



**HAL**  
open science

# État des lieux : la santé mentale des migrants, recherche des clés pour une meilleure prise en charge en médecine générale

Pierre-Élie Pinault

## ► To cite this version:

Pierre-Élie Pinault. État des lieux : la santé mentale des migrants, recherche des clés pour une meilleure prise en charge en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03173180

**HAL Id: dumas-03173180**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03173180>**

Submitted on 18 Mar 2021

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

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

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

-----  
UFR de SANTÉ

Année 2020

**THÈSE POUR L'OBTENTION**  
**DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le : 07 octobre 2020

par

Mr Pinault Pierre-Elie

Né le 09 novembre 1987 à Cosne-cours sur Loire (*58 Nièvre*)

**TITRE DE LA THÈSE :**

**Etat des lieux : la santé mentale des migrants, recherche des clés pour une meilleure prise en charge en médecine générale**

**Président :** Monsieur le Professeur Le Coutour Xavier

**Membres :** Monsieur le Docteur Le Gac Michel « Directeur de thèse »

Madame le Docteur De Jaegher Sophie

Monsieur le Docteur Bonnel Romain

**Année Universitaire 2019/2020****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation

M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

## **PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

## **PRCE**

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

## **PROFESSEURS EMERITES**

M.	HURALT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie

**Année Universitaire 2019/2020****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

## **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

## **MAITRES DE CONFERENCES EMERITES**

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique

## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier le président du jury le Professeur Le Coutour pour son accompagnement et sa bienveillance pendant ce travail de thèse et pendant mon stage hospitalier sous sa responsabilité.

Merci à mon directeur de thèse, le Docteur Le Gac pour son implication et sa disponibilité.

Merci à tous les médecins du département de médecine générale pour leur implication dans ma formation.

Merci aux maitres de stage qui m'ont accompagné pendant mon internat et qui auront su me motiver, les Docteurs Talbourdet, Launay, Sepvant, Giguët, Ruault, Thierry et Yasmine Matter, Valleteau de Moulliac. Merci également aux médecins hospitaliers impliqués dans mon enseignement.

Merci aux Docteurs De Jaegher et Bonnel pour avoir accepté de faire partis de mon Jury de thèse. Je remercie également chaleureusement le Dr Bonnel pour sa contribution à mon travail.

Merci à mes parents Isabelle et Daniel pour leur patience pendant mon « long » parcours dans les études médicales.

Merci à ma sœur Estelle pour m'avoir apporté son aide grâce à ses talents linguistiques.

Merci à mes grands-parents Maria et Pierre ainsi que Mireille et Robert pour leur gentillesse.

Merci à Juliette pour son soutien.

Merci Pierre-Evan et à tous les amis et dirigeants que j'ai pu côtoyer dans le monde de l'athlétisme qui a constitué pendant ces années d'études et constitue encore un élément central de ma vie.

Merci aux copains Bordelais, Julien, Louis, Golgi, Lilian, Anne-Laure, Guillaume, Marina, Nassim, Kyle, Vinessen, Geoffrey et tant d'autres que j'ai côtoyé pendant l'externat.

Merci à Anthony et Tanguy et à tous les autres membres des Multi-G.

Merci à tous les copains d'internat, les Granvillais, Saint-Lois, et bien sûr les Cherbourgeois !

Merci à Noémie Jardin pour m'avoir facilité toutes les démarches dans ce parcours semé d'embûches !

Et merci à tous ceux que j'ai pu oublier !



## Abréviations

**ADA** (Allocation pour **D**emandeur d'**A**sile)

**AME** (Aide **M**édicale d'**E**tat)

**AMCE** (**A**ssociation **M**édicale **C**ontre l'**E**xclusion)

**ARS** (**A**gence **R**égionale de **S**anté)

**ATSA** (centres d'**A**ccueil **T**emporaire **S**ervice de l'**A**sile)

**BPI** (**B**énéficiaire de la **P**rotection **I**nternationale)

**CADA** (**C**entres d'**A**ccueil pour **D**emandeurs d'**A**sile)

**CAO** (**C**entres d'**A**ccueil et d'**O**rientation)

**CAES** (**C**entres d'**A**ccueil et d'**E**xamen des **S**ituations **A**dmistratives)

**CASO** (**C**entres d'**A**ccueil de **S**oin et d'**O**rientation)

**CAPS** (**C**linician-**A**dministered **P**TSD **S**cale)

**CCAS** (**C**entre **C**ommunal d'**A**ction **S**ociale)

**CFI** (**C**ultural **F**ormulation **I**nterview)

**CCD** (**C**oncepts **C**ulturels de **D**étresse)

**CMA** (**C**onditions **M**atérielles d'**A**ccueil)

**CMP** (**C**entre **M**édico-**P**sychologique),

**CMU** (**C**ouverture **M**aladie **U**niverselle).

**CNAM** (**C**aisse **N**ationale d'**A**ssurance **M**aladie)

**CPAM** (**C**aisse **P**rimaire d'**A**ssurance **M**aladie)

**CPH** (**C**entres **P**rovisoires d'**H**ébergement)

**DASEM** (**D**emandes d'**A**utorisation de **S**éjour **É**trangers **M**alades)

**DGOS** (**D**irection **G**énérale de l'**O**ffre de **S**oins)

**DSM III** (manuel **D**iagnostique et **S**tatistique des troubles **M**entaux, **III**<sup>ème</sup> édition)

**DSM III-R** (manuel **D**iagnostique et **S**tatistique des troubles **M**entaux, **III**<sup>ème</sup> édition, Révisé)

**DSM-IV** (manuel **D**iagnostique et **S**tatistique des troubles **M**entaux, **IV**<sup>ème</sup> édition)

**DSM-IV-TR** (manuel **D**iagnostique et **S**tatistique des troubles **M**entaux, **IV**<sup>ème</sup> édition, Texte Révisé)

**DSM-V** (manuel **D**iagnostique et **S**tatistique des troubles **M**entaux, **V**<sup>ème</sup> édition)

**DNA** (**D**ispositif **N**ational d'**A**ccueil)

**EDM** (**E**pisode **D**épressif **M**ajeur)

**EMPP** (**E**quipe **M**obile **P**sychiatrie **P**récarité)

**EPSM** (**E**tablishement **P**ublique de **S**anté **M**entale)

**ESPT** (**E**tat de **S**tress **P**ost-**T**raumatique)

**FIA** (**F**emmes **I**nter **A**ssociations)

**GUDA** (**G**uichets **U**niques pour **D**emandeurs d'**A**sile)

**HSCL-25** (**H**opkins **S**ymptom **C**hecklist-**25**)

**HTQ** (**H**arvard **T**rauma **Q**uestionnaire)

**HUDA** (centres d'**H**ébergement d'**U**rgence pour **D**emandeurs d'**A**sile)

**IASC** (**I**nter-**A**gency **S**tanding **C**ommittee)

**ICD-10** (**I**nternational **C**lassification of **D**iseases **10**th revision)

**MDM** (**M**édecin **D**u **M**onde)

**NET** (**N**arrative **E**xposure **T**hérapie)

**OFII**, (**O**ffice **F**rançais de l'**I**mmigration et l'**I**ntégration)

**OFPRA** (**O**ffice **F**rançais de **P**rotection des **R**éfugiés et **A**patrides)

**OMS** (Organisation Mondiale de la Santé)

**ONG** (Organisations Non Gouvernementales)

**PASS** (Permanences d'Accès aux Soins de Santé)

**PDS** (Posttraumatic Diagnostic Scale)

**PRAHDA** (centres relevant du Programme d'Accueil et d'Hébergement des Demandeurs d'Asile)

**PTA** (Plateformes Territoriales d'Appui)

**PUMA** (Protection Universelle Maladie)

**RHS-15** (Refugee Health Screener-15)

**SCAN** (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry)

**SCID** (Structured Clinical Interview for DSM disorders)

**SDF** (Sans Domicile Fixe)

**SPADA** (Service de Premier Accueil des Demandeurs d'Asile)

**TCC** (Thérapie Cognitivo- Comportementale)

**WONCA** (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)

INDEX Tableaux et figures

Figure 1 , « War Exposure, Daily Stressors, and Mental Health in Conflict and Post-Conflict Settings »..... 28  
Figure 2, « War Exposure, Daily Stressors, and Mental Health in Conflict and Post-Conflict Settings ». .... 28  
Figure 3 Carll, « IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings ». .... 29  
Figure 4 OFII, « Rapport d'activité 2018 de l'office français de l'immigration et l'intégration »..... 37  
Figure 5 OFII, « Rapport d'activité 2018 de l'office français de l'immigration et l'intégration »..... 38  
Figure 6 Haute autorité de santé, « Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé », 2017,..... 49

## Sommaire

INTRODUCTION : .....	1
Matériel et méthodes.....	2
Prévalence de l'état de stress post-traumatique, dépression et anxiété chez les migrants.....	5
Quelle méthodologie pour mieux évaluer la prévalence ? .....	6
Facteurs de risques.....	7
Les risques sont-ils les mêmes chez le réfugié et le migrant volontaire ? .....	10
Méthodes de dépistage des troubles mentaux à destination des populations réfugiées .....	11
Quels outils diagnostiques sont les plus pertinents pour les populations réfugiées ? .....	14
Quel outil utiliser en routine en médecine générale ?.....	19
Les concepts occidentaux de maladie mentale sont-ils valides à travers les cultures ?.....	20
DSM et Culture « s », des cultural bound syndromes aux concepts culturels de détresse. ....	21
Quelles applications pratiques des concepts culturels de détresse ?.....	23
Et plus précisément, l'état de stress post-traumatique à travers les cultures ?.....	24
Et la dépression à travers les cultures ? .....	25
Quelle prise en charge du migrant ? .....	27
Un suivi du migrant en état de détresse psychologique difficile en médecine générale ?.....	31
D'une meilleure prise en charge vers une meilleure intégration dans la société ? .....	32
Quel dispositif pour l'accueil des migrants en France ?.....	33
Accès aux soins.....	39
Quels systèmes pour une couverture médicale en France ? .....	40
Une possibilité d'accès aux droits à la couverture maladie en tant qu'étranger malade ?.....	41
Des dispositifs pour faciliter l'accès aux soins en France ? .....	42
Interprétariat .....	46
CONCLUSION .....	51
Bibliographie.....	54
Annexes .....	67

## INTRODUCTION :

De la crise Syrienne de 2011, jusqu'aux camps de réfugiés en Grèce sans oublier les naufrages en méditerranée et l'afflux de migrants sur l'île de Lampedusa, la migration est un sujet d'actualité. Le nombre de demandes d'asile en Europe a augmenté de façon importante depuis 2011. Alors qu'elles étaient 207 000 en 2010 les demandes ont augmenté jusqu'à 1,256 million en 2015<sup>1</sup>, avec des demandeurs principalement originaires de Syrie, d'Afghanistan et d'Iraq<sup>2</sup>. L'Allemagne a été le principal pays à supporter l'afflux migratoire en Europe avec au plus fort de la crise l'arrivée de 1 543 000 migrants en 2015<sup>3</sup> et 722 000 primo-demandes d'asiles enregistrées en 2016<sup>1</sup>. La France de son côté connaît un pic de 386 000 migrants en 2018<sup>3</sup> pour 138 000 primo-demandes en 2019<sup>1</sup>, en comparaison sa part de primo-demandeurs d'asile n'était que de 48 000 en 2010<sup>1</sup>. Les bilans Eurostat<sup>2</sup> font état en 2018 de 581 000 primo demandes d'asile en Europe. On retrouve la France en 2ème position derrière l'Allemagne avec 19% de l'ensemble des demandes au niveau européen avec des demandeurs provenant principalement d'Afghanistan, Albanie, Géorgie, Guinée et Côte d'ivoire.

Chaque épisode de cette crise migratoire soulève des questions éthiques, politiques et surtout, nous concernant, des questions importantes de santé publique. La santé mentale des migrants me semblait peu abordée dans les travaux universitaires mais est pourtant une problématique importante que peuvent rencontrer certains médecins généralistes selon leur lieu d'exercice. L'objectif de cette thèse est donc, via une revue de littérature de dresser un état des lieux des connaissances sur la santé mentale des migrants, notamment la dépression et l'état de stress post traumatique, d'identifier les besoins en France et en Basse-Normandie, ainsi que de rechercher des outils et structures pouvant faciliter la prise en charge par le médecin généraliste.

---

<sup>1</sup> « Eurostat - Data Explorer. Asylum and first time asylum applicants by citizenship, age and sex Annual aggregated data ».

<sup>2</sup> « Statistiques sur l'asile - Statistics Explained ».

<sup>3</sup> « Eurostat - Data Explorer. Immigration by age group, sex and citizenship ».

## Matériel et méthodes

Une revue de littérature a été réalisée principalement via la base de données MEDLINE. Les thèmes et principaux mots clés utilisés sont les suivants :

### **Prévalence/Facteurs de risques**

#### Mots clés :

Mental disorders; Depression; Posttraumatic stress disorder / Refugees; Asylum seekers; Transients and migrants / Risk factors; Prevalence; Epidemiology.

