrulnik B. Traumatisme et résilience. *Rhizome*. 2018;N°69-70(3):28. doi:10.3917/rhiz.069.0028
220. Organisation mondiale de la santé, Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Evaluation des besoins et des ressources en santé mentale et soutien psychosocial : vade-mecum pour les situations humanitaires. Published online 2012.
221. United Nations High Commissioner for Refugees. Santé mentale & Soutien psychosocial Directives opérationnelles pour la programmation auprès des réfugiés. Published online 2013.
222. Giacco D, Priebe S. Mental health care for adult refugees in high-income countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2018;27(02):109-116. doi:10.1017/S2045796017000609
223. Jong K de, Knipscheer JW, Ford N, Kleber RJ. The Efficacy of Psychosocial Interventions for Adults in Contexts of Ongoing Man-Made Violence—A Systematic Review. *Health*. 2014;06(06):504-516. doi:10.4236/health.2014.66070
224. Nosè M, Ballette F, Bighelli I, et al. Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. Schmahl C, ed. *PLOS ONE*. 2017;12(2):e0171030. doi:10.1371/journal.pone.0171030
225. Turrini G, Purgato M, Acarturk C, et al. Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees: systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. Published online February 11, 2019:1-13. doi:10.1017/S2045796019000027
226. Zech E, Vandenbussche F. La thérapie par exposition à la narration de Schauer, Neuner et Elbert: manuel de traitement de l'état de stress post-traumatique après la guerre, la torture et la terreur. Published online 2011.
227. Schauer M, Elbert T, Neuner F. *Narrative Exposure Therapy: A Short-Term Treatment for Traumatic Stress Disorders*. 2nd rev. and expanded ed. Hogrefe; 2011.

228. Cienfuegos, A; J., Monelli C. The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *American Journal of Ortho-psychiatry*. 1983;(53):43-51.
229. Neuner F, Onyut PL, Ertl V, Odenwald M, Schauer E, Elbert T. Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counselors in an African refugee settlement: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008;76(4):686-694. doi:10.1037/0022-006X.76.4.686
230. Slobodin O, de Jong JT. Mental health interventions for traumatized asylum seekers and refugees: What do we know about their efficacy? *International Journal of Social Psychiatry*. 2015;61(1):17-26. doi:10.1177/0020764014535752
231. Catani C, Kohiladevy M, Ruf M, Schauer E, Elbert T, Neuner F. Treating children traumatized by war and Tsunami: A comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC Psychiatry*. 2009;9(1). doi:10.1186/1471-244X-9-22
232. Neuner F, Schauer M, Klaschik C, Karunakara U, Elbert T. A Comparison of Narrative Exposure Therapy, Supportive Counseling, and Psychoeducation for Treating Posttraumatic Stress Disorder in an African Refugee Settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004;72(4):579-587. doi:10.1037/0022-006X.72.4.579
233. Stenmark H, Catani C, Neuner F, Elbert T, Holen A. Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. *Behaviour Research and Therapy*. 2013;51(10):641-647. doi:10.1016/j.brat.2013.07.002
234. Tribe RH, Sendt K-V, Tracy DK. A systematic review of psychosocial interventions for adult refugees and asylum seekers. *J Ment Health*. 2019;28(6):662-676. doi:10.1080/09638237.2017.1322182
235. Mundt AP, W̃nsche P, Heinz A, Pross C. Evaluating interventions for posttraumatic stress disorder in low and middle income countries: Narrative Exposure Therapy. *Exposure Therapy*. 2014;12(2):17.
236. Hinsberger M, Holtzhausen L, Sommer J, et al. Feasibility and effectiveness of narrative exposure therapy and cognitive behavioral therapy in a context of ongoing violence in South Africa. *Psychol Trauma*. 2017;9(3):282-291. doi:10.1037/tra0000197
237. Neuner F, Kurreck S, Ruf M, Odenwald M, Elbert T, Schauer M. Can Asylum-Seekers with Posttraumatic Stress Disorder Be Successfully Treated? A Randomized Controlled Pilot Study. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2010;39(2):81-91. doi:10.1080/16506070903121042
238. Patel N, C de C Williams A, Kellezi B. Reviewing outcomes of psychological interventions with torture survivors: Conceptual, methodological and ethical Issues. *Torture*. 2016;26(1):2-16.
239. Campbell CA, Albert I, Jarrett M, et al. Treating Multiple Incident Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in an Inner City London Prison: The Need for an Evidence Base. *Behav Cogn Psychother*. 2016;44(1):112-117. doi:10.1017/S135246581500003X
240. Landes SJ, Garovoy ND, Burkman KM. Treating complex trauma among veterans: three stage-based treatment models. *J Clin Psychol*. 2013;69(5):523-533. doi:10.1002/jclp.21988

241. Dalton J, Thomas S, Melton H, Harden M, Eastwood A. *The Provision of Services in the UK for UK Armed Forces Veterans with PTSD: A Rapid Evidence Synthesis*. NIHR Journals Library; 2018. Accessed February 10, 2020. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482398/>
242. Alghamdi M, Hunt N, Thomas S. The effectiveness of Narrative Exposure Therapy with traumatised firefighters in Saudi Arabia: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*. 2015;66:64-71. doi:10.1016/j.brat.2015.01.008
243. Kaur M, Murphy D, Smith KV. An adapted imaginal exposure approach to traditional methods used within trauma-focused cognitive behavioural therapy, trialled with a veteran population. *Cogn Behav Therap*. 2016;9:e10. doi:10.1017/S1754470X16000052
244. Jongedijk RA. Narrative exposure therapy: an evidence-based treatment for multiple and complex trauma. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014;5(1):26522. doi:10.3402/ejpt.v5.26522
245. Bangpan M, Felix L, Dickson K. Mental health and psychosocial support programmes for adults in humanitarian emergencies: a systematic review and meta-analysis in low and middle-income countries. *BMJ Glob Health*. 2019;4(5):e001484. doi:10.1136/bmjgh-2019-001484
246. Zang Y, Hunt N, Cox T. A randomised controlled pilot study: the effectiveness of narrative exposure therapy with adult survivors of the Sichuan earthquake. *BMC Psychiatry*. 2013;13(1). doi:10.1186/1471-244X-13-41
247. Zang Y, Hunt N, Cox T. Adapting narrative exposure therapy for Chinese earthquake survivors: a pilot randomised controlled feasibility study. Published online 2014:12.
248. Robjant Katy. Treating Posttraumatic Stress Disorder in Female Victims of Trafficking Using Narrative Exposure Therapy: A Retrospective Audit. *Front Psychiatry*. 2017;8. doi:10.3389/fpsy.2017.00063
249. Orang T, Ayoughi S, Moran JK, et al. The efficacy of narrative exposure therapy in a sample of Iranian women exposed to ongoing intimate partner violence-A randomized controlled trial. *Clin Psychol Psychother*. 2018;25(6):827-841. doi:10.1002/cpp.2318
250. Steuwe C, Rullkötter N, Ertl V, et al. Effectiveness and feasibility of Narrative Exposure Therapy (NET) in patients with borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder – a pilot study. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1). doi:10.1186/s12888-016-0969-4
251. Weinhold SL, Göder R, Pabst A, et al. Sleep recordings in individuals with borderline personality disorder before and after trauma therapy. *J Neural Transm (Vienna)*. 2017;124(Suppl 1):99-107. doi:10.1007/s00702-016-1536-3
252. Lely JCG, Knipscheer JW, Moerbeek M, Ter Heide FJJ, van den Bout J, Kleber RJ. Randomised controlled trial comparing narrative exposure therapy with present-centred therapy for older patients with post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry*. 2019;214(6):369-377. doi:10.1192/bjp.2019.59
253. Lely JCG, Smid GE, Jongedijk RA, W. Knipscheer J, Kleber RJ. The effectiveness of narrative exposure therapy: a review, meta-analysis and meta-regression analysis. *European Journal of Psychotraumatology*. 2019;10(1):1550344. doi:10.1080/20008198.2018.1550344

254. Neuner F, Catani C, Ruf M, Schauer E, Schauer M, Elbert T. Narrative Exposure Therapy for the Treatment of Traumatized Children and Adolescents (KidNET): From Neurocognitive Theory to Field Intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2008;17(3):641-664. doi:10.1016/j.chc.2008.03.001
255. Ruf M, Schauer M, Neuner F, Catani C, Schauer E, Elbert T. Narrative exposure therapy for 7- to 16-year-olds: A randomized controlled trial with traumatized refugee children. *Journal of Traumatic Stress*. 2010;23(4):437-445. doi:10.1002/jts.20548
256. Ertl V, Pfeiffer A, Schauer E, Elbert T, Neuner F. Community-Implemented Trauma Therapy for Former Child Soldiers in Northern Uganda: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2011;306(5). doi:10.1001/jama.2011.1060
257. Salloum A, Overstreet S. Grief and trauma intervention for children after disaster: exploring coping skills versus trauma narration. *Behav Res Ther*. 2012;50(3):169-179. doi:10.1016/j.brat.2012.01.001
258. Gillies D, Taylor F, Gray C, O'Brien L, D'Abrew N. Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (Review). *Evid Based Child Health*. 2013;8(3):1004-1116. doi:10.1002/ebch.1916
259. Kangaslampi S, Garoff F, Peltonen K. Narrative exposure therapy for immigrant children traumatized by war: study protocol for a randomized controlled trial of effectiveness and mechanisms of change. *BMC Psychiatry*. 2015;15:127. doi:10.1186/s12888-015-0520-z
260. Peltonen K, Kangaslampi S. Treating children and adolescents with multiple traumas: a randomized clinical trial of narrative exposure therapy. *Eur J Psychotraumatol*. 2019;10(1):1558708. doi:10.1080/20008198.2018.1558708
261. Brown RC, Witt A, Fegert JM, Keller F, Rassenhofer M, Plener PL. Psychosocial interventions for children and adolescents after man-made and natural disasters: a meta-analysis and systematic review. *Psychol Med*. 2017;47(11):1893-1905. doi:10.1017/S0033291717000496
262. Mavranezouli I, Megnin-Viggars O, Trickey D, et al. Cost-effectiveness of psychological interventions for children and young people with post-traumatic stress disorder. *J Child Psychol Psychiatry*. Published online October 26, 2019. doi:10.1111/jcpp.13142
263. Onyut LP, Neuner F, Schauer E, et al. Narrative Exposure Therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: Two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *BMC Psychiatry*. 2005;5(1). doi:10.1186/1471-244X-5-7
264. Said G, King D. Implementing Narrative Exposure Therapy for unaccompanied asylum-seeking minors with post-traumatic stress disorder: A pilot feasibility report. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2020;25(1):213-226. doi:10.1177/1359104519864123
265. Wang C, Burris MA. Photovoice: concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health Educ Behav*. 1997;24(3):369-387. doi:10.1177/109019819702400309
266. Flanagan EH, Buck T, Gamble A, Hunter C, Sewell I, Davidson L. "Recovery Speaks": A Photovoice Intervention to Reduce Stigma Among Primary Care Providers. *Psychiatr Serv*. 2016;67(5):566-569. doi:10.1176/appi.ps.201500049

267. Bichescu D, Neuner F, Schauer M, Elbert T. Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behaviour Research and Therapy*. 2007;45(9):2212-2220. doi:10.1016/j.brat.2006.12.006
268. Schaal S, Elbert T, Neuner F. Narrative Exposure Therapy versus Interpersonal Psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2009;78(5):298-306. doi:10.1159/000229768
269. Ibrahim H, Ertl V, Catani C, Ismail AA, Neuner F. The validity of Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) as screening instrument with Kurdish and Arab displaced populations living in the Kurdistan region of Iraq. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1). doi:10.1186/s12888-018-1839-z
270. Hollifield M, Verbillis-Kolp S, Farmer B, et al. The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(2):202-209. doi:10.1016/j.genhosppsy.2012.12.002
271. Felsman IC, Humphreys JC, Kronk R. Measuring Distress Levels of Refugee Women to Enhance Community-Based Psycho-social Interventions. *Issues Ment Health Nurs*. 2019;40(4):310-316. doi:10.1080/01612840.2018.1543744
272. Schwarzer R. JM. Schwarzer R. & Jerusalem M. Generalized Self Efficacy scale. *Measure in Health Psychology: A user's portfolio*. 1995;Windsor UK : NFER Nelson:35-37.
273. Luszczynska A, Scholz U, Schwarzer R. The general self-efficacy scale: multicultural validation studies. *J Psychol*. 2005;139(5):439-457. doi:10.3200/JRLP.139.5.439-457
274. Organisation mondiale de la santé. Plan d'action santé mentale 2013-2020. Published online 2013.
275. Organisation mondial de la santé et Haut commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Evaluation et prise en charge des affections spécifiquement liées au stress : module Guide d'intervention mhGAP (version 1.0). Published online 2013.
276. UN High Commissioner for Refugees (UNHCR). The 10-Point plan in action. Published online December 2016. <https://www.refworld.org/docid/583714a44.html> (accessed 4 june 2019)
277. Délégation interministérielle à l'accueil et à l'intégration des réfugiés. Stratégie nationale pour l'accueil et l'intégration des personnes réfugiés. Published online June 5, 2018. <http://accueil-integration-refugies.fr/wp-content/uploads/2018/06/Strategie-integration-V0506118.pdf>
278. Rothschild B, Rand ML. *Help for the Helper: The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma*. 1st ed. W.W. Norton; 2006.

Annexe 1 : Article de thèse

The effect of narrative exposure therapy intervention on post-traumatic stress disorder and personal recovery in refugees and asylum seekers of Sindiane program :

A randomized controlled trial (study protocol)

Authors : Clotilde IZABELLE^{1,2}, Christophe LANÇON^{1,2}, Pascal AUQUIER², Aurélie TINLAND^{1,2}

Affiliations : ¹- Aix-Marseille University, School of medicine – La Timone Medical Campus, EA 3279: CEReSS – Health Service Research and Quality of Life Center, F-13005 Marseille

²- Department of Psychiatry, Sainte-Marguerite University Hospital, F-13009 Marseille

Emails : clotilde.izabelle@gmail.com

Telephone number : + 33 6 60 53 61 25

Keywords : Narrative Exposure Therapy, Short-term psychotherapy, Post-traumatic stress disorder, Complex trauma, Multiple trauma, Refugees, Asylum seekers, Psychosocial intervention, Clinical trial.

Background

PTSD in refugees and asylum seekers population

According to the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), 68 million people were forcibly displaced worldwide by the end of 2017 (UNHCR 2018)(1). Refugees are defined and protected by the 1951 Refugee Convention. A refugee is « someone who is unable or unwilling to return to their country of origin owing to a well-founded fear of being persecuted for reasons of race, religion, nationality, membership of a particular social group, or political opinion »(2). Not all forcibly displaced migrants are recognised as refugees, many may be asylum seekers.

Several studies have shown that displaced peoples reported high rates of potentially traumatic events like war, torture, death, sexual assault(3)(4). Negative mental health consequences are well documented amongst this high-risk population. Due to exposure to traumatic events and post migration living difficulties, refugees are more likely to develop mental health disorders than the general population. PTSD and depression are the most common mental health issues(5). In their meta-analysis, Fazel et al. in 2005(6) suggests that about one in ten adult refugees in western countries has a post-traumatic stress disorder. Steel et al.(7) found prevalence rates of 47% for PTSD and 20% for depression in refugees from Africa.

Since the fifth edition of the American Psychiatric Association's *Diagnostic and Statistical Manual of Disorders* (DSM-5)(8) the post-traumatic stress disorder belongs to a new category called «Trauma and stressor related disorders ». PTSD is characterized by persistent reexperiencing of a traumatic event, avoidance, alterations in arousal or reactivity, alteration of mood and cognition, disturbed sleep, hypervigilance and self-denigration(9).

These findings indicate a great need for psychological and psychiatric treatment in the refugee population of high-income countries(10). In 2019, Nesterko et al. (11), mentioned an urgent need for psychosocial support and/or specific intervention programmes.

NET is a promising treatment of PTSD in this sub-population

A large number of randomized controlled trials have shown that trauma focused cognitive behavioral therapy are the most successful intervention to treat PTSD(12)(13). Asylum seekers and refugees with PTSD used to be considered difficult to treat.

However, Narrative Exposure Therapy (NET) is a new psychotherapeutic approach(14). It is a variant of trauma focused CBT. It was developed in Germany by Neuner, Schauer and Elbert to treat PTSD after war experiences and torture(15). NET was derived and developed from a combination of CBT and testimony therapy(16). This therapy was shown to be effective on PTSD symptoms and depression(17) with refugees and asylum seekers(18). In 2010, Robjant and Fazel(19) showed that NET can be effective for people with multiple and complex trauma.

Procedurally in NET, the survivor chronologically constructs a life story with a focus on a traumatic experiences. Sessions are usually last 60 min. The authors recommend 4 to 12 sessions. A version for children has also been developed (KidNET)(20).

The first step consists of psychoeducation about the PTSD and information on the process for the therapy. During the first session the lifeline is constructed (**Figure 1**). Symbols are used to represent events (flowers represent positive events and stones for negative experiences). The subsequent sessions consist of the narration of the autobiographical history and sessions have to end at a safe point in the narrative. Between the sessions, the therapist writes the story. At the beginning of the subsequent session, the narrative is read to the patient. At the end of the

therapy the patient receives the testimony signed by the therapist, the interpret and the patient himself.

The aim of NET is to facilitate the process of converting fragmented autobiographical memories related to the traumatic event into a coherent narrative testimony(21). The authors make the distinction between declarative « cold » memory (context information) and non-declarative « hot » memory (emotional response). NET tries to enhance and encode cold memory when hot memories are activated.

A trial conducted in 2011 showed a relative increase of activity towards threat related pictures in brain regions associated with elaborate visual processing(22). In 2013, Stenmark et al., conducted a study which compared NET and TAU with refugees and asylum seekers in Norway. They conclude that NET seems a straightforward, promising therapeutic approach and that is more effective than TAU in PTSD(23).

With NET, a basic level of experience is required to conduct therapy. Because of the lack of therapists which work with migrants this therapy seems helpful because it is low cost, brief and does not require a qualified therapist. By using storytelling NET is accessible in many cultures and does not require a high level of education(18). In 2019, a recent meta-analysis provides empirical support for the effectiveness of NET for refugees and asylum seekers(24).

SINDIANE programme as a psychosocial intervention for facilitating personal recovery

SINDIANE is an association and experimental program which tries to facilitate empowerment and reduce symptoms of PTSD for women and LGBT Arabic refugees and asylum seekers. It was developed by a French lawyer and Syrian refugees women in Marseille.

Post migratory stress are social isolation, lack of work, language barriers, asylum procedure stress, fear of deportation and separation from children, denial of work permit(25). Brewin et al. investigated risk factors for PTSD and found social support to have the strongest weighted average effect size (0,40)(26). Psychosocial interventions for asylum seekers and refugees with PTSD resettled in high-income countries were found to provide significant benefits in reducing PTSD symptoms(27). Psychosocial interventions are generally non pharmaceutical interventions with a focus on the interrelation between social circumstances and peoples' emotions and behaviour. In 2019, Turrini et al.(28) published a large meta-analysis on the efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees. They found a beneficial effect on PTSD symptoms.

This community program worked with social workers to provide rehabilitation and to reduce stigma around psychological distress and mental illness(29). Three women who are themselves refugee conducted workshops designed to empower the participants (through the provision of French lessons, support in navigating asylum procedures, art-therapy ...).

The social workers, who are not mental health specialists, have been trained at NET therapy by a psychiatrist This therapy can be dispensed by a non-professional(30).

The aim of this study is to ascertain the efficacy of NET workshops in SINDIANE programme to reduce PTSD symptoms in asylum seekers and refugees.

Methods and design :

Aims of the pilot study

Here, we propose a pilot study that will enable us to facilitate the recovery of asylum seekers and refugees.

The aims of the project are as follows:

1/ Examine the effectiveness of a NET therapy training by social workers for reduce PTSD symptoms relative to a waiting list condition.

2/ To evaluate the role of psychosocial interventions in providing recovery.

3/ To investigate the role of NET and psychosocial intervention in the asylum procedure.

It is hypothesised that the NET and Sindiane programs will significantly decrease symptoms of PTSD in refugees and asylum seekers.

Research design and procedure

This research will use a randomised controlled pilot study. This trial will be employed to evaluate the clinical effectiveness of NET on PTSD symptoms, with refugees and asylum seekers in SINDIANE programme or a waiting list control group (SINDIANE without NET).

- *Participants recruitment*

Eligible participants were women or LGBT people aged 18 or more, refugees or asylum seekers following Sindiane programme, with PTSD as defined by the Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (Five Edition) criteria (American Psychiatric Association). To be included in this study they had to speak French, or Arabic or English. Exclusion criteria included participation in any other programme (article L1121-12 Code Santé Publique), dementia or mental retardation, person with high suicidal risk, forced treatment.

All participants gave informed consent after receiving a full explanation of the study design and objectives and explicit information. This information was presented by the psychiatrist in charge of recruitment.

A flowchart of the recruitment and the implementation of the whole research procedure is illustrated in **Figure 1**. It is conducted by a psychiatrist.

- *Treatment*

The NET intervention will consist of four to eight weekly sessions of 60 minutes each. The programme will be conducted in individual format. The therapy will be trained by a social worker who has received a NET formation by a psychiatrist. Since all social workers speak Arabic, no translator was employed in this study. They were also supervised at least once a week throughout the study by a doctor. **Figure 2** explains the practical elements of NET. In Narrative Exposure Therapy, the therapist asks about feelings and emotional reactions. A special focus of the therapy is on the transformation of the generally fragmented report of traumatic experiences into a coherent narrative. The session is not finished until a habituation of the emotional reactions presented.

The waiting list control group will continue with Sindiane activity. While participants will be aware of the group which they have been allocated to, outcome assessors and data analysts will be kept blind to the allocation. This group receives supportive counselling but there is no talk about specific past traumatic event.

Ethics

This study protocol has been approved by the CPP (Comité de protection des personnes) of France (Reference number :). An information sheet and a written consent form which has been formally approved by the ethics committee will be distributed to participants when they are invited to take part in the research project.

Measurements

Outcome assessment will take place at baseline (T0), after intervention (T1) and at a six month follow up (T2).

Primary outcome:

The main outcome measure in this study was PTSD symptom severity. Therefore we used the PTSD Check List-5(31). The PCL is a self-report measure for accessing PTSD in clinical and research setting. PCL was recently updated according to the new criteria for PTSD in the DSM5 and translated in Arabic(4). The PCL-5 contains 20 items on a five-point scale. The score is between 0 and 80. The cut off to have a diagnosis of PTSD ranges between 28 and 37(32). This Arabic version demonstrated good internal consistency with Cronbach alpha of 0.85 and have a cut off at 23. The sensitivity is 0.82 and the specificity 0.70 with 0.48 of Kappa measure. A higher total score indicates severe PTSD symptoms.

Secondary outcomes:

The secondary outcomes are the stability over time of the decrease PCL-5, the decrease in the intensity of psychiatric comorbidities (RHS15), improvement of experience indicators (GSE)

- Stability over time of the decrease PCL-5 : This score is also calculated three months after the end of the program.

- The Refugee Health Screener (RHS-15): It is a screening tool for mental disorders specifically for the refugee population. It has been validated in this subgroup(33). It includes 15 items and the highest scores correspond to higher levels of mental disorder. Positivity is accepted if an overall score greater than or equal to 12 (for Items 1 to 14) or a result of item 15 greater than or equal to 5 points out of 10. This self-questionnaire is robust and short. It can be completed in 5 to 10 minutes(34). It is simple and available in Arabic and French.

- The GSE self-efficacy questionnaire (GSE): the general self-efficacy scale assesses the

feeling of personal effectiveness, of self-confidence in overcoming the difficulties encountered during life. First developed in Germany in the 1980s by M. Jerusalem and R. Schwarze, it has been used in many studies(35). In fact, its cumulative number of participants is around 100,000. With good psychometric's characteristics(36), this scale is now translated into 32 languages including Arabic and French.

Intervention fidelity

To ensure the fidelity of the intervention the social workers participated in 3 training sessions by a psychiatrist. In addition, she benefits from weekly supervision by an expert to provide feedback on their various follow-ups and check the agreement with the protocol.

Sampling

The target population consists of non-European, Arabic-speaking migrants, seeking asylum or having already been granted refugee status. The source population is all women asylum seekers or refugees in Marseille, invited to participate in the SINDIANE program after free information. Previous studies on NET have been carried out on a small (sample?) of subjects. Referring to the last meta-analysis(24) published on the Narrative Exposure Therapy analysing 16 randomized clinical trials including 947 participants, the post-treatment g is 0.47 with a confidence interval ranging from 0.23 to 0.71. Using this coefficient and a size effect of 0.87 to calculate our number of subjects needed, we find a necessary number of 22 people in each group to try to show a significant difference.

Data analysis

Statistical analysis will be started after checking the validity of the database (issuance of queries to people involved in the study, consistency checks). A data anonymization algorithm

assigned a number to each people. Only this number will be entered in the database.

After the database has been frozen, the consolidated data will be processed by the statistician.

Data analysis will be performed using SPSS version 20.0 software under Windows, by the CEReSS statistician.

The analysis will be conducted in accordance with Good Epidemiological Practices, and the final report will be written, according to CONSORT recommendations (Consolidated Standards of Reporting Trials).

The statistical analysis will relate to the intention to treat population (main analysis), excluding patients for who a major violation of the protocol is observed (patient who did not benefit from either of the two treatments, no post inclusion data, patient wrongly included).

An additional analysis will be carried out in population per protocol (secondary analysis).

First, a descriptive analysis covering the entire sample will be carried out. Qualitative variables will be presented in the form of proportions, confidence interval and counts, qualitative variables using means and standard deviation, or median and quartiles. For each variable, the proportion of missing data will be specified. The normality of these parameters will be assessed using frequency histograms and Shapiro tests; simple mathematical transformations can be used to normalize non-normal data (logarithmic, arc sine). The initial comparability of the 2 groups will be tested on all the variables available for inclusion: using Chi square tests for the qualitative variables, and Anova or Kruskal-Wallis tests for the quantitative variables. Particular attention will be paid to know or suspected confounding factors: age, level of education Confounding factors know or identified at this stage will be taken into account in the analysis (stratification). The proportion of people lost to follow up, and the reasons will be detailed and compared in the two management strategies.

Univariate analyzes:

The PCL-5 score will be compared between the two management strategies using Student's T test. The secondary judgment criteria will be compared between the 2 groups according to the Anova or Kruskal-Wallis tests for the quantitative variables or Chi-Square tests for the qualitative variables. The criteria based on measurement scales will be calculated according to the scoring algorithms provided by the designers of these scales.

Multivariate analyzes:

Multivariate analyzes will be performed mainly using linear regression models. The variable to be explained will be represented by the PTSD score; the selection of the explanatory variables will be based on the one hand on the univariate approach which will identify variables for which the p-value is less than or equal to 0.20, and on the other hand on the prior identification of variables potentially associated with the PTSD. The results will be presented in the form of standardized beta coefficients.

Discussion

To facilitate the personal recovery process for refugees and asylum seekers, the support for PTSD seems to be a medical and social priority. Currently there is a lack of specific therapy suitable for this subgroup. The Narrative Exposure Therapy is an innovative approach in this field. It deserves to be studied more through larger clinical trials and some guidelines (like the NICE for example) encourage its development for refugees. The treatment of PTSD is important but provides social support too. The added value of this study is to add a community support program (SINDIANE) to try to show the effectiveness in the personal recovery of subjects. In a meta-analysis published in/ conducted in 2019, Turrini et al. (28) have shown that psychosocial interventions are effective to provide clinically relevant beneficial effects not only in those with diagnosis of a mental health condition but those with psychological distress without a formal assessment of mental disorder.

In sum, it is hoped that this study can firstly address extant research and intervention gaps by evaluating the efficacy of NET to diminish PTSD symptoms in refugees and asylum seekers. Secondly, it can also provide the importance of social support to facilitate the process of personal recovery of this subgroup.