### **Culture et santé mentale :**

#### Mots clés :

Culture ; Cross-Cultural comparison ; Cultural concepts of distress / Mental disorders ; Depression ; Posttraumatic stress disorder.

### **Questionnaires psychométriques :**

#### Mots clés :

-Surveys and questionnaires ; Tools and instruments ; Measures ; Psychometrics / Refugees ; Asylum seekers ; Transients and migrants / Mental disorders ; Depression ; Posttraumatic stress disorder.

### **Interprétariat :**

#### Mots clés :

Interpreter ; Communication barriers / Refugees ; Asylum seekers ; Transients and migrants.

## **Intégration :**

### Mots clés :

Social Integration; Social inclusion; Socio economic status / Mental disorders; Depression; Posttraumatic stress disorder / Refugees; Asylum seekers; Transients and migrants.

## **Prise en charge :**

### Mots clés :

Psychosocial support, Psychosocial intervention, Treatment, Psychotherapy / Mental disorders; Depression ; Posttraumatic stress disorder / Refugees ; Asylum seekers ; Transients and migrants.

Les études ont été sélectionnées d'abord via la lecture des titres, puis une deuxième sélection a été réalisée via la lecture des résumés, d'autres études jugées intéressantes citées par certains auteurs ont été sélectionnées a posteriori.

Au total **254** études ont été sélectionnées via la base de données MEDLINE.

Les études françaises ont été recherchées sur les bases de données LISSA, Santé Publique France ainsi que la BDSP (**B**anque de **D**onnées en **S**anté **P**ublique) avant sa fermeture, à l'aide principalement des mots clés suivants :

- Migrants / Santé mentale
- Santé mentale / Prévalence
- Interprétariat
- Migrants / Intégration

Au total **39** études ont été sélectionnées via les bases de données LISSA, Santé Publique France et BDSP.

La recherche n'a pas été exhaustive, l'intégration d'études supplémentaires a été arrêtée quand il a été jugé que suffisamment de matériel était disponible pour répondre à chaque question. Certaines études intéressantes n'ont pas été prises en compte lorsqu'elles étaient rédigées dans une autre langue que le français ou l'anglais. Enfin certains documents de par leur non-disponibilité en ligne ou en bibliothèque universitaire à Caen n'ont également pas été pris en compte.



Finalement sur les **293** études sélectionnées **59** études ont été utilisées pour la rédaction de cet état des lieux.

Les statistiques de migration ont été recueillies via le site de l'Office Statistique de l'Union Européenne (EUROSTAT)

Les informations sur le système de santé et d'accueil des migrants en France ont été principalement recueillies via le site officiel de l'administration française, le site de l'OFPPRA (**O**ffice **F**rançais de **P**rotection des **R**éfugiés et **A**patrides), le site de l'OFII, (**O**ffice **F**rançais de **I**mmigration et **I**ntégration), ainsi que le site du ministère de l'intérieur français.

Les informations sur les structures disponibles en Normandie pour la prise en charge psychiatrique du migrant ont été principalement recueillies via un entretien libre réalisé en 2017 avec des référents de l'ARS Normandie pour la prise en charge thérapeutique des migrants, ainsi que via un entretien semi dirigé réalisé en juillet 2020 avec le Dr Bonnel psychiatre libéral en pôle de santé dans le quartier de la Grâce de Dieu. L'entretien semi dirigé avec le docteur Bonnel a également été réalisé dans le but d'avoir un regard critique d'un psychiatre de terrain travaillant avec des populations migrantes et de mettre en relief cette expérience de terrain en comparaison aux données de la revue de littérature.

Enfin d'autres sources d'informations ont été utilisées via leur site internet :

- Sources médicales : L'OMS (**O**rganisation **M**ondiale de la **S**anté), la HAS (**H**aute **A**utorité de **S**anté).

- La presse : « Le Monde ».

- Les associations et ONG (**O**rganisations **N**on **G**ouvernementales) : AMCE (**A**ssociation **M**édicale **C**ontre l'**E**xclusion), COMEDE (**C**omité **M**édical pour les **E**xilés), MDM (**M**édecins **D**u **M**onde).

## Prévalence de l'état de stress post-traumatique, dépression et anxiété chez les migrants.

Il est difficile de définir des taux de prévalence des maladies mentales chez les réfugiés en raison d'une forte hétérogénéité des résultats due entre autres aux difficultés méthodologiques. Une méta-analyse réalisée en 2005<sup>4</sup> de 20 études dans 7 pays occidentaux différents comprenant 6743 migrants provenant de 4 régions, (Asie du sud-est, Moyen-Orient, ex-Yougoslavie et Amérique centrale) mettait en évidence des taux d'ESPT (**E**tat de **S**tress **P**ost-**T**raumatique) à 9%, de dépression à 5% et d'anxiété généralisée à 4 %. Selon l'interprétation des auteurs la prévalence de l'ESPT chez les réfugiés pourrait être 10 fois supérieure à celle des populations occidentales. La revue de littérature de Steel Z & al de 2009<sup>5</sup> montre une prévalence selon les études aux méthodologies fiables allant de 13% à 25% pour l'ESPT.

En France, plus récemment, une étude a été réalisée sur 17836 personnes ayant consulté dans les centres de santé du COMEDE (**C**omité **M**édical pour les **E**xilés) entre 2004 et 2010<sup>6</sup>. Le taux de prévalence des psycho-traumatismes à la première consultation était de 11,2% avec plus de 60% des patients ayant subi des violences. Également, d'après le rapport de 2018 de MDM<sup>7</sup>, un trouble d'ordre psychologique était retrouvé chez 8,6 % des patients consultant dans les CASO (**C**entres d'**A**ccueil de **S**oin et d'**O**rientation) et chez 13% des seuls demandeurs d'asile. Les patients présentaient majoritairement des syndromes anxieux, du stress, des troubles psychosomatiques (à hauteur de 6.5%), des syndromes dépressifs (1,3%). Il semble probable selon les rapporteurs que ces troubles psychologiques étaient sous évalués en raison des barrières linguistiques et culturelles et de la forte capacité des migrants à ne pas laisser

---

<sup>4</sup> Fazel, Wheeler, et Danesh, « Prevalence of Serious Mental Disorder in 7000 Refugees Resettled in Western Countries ».

<sup>5</sup> Steel et al., « Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement ».

<sup>6</sup> Veisse, Wolmark, et Revault, « Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner ».

<sup>7</sup> Medecins du monde, « Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de médecins du monde en France - Rapport 2018 ».

paraître leur souffrance. En comparaison, selon l'enquête de santé mentale en population générale réalisée en France entre 1999 et 2003<sup>8</sup>, la prévalence de l'ESPT était de 0,7%.

Un choix a été réalisé dans cette thèse de traiter principalement l'ESPT, la dépression et l'anxiété. Cependant après un entretien semi dirigé réalisé en juillet 2020 avec le Dr Bonnel psychiatre libéral en pôle de santé dans le quartier de la Grâce de Dieu il ressort également que les addictions font partie des problèmes récurrents rencontrés en consultation de psychiatrie avec les populations migrantes. Ainsi explique-t-il « beaucoup de migrants face à l'adversité sociale et les problèmes d'accueil d'une manière générale, tombent dans l'alcool. Suivant les cultures on retrouve aussi beaucoup d'addictions aux opiacés, je pense notamment aux personnes qui viennent d'Afghanistan, d'Iran ou encore les Géorgiens ». (Guide d'entretien et verbatim disponibles en annexes 1 et 2).

## Quelle méthodologie pour mieux évaluer la prévalence ?

Une revue systématique de la littérature a été réalisée par Joanne C. Enticott & al<sup>9</sup> dans le but d'identifier les meilleures méthodes pour créer un échantillon représentatif de réfugiés et demandeurs d'asile dans les enquêtes de santé mentale. Les conclusions de leur étude montre comme critères clés : « ...la volonté préalable de recruter un échantillon représentatif ; un cadre d'échantillonnage fiable pour vérifier la représentativité des échantillons ; l'enregistrement des taux de réponses et des caractéristiques des non réponders en fonction des considérations éthiques ; la nécessité de longues périodes de recrutement ; l'usage de méthodes d'échantillonnage non aléatoires, dont l'échantillonnage en « boule de neige » pour accéder aux plus isolés... ». L'échantillonnage en boule de neige consiste à recruter des participants qui eux-mêmes vont recruter d'autres participants du même groupe social et ainsi de suite jusqu'à atteindre un maximum de membres dudit groupe social. Enfin ils mentionnent « ...l'usage de multiples et divers sujets ou sous-groupes de départ pour accéder à différents réseaux sociaux ; le suivi des

---

<sup>8</sup> Roelandt et al., « La santé mentale en population générale ».

<sup>9</sup> Enticott et al., « A Systematic Review of Studies with a Representative Sample of Refugees and Asylum Seekers Living in the Community for Participation in Mental Health Research ».

réseaux de recrutement répondants et si possible l'inclusion d'un composant d'échantillonnage aléatoire ». Ils précisent tout de même que l'introduction de méthodes d'échantillonnage non aléatoires, bien que celles-ci peuvent permettre de recueillir un échantillon plus représentatif en allant « chercher » les populations cachées et isolées, doit se faire avec précaution.

Steel Z & al<sup>5</sup> pensent au contraire que l'utilisation d'échantillons non randomisés dans les enquêtes de prévalence constitue un biais méthodologique. Ils pointent également comme biais les effectifs inférieurs à 500 individus ainsi que l'usage d'auto-questionnaires qui entraînent une surestimation systématique des troubles psychiatriques. La remarque de Bogic & al<sup>10</sup> sur la diminution de la prévalence de tous les troubles mentaux lorsque l'interrogatoire est réalisé via des personnes issues de la communauté à la place d'un interprète me semble également intéressante.

## Facteurs de risques

Pour Bogic & al<sup>10</sup> dans les études aux méthodologies les plus rigoureuses, les risques de dépression et d'ESPT sont respectivement 14 et 15 fois plus importants chez les réfugiés. Selon leur méta-analyse ainsi que celles réalisées par Porter M, Haslam N<sup>11</sup> et Steel Z & al<sup>5</sup> plusieurs facteurs de risques de troubles mentaux (ESPT, dépression, anxiété) peuvent être identifiés. On peut les classer comme démographiques, prémigratoires et post migratoires.

Démographiques :

- Âge : Les enfants et adolescents sont moins à risque que les adultes et les plus de 65 ans sont plus touchés.

- Sexe : Les femmes sont plus touchées que les hommes pour la dépression et les troubles anxieux, en revanche pas de différence sur l'ESPT, contrairement selon Bogic & al<sup>10</sup> à la population générale où les femmes sont également plus touchées (ce qui pourrait s'expliquer

---

<sup>10</sup> Bogic, Njoku, et Priebe, « Long-term mental health of war-refugees ».

<sup>11</sup> Porter et Haslam, « Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons ».

par le fait que les traumatismes liés à la guerre touchent sans distinction hommes et femmes à l'inverse des traumatismes en populations générales qui peuvent être différents).

Facteurs de risques pré-migratoires :

- Un plus grand nombre d'évènements traumatiques est fortement associé aux troubles mentaux (ESPT, dépression, troubles anxieux), et en particulier fortement prédictif de l'ESPT. La torture surtout est fortement liée à la prévalence de l'ESPT dans la méta-analyse de Steel Z & al<sup>5</sup>.

- Les réfugiés provenant d'un milieu rural sont plus à risque que ceux vivants en milieu citadin.

- Un statut socio-économique pré-migratoire plus élevé est plus à risque.

- Les personnes plus éduquées sont plus à risque.

- Pas d'association retrouvée entre statut marital et troubles mentaux.

- Il existe une variabilité en fonction de la nationalité : Cambodgiens et Ex Yougoslaves avaient la plus forte prévalence de dépression, anxiété et ESPT tandis que Vietnamiens, Moyen-Orientaux et Africains sub-sahariens avaient les taux les plus bas dans l'étude de Bogic & al<sup>10</sup>. Pour Porter M et Haslam N<sup>11</sup> les réfugiés d'origine européenne présentaient une moins bonne santé mentale mais ceci probablement car ils étaient comparés à des populations européennes en paix et avec un niveau économique privilégié.

Facteurs de risques post migratoires :

- De bonnes conditions d'accueil sont associés à un moindre risque de développer une pathologie mentale : l'accès à un emploi, le maintien du statut socio-économique d'origine, les réfugiés se voyant dotés d'un logement privé permanent plutôt que ceux devant vivre en institution ou dans un logement privé temporaire. A l'inverse un manque de maîtrise de la langue et

le manque de soutien social seront défavorables. Cependant pour Bogic & al<sup>10</sup> les facteurs socio-économiques semblent jouer peu de rôle sur l'ESPT dont l'étiologie semble dominée par la répétition d'évènements traumatiques

- Les réfugiés déplacés à l'intérieur du pays sont plus à risque que les déplacés dans un pays tiers.

- Les réfugiés provenant de pays dont les conflits sont en cours sont plus à risque qu'en cas de conflit terminé.

- Les réfugiés réinsérés a posteriori dans leur pays sont plus à risque que les exilés permanents.