Figure 1 : Example of a Life-Line

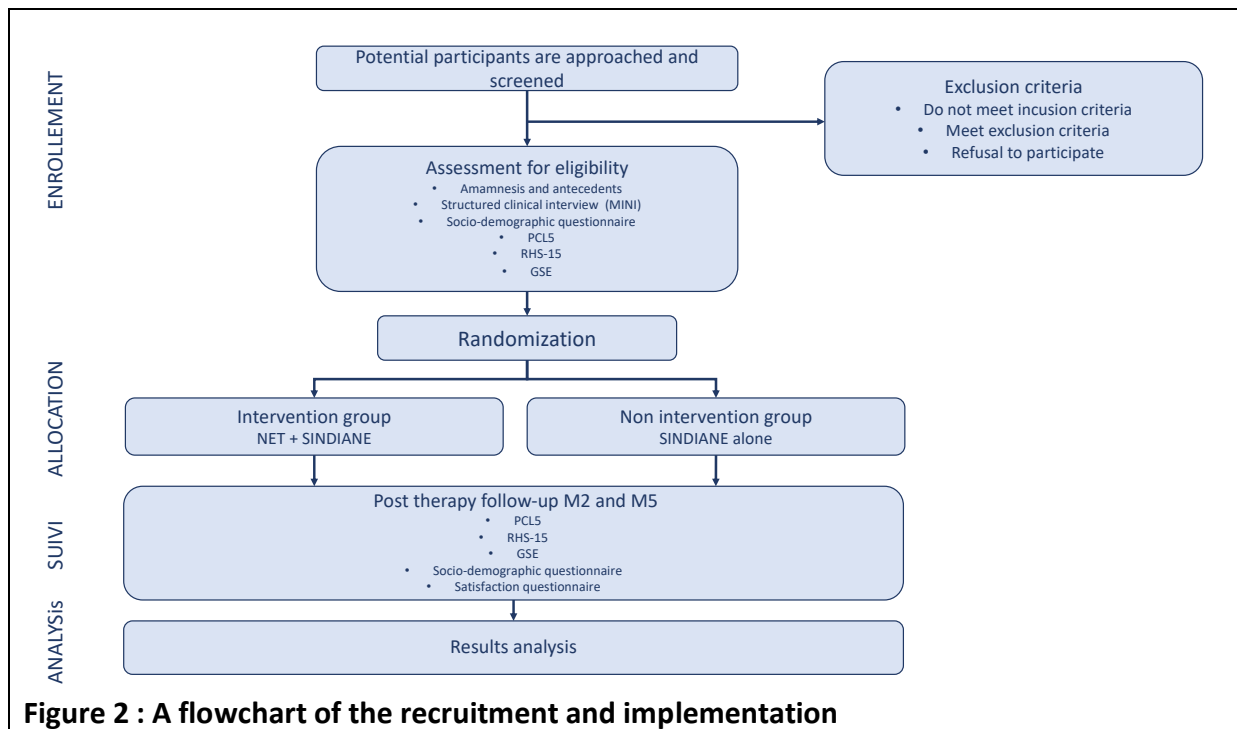


Figure 2 : A flowchart of the recruitment and implementation

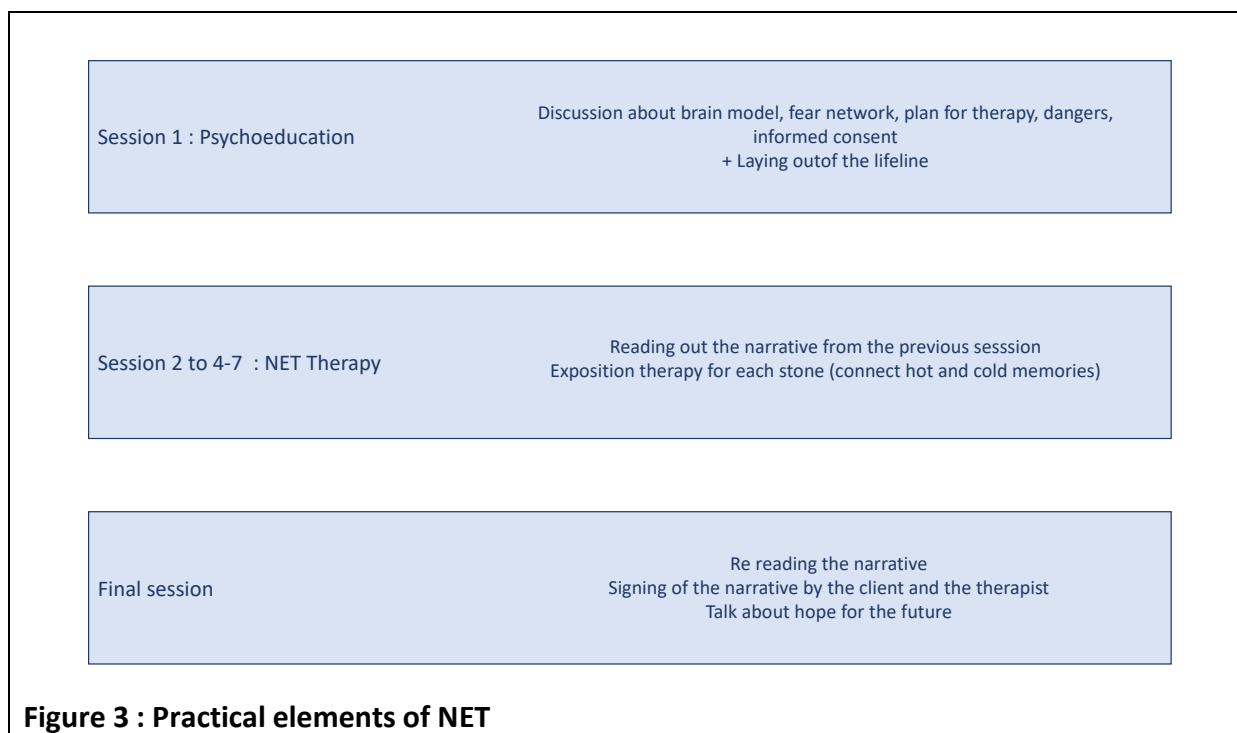


Figure 3 : Practical elements of NET

1. United Nations High Commissioner for Refugees UNHCR. Global trends. Forced displacement in 2017. 2018; Available from: <https://www.unhcr.org/5b27be547.pdf>
2. United Nations High Commissioner for Refugees UNHCR. Who is a refugee ? 2019; Available from: [https://www.unefugees.org/refugee-facts/chat-is\)a-refugee/](https://www.unefugees.org/refugee-facts/chat-is)a-refugee/)
3. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2009 Aug 5;302(5):537.
4. Ibrahim H, Hassan CQ. Post-traumatic Stress Disorder Symptoms Resulting from Torture and Other Traumatic Events among Syrian Kurdish Refugees in Kurdistan Region, Iraq. *Front Psychol* [Internet]. 2017 Feb 20 [cited 2019 May 29];8. Available from: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2017.00241/full>
5. Tingshög P, Malm A, Arwidson C, Sigvardsdotter E, Lundin A, Saboonchi F. Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: a population-based survey. *BMJ Open*. 2017 29;7(12):e018899.
6. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*. 2005;365:6.
7. Steel JL, Dunlavy AC, Harding CE, Theorell T. The Psychological Consequences of Pre-Emigration Trauma and Post-Migration Stress in Refugees and Immigrants from Africa. *J Immigr Minor Health*. 2017;19(3):523–32.
8. American Psychiatric Association. DSM-5 : 5ème édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson. 2015.
9. Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-Traumatic Stress Disorder. Longo DL, editor. *New England Journal of Medicine*. 2017 Jun 22;376(25):2459–69.
10. Neuner F, Kurreck S, Ruf M, Odenwald M, Elbert T, Schauer M. Can Asylum-Seekers with Posttraumatic Stress Disorder Be Successfully Treated? A Randomized Controlled Pilot Study. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2010 Jan;39(2):81–91.
11. Nesterko Y, Jäckle D, Friedrich M, Holzapfel L, Glaesmer H. Prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and somatisation in recently arrived refugees in Germany: an epidemiological study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019 Jul 31;1–11.
12. Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*. 2007 Feb;190(02):97–104.
13. Ehlers A, Bisson J, Clark DM, Creamer M, Pilling S, Richards D, et al. Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clinical Psychology Review*. 2010 Mar;30(2):269–76.
14. Neuner F, Schauer M, Karunakara U, Klaschik C, Robert C, Elbert T. Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among West Nile refugees. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2004 Dec [cited 2019 Jan 15];4(1). Available from: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-4-34>
15. Neuner F, Schauer M, Klaschik C, Karunakara U, Elbert T. A Comparison of Narrative Exposure Therapy, Supportive Counseling, and Psychoeducation for Treating Posttraumatic Stress Disorder in an African Refugee Settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004;72(4):579–87.
16. Cienfuegos, A; J., Monelli C. The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *American Journal of Ortho-psychiatry*. 1983;(53):43–51.

17. AlHadethe A, Hunt N. Randomised Controlled Study Comparing Two Psychological Therapies for Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): Emotional Freedom Techniques (EFT) vs. Narrative Exposure Therapy (NET). *J Trauma Stress Disor Treat* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jun 17];04(04). Available from: http://www.scitechnol.com/peer-review/randomised-controlled-study-comparing-two-psychological-therapies-for-posttraumatic-stress-disorder-ptsd-emotional-freedom-techniq-2MfO.php?article_id=4608
18. Hijazi AM, Lumley MA, Ziadni MS, Haddad L, Rapport LJ, Arnetz BB. Brief Narrative Exposure Therapy for Posttraumatic Stress in Iraqi Refugees: A Preliminary Randomized Clinical Trial: Narrative Exposure Therapy for Refugees. *Journal of Traumatic Stress*. 2014 Jun;27(3):314–22.
19. Robjant K, Fazel M. The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: A review. *Clinical Psychology Review*. 2010 Dec;30(8):1030–9.
20. Neuner F, Catani C, Ruf M, Schauer E, Schauer M, Elbert T. Narrative Exposure Therapy for the Treatment of Traumatized Children and Adolescents (KidNET): From Neurocognitive Theory to Field Intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2008 Jul;17(3):641–64.
21. Grech P, Grech R. Narrative Exposure Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder. *Altern Integr Med* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 19];07(02). Available from: <https://www.omicsonline.org/open-access/narrative-exposure-therapy-for-posttraumatic-stress-disorder-2327-5162-1000264-103111.html>
22. Adenauer H, Catani C, Gola H, Keil J, Ruf M, Schauer M, et al. Narrative exposure therapy for PTSD increases top-down processing of aversive stimuli - evidence from a randomized controlled treatment trial. *BMC Neuroscience*. 2011;12(1):127.
23. Stenmark H, Catani C, Neuner F, Elbert T, Holen A. Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. *Behaviour Research and Therapy*. 2013 Oct;51(10):641–7.
24. Lely JCG, Smid GE, Jongedijk RA, W. Knipscheer J, Kleber RJ. The effectiveness of narrative exposure therapy: a review, meta-analysis and meta-regression analysis. *European Journal of Psychotraumatology*. 2019 Jan;10(1):1550344.
25. Toar M, O'Brien KK, Fahey T. Comparison of self-reported health & healthcare utilisation between asylum seekers and refugees: an observational study. *BMC Public Health* [Internet]. 2009 Dec [cited 2019 Feb 28];9(1). Available from: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-9-214>
26. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000;68(5):748–66.
27. Nosè M, Ballette F, Bighelli I, Turrini G, Purgato M, Tol W, et al. Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. Schmahl C, editor. *PLOS ONE*. 2017 Feb 2;12(2):e0171030.
28. Turrini G, Purgato M, Acarturk C, Anttila M, Au T, Ballette F, et al. Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees: systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2019 Feb 11;1–13.
29. Hassan G, Ventevogel P, Jefee-Bahloul H, Barkil-Oteo A, Kirmayer LJ. Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2016 Apr;25(02):129–41.
30. Neuner F, Onyut PL, Ertl V, Odenwald M, Schauer E, Elbert T. Treatment of

posttraumatic stress disorder by trained lay counselors in an African refugee settlement: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008;76(4):686–94.

31. Weathers et al. The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. Paper. Presented at the Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies. 1993;

32. Ashbaugh AR, Houle-Johnson S, Herbert C, El-Hage W, Brunet A. Psychometric Validation of the English and French Versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). Mazza M, editor. *PLoS ONE*. 2016 Oct 10;11(10):e0161645.

33. Hollifield M, Verbillis-Kolp S, Farmer B, Toolson EC, Woldehaimanot T, Yamazaki J, et al. The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013 Apr;35(2):202–9.

34. Felsman IC, Humphreys JC, Kronk R. Measuring Distress Levels of Refugee Women to Enhance Community-Based Psycho-social Interventions. *Issues Ment Health Nurs*. 2019 Apr;40(4):310–6.

35. Luszczynska A, Scholz U, Schwarzer R. The general self-efficacy scale: multicultural validation studies. *J Psychol*. 2005 Sep;139(5):439–57.

36. Schwarzer R. JM. Schwarzer R. & Jerusalem M. Generalized Self Efficacy scale. *Measure in Health Psychology : A user's portfolio*. 1995;Windsor UK : NFER Nelson:35–7.

Annexe 2 : Poster accepté au 27^{ème} symposium de controverse en psychiatrie (Septembre 2020 Barcelone)

Revue de la littérature de la NET dans le trouble de stress post traumatique

Effectiveness of the Narrative Exposure Therapy NET on PTSD symptoms A Systematic review

Clotilde IZABELLE^{1,2}, Christophe LANÇON^{1,2}, Pascal AUQUIER², Aurélie TINLAND^{1,2}

¹- Aix-Marseille University, School of medicine – La Timone Medical Campus, EA 3279: CReSS – Health Service Research and Quality of Life Center, F-13005 Marseille
²- Department of Psychiatry, Sainte-Marguerite University Hospital, F-13009 Marseille

Introduction

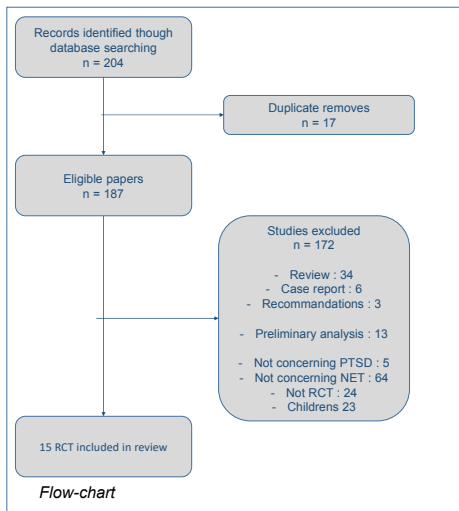
Post traumatic stress disorder (PTSD) is a common psychiatric disorder.

Actually, the guidelines devoted to it recommend cognitive behavioral therapy with a trauma focus (CBT-T) for adults. Narrative Exposure Therapy (NET) is a form of psychotherapy for trauma-spectrum disorders in survivors of multiple and complex trauma .

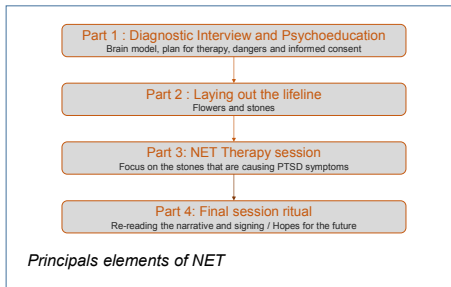
The purpose of this article is to review the litterature to explore the effectiveness of NET on PTSD symptoms

Material and methods

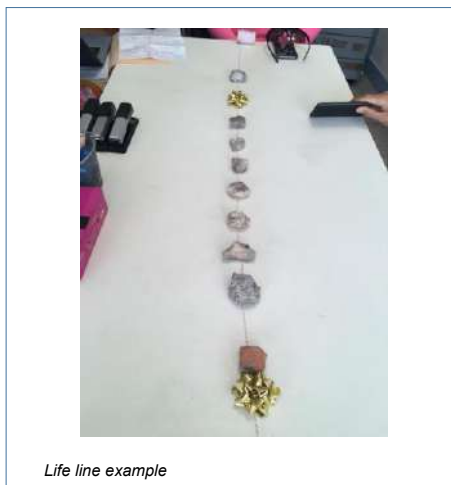
We performed a search in databases included Psych INFO, Published International Literature On Traumatic Stress (PILOTS) and Medline. with date of publication between first publication of a NET trial (1 january 2004) and present (17th february 2020).



Narrative Exposure Therapy



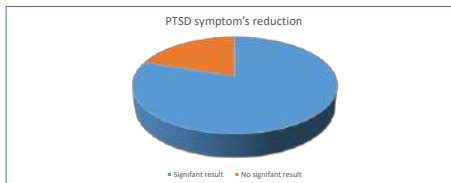
Developped in Germany, NET is a short-term therapy for individuals. The treatment involves emotionel exposure to the memories and the reorganisation into a coherent chronological narrative.



Results

Among 187 eligible papers, 15 RCTs were included with 922 participants.

This review found a positive effect of Narrative Exposure Therapy on PTSD symptoms. All studies found a PTSD symptom's reduction. 12 (80%) studies found a significant result. This therapy was initially developped for refugees and asylum seekers and 46, 66% of trials focus on this subgroup.



Conclusion and discussion

This review suggests that NET is an effective treatment for multiple and complex PTSD. It can be use in low-income countries and for precarious populations in high-come countries. We confirm that the NET is of particular interest in adressng the trauma of refugees and asylum seekers.



27 International Symposium on
Controversies in Psychiatry
VIOLENCE AND AGGRESSION August 28th to September 11th, 2020

VIRTUAL



Communication certificate

On behalf of the Organising Committee of the

27 International Symposium on Controversies in Psychiatry
VIOLENCE AND AGGRESSION

we certify that

IZABELLE CLOTILDE, LANCON C, AUQUIER P, TINLAND A

has presented the following poster in the above mentioned event

EFFECTIVENESS OF THE NARRATIVE EXPOSURE THERAPY (NET) ON PTSD SYMPTOMS : A SYSTEMATIC REVIEW

Barcelona, Spain, August 28th to September 11th, 2020

Dr. Luis Sánchez-Planell
Organising Committee Chair



1-1582047969-63

Annexe 3 : Iconographie de la prévalence d'exposition à une évènement traumatique par pays

Etude de Benjet en 2016 ; The épidemiology of traumatic event exposure world

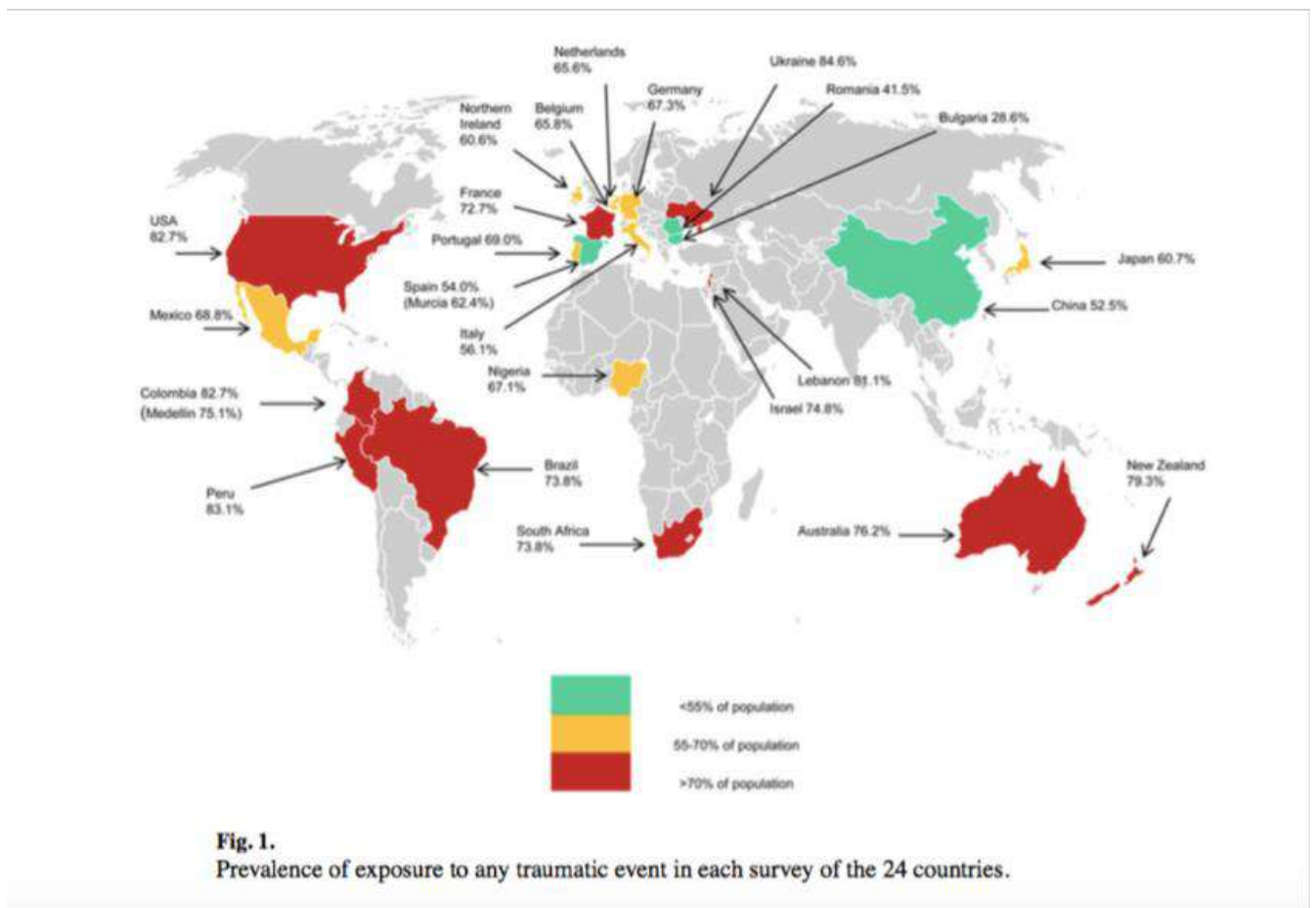
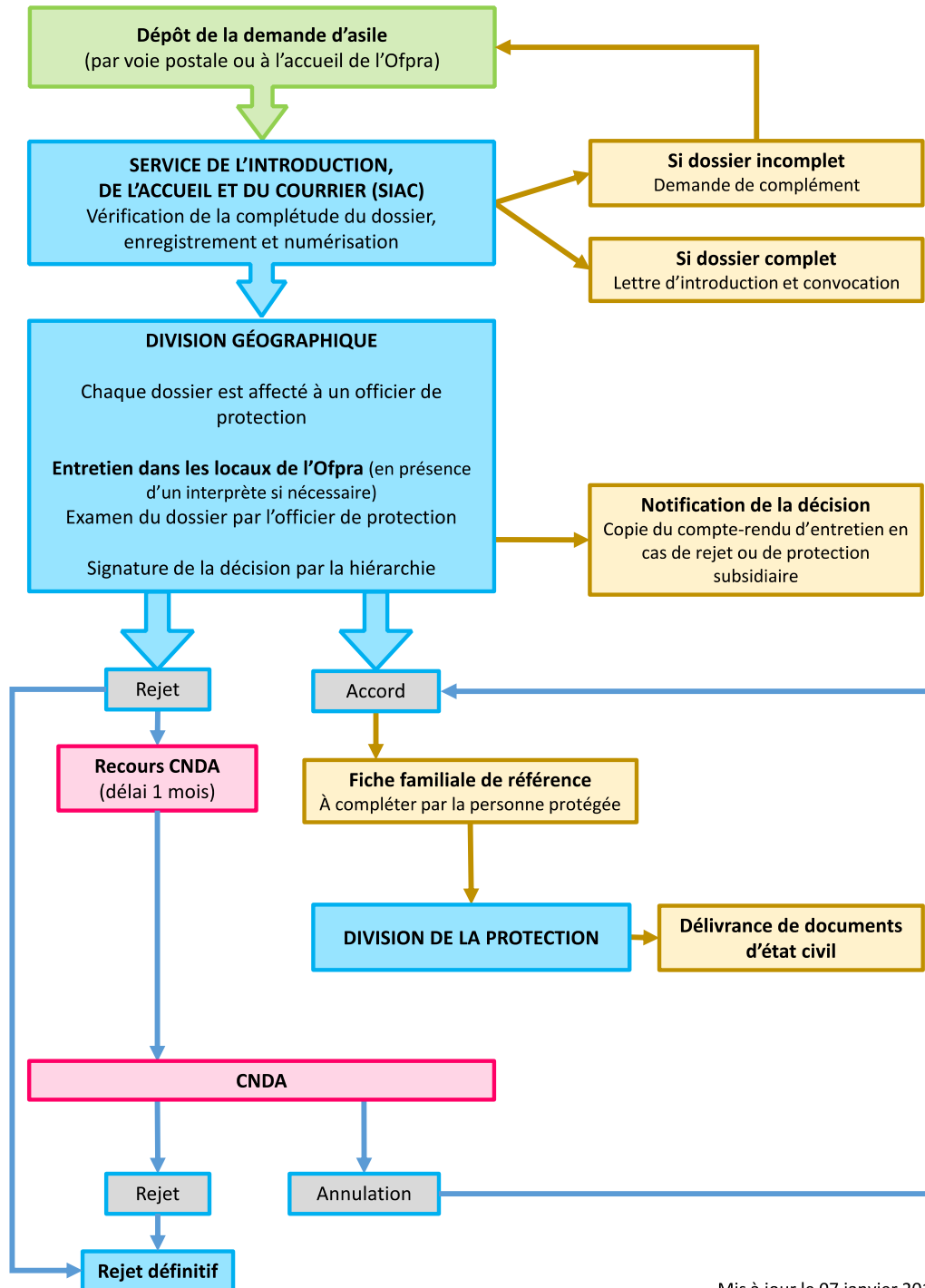


Fig. 1. Prevalence of exposure to any traumatic event in each survey of the 24 countries.

Annexe 4 : Déroulement de la procédure d'asile mise à disposition par l'OFPRA

[https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/190107 -
deroulement de la procedure a lofpra - schema.pdf](https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/190107_-_deroulement_de_la_procedure_a_lofpra_-_schema.pdf)

Déroulement de la procédure à l'Ofpra



Mis à jour le 07 janvier 2019

Annexe 5 : PCL5 en français

Une liste de problèmes que les gens peuvent parfois avoir après un événement très stressant figure ci-après. Veuillez lire attentivement chaque description tandis que vous pensez à votre événement le plus important, puis choisissez une des réponses pour indiquer dans quelle mesure vous en avez souffert au cours du mois passé.

<i>Dans quelle mesure en avez-vous souffert au cours du dernier mois :</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Pas mal</i>	<i>Extrêmement souvent</i>
1. Avez-vous des souvenirs réguliers, désagréables et non désirés de l'événement stressant ?					
2. Avez-vous des rêves réguliers et désagréables de l'événement stressant ?					
3. Vous avez tout à coup l'impression que l'événement stressant se reproduit réellement, ou vous vous comportez comme si c'était le cas (comme si vous étiez revenu dans le temps où l'événement a eu lieu, et le reviviez) ?					
4. Vous êtes bouleversé quand quelque chose vous rappelle l'événement stressant ?					
5. Vous avez une forte réaction physique quand quelque chose vous rappelle l'événement stressant (par exemple : des palpitations, difficultés à respirer, sueurs) ?					
6. Vous évitez les souvenirs, pensées ou sentiments associés à l'événement stressant ?					
7. Vous évitez les choses qui pourraient évoquer l'événement stressant (par exemple : certaines personnes, des lieux, sujets de conversation, activités, objets ou situations) ?					
8. Vous avez du mal à vous souvenir d'éléments importants de l'événement stressant ?					
9. Vous avez de fortes convictions négatives à l'égard de vous-même, des autres ou du monde (par exemple, des pensées telles que : je suis mauvais, quelque chose ne tourne vraiment pas rond chez moi, on ne peut faire confiance à personne, le monde est plein de dangers) ?					
10. Vous imputez l'événement stressant ou ses conséquences à vous-même ou aux autres ?					
11. Vous éprouvez des sentiments forts et négatifs comme la peur, la répugnance, la colère, la culpabilité ou la honte ?					
12. Vous vous intéressez moins aux activités que vous aimiez faire avant ?					
13. Vous ressentez une distance entre vous et d'autres personnes, ou vous vous sentez détaché des autres ?					
14. Vous avez des difficultés à ressentir des sentiments positifs (par exemple : vous êtes incapable de vous sentir heureux ou de ressentir de l'amour pour vos proches) ?					
15. Vous êtes irrité, vous avez des crises de colère ou un comportement agressif ?					
16. Vous prenez trop de risques ou faites des choses qui pourraient vous être néfastes ?					
17. Vous êtes "super attentif", vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Vous vous sentez nerveux ou vous vous effrayez facilement ?					
19. Vous avez des difficultés à vous concentrer ?					
20. Vous avez des difficultés à vous endormir ou à continuer à					

Annexe 6 : PCL5 en arabe

PCL-5

كثيراً جداً	أكبر من المتوسط	متوسط	قليلاً	بشدة	في الشهر المنصرم، كم بلغ شعورك بالضيق من:
4	3	2	1	0	1. ذكريات مكررة، مزعجة وغير مرغوب فيها للتجربة المريرة التي مرتت بها؟
4	3	2	1	0	2. أحلام مكررة مزعجة للتجربة المريرة التي مرتت بها؟
4	3	2	1	0	3. الشعور أو التصرف المفاجئ كما لو كانت التجربة المريرة تحدث مرة أخرى (كما لو كنت قد عدت بالزمن فعلاً وتعيشها من جديد)؟
4	3	2	1	0	4. الشعور بالاستياء الشديد عندما يذكرك شيء ما بالتجربة المريرة؟
4	3	2	1	0	5. المعاناة من رد فعل بدني قوي عندما يذكرك شيء ما بالتجربة المريرة (على سبيل المثال، زيادة ضربات القلب، صعوبة في التنفس أو التعرق)؟
4	3	2	1	0	6. تجنب الذكريات أو الأفكار أو المشاعر المتعلقة بالتجربة المريرة؟
4	3	2	1	0	7. تجنب الأشياء الخارجية التي تذكرك بالتجربة المريرة (على سبيل المثال، الأشخاص، الأماكن، المحادثات، الأنشطة، الأشياء أو المواقف)؟
4	3	2	1	0	8. مشاكل تذكر أجزاء هامة من التجربة المريرة؟
4	3	2	1	0	9. وجود معتقدات سلبية قوية عنك أو عن أشخاص آخرين أو العالم (على سبيل المثال، "تراونك أفكار مثل: "أنا سيء"، "هناك شيء خاطئ في"، "لا يمكن الوثوق بأحد"، "العالم خطر جداً")؟
4	3	2	1	0	10. إلقاء اللوم على نفسك أو على شخص آخر فيما يخص حدوث التجربة المريرة أو تبعاتها؟
4	3	2	1	0	11. وجود مشاعر سلبية قوية مثل الخوف أو الرعب أو الغضب أو الشعور بالذنب أو العار؟
4	3	2	1	0	12. فقدان الاهتمام بالأنشطة التي كنت تستمتع بها؟
4	3	2	1	0	13. الشعور بالبعد أو العزلة عن الأشخاص الآخرين؟
4	3	2	1	0	14. صعوبة الإحساس بالمشاعر الإيجابية (على سبيل المثال، عدم التمكن من الشعور بالسعادة أو مشاعر حب تجاه المقربين إليك)؟
4	3	2	1	0	15. سرعة الغضب أو المرور بنوبات الغضب أو التصرف بعدوانية؟
4	3	2	1	0	16. الخوض في الكثير من المخاطر أو الأشياء التي قد تسبب لك الضرر؟
4	3	2	1	0	17. البقاء في حالة تأهب قصوى أو احتراس أو حذر شديدين؟
4	3	2	1	0	18. الشعور بسرعة الاهتياج أو الاستفزاز بسهولة؟
4	3	2	1	0	19. صعوبة في التركيز؟
4	3	2	1	0	20. مشاكل في الرغبة في النوم أو في البقاء نائماً؟

Annexe 7 : RHS-15 en français



Refugee Health Screener-15 (RHS-15) French Version

Bilingual versions of the RHS-15 have been translated by an iterative process involving experts in the field, professional translators, and members of the refugee community so that each question is asked correctly according to language and culture. The English text is provided for reference only; using the English alone negates the sensitivity of this instrument.

DEMOGRAPHIC INFORMATION

Name: _____ Date of Birth: _____
Gender: _____ Date of Arrival: _____ Health ID: _____
Administered by: _____ Date of Screen: _____

Developed by the Pathways to Wellness project and generously funded by Robert Wood Johnson Foundation, Bill and Melinda Gates Foundation, United Way of King County, Medica Foundation, The Seattle Foundation, Boeing Employees Community Fund and M.J. Murdock Charitable Trust. Production of the French RHS-15 was made possible by the Maryland Department of Health and Mental Hygiene.

© 2013 Pathways to Wellness. Integrating Refugee Health and Well-Being

Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being is a project of Lutheran Community Services Northwest, Asian Counseling and Referral Service, Public Health Seattle & King County and Michael Hofffeld, M.D. of Pacific Institute for Research & Evaluation. For more information, please contact The Pathways Project at 206-466-3253 or pathways@lcnw.org

014

LE DEPISTAGE MEDICAL DU REFUGIE (RHS-15)
REFUGEE HEALTH SCREENER-15 (RHS-15)



DATE:

INSTRUCTIONS: Veuillez indiquer le point auquel vos symptômes vous ont dérangé ce mois dernier en utilisant l'échelle qui se trouve à côté de chaque symptôme. Cochez la colonne qui convient. Si vous n'avez pas eu ce symptôme au cours du mois dernier, alors cochez "PAS DU TOUT."

INSTRUCTIONS: Using the scale beside each symptom, please indicate the degree to which the symptom has been bothersome to you over the past month. Place a mark in the appropriate column. If the symptom has not been bothersome to you during the past month, circle "NOT AT ALL."

SYMPTOMES SYMPTOMS					
	PAS DU TOUT NOT AT ALL	UN TOUT PETIT PEU A LITTLE BIT	ASSEZ MODERATELY	BEAUCOUP QUITE A BIT	EXTREMEMENT EXTREMELY
1. Douleurs des muscles, des os, des articulations Muscle, bone, joint pains	0	1	2	3	4
2. Se sentir abattu(e) ou triste Feeling down, sad, or blue most of the time	0	1	2	3	4
3. Penser excessivement ou avoir trop de pensées Too much thinking or too many thoughts	0	1	2	3	4
4. Se sentir impuissant(e) (incapable) Feeling helpless	0	1	2	3	4
5. Etre soudainement effrayé(e) sans cause Suddenly scared for no reason	0	1	2	3	4
6. Vertige, affaiblissement ou vous sentir comme si vous alliez vous évanouir Faintness, dizziness, or weakness	0	1	2	3	4
7. Nervosité, instabilité ou tremblement à l'intérieur du corps Nervousness or shakiness inside	0	1	2	3	4
8. Se sentir agité(e), ne pas pouvoir rester tranquille Feeling restless, can't sit still	0	1	2	3	4
9. Pleurer facilement Crying easily	0	1	2	3	4

Developed by the Pathways to Wellness project and generously funded by Robert Wood Johnson Foundation, Bill and Melinda Gates Foundation, United Way of King County, Medina Foundation, The Seattle Foundation, Boeing Employees Community Fund and M. J. Murdock Charitable Trust. Production of the French RHS-15 was made possible by the Maryland Department of Health and Mental Hygiene.