- L'acculturation était étonnement non significativement liée à un surrisque de pathologie mentale dans l'étude de Porter M et Haslam N<sup>11</sup>

- Un temps après réinstallation court semble diminuer la prévalence de la dépression.

- Il existe une variabilité selon la région de réinstallation : Les pays d'accueil Australie et Canada et en général tous les pays hors Europe et Etats-Unis avaient les prévalences les plus faibles de troubles mentaux, les plus fortes prévalences se trouvaient aux Etats-Unis. D'après Bogic & al<sup>10</sup> cela peut probablement être expliqué par la présence de politiques migratoires différentes mais ils jugent l'interprétation délicate en raison d'un nombre beaucoup plus important d'études réalisées aux Etats-Unis. Cette réflexion semble pertinente si l'on se réfère à l'article du « Monde » de 2017<sup>12</sup> sur les politiques migratoires de l'Australie et du Canada qui met en avant ces sociétés multiculturelles mais à l'immigration « choisie ». L'Australie sélectionne des migrants jeunes et qualifiés et est très restrictive envers les réfugiés qui sont expulsés ou placés dans des centres hors du continent où leurs conditions de vie sont fortement critiquées. Le Canada est plus tolérant avec 1/3 des immigrants bénéficiant du regroupement familial, du statut de réfugié ou d'autres programmes humanitaires, mais malgré tout priorité est donnée via un système par points aux plus éduqués, à ceux maîtrisant les langues officielles et selon leurs compétences par rapport aux besoins du pays sur le marché du travail.

---

<sup>12</sup> « L'Australie et le Canada, deux sociétés multiculturelles à l'immigration choisie ».

Bogic & al<sup>10</sup> émettent une limite aux facteurs de risques qu'ils retrouvent, à savoir que ceux-ci le sont sur des études à « long terme » et pourraient selon les auteurs plus refléter des facteurs de persistance des troubles mentaux que des facteurs déclencheurs.

### Les risques sont-ils les mêmes chez le réfugié et le migrant volontaire ?

Est issu de la Convention de Genève du 28 juillet 1951 une définition précise du statut de réfugié<sup>13</sup>. Il s'agit de « ... toute personne craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels évènements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner ».

Le réfugié est à distinguer du migrant volontaire, qui migre afin d'améliorer ses conditions de vie. Ces deux populations ont des caractéristiques distinctes en termes de santé mentale qui sont intéressantes à mettre en avant. En effet selon une étude de Rasmussen et al<sup>14</sup> portant sur 4649 personnes ayant immigré aux Etats-Unis, il n'y a pas de différence significative de prévalence d'ESPT (**E**tat de **S**tress **P**ost **T**raumatique) et d'EDM (**E**pisode **D**épressif **M**ajeur) entre réfugiés et migrants volontaires, cependant les troubles mentaux apparaîtraient plus précocement chez les réfugiés. L'ESPT pour les réfugiés serait essentiellement un problème prémigratoire, en effet dans leur étude, le début de la maladie se fait en moyenne 9 ans avant la migration, contre 7 ans après la migration pour les migrants volontaires. Pour l'EDM les écarts sont moins prononcés mais malgré tout significatifs avec un déclenchement dans les deux populations en post-migratoire mais plus précoce pour les réfugiés. Cela montre que les mécanismes d'installation des troubles psychiatriques entre les deux populations seraient différents. Ceci étayerait l'hypothèse que les réfugiés quitteraient leur territoire afin entre autres d'échapper à de hauts niveaux de stress. En post-migratoire on trouve une augmentation des nouveaux cas chez les migrants volontaires mais avec une incidence quasi similaire chez les réfugiés, ce

---

<sup>13</sup> « Le statut de réfugié | OFPRA ».

<sup>14</sup> Rasmussen et al., « Onset of Posttraumatic Stress Disorder and Major Depression among Refugees and Voluntary Migrants to the United States ».

qui montre que les deux populations sont affectées de la même manière par les facteurs de stress post-migratoires. Le travail de Rasmussen et al<sup>14</sup> met aussi en avant que les réfugiés ont une plus grande propension à rapporter des événements traumatiques par rapport aux migrants volontaires (événements liés à la guerre, aux catastrophes naturelles, au harcèlement), ce qui amène les auteurs à penser que la rupture au niveau socio-économique qu'ils subissent rend les réfugiés plus susceptibles de ressentir de futurs événements stressants.

## Méthodes de dépistage des troubles mentaux à destination des populations réfugiées

Van Ommeren<sup>15</sup> rappelle les critères nécessaires pour qu'une échelle psychométrique soit fiable et valide :

### **-la fiabilité**

C'est la constance des résultats obtenus à partir d'une échelle psychométrique.

L'évaluation correcte de la fiabilité nécessite l'utilisation de plusieurs méthodes complémentaires :

- *La Fidélité test-retest* = reproductibilité dans le temps.
- *La Fidélité inter-observateurs* = degré d'accord entre 2 observateurs.
- *La Cohérence interne* = Parenté statistique entre chaque item d'une même échelle. Notamment évaluée par le Coefficient alpha de Cronbach<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Van Ommeren, « Validity Issues in Transcultural Epidemiology ».

<sup>16</sup> Cortina, « What is coefficient alpha? »



## **-La Validité**

Elle revient à savoir si une méthode d'évaluation mesure bien ce pour quoi elle est destinée, en rapport avec ses objectifs, son public et son contexte d'utilisation.

La validité psychométrique étant définie par :

- *La validité de contenu* = Le contenu de l'échelle réfère-t-il bien au concept pour lequel celle-ci a été créée ? (Peut facilement être perturbé en cas d'erreur de traduction ou par l'utilisation de termes culturellement inappropriés.)

- *La validité de construit* = L'échelle mesure-t-elle bien le concept théorique pour lequel elle a été créée ? Notamment évaluée par l'étude de la *validité convergente* et *discriminante* par comparaison à d'autres échelles psychométriques.

- *La validité diagnostique* = L'ensemble des symptômes est-il suffisamment significatif pour être considéré comme un trouble mental, et cet ensemble permet-il de se distinguer des autres troubles mentaux ?

- *La validité critérielle* = corrélation entre les résultats d'une méthode psychométrique et un critère externe, la validité peut être prédictive ou concurrente (souvent comparée à un gold standard si celui-ci est existant).

- *La validité interne* = la différence de prévalence observée a-t-elle une relation causale directe avec la variable étudiée ou d'autres variables peuvent-elles expliquer la différence obtenue.

- *La validité externe* = un échantillon est-il représentatif d'une population, les mesures sont-elles généralisables à d'autres populations et dans le temps ?

La validité critérielle pourra être définie par la mesure de la sensibilité et de la spécificité, soit le pouvoir discriminant d'une échelle psychométrique. La comparaison à un Gold Standard pour le diagnostic des pathologies psychiatriques de manière transculturelle dans des populations non occidentales est très complexe et souvent celui-ci n'existe pas. Ainsi d'après

Prince<sup>17</sup> pour les populations occidentales le gold standard est classiquement considéré comme étant en entretien avec un psychiatre qualifié et expérimenté au diagnostic de la population cible à l'aide d'un questionnaire semi-structuré tel que le SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) ou le SCID (Structured Clinical Interview for DSM disorders). Dans le cadre de L'ESPT d'après Weathers, Keane, & Davidson<sup>18</sup>, il s'agit d'un entretien structuré comme le CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale). Cependant toujours d'après Prince<sup>17</sup>, ces gold standards ne sont pas adaptables à toutes les populations de manière transculturelle.

Comme l'explique Weaver<sup>19</sup>, dans beaucoup de pays en voie de développement il existe rarement un instrument à la validité prouvée et très peu de psychiatres locaux disponibles pour la réalisation de ces études de validité. Plusieurs méthodes alternatives pour mesurer la validité critérielle sont avancées par Weaver<sup>19</sup> ou Prince<sup>17</sup> comme le recours à des questionnaires utilisant les concepts nosologiques locaux et l'autorisation aux médecins locaux à réaliser des interrogatoires culturellement pertinents ou encore le recours à l'autodiagnostic par les communautés locales<sup>20 21</sup>. Prince<sup>17</sup> suggère qu'une approche pourrait-être de mélanger des critères « *étiques* » (du point de vue de l'observateur) et « *émiques* » (du point de vue de la culture cible) mais de son aveu l'obtention d'une « validité critérielle complète à travers divers cultures est peut-être une chimère ».

Dowling, Enticott, et Russell<sup>22</sup> ont pointé de nombreuses limites aux outils développés pour les populations réfugiées. Il existe une forte hétérogénéité pour chaque questionnaire dans la structure, la validité et la fiabilité de leurs différentes versions. Cette hétérogénéité a été mise en avant pour expliquer la grande disparité des valeurs de prévalence entre les différentes études sur les réfugiés. On retrouve une grande variabilité des méthodes de traduction avec parfois une traduction « mot pour mot » de l'anglais vers la langue cible ce qui ne constitue pas une méthode acceptable. L'étude de la validité était fréquemment réduite à la validité critérielle, parfois seule la fiabilité était analysée. Ces outils utilisent souvent des concepts occidentaux du trauma. Ils utilisent dans la majorité des cas le même cut-off (valeur seuil diagnostique d'une

---

<sup>17</sup> Prince, « Measurement Validity in Cross-Cultural Comparative Research ».

<sup>18</sup> Weathers, Keane, et Davidson, « Clinician-Administered PTSD Scale ».

<sup>19</sup> Weaver, « Developing a Culturally Appropriate Assessment Tool ».

<sup>20</sup> Bolton, « Cross-Cultural Validity and Reliability Testing of a Standard Psychiatric Assessment Instrument without a Gold Standard ».

<sup>21</sup> Betancourt et al., « Assessing Local Instrument Reliability and Validity ».

<sup>22</sup> Dowling, Enticott, et Russell, « Measuring Self-Rated Health Status among Resettled Adult Refugee Populations to Inform Practice and Policy - a Scoping Review ».

échelle) d'une population à une autre, ce qui ne semble pas une méthode valide dans la littérature. Les auto-questionnaires sont utilisés dans certaines études dans des configurations différentes de ce pour quoi ils ont été créés (utilisation en milieu clinique chez des patients en recherche de soins versus utilisation en milieu communautaire par des non cliniciens...).

Quels outils diagnostiques sont les plus pertinents pour les populations réfugiées ?

Dowling, Enticott, et Russell<sup>22</sup> ont réalisé une revue de littérature des auto-questionnaires existants. En voici une liste non exhaustive parmi les plus éprouvés par la littérature ou ayant les meilleurs critères de qualité.

### **Outils créés spécifiquement pour l'étude des populations réfugiées :**

#### HTQ (Harvard Trauma Questionnaire)

Cette échelle a été initialement créée par Mollica et al en 1992<sup>23</sup>, pour évaluer les tortures subies et mesurer l'impact psychologique sur les populations d'Indochine (Cambodgiens, Laotiens, et Vietnamiens) vivant en Amérique. Ce test a ensuite été adapté et validé en différents langages et pour d'autres populations spécifiques.

Le questionnaire est composé de 3 parties :

- 1- 17 items sur les événements traumatiques potentiellement vécus et leur fréquence.
- 2- Indication de l'évènement traumatique le plus perturbant.

---

<sup>23</sup> Mollica et al., « The Harvard Trauma Questionnaire ».

3- Items diagnostiques de l'ESPT au nombre de 30 (16 issus du DSM III (manuel **D**iagnostique et **S**tatistique des troubles **M**entaux, **III**<sup>ème</sup> édition), 14 spécifiques aux réfugiés), cotés par sévérité de 1 (pas du tout) à 4 (extrêmement) pour un total de points allant jusqu'à 120.

La validité et fiabilité du questionnaire avait été analysée initialement en comparaison avec les entretiens cliniques semi-structurés selon le DSM III par une équipe biculturelle et des psychiatres occidentaux.

- *La Fidélité inter-observateurs* ( $\kappa = 0,93$ )
- *La Fidélité test-retest* ( $r = 0,89$ )
- *La Cohérence interne* (Cronbach  $\alpha = 0,90$ )

-*Sensibilité* à 78%, *spécificité* à 65% pour un cut-off à 75 (Ou ratio à 2,5)

-*Valeur prédictive positive* 85%, *Valeur prédictive négative* à 55%, *efficience* 75%.

A noter que la limite du cut-off et certains items ont pu changer selon les différentes versions.

-Traduction puis retraduction en aveugle.

**La fiabilité** a été évaluée dans de nombreux pays africains, d'Asie du nord et du sud-est, du Moyen orient, d'Europe du sud et de l'est et d'Amérique centrale.

**La validité** a été évaluée pour les populations cambodgiennes, laotiennes, vietnamiennes, d'Afrique sub-sahariennes, tchéchènes et afghanes.

- **Disponible en** : cambodgien, laotien, vietnamien, japonais, bosnien, croate, anglais.

- **Site officiel** : <http://hpvt-cambridge.org/screening/harvard-trauma-questionnaire/>

- **Disponibilité sur demande, payant.**

### RHS-15 (Refugee Health Screener-15)

Développé par Hollifield et al<sup>24</sup> pour le dépistage de l'anxiété, la dépression ou l'état de stress post traumatique dans des populations de réfugiés hétérogènes.