© 2013 Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being

Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being is a project of Lutheran Community Services Northwest, Asian Counseling and Referral Service, Public Health Seattle & King County, and Michael Hollifield, M.D. of Pacific Institute for Research & Evaluation. For more information, please contact The Pathways Project at 206-416-3253 or pathways@icmw.org.

Les symptômes suivant peuvent être liés aux expériences traumatisantes (moments difficiles) vécues pendant la guerre et votre déplacement à cause de la guerre. Combien de fois, au cours du mois dernier, avez-vous:

The following symptoms may be related to traumatic experiences during war and migration. How much in the past month have you:

SYMPTOMES SYMPTOMS					
	PAS DU TOUT NOT AT ALL	UN TOUT PEU A LITTLE BIT	ASSEZ MODERATEMENT	BEAUCOUP QU'UN TOUT A LITTLE BIT	EXTRÊMEMENT EXTREMELY
<p>10. Eu l'expérience de revivre le traumatisme (moment difficile), ou avez agi ou senti que vous reviviez ces moments difficiles?</p> <p>Had the experience of reliving the trauma; acting or feeling as if it were happening again?</p>	0	1	2	3	4
<p>11. Eu des réactions PHYSIQUES (par exemple: transpiration ou battements de cœur plus rapides) quand vous vous rappelez du traumatisme (moment difficile)?</p> <p>Been having physical reactions (for example, break out in a sweat, heart beats fast) when reminded of the trauma?</p>	0	1	2	3	4
<p>12. Eu le sentiment de ne sentir aucune émotion ou de sentir émotionnellement insensible (par exemple, vous sentir triste sans pouvoir pleurer ou incapable d'avoir des sentiments affectueux)?</p> <p>Felt emotionally numb (for example, feel sad but can't cry; unable to have loving feelings)</p>	0	1	2	3	4
<p>13. Été plus nerveux(se) ou sursauté plus facilement (par exemple, quand quelqu'un vous approche par derrière)?</p> <p>Been jittery, more easily startled (for example, when someone walks up behind you?)</p>	0	1	2	3	4

NOM

DATE

LE DEPISTAGE MEDICAL DU REFUGIE (RHS-15)
REFUGEE HEALTH SCREENER-15 (RHS-15)



14. Encercliez l'une des meilleures réponses ci-dessous. Sentez-vous que :
Circle the one best response below. Do you feel that you are:

Vous parvenez à surmonter ou vaincre tout ce qui vous arrive Able to handle (cope with) anything	0
Vous parvenez à surmonter ou vaincre la plupart des choses qui vous arrivent Able to handle (cope with) most things	1
Vous parvenez à surmonter ou vaincre certaines choses, mais incapable d'en surmonter d'autres Able to handle (cope with) some things, but not able to cope with other things	2
Vous ne parvenez pas à surmonter ou vaincre la plupart des choses Unable to cope with most things	3
Vous ne parvenez pas à rien surmonter Unable to cope with anything	4

Add Total Score of Items 1-14

15. Echelle de Problèmes Emotionels (Soucis)
Distress Thermometer



S'il vous plaît encercliez le numéro (0-10) qui décrit le mieux de les problèmes émotionnels (soucis) que vous avez ressentis pendant cette dernière semaine y compris aujourd'hui.

Please circle the number (0-10) that best describes how much distress you have been experiencing in the past week, including today.

SCORING SCREENING IS POSITIVE IF: ① ITEMS 1-14 IS ≥ 12 OR ② DISTRESS THERMOMETER IS ≥ 5

CHECK ONE: POSITIVE NEGATIVE SELF-ADMINISTERED NOT SELF-ADMINISTERED

Annexe 8 : RHS-15 en arabe



**PATHWAYS
TO
WELLNESS**
Integrating Refugee Health and Well-Being

Refugee Health Screener-15 (RHS-15) Arabic Version

Bilingual versions of the RHS-15 have been translated by an iterative process involving experts in the field, professional translators, and members of the refugee community so that each question is asked correctly according to language and culture. The English text is provided for reference only; using the English alone negates the sensitivity of this instrument.

DEMOGRAPHIC INFORMATION

Name: _____ Date of Birth: _____

Gender: _____ Date of Arrival: _____ Health ID: _____

Administered by: _____ Date of Screen: _____

Developed by the Pathways to Wellness project and generously funded by Robert Wood Johnson Foundation, Bill and Melinda Gates Foundation, United Way of King County, Medina Foundation, The Seattle Foundation, Boeing Employees Community Fund and M.J. Murdock Charitable Trust.

© 2013 Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being

Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being is a project of Lutheran Community Services Northwest, Asian Counseling and Referral Service, Public Health Seattle & King County, and Michael Hollisfield, M.D. of Pacific Institute for Research & Evaluation. For more information, please contact The Pathways Project at 206-816-3253 or pathways@lcsnw.org.

الفرز الصحي للاجئين < 15< br> REFUGEE HEALTH SCREENER-15 (RHS-15)



تعليمات: باستخدام المقياس الموجود بجانب كل عرض من الأعراض، يرجى الإشارة إلى درجة مضايقة كل عرض لك على مدى الشهر الماضي، ضع دائرة في العمود المناسب. إذا لم يكن العرض مضايقاً لك خلال الشهر الماضي، فضع دائرة في عمود «لا شيء على الإطلاق».

INSTRUCTIONS: Using the scale beside each symptom, please indicate the degree to which the symptom has been bothersome to you over the past month. Place a mark in the appropriate column. If the symptom has not been bothersome to you during the past month, circle "NOT AT ALL."

4	3	2	1	0	الأعراض SYMPTOMS
4	3	2	1	0	1. آلام في العضلات والعظام والمفاصل Muscle, bone, joint pains
4	3	2	1	0	2. الشعور بالكآبة معظم الأوقات Feeling down, sad, or blue most of the time
4	3	2	1	0	3. كثرة التفكير Too much thinking or too many thoughts
4	3	2	1	0	4. الشعور بعدم القدرة على المساعدة (الشعور بالعجز) Feeling helpless
4	3	2	1	0	5. رعب مفاجئ بدون سبب Suddenly scared for no reason
4	3	2	1	0	6. إغماء أو دوخة أو ضعف Faintness, dizziness, or weakness
4	3	2	1	0	7. عصبية أو ارتجاف داخلي Nervousness or shakiness inside
4	3	2	1	0	8. عدم الشعور بالسكينة و عدم القدرة على الثبات Feeling restless, can't sit still
4	3	2	1	0	9. البكاء بسهولة Crying easily

Developed by the Pathways to Wellness project and generously funded by Robert Wood Johnson Foundation, Bill and Melinda Gates Foundation, United Way of King County, Medina Foundation, The Seattle Foundation, Boeing Employees Community Fund and M.I. Murdoch Charitable Trust.

© 2013 Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being

Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being is a project of Lutheran Community Services Northwest, Asian Counseling and Referral Service, Public Health Seattle & King County, and Michael Hollfeld, M.D. of Pacific Institute for Research & Evaluation. For more information, please contact The Pathways Project at 206-836-8253 or pathways@icm.org.

التجارب التالية يمكن ان تكون تجارب مؤلمة متعلقة بالحرب او الهجرة. كم مرة شعرت بالاعراض التالية خلال شهر الماضي:
The following symptoms may be related to traumatic experiences during war and migration. How much in the past month have you:

الاعراض SYMPTOMS	4 EXTREMELY A LOT	3 QUITE A BIT	2 MODERATELY	1 A LITTLE BIT	0 NOT AT ALL
10. هل عانيت من استعادة تذكرك لهذه الصدمة بخيالك أو لتسلها أو الشعور كأنها تحدث مرة أخرى؟ Had the experience of reliving the trauma, acting or feeling as if it were happening again?	4	3	2	1	0
11. هل عانيت من ردود فعل بدنية (على سبيل المثال، كثرة لتصب العرق، سرعة دقات القلب) عندما تم تذكرك بالصدمة؟ Been having physical reactions (for example, break out in a sweat, heart beats fast) when reminded of the trauma?	4	3	2	1	0
12. هل شعرت بانعدام المشاعر (على سبيل المثال، لشعر بالعزلة ونكتك لا تستطيع البكاء، أو غير قادر على الإحساس بمشاعر الحب)؟ Felt emotionally numb (for example, feel sad but can't cry, unable to have loving feelings)?	4	3	2	1	0
13. الأختلاج و سرعة الأفعال (مثال على ذلك، تشعر أن هناك شخص يمشي ورائك)؟ Been jumpier, more easily startled (for example, when someone walks up behind you)?	4	3	2	1	0

Developed by the Pathways to Wellness project and generously funded by Robert Wood Johnson Foundation, Bill and Melinda Gates Foundation, United Way of King County, Molina Foundation, The Seattle Foundation, Boeing Employees Community Fund and M J. Murdock Charitable Trust.

© 2013 Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being

Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being is a project of Lutheran Community Services Northwest, Asian Counseling and Referral Service, Public Health Seattle & King County, and Michael Hollifield, M.D. of Pacific Institute for Research & Evaluation. For more information, please contact The Pathways Project at 206-416-3253 or pathwaystoillness.org.

14. ضع دائرة حول أفضل رد أدناه. هل تحس أنك:
Circle the one best response below. Do you feel that you are:

0 قادر على التعامل مع (مواجهة) أي شيء
Able to handle (cope with) anything

1 قادر على التعامل مع (مواجهة) معظم الأشياء
Able to handle (cope with) most things

2 إنك قادر على مواجهة بعض الأمور وغير قادر على مواجهة الأمور الأخرى
Able to handle (cope with) some things, but not able to cope with other things

3 أنك غير قادر على مواجهة معظم الأمور
Unable to cope with most things

4 إنك غير قادر على مواجهة كل الأمور
Unable to cope with anything

Add Total Score of items 1-14

مقياس حدة الضائقة

15. Distress Thermometer

الرقم (من صفر إلى 10) الذي يصف مقدار حدة الضائقة التي
عانيتها في الأسبوع الماضي بما فيه هذا اليوم.

Please circle the number (0-10) that best describes
how much distress you have been experiencing in the
past week, including today.



SCORING SCREENING IS POSITIVE IF: ① ITEMS 1-14 IS ≥ 12 OR ② DISTRESS THERMOMETER IS ≥ 5

CHECK ONE: POSITIVE NEGATIVE SELF-ADMINISTERED NOT SELF-ADMINISTERED

Annexe 9 : GSE en français

<u>Lisez attentivement chaque phrase et encerclez le chiffre</u> <u>qui vous décrit le mieux :</u>	pas du tout vrai	à peine vrai	Moyen- nement vrai	Totalement vrai
1. Je peux arriver toujours à résoudre mes difficultés si j'essaie assez fort.	1	2	3	4
2. Si quelqu'un s'oppose à moi, je peux trouver une façon pour obtenir ce que je veux.	1	2	3	4
3. C'est facile pour moi de maintenir mon attention sur mes objectifs et accomplir mes buts.	1	2	3	4
4. J'ai confiance que je peux faire face efficacement aux événements inattendus.	1	2	3	4
5. Grâce à ma débrouillardise, je sais comment faire face aux situations imprévues.	1	2	3	4
6. Je peux résoudre la plupart de mes problèmes si j'investis les efforts nécessaires.	1	2	3	4
7. Je peux rester calme lorsque je suis confronté à des difficultés car je peux me fier à mes habiletés pour faire face aux problèmes.	1	2	3	4
8. Lorsque je suis confronté à un problème, je peux habituellement trouver plusieurs solutions.	1	2	3	4
9. Si je suis "coincé", je peux habituellement penser à ce que je pourrais faire.	1	2	3	4
10. Peu importe ce qui arrive, je suis capable d'y faire face généralement.	1	2	3	4

Annexe 10 : GSE en arabe

رابعاً الإستبيان:

إستبيان توقع الكفاءة الذاتية العام

لا	نادراً	غالباً	دائماً
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

1- إذا عارضني شخص ما أستطيع إيجاد طرق و وسائل لتحقيق ما يبتغيه

2- أستطيع دائماً حل المشكلة الصعبة إذا أجهدت نفسي بما فيه الكفاية

3- يسهل علي تحقيق أهدافي و نواياي

4- إذا فوجئت بموقف غير متوقعة، اعرف دائماً كيف أتصرف

5- أعتقد بأنني قادر على معالجة المشاكل بشكل جيد حتى ولو كانت مفاجئة

6- أنظر إلى المصاعب بنفس هادئة "برزانة" و ذلك لإعتمادي الدائم على قدراتي الذاتية

7- لا يعنيني ما يحدث لي من مشاكل على الإطلاق لأنني أستطيع التخلص منها بكل بساطة

8- أجد حلاً لكل مشكلة تواجهني

9- عندما أجابه مشكلة جديدة، اعرف كيف اتعامل معها

10- عندما يضعني احدهم امام مشكلة، اعرف كيف أتخلص منها بسهولة، لأنني أملك أفكاراً عديدة تساعدني على حلها

Annexe 11 : Questionnaire socio-démographique traduit et validé par le Dr Caroline Aubas
pour le projet SINDIANE

Questionnaire réalisé pour l'étude, données socio-démographique, éléments cliniques pertinents, attentes et bénéfices du programme, satisfaction.

حول فائدة برنامج مجتمعي للوقاية من الصدمات النفسية للباحثات عن اللجوء من "النساء
"الناطقات بالعربية"

*« Evaluative study on the benefit of a psychotrauma prevention
community program for arabic speaking women asylum seekers »*

*« Recherche évaluative de l'efficacité d'un programme communautaire
de prévention du psycho traumatisme pour des femmes arabophones en
demande d'asile »*

دفتر البيانات المراد تعبئته من قبل المستفيدين بمساعدة المتطوعين

Data notebook to be filled out by the beneficiaries

Cahier de recueil des données à remplir par les participantes au programme

الباحث Investigator Investigateur : **Caroline AUBAS**

التاريخ

Date : ... / ... / ...

. / . / . : الأحرف الثلاثة الأولى من الاسم الأول للمستفيد

The 3 first letters of the first name of the beneficiary : . / . / .

Les 3 premières lettres du prénom de la participante ou du participant : . / . / .

. / . / . : الأحرف الثلاثة الأولى من اسم العائلة للمستفيد

The 3 first letters of the last name of the beneficiary : . / . / .

Les 3 premières lettres du nom de la participante ou du participant : . / . / .

A.

Beneficiary information - Informations vous concernant :

1. عمرك - Your age - votre age : ...

2. جنسيتك : ...

Your nationality
votre nationalité

3. شهر وسنة وصولك إلى فرنسا
The month and year of your
arrival in France :

Mois et année d'arrivée en France :

... ..

4. حالتك المدنية

Your civil state

Votre état civil

أعزب/عزباء - Single - Célibataire

في علاقة متزوج /ة - In couple (married or
not married) - En couple (marié.e ou non
marié.e)

منفصل/ة او مطلق/ة Separated or
divorced - Séparée ou divorcée

أرمل/ة - Widow - Veuf.ve

5.

هل تطلب حق اللجوء أو هل حصلت مسبقا على
جواب من مكتب الاوفبرا

Are you asking asylum or did you already
get an answer from the OFPRA ?

Êtes-vous en demande d'asile ou avez-déjà
une réponse de l'OFPRA (office français de
protection des réfugiés et apatrides) ?