Il est composé de 14 items cotés selon la sévérité de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement) et d'un « thermomètre de détresse (DT) » côté de 0 à 10, le diagnostic de dépression, anxiété ou syndrome de stress post traumatique est posé si le score est  $\geq$  à 12 ou DT  $\geq$  5

*Validité et fiabilité* : Comparé au **Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25)** pour la dépression et l'anxiété et au **Posttraumatic Symptom Scale-Self Report (PSS-SR)** pour le syndrome de stress post traumatique, qui ne constituent pas des gold standard.

- *La Cohérence interne* (Cronbach  $\alpha = 0,92$ )

*Sensibilité* à 95%, *spécificité* à 86%, pour le diagnostic de syndrome dépressif majeur.

*Sensibilité* à 94%, *spécificité* à 86%, pour le diagnostic d'anxiété.

*Sensibilité* à 81%, *spécificité* à 87%, pour le diagnostic de l'ESPT.

Traduction puis retraduction, il n'est pas précisé si le processus a été réalisée en aveugle.

**La fiabilité et validité** ont été étudiées pour des populations Birmanes, du Bhoutan et Iraquiennes.

**-Disponible en** birman, bhoutanais, karen, russe, anglais, arabe.

**-Disponible sur demande à l'adresse suivante** : [bfarmer@lcsnw.org](mailto:bfarmer@lcsnw.org)

(Voir version de démonstration en annexe 3,4,5)

---

<sup>24</sup> Hollifield et al., « The Refugee Health Screener-15 (RHS-15) ».

## **Outils créés pour les populations occidentales, adaptés secondairement aux populations réfugiées :**

### -HSCL-25 (Hopkins Symptom Checklist-25)

Outils d'auto-évaluation pour la dépression et l'anxiété initialement créé pour le dépistage en population américaine, et dérivé du HSCL<sup>25</sup> de Derogatis et al. Cet outil a ensuite été adapté par Richard F. Mollica et al<sup>26</sup>, pour les populations réfugiées d'Indochine.

Les 10 premiers items traitent de l'anxiété et les 15 suivants de la dépression.

On diagnostique un syndrome dépressif si le ratio des items spécifiques à la dépression est  $> 1,75$

Ou une détresse psychologique significative en cas de ratio  $> 1,75$  pour l'anxiété, la dépression ou le total des items.

- *La Fidélité inter-observateurs* ( $\kappa = 0,98$ )
- *La Fidélité test-retest* ( $r = 0,89$ )

*Validité et fiabilité* : Comparées via le diagnostic en rapport au DSM III d'un psychiatre expérimenté dans les soins psychiatriques aux patients d'Indochine.

*Sensibilité* à 88%, *spécificité* à 73%, pour le diagnostic de syndrome dépressif majeur.

*Sensibilité* à 93%, *spécificité* à 76%, pour le diagnostic de détresse psychologique cliniquement significative.

Traduction puis retraduction en aveugle

**La fiabilité** a été évaluée dans plusieurs pays africains, d'Asie du nord et du sud-est, du Moyen Orient, d'Europe du sud et de l'est et d'Amérique centrale.

**La validité** a été évaluée pour les populations tibétaines, cambodgiennes, laotiennes, vietnamiennes et syriennes.

---

<sup>25</sup> Derogatis et al., « The Hopkins Symptom Checklist (HSCL) ».

<sup>26</sup> Richard F. Mollica, M.D., Grace Wyshak, Ph.D., Daphne de Marneffe, et Franlinette Khuon, and James Lavelle, M.S.W., « Indochinese Versions of the Hopkins Symptom Checklist-25 ».

**-Disponible en :** cambodgien, laotien, vietnamien, japonais, bosnien, croate, anglais.

**- Site officiel :** <http://hprt-cambridge.org/screening/hopkins-symptom-checklist/>

**-Disponibilité sur demande, payant**

### PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale)

Le PDS a été créé par Foa, Cashman, Jaycox, & Perry en 1997<sup>27</sup> afin d'affirmer la présence d'un ESPT chez des sujets ayant une histoire connue de trauma, il s'agit d'une évolution du PSS-SR<sup>28</sup>. Il contient une partie listant les événements traumatiques potentiellement subis, dans une 2<sup>ème</sup> partie le patient doit définir l'évènement traumatique le plus traumatisant, dans une 3<sup>ème</sup> partie on retrouve 17 items tirés des critères diagnostiques du DSM III-R (manuel **Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux, III<sup>ème</sup> édition, Révisé**) avec une échelle de sévérité côté de 0 (pas du tout) à 3 (beaucoup). Le PDS a été adapté secondairement à différentes cultures et a des populations de réfugiés, sa validité avait été évaluée en comparaison avec le SCID. Il existe une version évoluée pour le DSM-V (manuel **Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux, V<sup>ème</sup> édition**), le PDS-5 ( Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5)<sup>29</sup>.

- *La Fidélité inter-observateurs* ( $\kappa = 0,65$ )
- *La Fidélité test-retest* ( $r = 0,74$ )
- *La Cohérence interne* (Cronbach  $\alpha = 0,92$ )

- *Sensibilité à 89 %, spécificité à 75%, efficience à 82%*

**La fiabilité** a été évaluée dans plusieurs pays d'Asie, d'Europe et d'Afrique ainsi qu'en Turquie, Iran, Bosnie et au Sri-Lanka.

**La validité** a été évaluée pour des populations iraqiennes, libanaises, ougandaises, somaliennes, syriennes, kosovar et rwandaises ainsi que diverses autres populations asiatiques européennes et africaines.

---

<sup>27</sup> Foa et al., « The Validation of a Self-Report Measure of Posttraumatic Stress Disorder ».

<sup>28</sup> Foa et al., « Reliability and Validity of a Brief Instrument for Assessing Post-Traumatic Stress Disorder ».

<sup>29</sup> Foa et al., « Psychometric properties of the Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5) ».

**-Disponibilité sur demande à l'adresse mail suivante :** foa@pennmedicine.upenn.edu. Prix et versions disponibles inconnus.

## Quel outil utiliser en routine en médecine générale ?

Devant le manque d'outils fiables et valides Dowling, Enticott, et Russell<sup>22</sup> défendent la nécessité que des recommandations claires voient le jour pour la conception et le test des outils psychométriques à destination des réfugiés.

C'est également le constat de Rasmussen et Jayawickreme<sup>30</sup>, ils donnent des pistes pour que les chercheurs améliorent les futurs outils psychométriques :

- Identifier les problèmes principaux de la population cible et sélectionner des outils de mesure de détresse psychologique existants, faciles d'utilisation, concis et avec une bonne validité et fiabilité.

- Réaliser des mesures d'invariabilité de la traduction des outils (le concept théorique étudié doit être évalué de la même manière après traduction). Classiquement un outil doit être traduit puis rétro-traduit à l'aveugle par un deuxième expert.

- Tester la validité dans la population cible des nouveaux modèles diagnostiques (par exemple la validité des nouveaux critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique du DSM-V)

- Définir pour l'outil un « cut-off » spécifique à chaque population pour l'identification de troubles cliniquement significatifs.

- Etablir la validité des mesures de « bien-être » développées en Europe et aux Etats-Unis, dans des populations spécifiques.

- Utiliser de nouvelles méthodes statistiques en situation de désastre humanitaire pour identifier les individus en état de détresse mentale cliniquement significative.

---

<sup>30</sup> Rasmussen et Jayawickreme, « Introduction to the special collection ».



Il est difficile aujourd'hui de pouvoir conseiller des outils psychométriques pour l'aide au dépistage et au diagnostic des troubles psychiatriques chez le migrant en pratique courante en médecine générale. Il n'existe pas d'outils standardisés valides et fiables utilisables dans de multiples populations. Aussi, la majorité des outils suscités en plus de leurs défauts de conception sont rarement disponibles de manière publique et gratuite. L'utilité de ces outils peut-être également remise en cause si l'on s'en refait à la réflexion du Dr Bonnel, qui pour rappel est psychiatre libéral en pôle de santé dans le quartier de la Grâce de Dieu à Caen et qui travaille régulièrement avec des migrants dans sa pratique quotidienne (voir guide d'entretien et verbatim en annexes 1 et 2). Pour lui la notion de diagnostic en psychiatrie est sujette à discussion d'autant plus quand on a affaire à des personnes d'une autre culture. Ainsi s'interroge-t-il : « Je me demande par exemple ce que signifie la schizophrénie dans des pays où il n'existe pas plus d'un psychiatre. Ils comprennent très mal la notion. En revanche si vous parlez de vaudou, d'esprits malfaisants qui viennent prendre possession du corps du malade, là oui, vous arriverez à vous faire comprendre »

## Les concepts occidentaux de maladie mentale sont-ils valides à travers les cultures ?

Arnaud Veïsse, Laure Wolmark et Pascal Revault<sup>6</sup> s'interrogent sur le fait que « la catégorisation des diagnostics de santé mentale (telle qu'utilisée dans le DSM-IV-TR (manuel **D**iagnostics et **S**tatistique des troubles **M**entaux, **IV**<sup>ème</sup> édition, **T**exte **R**évisé) à l'époque), notamment la notion d'état de stress post-traumatique semble trop réductrice pour rendre compte de la diversité des tableaux cliniques et de la singularité des parcours. » Beaucoup de travaux se sont attelés à répondre à cette question.

## DSM et Culture « s », des cultural bound syndromes aux concepts culturels de détresse.

D'après Kohrt et al<sup>31</sup>, les CCD (Concepts Culturels de Détresse) sont apparus avec le terme culture-bound syndromes dans les années 1950 à la suite des travaux de Pow Meng Yap's qui a employé ce terme pour décrire le « koro » un état d'anxiété aiguë avec dépersonnalisation associé à la peur de voir son pénis se rétracter dans son corps. Voir les exemples de concepts culturels de détresse (annexe 6). Les culture-bound syndromes ont été inclus dans le DSM-IV (manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux, IV<sup>ème</sup> édition) mais selon Kaiser et Weaver<sup>32</sup>, plusieurs spécialistes ont critiqué le fait qu'ils y soient présentés comme des entités « exotiques », indépendantes du contexte dans lequel ils sont apparus et non évolutifs. Ils expliquent que la notion de culture-bound syndromes est très limitée pour expliquer comment, par exemple, un trouble comme l'anorexie mentale initialement limité à des groupes spécifiques a pu s'étendre à tout le globe notamment sous l'influence des médias. Pour Kohrt et al<sup>31</sup> les limites de ce terme sont aussi nombreuses, des modèles similaires ayant été retrouvés dans des contextes culturels différents. Il manquait aussi de cohésion dans la présentation des symptômes et dans les explications étiologiques, également les groupes vulnérables étaient très divers. Ils expliquent ensuite que devant les limites du terme de culture-bound syndromes, d'autres termes ont été proposés, tels que les idiomes de détresse, catégories populaires de détresse, syndromes culturels, modèles explicatifs. Finalement les « concepts culturels de détresse » ont été créés dans le but de regrouper tous ces termes et en impliquant qu'un « concept » ne puisse être ancré dans une « exclusivité culturelle »

Dans le DSM-V (manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux, V<sup>ème</sup> édition) les « culture-bound syndromes » ont donc laissé place à cette notion de « concepts culturels de détresse » mettant en avant l'évolutivité de la culture. Cependant Bredström<sup>33</sup> déclare que le DSM-V même s'il se réclame d'une meilleure « sensibilité culturelle » conserve beaucoup des aspects négatifs du DSM IV, à savoir entre autres l'ethnocentricité et une vision statique de la culture. De par une approche s'adaptant à une vision neurobiologique de la psychiatrie, le contexte de la détresse est rendu limité à quelques patients seulement et tire un trait

---

<sup>31</sup> Kohrt et al., « Cultural Concepts of Distress and Psychiatric Disorders ».

<sup>32</sup> Kaiser et Weaver, « Culture-Bound Syndromes, Idioms of Distress, and Cultural Concepts of Distress ».

<sup>33</sup> Bredström, « Culture and Context in Mental Health Diagnosing ».

entre les cultures (Les occidentaux et « les autres »). Elle prend part à la polémique dénonçant la décontextualisation de la souffrance humaine, elle cite Alarcón et al.<sup>34</sup> pour qui il est important « de reconnaître le rôle constitutif des processus socioculturels pour les troubles mentaux... ». Au cours de l'entretien réalisé avec le Dr Bonnel celui-ci expliquait qu'il faut à la fois prendre en compte l'aspect culturel et anthropologique de la personne mais aussi la psyché des gens qui a quelque chose d'universel, il met en avant la méthode complémentariste de Georges Devereux<sup>35</sup>, un des fondateurs de l'ethnopsychiatrie. Dans cette méthode il faut réaliser dans un premier temps cette analyse culturelle et anthropologique puis dans un second temps bien différencié faire l'analyse psychique de la personne. Il explique que d'une culture à une autre, les troubles vont s'exprimer différemment, « ils auront une couleur, une nature et une texture différente ». On ne retrouvera donc pas d'une culture à une autre les mêmes symptômes, ou syndromes. Pour lui on ne peut pas ignorer l'aspect culturel, ainsi au sein d'un même pays il y a des sous cultures qui font que les pathologies s'expriment différemment par exemple entre deux classes sociales distinctes.

Bredström<sup>33</sup> dans la suite de son travail décrit le DSM-V, indiquant que celui-ci garde une structure similaire au DSM-IV avec un court paragraphe sur les spécificités culturelles adjacentes aux critères diagnostiques d'une pathologie. Un appendice avec les « concepts culturels de détresse » remplace les anciens « culture-bound syndromes ». Enfin un chapitre spécifique présente la « formulation culturelle » du manuel, on y trouve un guide d'interrogatoire : la CFI (**C**ultural **F**ormulation **I**nterview), qui constitue une évolution par rapport au DSM IV (Voir annexe 7). Elle affirme en s'appuyant sur les propositions de Lewis-Fernández et al.<sup>36</sup> que la CFI permet de contextualiser les symptômes et devrait être utilisée pour l'interrogatoire de chaque patient indépendamment de son origine. L'auteure poursuit sa description du DSM-V en expliquant qu'il y est clairement adopté une définition plus dynamique de la culture par rapport au DSM-IV qui définissait la culture comme les « valeurs, croyances et pratiques d'une population »<sup>37</sup> La culture est ainsi définie dans la nouvelle version comme référent à « des systèmes de connaissances, concepts, règles et pratiques apprises et transmises à travers les générations... les cultures sont des systèmes ouverts et dynamiques qui subissent des changements continus à travers le temps... La plupart des individus et groupes d'individus sont exposés à de multiples cultures à travers lesquelles ils façonnent leur propre identité... Il est crucial de ne

---

<sup>34</sup> Alarcón et al., « Issues for DSM-V ».

<sup>35</sup> Devereux, Jolas, et Gobard, *Ethnopsychanalyse complémentariste*.

<sup>36</sup> *DSM-5® handbook on the cultural formulation interview*.

<sup>37</sup> *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*.

pas généraliser ces informations culturelles ou de stéréotyper des groupes en termes de traits culturels fixes »<sup>38</sup>. Il y est également souligné que « la culture, race et ethnies sont interconnectées aux inégalités économiques, au racisme et discriminations qui résultent en des disparités de santé »<sup>38</sup>

Bredström<sup>33</sup> démontre malgré tout que le DSM-V a parfois du mal à adopter cette définition en pratique. Elle se réfère aux critères dit « culturels » de l'attaque de panique tels qu'ils y sont décrits : « Un vietnamien qui fait une attaque de panique dans un endroit venté peut attribuer cette attaque à l'exposition au vent « trung gio : frappé par le vent » .... « Attaque nerveuse » chez les latino-américains et « attaque de Khyal » ou « perte d'âme » chez les cambodgiens. »<sup>38</sup>. Pour rappel selon la propre définition du DSM-V : « ***Il est crucial de ne pas généraliser ces informations culturelles ou de stéréotyper des groupes en termes de traits culturels fixes*** »<sup>38</sup>. L'extrait ci-dessous toujours en rapport aux attaques de panique montre également que le DSM-V n'arrive pas à se départir d'une vision ethnocentrique : « Note : des symptômes culturellement spécifiques (exemple : acouphènes, cervicalgies, céphalées, cris incontrôlables, pleurs) peuvent être vus. ***Ces symptômes ne doivent pas être pris en compte dans les 4 symptômes nécessaires au diagnostic*** »<sup>38</sup>. Malgré des améliorations notables, la validité transculturelle du DSM V ne semble donc pas encore faire l'unanimité.

## Quelles applications pratiques des concepts culturels de détresse ?

Bredström<sup>33</sup> cite Kirmayer and Minas<sup>39</sup> qui déclarent que la recherche a montré comment les symptômes peuvent varier entre les cultures mais aussi la manière dont les troubles psychiatriques y sont compris, ils notent l'importance des aspects culturels dans la relation médecin-patient. Elle cite également Alarcón et al<sup>40</sup> qui supposent que le contexte culturel pourrait être à l'origine de sources spécifiques de détresse et pourrait affecter les comorbidités et la sévérité de certaines maladies. Kohrt et al<sup>31</sup> pensent qu'il faut éviter d'homogénéiser ces concepts culturels de détresses aux troubles psychiatriques existants, leur faisant alors perdre leur

---

<sup>38</sup> American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*.

<sup>39</sup> Kirmayer et Minas, « The Future of Cultural Psychiatry ».

<sup>40</sup> Alarcon et al., « Beyond the Funhouse Mirrors ».

modèle étiologique et facteurs de risques propres. Pour Kaiser et Weaver<sup>32</sup> la recherche a montrée l'utilité d'incorporer certains idiomes afin de créer des outils de dépistage ou de diagnostic en maladie mentale ou pour adapter des outils existants. Ils font aussi part des travaux de Lewis-Fernandez et Kirmayer<sup>41</sup> qui expriment l'importance de la prise en compte de ces concepts culturels de détresse pour identifier les objectifs d'une prise en charge, améliorer l'observance, promouvoir une thérapie ou encore s'accorder avec le patient sur les effets attendus de cette prise en charge. C'est dans ce sens que va la pratique du Dr Bonnel pour qui on doit prendre en compte tout l'appareil culturel de la personne, « si on soigne contre les croyances, les mœurs ou les habitus d'une personne, on soigne forcément mal ». Il prend l'exemple de la présence du monde invisible dans de nombreuses autres sociétés que le monde occidental, comme la présence des esprits. Pour lui si en tant qu'occidental, on reste rationnels et cartésiens il y a le risque de passer à côté de leviers thérapeutiques et même de passer à côté de la causalité d'une maladie. En son sens la religion, est également un levier thérapeutique important, il cite Tobie Nathan<sup>42</sup>, un psychologue très investi dans le champ de l'ethnopsychiatrie, qui dit que la prière est le premier médicament au monde. Il pense qu'il est « important de savoir si les gens croient en un dieu, s'ils pratiquent une religion, de quelle religion il s'agit et comment est-ce qu'ils la pratiquent ». Ainsi d'après le Dr Bonnel dans la religion musulmane les personnes qui sont troublées psychiquement n'arrivent pas à faire leur prière, « Cela demande un effort, une concentration, une mémorisation que les personnes troublées psychiquement ne parviennent pas à réaliser. Quand une personne n'arrive pas à faire sa prière c'est un signe qu'elle est vraiment atteinte psychiquement. A l'inverse quand de nouveau elle arrive à prier correctement, c'est qu'elle va mieux et qu'elle fonctionne mieux sur le plan psychique »

Et plus précisément, l'état de stress post-traumatique à travers les cultures ?

Selon Rasmussen, Keatley, et Joscelyne<sup>43</sup>, l'ESPT (**E**tat de **S**tress **P**ost-**T**raumatique) est fortement documenté depuis très longtemps en Europe du nord et aux Etats-Unis et est très bien codifié dans le DSM-V (annexe 8) et l'ICD-10 (**I**nternational **C**lassification of **D**iseases

---

<sup>41</sup> « Lewis-Fernández: Cultural concepts of distress and... - Google Scholar ».

<sup>42</sup> Nathan, *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*.

<sup>43</sup> Rasmussen, Keatley, et Joscelyne, « Posttraumatic Stress in Emergency Settings Outside North America and Europe ».

10th revision) (annexe 11). Malheureusement la plupart des désastres modernes et crises humanitaires surviennent hors d'Amérique du nord et d'Europe et donc en dehors du contexte culturel dans lequel le concept d'ESPT a été développé ce qui rend compliqué de savoir comment les réactions post-traumatiques sont conceptualisées et exprimées dans ces populations. Plusieurs études documentent que beaucoup d'individus non-occidentaux semblent endosser les symptômes d'ESPT dans les questionnaires et interrogatoires structurés et que la variabilité des scores cliniques semble proportionnelle aux événements traumatiques rapportés. Une étude statistique suggère également que les réponses aux questionnaires sont associées les unes aux autres de manière similaire par rapport à ces mêmes réponses en Amérique du nord et Europe pour un modèle d'ESPT à 4 facteurs à savoir la reviviscence, l'évitement, l'engourdissement émotionnel, l'hyper-réactivité. Ainsi même si pour certains auteurs cela suffit à établir l'ESPT comme valide à travers toutes les cultures, pour Rasmussen, Keatley, et Joscelyne<sup>43</sup>, la majorité de la littérature sur le trauma n'explique pas si les symptômes sont tous significatifs dans un contexte local ou si certains symptômes non inclus dans les mesures classiques peuvent être significatifs. Ils ont donc réalisé une revue de la littérature « *émique* » (étude réalisée du point de vue de la culture cible) des concepts culturels de détresse et constatent qu'il y a une grande variabilité interculturelle et notamment dans la conceptualisation du trauma et la présentation des symptômes post-traumatiques. Ils suggèrent donc qu'importer nos critères d'ESPT n'est pas culturellement valide. Les auteurs ont retrouvé 4 groupes de CCD (Concepts Culturels de Détresse) post traumatiques, la reviviscence n'était présente que dans la moitié, L'évitement pathologique totalement absent et ils trouvaient des symptômes psychotiques dans 1 cas sur 5. Également certains construits comme ceux fondés sur des causes surnaturelles était hors de ce que la psychiatrie occidentale peut considérer comme des facteurs de stress.

### Et la dépression à travers les cultures ?

Selon Haroz et al<sup>44</sup> jusqu'à aujourd'hui, la plus grande partie de la recherche sur la dépression a été réalisée dans un contexte occidental et a utilisé des outils diagnostiques qui sont basés sur des critères occidentaux (Amérique du nord, Europe et Australie). D'après les auteurs certains éléments de dépression des populations non occidentale ne sont pas reconnus

---

<sup>44</sup> Haroz et al., « How Is Depression Experienced around the World? »

par les critères diagnostiques actuels du DSM-V (annexe 9) ou de l'ICD 10 (annexe 12), d'autres critères sont au contraire non significatifs dans certaines populations. Ils s'appuient sur la méta-analyse de Kohrt et al<sup>31</sup> qui mettait en évidence que seuls 61% des participants présentant des concepts de détresse culturellement significatifs relevaient des critères de la dépression. Haroz et al<sup>44</sup>, ont donc réalisé une revue de littérature portant sur des études qualitatives ouvertes des symptômes dépressifs dans le monde, ne se référant pas aux critères diagnostiques occidentaux. Ils ont découvert que si des éléments tel que la tristesse, l'asthénie, les problèmes de sommeil, l'anorexie, les idées suicidaires, l'aboulie, la culpabilité et a un degré moindre l'irritabilité étaient les plus rapportés dans l'ensemble des études et donc concordants aux critères diagnostiques du DSM V ; 4 des symptômes mentionnés les plus fréquemment n'en font pas partie ! Ce sont l'isolement social, les pleurs, la colère ou encore les douleurs somatiques. Certains critères du DSM V tel que les difficultés de concentration ainsi que l'agitation ou le ralentissement psychomoteur étaient à contrario très peu présents.

Le contexte semble important pour l'analyse de la symptomatologie. En effet dans les populations ayant subi des traumatismes il y a un chevauchement beaucoup plus fréquent entre symptômes de dépression et d'état de stress post traumatique, tels que la culpabilité, la rumination, la méfiance, ce qui est cohérent avec d'autres études. Certains symptômes étaient aussi plus présents dans certaines régions (l'inquiétude en Asie du sud et sud-est, le fait de trop penser en Asie du sud-est et en Afrique sub-saharienne). Les auteurs pensent que ces différences sont à même de remettre en question l'utilisation transculturelle du DSM V. Il est à noter cependant des similitudes avec un contexte occidental, ainsi les troubles somatiques sont retrouvés partout dans le monde. Il était aussi mis en évidence la présence de manière concomitante de symptômes en lien avec l'anxiété (Voir annexes 10 et 13), ceci probablement en raison d'une comorbidité de l'affection.

## Quelle prise en charge du migrant ?

Selon M. van Ommeren, S.Saxena et B.Saraceno<sup>45</sup> qui s'appuient sur les études de Jones L et al<sup>46</sup> et Silove D et al<sup>47</sup>, l'absence de recherche de soins dans le cadre de l'ESPT dans les populations non occidentales, implique que ce ne soit pas la priorité de nombreuses victimes de traumatismes. Les auteurs se disent concernés par l'application de thérapies focalisées sur le trauma de manière désordonnée sans adaptation culturelle et sans suivi approprié. Ils s'inquiètent tout comme l'OMS<sup>48</sup> de la disproportionnalité des ressources cliniques mises à disposition vis-à-vis de l'ESPT. Celle-ci recommande ainsi la prise en compte en termes de santé publique de l'ensemble des problèmes mentaux englobant également la détresse non pathologique, ce par la mise en place de programmes sociaux, pouvant également bénéficier aux populations qui ne sont pas en recherche d'aides. C'est également l'avis du Dr Bonnel qui pense que la première chose à faire est de mettre la personne dans des conditions matérielles sécurisantes avant d'entamer des soins qui peuvent être douloureux. « Parce-que réaliser des soins psychiques qui peuvent remuer énormément un individu et le bouleverser, si celui-ci est à la rue, sans argent, sans nourriture etc. Je ne suis pas sûr que ce sera sa priorité ni le bon moment pour travailler. ».