طالب لجوء - Asylum seeker –
Demandeur.se d'asile

طلب لجوء غير مقبول في انتظار الاستئناف
Unsuccessful asylum application with
appeal pending – Débouté.e de la
demande d'asile avec recours en cours

طلب لجوء غير مقبول بدون انتظار الاستئناف
-Unsuccessful application for asylum
without appeal – Débouté de la demande
d'asile sans recours en cours

حالة لاجئ لمدة عام بانتظار الاستئناف
One-year refugee status pending appeal –
Obtention du statut de réfugié pour un an
avec recours en cours

حالة اللجوء التي حصلت عليها لمدة عام
Refugee Status
Obtained for One Year Without Request
for Recourse – Statut de réfugié obtenu
pour un an sans demande de recours

حاصل على لجوء لمدة عشر سنوات
Refugee status obtained for ten years –
Statut de réfugié obtenu pour dix ans

6. هل لديك أطفال ؟ - Do you have any children ? Avez-vous des enfants ?

- لا No - Non
 نعم ، طفل واحد - Yes, 1 child - Oui, 1 enfant
 نعم أكثر من طفلين - Yes (2 or more children) - Oui (2 enfants ou plus)

إذا كانت الإجابة بنعم ، فهل هو (هي) ، أو هم تحت وصايتك و رعايتك

If yes, is he (she), or are they under your care / in your charge :

Si oui, est-il (elle) ou sont-ils à votre charge :

- نعم في فرنسا - Yes in France - Oui en France
 نعم في بلدك الأصلي - Yes in your origin country - Oui dans votre pays d'origine
 لا، ليسوا تحت وصايتي - Not in my charge - Non à charge
 إجابة أخرى - Other answer - Autre :

7.

قبل أن تغادر بلدك الأصلي ، هل كان لديك أي جهات اتصال مقيمة بالفعل في فرنسا؟ صديق جيد ، عائلة Before you left your origin country, did you have any contacts already living in France ? Good friend, family...

Connaissiez-vous déjà avant le départ de votre pays d'origine une ou plusieurs personnes ressources en France ? Ami de confiance, famille...

- نعم - Yes - Oui لا No - Non

... : إجابة أخرى

Additional information

Eventuelles précisions

8.

هل تعيش مع أفراد عائلتك؟

Do you live with members of your family ?

Vivez-vous avec des membres de votre famille ?

- لا No - Non
 نعم ، مع بعض منهم Yes, with some of them - Oui avec quelques-uns d'entre eux
 نعم ، مع معظمهم Yes, with most of them - Oui, avec la plupart d'entre eux
 نعم ، مع كلهم Yes, with all of them - Oui, avec toute ma famille

9.

خلال الستة أشهر الماضية ، هل كان من الصعب الاتصال (عبر الهاتف ، لرؤية بعضكما البعض (مع أفراد عائلتك أو صديقك المقرب الذي لم يسافر معك في البداية؟

During the last six month, was it difficult to get contact (on the phone, to see each other) with your family members or closed friend that didn't move with you initially ?

Au cours des six derniers mois, a-t-il été difficile pour avoir des contacts (téléphonique, se voir directement) avec des membres de votre famille ?

- صعب جدا - Very hard - Très difficile
 صعب - Quite difficult - Assez difficile
 من السهل جدا - Rather easy - Plutôt facile
 سهل - Very easy - Très facile

... : إجابة أخرى

Additional information

Eventuelles précisions

10.

مستوى الطلاقة الفرنسية هو:

The level of french fluency is :

Langue française est-elle :

- مفهوم Understood - Comprise
 متحدث Spoken - Parlée
 قراءة Read - Lue
 كتابة Written - Ecrite
 اتحدث الفرنسية قليلا جدا او لا اتحدثها
اطلاقا

I have very little french or not any

Peu ou pas de connaissance en langue
française

11.

ما هو مستواك التعليمي؟

What is your level of education ?

Quel est votre niveau scolaire, d'étude ?

- لم أذهب أبداً إلى المدرسة

I've never been to school - Je ne suis jamais
allée à l'école

- توقفت عن المدرسة قبل سن 12

I stopped school before the age of 12 -
Arrêt de l'école avant 12 ans

- توقفت عن المدرسة بين سن 12 و 16 سنة
I stopped school between the age of 12
and 16 - Arrêt de l'école entre l'âge de 12
et 16 ans

- أوقفت المدرسة بين سن 16 و 18
I stopped school between the age of 16
and 18 - Arrêt de l'école entre l'âge de 16
et 18 ans

- لقد درست /أواصل التعليم /دراسات
المستوى الثالث

I did / I'm doing further education / third
level studies - Etudes supérieures

12.

هل عايشت أحد(أو أكثر)أحداث عنيفة في الحياة؟
Have you experienced one (or more)
violent life event(s) ?

Avez-vous déjà vécu un (ou plusieurs)
évènement(s) de vie violent(s) ?

- لا أرغب في الاجابة

I don't want to answer - Je ne veux pas
répondre

- لا - No - Non

نعم ، مرة واحدة - Yes, one time - Oui une
fois

نعم ، في كثير من الأحيان - Yes, some times
- Oui plusieurs fois

نعم ، في كثير من الأحيان
times - Oui beaucoup de fois

إذا كانت الإجابة بنعم، أين ؟ (أكثر من إجابة واحدة
مسموح بها):

If yes, where ? (more than one answer
allowed) :

Si oui, où (plusieurs réponse possible) ? :

- لا أرغب في الاجابة

I don't want to answer - Je ne veux pas
répondre

في بلد المنشأ - In the origin country - Dans
le pays d'origine

خلال الرحلة - During the trip - Pendant
le trajet

منذ أن وصلت إلى بلد اللجوء - Since I arrived
in the refuge country - Depuis l'arrivée

من أي نوع :

Of what kind :

De quel type :

لا أرغب في الإجابة - I don't want to answer - Je ne veux pas répondre

ضحية أو شاهد/ة على اعتداء جسدي أو تعذيب
Victim o witness of physical aggression or torture – Victime ou témoin d'une agression physique ou de torture

ضحية أو شاهد على عدوان جنسي

Victim o witness of sexual aggression -
Victime ou témoin d'une agression sexuelle

ضحية أو شاهد على الإذلال

Victim o witness of humiliation - Victime
ou témoin d'humiliation

شاهد على الموت - Witness of the death-
Témoin de la mort

: إجابة أخرى

Other answer

Autre réponse

13. أي نوع من المساكن لديك الآن ؟

What kind of housing do you have now ?

Dans quel endroit vivez-vous
actuellement ?

أعيش في الشارع - I live in the street, in a
squat - Dans la rue ou dans un squat

(مركز إسكان طالبي اللجوء) CADA في

(سكن مؤقت لطالبي اللجوء)، في مكان AT-SA في
نظمتة جمعية حكومية أو محلية لطالبي اللجوء أو
اللاجئين

In a CADA (housing center for asylum
seekers), in a AT-SA (temporary housing
for asylum seekers), in a place organised

by a governmental or local association for
asylum seekers or refugees

Dans un CADA (centre d'accueil pour
demandeurs d'asile), en AT-SA (accueil
temporaire-service de l'asile), dans une
autre structure d'accueil gouvernemental
ou dans le cadre d'une association locale
pour demandeurs d'asile ou réfugiés

أعيش في منزل أحد الأصدقاء /العائلات

I live at a friend's / family's house

Hébergée chez un proche

في بيتي - In my own house

Dans mon propre logement

: غير ذلك ...

Other arrangment

Autre

14. كم من المال تكسب /تستلم في الشهر (الإجمالي) .
يورو euros ...

How much money do you earn / receive
per month (total)

Quel est son revenu actuel (par mois)

من أين تحصل عليها :

Where is the money from

Quelle est la source de revenu

ADA (بدل لطالبي اللجوء) ADA (allowance
for asylum seekers)

ADA (allocation pour demandeur d'asile)

المال من بلد المنشأ

Money from the origin country

Argent provenant du pays d'origine

العمل المعلن

Work declared

Travail déclaré

عمل غير معلن

Work not declared

Travail non déclaré

تعطى من قبل جمعية أو من الناس

Given by an association or from people
gift

Don par une association ou personnes

... : دخل آخر

Other income

Autres

... : معلومات إضافية

Additional information

Eventuelles précisions

هل تعاني من مرض مزمن أو أكثر؟ 15.

Do you suffer from one or many chronic
disease ?

Souffrez-vous d'une ou plusieurs maladies
chroniques ?

0 1 2 ≥3

هل تعاني من أي مرض عقلي اكتشفته مسبقا في
بلدك الأصلي؟ 16.

Do you suffer from any mental disease
that was already known in your origin
country ?

Souffrez-vous de pathologie(s) mentale(s)
connue(s) dans le pays d'origine ?

لا - No - Non

نعم ، وأعتقد أنه استقر بشكل أفضل منذ
مغادرتي

Yes, and I think it's better stabilized since
I left - Oui, et je pense que c'est mieux
stabilisé depuis que je suis partie

نعم ، أعتقد أنه كان مستقرا قبل مغادرتي
ومازال مستقرا بعد مغادرتي

Yes, I think it was stable before I left and
still stable after - Oui, je pense que c'était
stable avant, et toujours stable après le
départ

- نعم ، أعتقد أن الأمر يزداد سوءا منذ مغادرتي
Yes, I think it's getting worse since I left -
Oui, je pense que la maladie s'est aggravée
depuis que je suis partie

B. برنامج سنديانة وأنت -

The Sindiane program and you - Le programme Sindiane et vous :

1.

متى بدأت في المشاركة في مجموعات سنديانة؟ - When did you start to participate at the Sindiane groups ? - Quand avez-vous commencé à participer aux ateliers Sindiane ?

تاريخ البدء : .. / .. /

The beginning date - La date du début de la participation

2.

كيف عرفت عن برنامج سنديانة؟

How did you know about the Sindiane program ?

Comment avez-vous connu le programme Sindiane ?

عن طريق الناس الذين يشاركون أو شاركوا في برنامج سنديانة - By word of mouth from people who participate or have participated at the Sindiane program – Par le bouche à oreille de personnes participant ou ayant participé aux groupes de Sindiane

عن طريق الناس الذين لم يشاركون - By word of mouth from people who have never participated - Par le bouche à oreille de personnes qui n'ont jamais participé

من قبل CADA (مركز استقبال لطالبي اللجوء) من قبل - By the CADA (reception center for asylum seekers) - Par le CADA (centre d'accueil pour demandeurs d'asile)

من قبل الجمعية التي تستقبلني في فرنسا (Ampil, Cités du secours catholique, SOS, Soliha, Elia etc...)- Par l'association qui m'accueille en France (Ampil, Cités du secours catholique, SOS, Soliha, Elia etc...)

3.

العلاقات الاجتماعية - Social relationships - Relations sociales :

منذ أن بدأت في المشاركة في مجموعات سنديانة - Since you started to participate at the Sindiane groups - Depuis le début de votre participation aux groupes de femmes Sindiane :

هل قمت بتطوير أي علاقات جديدة؟

Did you develop any new relationships ?

Vous êtes-vous créé de nouvelles relations sociales ?

أقل من المتوقع - Less than expected – Moins que je ne m'y attendais

- كما كنت أتوقع - As I expected - Comme je m'y attendais
 أكثر من المتوقع - More than expected – Plus que je ne m'y attendais

إذا كانت الإجابة نعم ، فهل تفضل العلاقات داخل أو خارج برنامج سنديانة -

If yes, are they relationships rather inside or outside the Sindiane program ?

Si oui, s'agit-il de relations à l'extérieur du programme Sindiane ou également à l'extérieur ?

- أفضل من خارج برنامج سنديانة - Rather outside of the Sindiane program - Plutôt à l'extérieur du programme Sindiane
 على حد سواء في البرنامج وخارج البرنامج - As much at both the program and outside the program - Un peu des deux
 هل تفضل برنامج سنديانة ؟ - Rather in the Sindiane program - Plutôt dans le cadre des ateliers Sindiane

هل تشعر أنك تساعد زملائك ، والمقصود الأشخاص الذين عاشوا نفس النوع من الخبرة التي عشتها؟

Do you feel like helping your peers, which means people who have lived the same kind of experience that you did ?

Avez-vous envie de soutenir vos pairs, c'est-à-dire des personnes qui ont vécu le même type d'expérience que vous ?

- بالطبع لا - Definitely not – Absolument pas
 لا بالأحرى - Rather not - Plutôt non
 لا أعرف إذا كانت الإجابة بنعم أو لا - I don't know if yes or no – Je ne sais pas si oui ou non
 نعم بالأحرى - Rather yes – Plutôt oui
 نعم ، أرغب بذلك كثيرا - Yes, I really want to do it - Oui, j'ai vraiment envie de le faire

... : معلومة إضافية

Additional information

Eventuelles précisions

4.

الوصول إلى الحقوق القانونية والاجتماعية

Access to legal and social rights - Accès aux droits juridiques et sociaux :

منذ أن بدأت في المشاركة مع مجموعات سنديانة ، خارج سنديانة ، كيف يمكنك المساعدة في إجراءاتك (المساعدة في الإجراءات الإدارية ، والإسكان ، والإجراءات الصحية ...) ؟

Since you started participating with Sindiane groups, outside of Sindiane, did you meet any professional that helped you with your procedures (help with administrative, housing, health procedures...)?

Depuis le début de votre participation à ce programme Sindiane, et en dehors du programme, avez-vous rencontré un ou plusieurs professionnels qui vous ont aidé.e.s pour vos procédures (procédures administrative, logement, santé...)

- لا ، لا أحد - No, nobody – Non, personne
 نعم ، التقيت بعض - Yes, I met some – Oui quelques-uns
 نعم ، لقد قابلت الكثير - Yes, I met a lot – Oui beaucoup

هل لديك انطباع بأنك تفهم الآن بشكل أفضل: نتائج الإجراءات ، ما تحتاج إلى القيام به ، والناس والمؤسسات الإدارية للإشارة إليها؟

Do you have the impression that you better understand now : the outcomes of procedures, what you need to do, the people and administrative institutions to refer to ?

Avez-vous l'impression d'avoir mieux compris : le déroulé des procédures, ce que vous devez faire, les personnes et les institutions administratives à qui se référer ?

- بالتأكيد لا - Definitely not – Absolument pas
 لا بالأحرى - Rather not - Plutôt non
 لا أعرف ما إذا كانت الإجابة بنعم أو لا - I don't know if yes or no – Je ne sais pas si oui ou non
 نعم بالأحرى - Rather yes – Plutôt oui
 نعم ، كثيرا - Yes, I really do - Oui, vraiment

5.

الحصول على الرعاية الطبية - Access to medical care - Accès aux soins

منذ أن بدأت المشاركة في مجموعة سندية، هل شاهدت من قبل المقدم رعاية محترفة؟

Since you started participating to Sindiane group, have you been seen by a professional caregiver ?

Depuis le début de votre participation à ce programme communautaire, avez-vous vous consulté un professionnel soignant ?

- نعم Yes - Oui لا No – Non

إذا كانت الإجابة بنعم ، إلى أي نوع من المهن (يمكن الإجابة على عدة إجابات)

If yes, to what type of professional (several answer possible) :

Si oui, vers quel professionnel (plusieurs choix possibles) :

- إلى الطبيب (باستثناء الطبيب النفسي) To a doctor (except psychiatrist) - Un médecin (hors psychiatrie)
- إلى الطبيب النفسي - To a psychiatrist - Un médecin (psychiatre)
- إلى معالج نفسي - To a psychologist - Un psychologue
- إلى وحدة الرعاية في حالات الطوارئ - To the emergency care unit - Vers les urgences
- إلى الجمعية - To screening association - Vers des associations de dépistage
- إلى مركز منع الحمل - To contraception center - vers de la contraception
- إجابة أخرى - Other answer - Autres : ...

هل لديك متابعة منتظمة؟

Do you have a regular follow up ?

Avez-vous un suivi régulier ?

- نعم - Yes - Oui لا - No - Non

6.

الرضا - Satisfaction - Satisfaction :

هل أنت راض عن محتوى/وما يتم تقديمه في المجموعات؟

Are you satisfied with your participation in the groups ?

Etes-vous satisfaite de votre participation à ces groupes ?