C'est probablement dans cette optique sociale que le médecin généraliste a son plus grand rôle à jouer, par la mise en relation du migrant selon ses besoins avec les différents acteurs sociaux, en s'appuyant par exemple sur des structures telles que les PTA (Plateformes Territoriales d'Appui). Je me suis vu remettre en 2017 lors d'une entrevue avec des référents de l'ARS (Agence Régionale de Santé), une liste des structures de chaque département Bas-Normands facilitant la prise en charge des migrants. (Voir annexes 14, 15, 16).

---

<sup>45</sup> van Ommeren, Saxena, et Saraceno, « Mental and Social Health during and after Acute Emergencies ».

<sup>46</sup> Jones et al., « Mental Health Services for War-Affected Children ».

<sup>47</sup> Silove et al., « Indices of Social Risk among First Attenders of an Emergency Mental Health Service in Post-Conflict East Timor ».

<sup>48</sup> Sphere Project, *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*.



Pendant de nombreuses années le mécanisme de survenue de l'ESPT chez les populations réfugiées était considéré comme suivant un schéma direct :

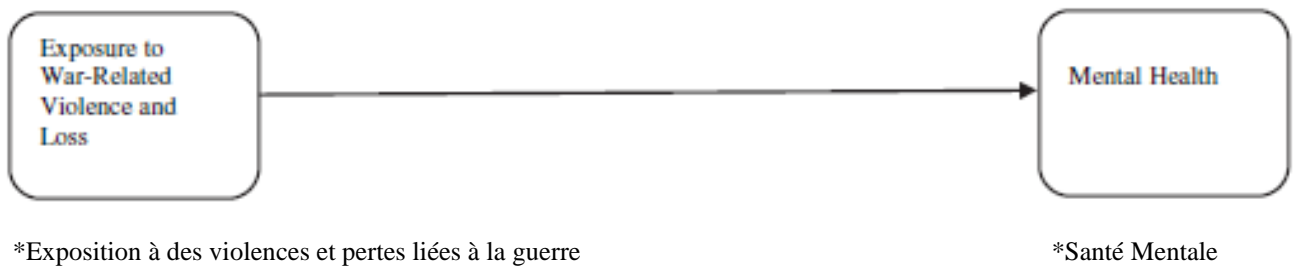


FIGURE 1 , « WAR EXPOSURE, DAILY STRESSORS, AND MENTAL HEALTH IN CONFLICT AND POST-CONFLICT SETTINGS ».

Les violences subies en zone de conflit auraient un impact direct sur la santé mentale et la survenue de l'ESPT. Cette théorie impliquait l'utilisation prépondérante de thérapies focalisées sur le traumatisme type TCC (Thérapie Cognitivo Comportementale) ou NET (Narrative Exposure Thérapie). Cependant avec la parution de l'étude de Miller & al en 2010<sup>49</sup> un nouveau modèle émerge intégrant les facteurs de stress journaliers (conséquence indirecte des zones de conflit du fait du déplacement des populations) :

\*Conditions matérielles et sociales stressantes (Facteurs de stress journaliers)

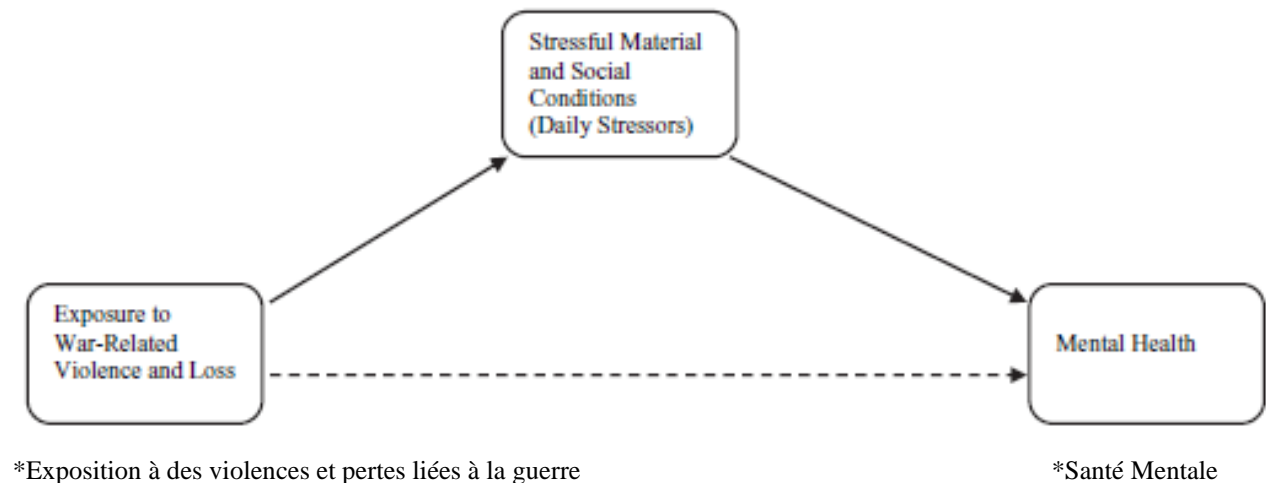


FIGURE 2, « WAR EXPOSURE, DAILY STRESSORS, AND MENTAL HEALTH IN CONFLICT AND POST-CONFLICT SETTINGS ».

<sup>49</sup> Miller et Rasmussen, « War Exposure, Daily Stressors, and Mental Health in Conflict and Post-Conflict Settings ».

Ce nouveau modèle implique une prise en charge thérapeutique multimodale qualifiée d'interventions « psychosociales ». Nickerson A et al<sup>50</sup> définissent ces interventions psychosociales entre autres par : « Des aides sur le statut de résidence, la réunion familiale, l'accès au logement, l'accès aux soins, l'accès à l'éducation, l'accès au travail, etc... Aides associées à une prise en charge psychothérapeutique plus générale non centrée sur le traumatisme via des conseils directifs ou non directifs que ce soit en individuel, en couple, en famille ou en communauté ». La stratégie retenue lors des crises humanitaires tel que définie dans le IASC (**I**nter-**A**gency **S**tanding **C**ommittee) en 2007<sup>51</sup> est donc une prise en charge sous forme pyramidale d'abord via l'assurance des services de base et de sécurité puis la mise en place de dispositifs de soutien communautaires et familiaux, des dispositifs de soutien non spécialisés, avant enfin une orientation vers des services spécialisés pour les personnes souffrant de graves troubles mentaux.

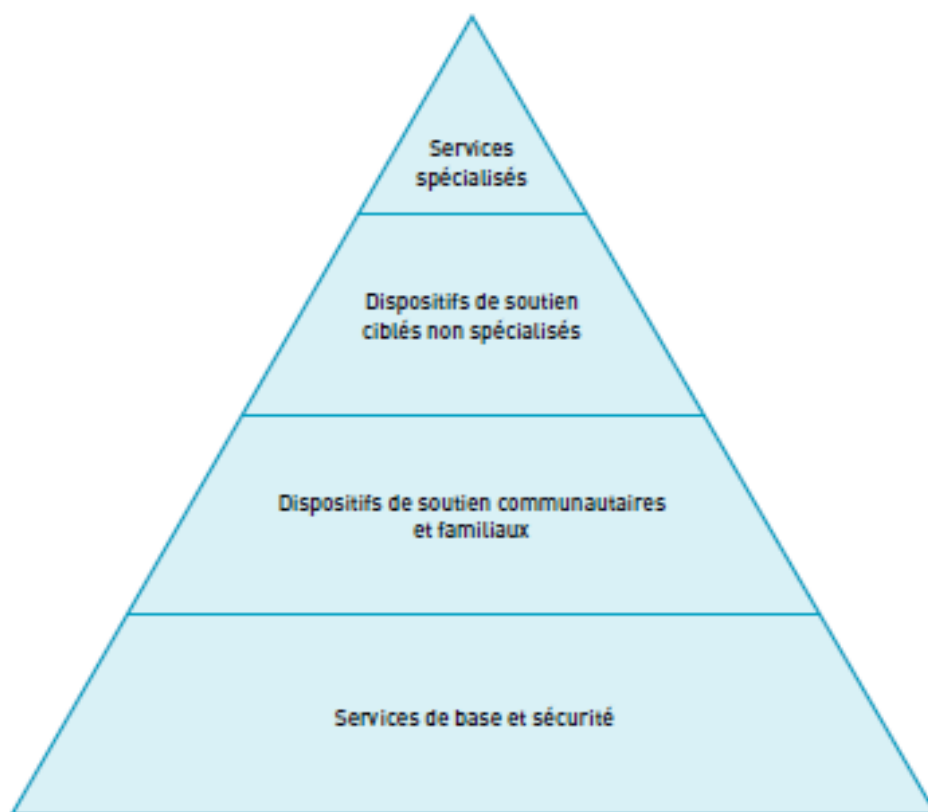


FIGURE 3 CARLL, « IASC GUIDELINES ON MENTAL HEALTH AND PSYCHOSOCIAL SUPPORT IN EMERGENCY SETTINGS ».

<sup>50</sup> Nickerson et al., « A Critical Review of Psychological Treatments of Posttraumatic Stress Disorder in Refugees ».

<sup>51</sup> Carll, « IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings ».

Le débat est toujours présent aujourd'hui entre une prise en charge multimodale par interventions psychosociales ou l'usage de thérapies focalisées sur le trauma type TCC ou NET malgré un possible avantage modéré de ces dernières. Il est en effet difficile d'attester de la supériorité d'une prise en charge sur l'autre malgré plusieurs méta-analyses réalisées en raison de la faible qualité méthodologique ou de la faible puissance de la quasi-totalité des études<sup>52 53</sup><sup>54</sup>. Il existe malheureusement très peu d'études sur les différentes interventions psychosociales, ainsi Nickerson A et al<sup>50</sup> malgré qu'ils mettent en évidence des résultats prometteurs des thérapies centrées sur le trauma sur l'ESPT concluent qu'il existe un manque de connaissances sur les thérapies multimodales, tel que l'effet de chacune des composantes prise séparément ainsi que l'effet potentiel sur d'autres champs des troubles psychiatriques. Tol et al<sup>55</sup> ont aussi réalisé une revue de la littérature en 2011 afin de comparer les différentes pratiques définies par la pyramide IASC. Ils notent une inadéquation entre les pratiques humanitaires les plus courantes (soutien psychologique, soutien social communautaire, activités sociales organisées, accès à l'information, psychoéducation, sensibilisation) et les interventions étudiées par la recherche avec également des résultats en majorité focalisés sur le syndrome de stress post traumatique alors que la valeur de ce trouble en santé publique humanitaire est fortement remise en question. Ils soulignent que très peu d'études portent sur le soutien psychologique, la psychoéducation ainsi que les activités sociales structurées avec pourtant des résultats mixtes, nécessitant de plus se focaliser sur ces pratiques courantes. Pour trancher vers une approche multimodale on peut également mettre en avant comme le Dr Bonnel me l'a soumis au cours de notre entretien que tous les migrants n'ont pas forcément des troubles psychiatriques. Ainsi explique-t-il si beaucoup de psychiatres considèrent que l'exil est de l'ordre de l'expérience traumatisante comme peuvent le suggérer les images visibles dans les médias, « il y a plein d'expériences traumatisantes dont les gens arrivent à se débrouiller ou s'arranger, ce n'est pas quelque-chose de nécessairement pathologique ou « psychiatisable » »

---

<sup>52</sup> Crumlish et O'Rourke, « A Systematic Review of Treatments for Post-Traumatic Stress Disorder Among Refugees and Asylum-Seekers ».

<sup>53</sup> Palic et Elklit, « Psychosocial Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Adult Refugees ».

<sup>54</sup> Nosè et al., « Psychosocial Interventions for Post-Traumatic Stress Disorder in Refugees and Asylum Seekers Resettled in High-Income Countries ».

<sup>55</sup> Tol et al., « Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Settings ».

## Un suivi du migrant en état de détresse psychologique difficile en médecine générale ?

Teunissen E et al<sup>56</sup> ont réalisé en 2015 aux Pays-Bas une étude qualitative auprès de médecins généralistes pour trouver des causes au manque de prise en charge des pathologies mentales du migrant en médecine générale.

Plusieurs éléments ont été mis en avant :

- Un manque de reconnaissance du médecin généraliste pour la prise en charge des problèmes de santé mentale.
- Un délai plus important pour faire part de leurs troubles mentaux.
- Un manque de suivi régulier.
- La somatisation des troubles mentaux.
- La présence d'un grand nombre de problèmes somatiques et sociaux en plus des troubles psychiatriques entraînant une augmentation de la durée de consultation.
- Les barrières linguistiques et culturelles.
- Le manque de possibilités thérapeutiques.
- La considération par le médecin qu'il s'agit d'une réaction normale à une situation anormale.

La prise en charge était très fluctuante selon les médecins, certains prescrivaient très peu de psychotropes en raison du risque de perte de vue quand d'autres en prescrivaient plus se sentant dépourvus de possibilités thérapeutiques. Très peu adressaient le migrant à un spécialiste car une prise en charge y était rarement effectuée et certains avaient des doutes sur la possibilité du migrant à y accéder.

Les solutions mises en avant comprenaient la tentative de mettre en place un suivi, éviter le nomadisme médical, établir une relation de confiance ou encore adresser le patient vers l'assistante sociale, des infirmières psychiatriques ou d'autres référents nécessaires.

---

<sup>56</sup> Teunissen et al., « Mental Health Problems of Undocumented Migrants in the Netherlands ».

Le Dr Bonnel pense qu'un frein important pour certains migrants est que nous sommes un des rares groupes sociaux à soigner dans une relation en duel médecin-malade. En effet dit-il « Dans beaucoup d'autres sociétés on soigne via des prises en charge groupales. Ainsi on reçoit la famille, les voisins, les amis, la famille élargie ... Les personnes qui arrivent en France peuvent donc être très démunies de se retrouver en colloque singulier avec le médecin sans les membres de la famille ». Il souligne également qu'une personne ait une dépression, une psychose ou un trouble anxieux, elle est forcément entourée d'autres gens qui subissent ces troubles et contribueront à apaiser ou à renforcer les symptômes. « On ne se soigne jamais tout seul, on soigne toujours les relations ».

D'ailleurs cela fait partie des prérogatives du médecin généraliste si l'on se base sur la définition de la WONCA<sup>57</sup> (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians). Ainsi selon l'organisation, la médecine générale « ...développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires. »

### D'une meilleure prise en charge vers une meilleure intégration dans la société ?

L'étude de Olf & al<sup>58</sup> met en avant le dysfonctionnement des fonctions exécutives chez les patients atteints d'ESPT (Etat de Stress Post Traumatique). Une altération du fonctionnement psychosocial est aussi mise en évidence par Momartin & al<sup>59</sup> en cas d'ESPT mais également de dépression sur une population plus spécifique de réfugiés bosniens. C'est sur la base de ces études que M. Schick & al<sup>60</sup> ont étudié la relation entre intégration sociale et santé mentale. Leurs résultats montrent que les difficultés d'intégration sont fortement corrélées avec les symptômes d'ESPT et dépression. Cependant cette étude a été conduite sur de très faibles effectifs, mais l'étude longitudinale réalisée par Beiser M et Hou F en 2001<sup>61</sup> en Afrique du sud

---

<sup>57</sup> WONCA Europe, « La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille ».

<sup>58</sup> Olf et al., « Executive Function in Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and the Influence of Comorbid Depression ».

<sup>59</sup> Momartin et al., « Comorbidity of PTSD and Depression ».

<sup>60</sup> Schick et al., « Challenging Future, Challenging Past ».

<sup>61</sup> Beiser et Hou, « Language Acquisition, Unemployment and Depressive Disorder among Southeast Asian Refugees ».

sur une population de réfugiés va dans le même sens et montre que les facteurs socio-économiques défavorables permettent de prédire la dépression jusqu'à 10 ans après réinstallation. Pour Bogic & al<sup>10</sup>, si le statut socio-économique est clairement corrélé à la dépression, il joue très peu de rôle sur l'ESPT dont l'étiologie semble dominée par la répétition d'évènements traumatiques. J. Das-Munshi & al dans une méta-analyse en 2012<sup>62</sup> font un lien entre pathologies mentales et perte du statut socio-économique prémigratoire, mais émettent l'hypothèse en s'appuyant sur l'étude de C. Muntaner & al<sup>63</sup> que ce lien peut être causal (perte du statut socio-économique comme facteur de risque de maladies mentales) mais également que les pathologies mentales peuvent engendrer une « sélection » et entraîner un glissement vers un statut socio-économique plus défavorable. Cependant l'étude de J. R. Warren en 2009<sup>64</sup> incluant 5290 américains à partir d'une base de données créée de manière longitudinale permet clairement d'exclure l'hypothèse de sélection et de mettre en avant le lien causal du statut socio-économique sur la santé générale et la dépression. A noter cependant que cette étude ne porte pas sur les migrants.

Il est donc clair que c'est d'une meilleure prise en charge sociale que découlera une diminution de la prévalence de certaines pathologies mentales chez le migrant mettant en lumière la nécessité avant tout d'une volonté politique d'intégration avant de se concentrer sur un soin purement psychiatrique des patients.

## Quel dispositif pour l'accueil des migrants en France ?

Sur son site internet<sup>65</sup> l'OFII, (**O**ffice **F**rançais de l'**I**mmigration et l'**I**ntégration) indique que le migrant doit être orienté vers un SPADA (**S**ervice de **P**remier **A**ccueil des **D**emandeurs d'**A**sile). Tel que le décrit l'OFII<sup>66</sup>, les SPADA permettent de préparer l'entretien avec les agents de l'OFII qui auront à charge de déterminer les vulnérabilités du demandeur d'asile

---

<sup>62</sup> Das-Munshi et al., « Migration, Social Mobility and Common Mental Disorders ».

<sup>63</sup> Muntaner, « Socioeconomic Position and Major Mental Disorders ».

<sup>64</sup> Warren, « Socioeconomic Status and Health across the Life Course ».

<sup>65</sup> « L'Accueil des demandeurs d'asile | OFII »

<sup>66</sup> , OFII, « Rapport d'activité 2018 de l'office français de l'immigration et l'intégration »

« les mineurs, les handicapés, les familles monoparentales, les victimes de la traite ou encore, les personnes victimes de formes graves de violences ». Ils pourront alors déposer leur demande dans l'un des 38 GUDA (**G**uichets **U**niques pour **D**emandeurs d'**A**sile) en métropole et outre-mer.

Les critères établis selon le règlement Dublin III<sup>67</sup> (qui s'applique dans les pays de l'espace économique européen et en Suisse) permettent de définir le pays devant traiter la demande d'asile :

- Il s'agit : Soit du pays d'entrée du migrant ou du premier pays dans lequel il a été contrôlé, soit du pays où a été accordé un visa ou un titre de séjour.

Certaines exceptions existent :

- La présence d'un membre de la famille résidant en tant que réfugié ou demandeur d'asile dans un autre pays et que le migrant souhaite rejoindre.

- Pour les mineurs non accompagnés c'est le pays de résidence actuel qui est responsable si une demande y a été déposée.

- Un pays peut accepter, pour des raisons humanitaires une demande d'asile même si elle ne relève pas de sa responsabilité.

Lors de son rendez-vous au GUDA un migrant en situation irrégulière verra ses empreintes digitales enregistrées dans un fichier européen (Eurodac), sauf s'il est un mineur de moins de 14 ans. Cet enregistrement doit permettre de trouver le pays responsable de la demande d'asile auquel l'état français réalisera une demande de prise en charge. Dans l'attente de la réponse, le migrant peut être admis en hébergement d'urgence uniquement. En cas d'accord il sera alors transféré dans le pays en question et, en cas de refus, une demande d'asile sera possible en France et sera instruite par L'OFPRA (**O**ffice **F**rançais de **P**rotection des **R**éfugiés et **A**patrides).

A l'issue de cette instruction, si sa demande est acceptée, le migrant sera alors considéré comme BPI (**B**énéficiaire de la **P**rotection **I**nternationale)<sup>68</sup> avec deux statuts possibles :

---

<sup>67</sup> « Demande d'asile d'un dubliné (venant d'un pays d'Europe) : quelle procédure ? | service-public.fr »

<sup>68</sup> « La protection internationale / Le droit d'asile / Asile - Immigration, asile, accueil et accompagnement des étrangers en France - Ministère de l'Intérieur »

Le statut de Réfugié : Celui-ci est reconnu en application de la convention de Genève du 28 juillet 1951 qui définit le réfugié comme « toute personne ... qui ... craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays... » ;

Ou reconnu selon la Constitution française comme « toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté » ;

Ou encore reconnu pour toute personne sous mandat du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés.

La Protection Subsidaire : Pour les migrants ne répondant pas au statut de réfugié. Celle-ci est accordée s'il est établi que la personne est exposée dans son pays à une menace grave tel que « la peine de mort, la torture, ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants, ou, s'agissant d'un civil, à une menace grave, directe et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence généralisée résultant d'une situation de conflit armé interne ou international ».

C'est au cours de son passage au GUDA pour enregistrer sa demande d'asile que le migrant sera mis en relation avec les agents de l'OFII qui lui présenteront les CMA (Conditions Matérielles d'Accueil) qui incluent le versement de l'ADA (Allocation pour Demandeur d'Asile) dont il bénéficiera toute la durée d'instruction de la demande. Le demandeur d'asile sera ensuite hébergé via le DNA (Dispositif National d'Accueil) ou réorienté vers le SPADA où il pourra bénéficier d'une aide sociale et administrative en attendant son hébergement.

Le DNA comprend différents types d'hébergements :

D'après le rapport de l'OFII<sup>66</sup> les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) et l'accueil temporaire service de l'asile (ATSA) sont le pivot du Dispositif d'accueil avec fin 2018, 360 CADA et 74 ATSA pour respectivement 41 370 places et 5 821, avec plus de 60% de familles hébergées.

Le programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile (PRAHDA) est réservé à l'accueil des demandeurs en procédure Dublin<sup>67</sup>. Il existe 58 sites pour 5223 places.



L'hébergement d'urgence des demandeurs d'asile (HUDA) est géré par les régions pour permettre une réponse rapide aux besoins locaux. Il facilite la prise en charge des demandeurs d'asile en attente d'un hébergement en CADA-ATSA ou non éligibles ou en fin de procédure. On y retrouvera un public en majorité familial. Il existait fin 2018 174 sites pour 22 892 places concentrées principalement dans 3 régions, Grand Est, l'Île-de-France et l'Auvergne Rhône-Alpes.

Les centres d'accueil et d'évaluation des situations (CAES) fonctionnent de deux manières :

- Soit hébergement classique avec durée de séjour longue, en majorité des CAES de province.

- Soit CAES de transit, à durée de séjour courte principalement en Ile-de-France avec pour rôle, via les membres de l'OFII, « La vérification des situations administratives et personnelles avec la préfecture et l'association gestionnaire », « L'enregistrement des demandes d'asile au GUDA » et « L'orientation directive des demandeurs d'asile ».

Les CAES sont au nombre de 31 avec une capacité de 2 688 places.

Les centres d'accueil et d'orientation (CAO) sont essentiels au désengorgement de l'Ile-de-France via un dispositif de solidarité pour le transfert des migrants vers les autres régions françaises. Les CAO ont également été mis à contribution pour l'accueil en urgence des migrants secourus en mer Méditerranée et pour leur mise à l'abri lors de l'évacuation de campements. 8 431 places sont disponibles dans 167 structures.

Les centres provisoires d'hébergement (CPH) contrairement aux autres hébergements sont dédiés aux migrants vulnérables **B**énéficiaires de la **P**rotection **I**nternationale (BPI) qui sera obtenue en France après acceptation de la demande par l'OFPRA (**O**ffice **F**rançais de **P**rotection des **R**éfugiés et **A**patrides). Ils ont pour but d'assurer une meilleure insertion sociale et ce dans la continuité du parcours après le DNA. La durée de séjour y est de 9 mois renouvelable de 3 mois en 3 mois, très rarement au-delà de 2 ans. Il existe en tout 90 centres pour 5207 places.

Les capacités du DNA au 31 décembre 2018, étaient donc au total de 86 425 places, dont la plus grande partie dans les régions : Grand-Est, l'Île-de-France et l'Auvergne Rhône-Alpes, La Normandie fait partie des régions aux plus faibles capacités d'accueil (environ 5%)

## Répartition des capacités 2018 par région

(chiffres au 31/12/2018)

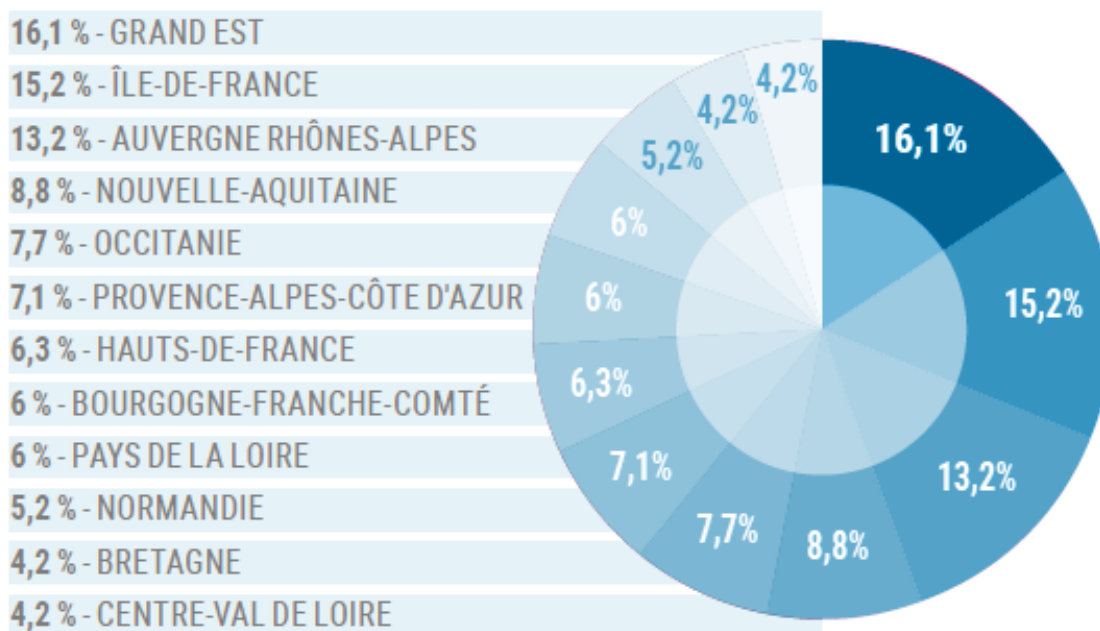


FIGURE 4 OFII, « RAPPORT D'ACTIVITE 2018 DE L'OFFICE FRANÇAIS DE L'IMMIGRATION ET L'INTEGRATION »

On retrouve au sein du DNA à peu près 2/3 de familles pour 1/3 de personnes isolées. Il existe 110 nationalités différentes dont environ 16 % de réfugiés (sous protection internationale) en provenance principalement d'Afghanistan, Soudan, Syrie et Erythrée. Plus de 80% des afghans, soudanais et érythréens sont des réfugiés isolés, mais on retrouve beaucoup plus de familles parmi les réfugiés originaires de Syrie, d'Irak, des Balkans et de Tchétchénie. 12% des migrants au sein du DNA sont déboutés, dont la grande majorité est originaire d'Albanie, des pays d'Europe de l'Est et du Sud-Est, de Côte d'Ivoire, de République démocratique du Congo, de République de Guinée et du Nigeria.