- لا على الإطلاق - Not at all - Pas du tout (0)
- (1)
- (2)
- (3)
- (4)
- جدا Extremely - Extrêmement (5)

النص الحر:

Free text :

Texte libre :

هل أنت راض عن ما تقدمه الورشات؟

Are you satisfied with the contents of the groups ?

Est-ce que vous avez été satisfaite du contenu ?

- لا على الاطلاق - Not at all - Pas du tout (0)
- (1)
- (2)
- (3)
- (4)
- جدا - Extremely - Extrêmement (5)

النص الحر:

Free text :

Texte libre :

هل كنت راض عن المتدخلين؟

Were you satisfied with the interveners ?

Est-ce que vous avez été satisfaite des intervenantes ?

- لا على الاطلاق - Not at all - Pas du tout (0)
- (1)
- (2)
- (3)
- (4)
- جدا - Extremely - Extrêmement (5)

النص الحر:

Free text :

Texte libre :

هل كنت راضيًا عن مدة وتكرار ومكان ورشات العمل؟

Were you satisfied with the duration, the frequency, the location and the conditions of the workshops ?

Est-ce que vous avez été satisfaite de la durée, la fréquence du programme, du lieu et des conditions matérielles ?

- لا على الاطلاق - Not at all - Pas du tout (0)
- (1)
- (2)
- (3)
- (4)
- جدا - Extremely - Extrêmement (5)

النص الحر:

Free text :

Texte libre :

هل تنصح ورش العمل الجماعية هذه للنساء الأخريات أو المثليات والمثليين والمتحولين جنسيًا في وضعك؟

Would you recommend those group workshops to other women or LGBT in your situation ?

Recommanderiez-vous ces groupes à d'autres femmes dans votre situation ?

- لا على الاطلاق - Not at all - Pas du tout (0)
- (1)
- (2)

(3)

(4)

جدا - Extremely - Extrêmement (5)

هل لديك ملاحظات أو اقتراحات من أجل مساعدتنا في تحسين برنامج سنديانة الخاص بنا؟

Do you have remarks or suggestions in order to help us to improve our Sindiane program ?

Avez-vous des remarqués ou suggestions qui pourraient nous aider à améliorer le programme Sindiane ?

....

....

....

....

نشكرك على المشاركة في هذا الاستبيان ، فهو يساعدنا كثيرا

Thank you for participating with this questionnaire, it helps us a lot !

Nous vous remercions pour votre participation, qui nous aide beaucoup !

Annexe 12 : Notice d'information pour participer à l'étude

Notice d'information destinée à la personne participant à l'étude

Étude interventionnelle monocentrique, randomisée, comparative, prospective évaluant l'impact d'une psychothérapie brève par NET sur la réduction des symptômes de trouble de stress post-traumatique chez les femmes et personnes LGBT arabophones réfugiées et demandeuses d'asile du programme SINDIANE à Marseille

Promoteur :

Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille, 80 rue Brochier, 13354 MARSEILLE, Cedex 5
Investigateur coordinateur : Clotilde Izabelle
Pôle Psychiatrie Universitaire Solaris, hôpital Sainte-Marguerite, APHM, 261 Bd Sainte Marguerite, 13009 Marseille.

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptibles de vous poser avant de prendre votre décision de participation à l'étude « Programme NET + SINDIANE ». Vous pourrez à tout moment durant l'étude vous adresser au Dr Izabelle pour lui poser toutes les questions supplémentaires.

Votre participation est entièrement volontaire. Si vous ne désirez pas prendre part à cette étude, vous continuerez à bénéficier de la meilleure prise en charge médicale possible, conformément aux connaissances actuelles.

En quoi consiste cette étude ?

Le trouble de l'état de stress post-traumatique entraîne une altération importante de la qualité de vie. La littérature rapporte une prévalence élevée chez les réfugiés et demandeurs d'asile. Avant la migration, pendant et après le parcours est souvent marqué par de nombreux traumatismes. Ces souvenirs envahissants peuvent rendre l'intégration dans le pays choisi difficile.

Le programme SINDIANE, auquel vous participez déjà, facilite cette intégration et vous aide dans vos démarches. Il a comme objectif d'augmenter votre pouvoir d'agir en travaillant sur l'auto-support.

L'objectif de cette étude est d'observer si le fait de recevoir une psychothérapie (appelé NET) centrée sur le traumatisme diminue l'intensité des symptômes de trouble de stress post-traumatique. Cet atelier est dispensé en plus des ateliers habituellement proposés par SINDIANE. Pour cela, deux groupes de personnes sont constituées : ceux qui vont recevoir l'atelier thérapie et ceux qui n'y participeront pas. Les données des deux groupes seront comparées à la fin de l'étude. Nous souhaitons impliquer 50 personnes dans cette études, 25 dans deux groupes.

Qu'implique la participation à cette étude ?

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous devrez signer le consentement éclairé pour confirmer que vous avez bien été informé du projet de recherche et que vous ne vous opposez pas au recueil de vos données et à leur utilisation dans le cadre de cette recherche.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous devez rencontrer un enquêteur tous les trois mois : avant la thérapie, deux mois après et cinq mois après. Celui-ci vous rencontrera avec une grille de questions sur votre ressenti (échelle de symptômes de trouble de stress post traumatique, de qualité de vie, de comorbidités psychiatriques, d'information sociodémographique et de satisfaction). L'enquêteur sera attentif à vos souhaits et les respectera. Vous pourrez par exemple remplir seul certaines grilles, si vous le souhaitez. Vous serez bien sûr libre de ne pas répondre aux questions auxquelles vous ne souhaitez pas répondre.

Toutes vos réponses seront anonymisées (plus de détails dans le paragraphe « droits » p2).

L'entretien ne durera pas plus d'une heure.

L'enquêteur se déplacera au local de l'association SINDIANE.

Si vous êtes volontaire, vous pourrez être sollicité pour des entretiens réalisés en groupe, appelés « Photo Voice » qui utilisera la photographie dans une démarche dite de « recherche participative », où vous participerez à l'élaboration de la recherche.

Il y a deux groupes dans l'étude. Vous saurez à l'issue de cet entretien dans quel groupe vous serez assigné, selon une liste pré établie, inconnue par les personnes qui vous présentent l'étude.

- Si vous êtes inclus dans le groupe « NET + SINDIANE » : Vous serez contacté par la médiatrice paire qui vous proposera un rendez-vous pour fixer les dates des rendez-vous de la thérapie.
- Si vous êtes inclus dans le groupe « SINDIANE seul » : Il n'y aura pas de modification dans votre prise en charge habituelle. Vous pourrez continuer à participer aux activités de l'association.

La participation à cette étude vous empêche de participer simultanément à une autre étude de recherche.

Quels sont les bénéfices que vous pouvez attendre de votre participation à l'étude ?

Cette étude vous propose de participer à la recherche en psychiatrie.

En répondant aux questions, vous nous aiderez à faire progresser la connaissance sur la vie des personnes réfugiées ou demandeuses d'asile, sur le trouble de stress post-traumatique et sur le rétablissement.

La participation à la recherche action par le photo Voice est un espace d'expression en présence de sociologues formés. C'est un espace ouvert qui peut être intéressant pour donner votre avis.

Parmi les personnes du groupe « NET + SINDIANE » vous aurez accès à une psychothérapie innovante et peu développée en France. Cette psychothérapie par la production d'un récit écrit pourra vous servir si vous le souhaitez dans vos démarches administratives.

Vous serez accompagné par une médiatrice paire.

Pour les deux groupes, vous pourrez vous exprimer face aux enquêteurs formés à l'écoute et au soutien. Vous pourrez également profiter du dispositif d'auto-support qu'est SINDIANE.

Quels sont les risques que vous pouvez craindre liés à votre participation à l'étude ?

Pour les personnes du groupe « SINDIANE seul » les risques sont faibles. Vous pourrez ressentir une déception à ne pas accéder au dispositif expérimental.

Pour les personnes du groupe « NET + SINDIANE » vous pourrez être déçu par la thérapie, peut-être qu'elle ne vous apportera pas ce que vous recherchez. De plus le fait de vous replonger dans les événements traumatisants de votre parcours peut être douloureux.

Pour les deux groupes, il y a des contraintes, liés au fait de devoir rencontrer l'enquêteur.

Que se passe-t-il si vous décidez de ne pas participer à l'étude ?

La participation à l'étude est volontaire. Vous êtes libre de refuser ou d'interrompre votre participation à cette étude à tout moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait, et sans avoir à vous justifier. Cela n'altère pas la qualité des activités de l'association et ne modifiera pas vos relations avec l'équipe.

Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?

L'investigateur coordonnateur de cette étude est le Dr Aurélie TINLAND.

Le promoteur de cet essai est l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille.

Si vous le souhaitez-vous pourrez être informé des résultats de l'étude.

Les résultats de cette recherche vont être obtenus grâce aux réponses que vous aurez données à l'enquêteur. Ces réponses sont des données personnelles.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé dont le responsable est le promoteur de cette recherche (Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille). Concernant le traitement informatisé, il sera réalisé conformément à la méthodologie de référence homologuée par la Commission nationale de l'informatique et des libertés établie en concertation avec le comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé, élaborée dans le but de simplifier les formalités. (Délibération n°2016-262 du 21 juillet 2016 portant sur la modification de la méthodologie de référence pour les traitements des données personnelles opérés dans le cadre de la recherche biomédicales. Méthodologie de référence MR-001).

Il sera également réalisé conformément au règlement sur la protection des données (RGPD) n° 2016/679 entré en vigueur le 25 mai 2018. Ce traitement des données repose sur l'exécution d'une mission d'intérêt public dont est investi le responsable du traitement (article 6.1.e du RGPD), dans le domaine de la santé publique à des fins de recherche scientifique (alinéas i et j de l'article 9.2 du RGPD).

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004), et à l'article 13 du règlement général sur la protection des données n°2016/679 entré en vigueur le 25 mai 2018, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des données personnelles collectées ainsi que d'un droit d'opposition à la transmission de ces données. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission de ces données, couvertes par le secret professionnel, susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. En cas de difficulté en lien avec la gestion des données collectées, vous pouvez adresser une réclamation auprès du délégué à la protection des données au sein de l'Assistance publique – Hôpitaux de Marseille (Pr J. Sarles) par mail à dpd@ap-hm.fr ou auprès de la CNIL.

La durée de conservation des données collectées est de 15 ans conformément à la réglementation en vigueur.

Pour participer à cette étude vous devez être affilié à un régime de sécurité sociale.

Cette recherche relève de l'application du Code de la Santé Publique. Il est soumis au nouveau dispositif réglementaire qui s'applique aux recherches « impliquant la personne humaine » à savoir La loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (dite loi Jardé) telle que modifiée par l'ordonnance n°2016-800 du 16 juin 2016, et ses décrets d'application. Ces informations sont consultables sur le site Internet de Légifrance (www.legifrance.gouv.fr).

Cette étude a reçu un avis favorable du comité de protection des personnes XXXXX le XXXX. Selon la réglementation en vigueur, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicaments et des produits de santé a été informé de cette étude le XXX. Le promoteur, représenté par l'Assistance Publique des

Hôpitaux de Marseille, adresse 80 rue Brochier 13005 Marseille. En tant que promoteur, il a souscrit un contrat d'assurance auprès du SHAM (N° de contrat XX).

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales (article L 1111-7 du Code de la Santé Publique).

En cas de dommage vous pouvez avoir accès à une indemnisation selon les modalités des articles L. 1121-10 et L. 1142-3 du Code de la Santé Publique.

Ce document vous appartient et nous vous invitons à en discuter avec votre médecin et/ou avec vos proches. La participation à cette étude nécessite la signature du formulaire ci-après nommé « Formulaire de recueil du consentement ».

En cas d'interruption de l'étude, les informations vous concernant seront conservées sauf opposition de votre part. Vous serez libre d'utiliser le document que vous avez rempli.

Dans l'éventualité d'un arrêt des financements du fait d'un nombre insuffisant de participants, l'étude pourrait être suspendu par le promoteur. Dans ce cas, les visites de suivi prévues par l'enquêteur pourraient être annulées.

Toute information nouvelle survenant pendant votre participation et pouvant modifier la décision de votre participation vous sera donnée.

À tout moment avant et en cours d'étude vous avez la possibilité de poser des questions concernant la recherche, vos données et vos résultats auprès de :

<p style="text-align: center;">Pour obtenir d'autres informations Pour demander l'accès à vos données Pour disposer des résultats globaux de l'étude Clotilde Izabelle et Dr Tinland laboratoire de santé publique EA3279, boulevard Jean Moulin, 13005 Marseille Secteur Timone, 27 Bd Jean Moulin, 13005 Marseille Pôle psychiatrique universitaire Solaris, hôpital Sainte-Marguerite, APHM, 261 Bd Sainte Marguerite, 13009 Marseille. Téléphone : 04.91.32.45.60 / 04.91.74.67.31</p>
--

Annexe 13 : Fiche de recueil du consentement éclairé

Formulaire de recueil de consentement pour la personne participant à l'étude

Étude interventionnelle mono centrique, randomisée, comparative, prospective évaluant l'impact d'une psychothérapie brève par NET sur la réduction des symptômes de trouble de stress post-traumatique chez les femmes et personnes LGBT arabophones réfugiées et demandeuses d'asile du programme SINDIANE à Marseille

Promoteur :

Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille, 80 rue Brochier, 13354 MARSEILLE, Cedex 5

Investigateur coordinateur : Clotilde Izabelle

Pôle Psychiatrie Universitaire Solaris, hôpital Sainte-Marguerite, APHM, 261 Bd Sainte Marguerite, 13009 Marseille.

Je soussigné(e) :

Mme/Mr, (Nom, prénom), né(e) le :

Déclare accepter participer à la recherche impliquant la personne humaine interventionnelle de catégorie 2 intitulé « Programme NET et SINDIANE » organisée par le Dr Tinland, dans les conditions précisées ci-dessous :

1. Avoir compris que je bénéficie d'un délai de réflexion entre le moment où l'information m'a été donnée et le moment de la signature de ce document,
2. Avoir été informé que j'ai la possibilité de retirer mon accord de participation à tout moment, sans justification aucune et sans que cela ne modifie les relations avec les personnes de SINDIANE, ni ma prise en charge,
3. Avoir été informée que je conserve tous mes droits garantis par la loi (la Loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (dite loi Jardé) / Code de la Santé Publique ; titre II du livre premier relatif aux recherches impliquant la personne humaine).
4. Avoir été informé que cette recherche a reçu un avis favorable du Comité de Protection des personnes XX le XX et a été déclaré à l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé le XX ;
5. Avoir été informé de l'objectif, du déroulement, des avantages et des inconvénients relatifs à cette recherche, et avoir été informé qu'elle se déroulera selon les Bonnes Pratiques Cliniques définies dans le Bulletin Officiel publié par le Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi.

6. Avoir pu poser toutes les questions que je voulais et avoir reçu des réponses adaptées que j'ai clairement comprises, et avoir noté que je pouvais compléter ces renseignements tout au long de l'étude auprès du Pr/Dr ;
7. Avoir été informé que le Promoteur de cette étude représentée par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (DRCI 80 rue Brochier, 13354 Marseille Cedex 05), a souscrit, à ce titre un contrat d'assurance de « Responsabilité civile » conformément à la loi en vigueur auprès de la SHAM (contrat n° XXXXX).
8. Avoir été informé de l'utilisation acronyme de données me concernant, recueillies dans le cadre de cette recherche par traitement informatisé. La présentation des résultats de l'étude ne pourra pas permettre mon identification directe ou indirecte ;
9. Avoir été informé que ces données ne pourront être consultables que par les investigateurs de l'étude et le promoteur ou par des personnes mandatées par les promoteurs astreints au secret professionnel, ou des personnes mandatées par les autorités administratives, sanitaires et judiciaires ;
10. Avoir été informé que je pourrais si je le souhaite accéder à ces données, les vérifier et demander des modifications si nécessaire, conformément à la loi en vigueur (garantis par les articles 39 et 40 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et des lois subséquentes dont la loi n°2004-801 du 6 août 2004 à l'article 13 du règlement général sur la protection des données n°2016/679 entré en vigueur le 25 mai 2018) ;
11. Avoir noté que toute nouvelle information survenant en cours d'étude, susceptible notamment de remettre en cause ma participation, me sera communiquée dès que possible ;
12. Avoir compris que le promoteur ou l'investigateur peuvent décider à tout moment d'interrompre l'étude ;
13. Avoir compris que mon consentement ne dégage pas le promoteur et les investigateurs de leurs responsabilités ;
14. Être affilié à un régime de sécurité sociale ;
15. Avoir été informé que les résultats globaux de l'étude pourront m'être communiqué conformément à l'article L1122-1 du Code de la Santé Publique) ;
16. Avoir compris qu'il m'était possible de joindre le Pr/Dr pour toute information complémentaire au numéro suivant ;
17. Avoir compris que si j'accepte de participer à cette recherche je dois signer ce document ;
18. Ne pas permettre mon identification ;
19. Ayant disposé d'un temps de réflexion suffisant avant de prendre ma décision.

J'accepte librement et volontairement de participer à la recherche « NET et SINDIANE » dans les conditions précisées ci-dessus

Fait à

Le

Nom et signature du participant

.....

Nom et signature du médecin investigateur

.....

Faire deux exemplaires originaux (un conservé par le médecin et un conservé par le participant).

Caroline Aubas
Pôle psychiatrie, AP-HM
Marseille

Olga Loris
Association JIST
Marseille

Julien Grand
Équipe Mares, AP-HM
Association JIST
Marseille

Aurélie Tinland
Équipe Mares, AP-HM
Laboratoire de santé publique EA 2379
Aix-Marseille Université

Sindiane, un programme communautaire pour personnes migrantes arabophones

De la recherche d'un monde meilleur à la fuite de situations de violence, d'indignité ou de persécution, celles et ceux qu'on nomme les « migrant.e.s » emportent un bagage qui peut être lourd et traumatique, mais laissent derrière eux, elles leur milieu de vie, une partie de leur entourage, leur chez-soi et autant de choses qui leur sont chères.

Le devoir du pays refuge est de faire, selon l'ordre préalable qui y règne, place à l'arrivant.e, de lui faire accueil, c'est-à-dire de lui garantir une liberté d'accès aux droits fondamentaux, notamment sociojudiciaires et sanitaires. Mais dans le contexte géopolitique actuel¹, où le besoin d'accueil des migrants en demande d'asile ne cesse de croître, ce sont surtout les déficiences du dispositif d'accueil qui ont été pointées, en dépit de quelques améliorations ponctuelles², ainsi que la responsabilité des pouvoirs publics. Les demandeur.e.s d'asile eux-mêmes, lorsqu'il.elle.s sont interrogé.e.s soulignent un manque important sur le plan de la santé mentale, ainsi qu'un accès limité aux informations³.

L'exposition à des facteurs de stress dans le pays d'origine est souvent très importante. Dans le cas des réfugié.e.s syrien.ne.s, une étude réalisée en Grèce évaluait à près de 80 % le taux de celles et ceux ayant subi au moins un événement violent. Mais, comme le montre la littérature, la santé mentale de ces hommes et de ces femmes est influencée à long terme à la fois par les événements pré-migratoires et les événements post-migratoires⁴. C'est l'ensemble de ces facteurs qui influence le bien-être psychique ou exacerbe une pathologie mentale préexistante⁵.

Malgré ces observations, le soutien psychosocial nécessaire pour atténuer les événements difficiles (violences institutionnelles, discriminations, stigmatisation, rejet, violences interpersonnelles, etc.) inhérents à la période post-migratoire, voire pour en prévenir la survenue, demeure insuffisant. Les personnes concernées restent souvent dans une grande vulnérabilité sociale et psychique, avec une forte détresse émotionnelle et une utilisation très importante de services psychiatriques⁶. Dans ce contexte, le développement de compétences psychosociales ciblées paraît ainsi fondamental pour ces personnes afin de favoriser leur résilience et leur rétablissement.

Une politique de santé inadaptée aux besoins spécifiques des migrants

Actuellement, en France, peu d'actions existent en amont d'une prise en charge symptomatique psychiatrique. Seules les cellules d'urgence médico-psychologique (Cump) interviennent

au décours immédiat de certains événements et peuvent être considérées comme des dispositifs préventifs. Elles ne sont cependant pas adaptées à la problématique des demandeur.e.s d'asile, qui ont pu vivre des événements de survenue brutale, mais ayant eu lieu un certain temps avant leur arrivée, comme des maltraitements divers, des expériences négatives ou traumatisantes liées à la migration elle-même et à l'arrivée dans le pays refuge.

Lorsque le temps de la prévention est dépassé, que les troubles liés aux traumatismes sont plus avancés, plus caractérisés, plus enkystés, plus compliqués et nécessitent alors une prise en charge, celle-ci est rarement spécialisée. Elle s'inscrit plutôt dans le parcours de soins public conventionnel, c'est-à-dire le service territorial, notamment ambulatoire (centres médico-psychologiques), ainsi que l'hospitalisation de secteur ou les consultations en secteur privé. L'accès aux informations sociales et juridiques est plus souvent spécifique (plateformes d'accueil des réfugiés, travailleurs sociaux des centres d'hébergement de demandeurs d'asile [Cada]), mais il est souvent considéré comme insuffisant en quantité et en qualité compte tenu des multiples rôles exercés par les référents de terrain.

Déterminer le moment le plus juste pour l'intervention, le soutien ou le soin est également une question fondamentale et délicate. L'arrivée se fait dans l'urgence, mais la crise psychique, si elle existe, n'est pourtant pas nécessairement aiguë ; y répondre en prodiguant des soins d'urgence « serait réducteur au regard de la temporalité des charges traumatiques portées.

L'approche communautaire, une alternative prometteuse au cœur du programme Sindiane

Des interventions précoces et de prévention, comme le propose le programme communautaire Sindiane⁷, ont déjà été évaluées positivement⁸. Le cadre plus général de l'approche communautaire semble une forme prometteuse pour accompagner les personnes engagées dans un processus de migration et qui souhaitent bénéficier de cette aide⁹.

En France, ce type d'approche est peu répandue, la tendance générale consistant plutôt à prendre en charge un individu en prenant peu en compte son appartenance à un groupe culturel singulier ou à une communauté. De plus, les dispositifs de prise en charge sont peu flexibles. Pourtant, les attentes de ces personnes migrantes en termes d'accompagnement et de soutien psychologique sont étroitement liées à un contexte d'arrivée qui leur est propre.

1 Selon le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés [HCR]), le nombre de personnes déplacées dans le monde en 2017 du fait de conflits s'élevait à 68,3 millions, dont 25,4 millions de réfugiés, pour lesquels 2,7 millions de demandeurs d'asile. Source : HCR (2017) *Report global 2017*. Genève, Suisse : HCR.

2 Fassin, D. (2016) *Migrants, la grande hypocrisie*. La S, 188.

3 Shadrach, J., et al (2018). « Versatile but incomplete? » A qualitative study about migrants' perspective on health examinations in Stockholm. *International Health*, 16(2), 101-108.

4 Bhatti, M., Nishi, A. et Pridem, S. (2015) Long term mental health of war refugees: a systematic review of the literature. *BMJ International Health and Human Rights*.

5 Jurek, Z. (2016) Message from the WHO Regional Director for Europe: European Member States welcome increased WHO support for refugee and migrant health. *European Journal of Public Health*, 26(6), 1121.

6 Maki-Borassi, A. (2016) *Après-Moi, Traumatisme, expériences, acceptabilité et soutien social de réfugiés syriens avec préexistence de troubles psychiatriques*. Concha, D. et al (2016) Access to and use of psychiatric services by migrants resettled in Northern Italy. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(1), 126-134.

7 *Debiane signée « un citoyen, un être fort »*. En arabe, le genre de la mot-clé féminin.

8 Nouri, K. K. (2016) An innovative community-oriented approach to prevention and early intervention with refugees in the United States. *Psychological Services*, 15(6), 471-485.

9 Eremont, K. E., et al (2016) Strengthening effective psychosocial services for refugee populations: towards a community of resilience? *Public Health Reviews*, 36, 3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4868867/>

Dans les années 1980, dans le sillage de Tobie Nathan, l'ethnopsychiatrie a popularisé des pratiques de « médiation culturelle ». Mais ces premières initiatives visant à gérer la « souffrance immigrée » ont pu être jugées culturalistes et stigmatisantes, tant pour la population immigrée que pour leurs descendants nés en France. Dans le contexte migratoire, l'offre de soins psychiatriques à destination des populations étrangères se heurte principalement au déni des déterminants sociaux de la santé par le biais d'une pathologisation et d'une médicalisation de la culture des migrants¹¹.

Les pays anglo-saxons, notamment l'Angleterre, se caractérisent au contraire par l'accentuation des singularités existantes au sein de divers groupes culturels, des activités de prévention et de soins de santé sont proposées par les services publics, avec l'emploi de travailleurs « ethniques » qualifiés, formés à cet effet et rémunérés par les pouvoirs publics et des trusts dans le cadre d'associations communautaires, d'organisations non gouvernementales (ONG) ou d'associations mandatées par le National Health Care (NHC). De nombreuses recherches ont mis en évidence les bénéfices que les associations apportent : un soutien moral pour l'élaboration du deuil collectif, des modèles identificatoires, un ensemble de moyens visant à préserver une identité positive ainsi qu'un accès à des services. Ce dernier point est indispensable dans la mesure où nombre de personnes (mais pas forcément toutes) préféreront d'abord s'adresser à un des leurs, plutôt qu'à des étrangers à auxquels il/elle/s se sentent redevables de leur accueil¹².

Des individus déplacés et exclus peuvent retrouver une identité culturelle de groupe

Le programme Sindiane est issu de l'engagement d'une juriste française aux côtés d'un collectif de réfugié.e.s pratiquant l'auto-soutien et du soutien psychosocial dans des camps de réfugiés en Grèce, ainsi que de ses expériences professionnelles en France et en Allemagne. Il s'est concrétisé par sa rencontre avec une psychologue syrienne et une artiste pratiquant l'art thérapie. Conscientes de l'efficacité du groupe et de l'intérêt des logiques d'auto-soutien, elles ont créé ensemble le projet Sindiane. Leur intervention a pour objet de réunir un petit nombre de femmes syriennes. Elle a aussi évolué vers davantage d'empowerment, en se structurant en plusieurs séances, et repérant des compétences juridiques auprès de certaines femmes, alors formées pour devenir des relais auprès du groupe. Le récit de vie a un rôle très particulier dans la procédure d'asile.

Abordée d'abord dans un cadre juridique, la narration a pris ainsi de plus en plus de place. Il est difficile d'imaginer qu'un certain nombre de demandeurs d'asile ne se soient jamais confiés sur les événements qu'ils ont vécus, pourtant, c'est ce que notre expérience montre. En effet, il arrive qu'ils n'aient ni forcément l'entourage auprès duquel se confier ni les mots pour décrire spontanément ce qu'ils ont vécu en raison d'effets de sidération. Enfin, ils peuvent vouloir préserver leurs proches de la violence de ce qu'ils ont vécu. Malgré le potentiel important que représente le fait d'accompagner la réappropriation de leur vie par le récit, rien n'est prévu de manière systématique dans le parcours d'asile pour favoriser leur résilience ou leur rétablissement. Au contraire, le seul moment où ils vont livrer cette histoire de vie, c'est-à-dire lors de la comparution devant un officier de

l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra)¹³, est souvent une expérience déstabilisante en raison du contexte et des enjeux cruciaux de cette audience. D'une part, ils n'ont ni le temps ni la confiance nécessaire envers les personnes présentes pour se livrer. D'autre part, leur récit est jugé à l'aune de critères administratifs, juridiques et politiques. Les enjeux liés aux traducteur.rice.s ne sont pas travaillés par la justice et l'administration. Nous constatons un défaut de traducteur.rice.s en amont (hors de la rédaction d'un droit ou des rendez-vous avec l'avocat, par exemple). Il peut y avoir des situations complexes : le traducteur et le requérant peuvent avoir pour origine des groupes ethniques en conflit, entraînant une non-adhésion du traducteur au récit avec un impact sur la traduction et la crédibilité des propos, ou encore certaines femmes victimes de violences liées au genre peuvent craindre de se confier lorsque le traducteur est un homme. Compte tenu du potentiel de rétablissement que représente la narration de soi, et de son expérience déstabilisante dans la procédure d'asile actuelle, le programme a souhaité dépasser cette problématique et laisser une place plus importante aux récits de vie, qui sont écoutés, accueillis sans jugement, et que le groupe accompagne pour donner du sens, sous l'égide d'une psychologue. Sont abordés le parcours des participantes, les difficultés passées et présentes de ces dernières et, surtout, les moyens de les affronter. La présence de réfugiés syriennes parmi les animatrices et coporteuses du projet a un effet d'identification positive : « En échangeant avec des personnes positivement transformées par des traumas comparables, l'individu s'ouvre un champ du possible¹⁴. »

Le programme expérimental Sindiane propose également à Marseille des ateliers ouverts à l'ensemble des femmes arabophones demandeuses d'asile qui souhaitent y participer. Il est prévu que chaque groupe soit accueilli deux jours par semaine pendant un mois, avec un sujet spécifique par atelier permettant de guider les échanges¹⁵.

Les moments de rencontre ont également pour but de créer une solidarité, un réseau d'entraide mutuelle. Les porteurs du projet mettent en avant l'auto-gestion, mais aussi la formation des participantes ayant des compétences ou une appétence pour le droit, l'art ou la psychologie, avec pour objectif de donner à ces femmes identifiées et volontaires les outils leur permettant d'être un relais de l'information au sein de leur communauté et animer à leur tour des ateliers. Les passerelles avec des dispositifs de soutien individuels pour les femmes présentant des troubles plus caractérisés ou en demande sont en cours de formalisation, cela afin d'assurer une fonction de repérage précoce. La communication du programme se fait par le bouche-à-oreille et par le biais des centres d'accueil de demandeurs d'asile en France (Cada) et d'associations soutenant les demandeur.euse.s d'asile. La participation est gratuite.

Le programme Sindiane est innovant par sa forme communautaire dans l'accueil et le partage, dans la transmission de connaissances socio-juridiques, dans l'accompagnement culturel et humain et par sa démarche préventive des psychotraumatismes, sources de souffrance ou potentielles pathologies psychiques. Il apporte un support solidaire pour une population ciblée en termes de besoins, en l'occurrence dans un premier temps, des femmes arabophones en demande d'asile ou réfugiées à Marseille. Il porte également l'espoir d'une vision plus sociale et adaptée de l'accueil de ces personnes en France et en Europe. ■

¹¹ Lechevalier, S. (2015). Les déterminants sociaux de la santé mentale en situation migratoire : genèse d'un approche anthropologique. *Environnements & Sociétés*, 38(2), 11-22.

¹² Bernard, J. (2001). Santé mentale et culture : enjeux de savoir et d'identité. Le cas des associations communautaires de réfugiés musulmans en Angleterre et en France. *Adaptation*, 3(2), 159-187.

¹³ L'Ofpra est l'Office français en charge de la reconnaissance de la qualité de réfugié, d'apatride et de la protection subsidiaire.

¹⁴ Terziotis, C. et Mehl, S. (2014). *Les psychotraumatismes*. Paris, Dunod.

¹⁵ Le programme Sindiane est financé depuis le mois de juin 2018 par la Fondation de France. Ses bénéficiaires identifient la nature des ateliers sur le site d'asile et invitent des femmes latines en français traduit en arabe, animé par une juriste française, éthique de groupe (animée par une psychologue syrienne, en arabe), en français, animé en arabe, animé par une artiste syrienne, permettant ainsi un travail autour de la mémoire, et la construction d'un récit collectif, visuel, graphique, à destination des générations futures.

“ Au moment d’être admis(e) 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(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j’y manque. ”