### Bénéficiaires de la protection internationale - 10 premières nationalités

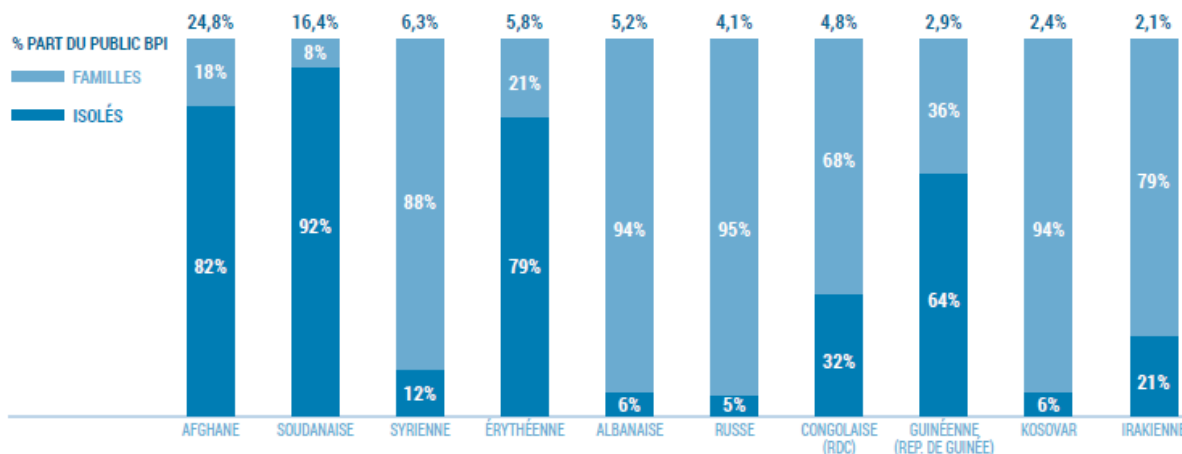


Figure 5 OFII, « Rapport d'activité 2018 de l'office français de l'immigration et l'intégration ».

Le nombre de places disponibles au sein du DNA est très loin d'être suffisant pour satisfaire aux besoins de logement pour les populations migrantes et même pour les seuls demandeurs d'asile comme on peut le voir avec les chiffres donnés en introduction avec 138 000 primo demandeurs d'asile rien que pour l'année 2019 pour les 86 425 places du DNA. On peut y voir les conséquences directement sur le terrain, ainsi tel qu'a pu le rapporter le Dr Bonnel au cours de notre entretien, à Caen rien que sur le mois de juillet 2020, les migrants de quatre squats ont été expulsés, laissant les personnes dans une situation de précarité extrême. Ce manque de logements disponibles pour l'accueil des migrants est symptomatique d'une absence de volonté politique d'intégration et pose une question plus large, à savoir, la société est-elle prête à accueillir davantage de migrants ? Yasmine Flitti, directrice administrative et financière du Comede (Comité pour la santé des exilés) dans une tribune pour la revue « Maux d'exil »<sup>69</sup> alerte sur le fait que « depuis des décennies les dirigeants politiques européens instrumentalisent les phénomènes migratoires au nom de la rentabilité économique et des risques sécuritaires ». Pour elle « Ces discours alimentent la peur et la xénophobie, produisent des discriminations, fragilisent le lien social et font le lit des nationalismes ». « Le Monde » en 2017<sup>70</sup> s'interroge

<sup>69</sup> COMEDE, « EUROPE : PAR-DELÀ LES FRONTIÈRES, LES MURS POLITIQUES ».

<sup>70</sup> Le Monde, « Accueil des migrants ».

sur la « politique migratoire très dure » sur le terrain, s'appuyant sur une circulaire du ministre de l'intérieur de l'époque qui « affiche une volonté d'expulser massivement les déboutés du droit d'asile ». Cette politique sur le terrain contrastant fortement avec le « discours à la fois humaniste et pragmatique » du Président de la République qui en appelait à l'« honneur de la France à accueillir les réfugiés ». Cette politique migratoire n'est malheureusement pas l'apanage de la France si l'on s'en réfère à l'analyse des politiques migratoires européennes réalisée par la revue *Maux d'exil*<sup>69</sup> : Au Royaume-Uni « La politique de l'environnement hostile », en Italie « Tri et sélection dans les hotspot », en Espagne « Du radeau au pénitencier ».

## Accès aux soins

MDM (**M**édecin **Du** **M**onde), dans ses CASO (**C**entres d'**A**ccueil de **S**oin et d'**O**rientation) en 2018<sup>7</sup>, rapporte que près d'un demandeur d'asile sur deux présentait un retard de consultation. 43,6% des patients devaient bénéficier d'une prise en charge urgente ou semi urgente d'après le médecin du CASO. Sur un questionnaire délivré aux consultants, les principales barrières aux soins pour les demandeurs d'asile étaient constituées par ordre de fréquence, par la barrière linguistique, les difficultés administratives, la méconnaissance des systèmes et structures, ou encore des délais d'instruction trop longs. Près d'1 personne sur 4 n'avait pas d'adresse postale ce qui l'empêchait d'accéder à une couverture santé.

En médecine générale, Berchet et Jusot<sup>71</sup> pointent un moindre recours au généraliste des immigrés de première génération. Tout comme MDM ils mettent en avant le manque de connaissances du système de soins et les difficultés de maîtrise de la langue mais également la relation avec les professionnels de santé notamment via l'existence de discriminations ou des différences dans la représentation culturelle de la maladie. Ils citent aussi les facteurs économiques et le manque de soutien social.

---

<sup>71</sup> Berchet et Jusot, « État de santé et recours aux soins des immigrés en France »

## Quels systèmes pour une couverture médicale en France ?

Les demandeurs d'asile ou réfugiés ou migrants en situation régulière résidants de manière stable en France peuvent bénéficier de la PUMA<sup>72</sup> (**P**rotection **U**niverselle **M**aladie) qui remplace depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 la CMU<sup>73</sup> (**C**ouverture **M**aladie **U**niverselle). L'AME<sup>74</sup> (**A**ide **M**édicale d'**E**tat) est un dispositif créé pour l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière. Ils bénéficient d'une prise en charge à 100%, mais sous condition de résidence depuis au moins 3 mois sur le sol français, sauf pour les mineurs qui peuvent en bénéficier sans délai. Cette condition peut toutefois être facilitée par la possibilité d'élire résidence auprès d'un CCAS (**C**entre **C**ommunal d'**A**ction **S**ociale) ou d'une association agréée.

D'après MDM<sup>7</sup> malgré cette réforme de couverture santé (PUMA) qui ambitionne « simplification des démarches, universalisation, autonomie et confidentialité dans la prise en charge des frais de santé, fin des ruptures de droit à chaque changement de régime », son accès pour les migrants sur le plan administratif reste compliqué. Beaucoup de patients dans leurs CASO peuvent même n'avoir accès à aucune couverture maladie, en raison principalement du critère de résidence de plus de 3 mois nécessaire pour bénéficier de l'AME.

Seuls 17,6% des demandeurs d'asile sont donc pourvus d'une couverture maladie au cours de leur 1<sup>ère</sup> consultation et le maintien des droits est très difficile après 1 an ou plus de présence en France (57% n'ayant plus de droit à la couverture maladie). De plus le double régime AME, (géré par l'aide sociale) et PUMA, (géré par l'assurance maladie) a des conséquences dans « l'accès à la prévention, à la vaccination et aux soins », les bénéficiaires de l'AME étant exclus des programmes de prévention de la CNAM (**C**aisse **N**ationale d'**A**ssurance **M**aladie). Sans AME ou PUMA l'accès aux soins se fera nécessairement soit par les PASS (**P**ermanences d'**A**ccès aux **S**oins de **S**anté), les urgences ou des associations. MDM dans son rapport explique également que les organismes domiciliaires sont saturés et excluent de fait de nombreuses personnes de leur dispositif.

---

<sup>72</sup> « Qu'est-ce que la protection universelle maladie (Puma) ? | service-public.fr ».

<sup>73</sup> « La couverture maladie universelle (CMU) existe-t-elle toujours ? | service-public.fr ».

<sup>74</sup> « Qu'est-ce que l'aide médicale de l'État (AME) ? | service-public.fr ».

## Une possibilité d'accès aux droits à la couverture maladie en tant qu'étranger malade ?

Il est expliqué par Journet et Remark<sup>75</sup>, que les DASEM (**D**emandes d'**A**utorisation de **S**éjour **É**trangers **M**alades) depuis 2011, sont évaluées en fonction des structures existantes dans le pays en question et sur des critères de gravité. Ceci indépendamment des possibilités d'accès réels du patient. Depuis 2017, la prérogative d'évaluation des patients qui était jusque-là du domaine des ARS (**A**gence **R**égionale de **S**anté) est dorénavant de la responsabilité de l'OFII (**O**ffice **F**rançais de l'**I**mmigration et de l'**I**ntégration). Cela a pour conséquence selon Remark et al<sup>76</sup> une nette majoration des refus DASEM avec 39 % de rejets supplémentaires entre 2016 et 2017. Cette conjoncture est d'autant plus significative pour la prise en charge des maladies mentales qui comptent 75% de réponses négatives. Il s'agit d'un problème majeur quand on considère que les pathologies psychiatriques représentent un quart de l'ensemble des demandeur DASEM. Il en résulte une perte importante des droits sociaux des migrants et des difficultés à la poursuite des soins de psychiatrie. Est à noter la loi du 10 septembre 2018<sup>66</sup> officialisant l'indépendance d'un service médical à l'OFII, placé sous l'autorité d'un médecin. Avec peut-être un impact sur la future stratégie ?

Dans le cadre spécifique de l'état de stress post traumatique, Remark et al<sup>76</sup> critiquent l'OFII qui dans son rapport 2017 justifie ses refus en invoquant le critère A du DSM-V (**D**ia-**g**nostic and **S**tatistical manual of **M**ental disorders, 5<sup>ème</sup> édition) nécessitant une exposition traumatique directe qui est souvent mal renseignée. L'OFII considère également qu'un traitement par TCC (**T**hérapie **C**ognitivo- **C**omportementale) peut et doit être réalisé dans le pays d'origine en raison d'un environnement culturel plus favorable. Cette conception est réductrice selon les auteurs de par : « la non prise en compte dans ces pathologies et ces souffrances d'un clivage de nature traumatique, d'une horreur et d'un effroi qui ne peuvent être représentés ; la non différenciation entre les traumatismes accidentels et les traumatismes intentionnels ... la non prise en compte des fonctions intersubjectives de tuteur de résilience, de soutien, d'accompagnement,

---

<sup>75</sup> Journet et Remark, « Pour une approche juste des personnes étrangères malades : le groupe DASEM PSY »

<sup>76</sup> Remark et al, « La défense du droit au séjour pour soin pour les souffrances psychiques »

du prendre soin, des thérapies psychodynamiques ... le refus de mobilisation de l'éthique et de la compréhension empathique ; le refus des données transculturelles, aussi bien anthropologiques, sociales, que psychologiques ». Comme le souligne Le Dr Bonnel, on peut s'interroger sur le rôle des médecins et si ceux-ci ne sont pas instrumentalisés par les politiques. Les déboutés qui se retrouvent sans revenu, sans hébergement, sans accès à la CMU mettent beaucoup d'espoir sur la rédaction d'un certificat, ouvrant potentiellement la porte du territoire français en tant qu'étranger malade et qui pourtant n'aboutira bien souvent pas. Il existe un risque de transfert important du migrant envers le médecin, celui-ci se retrouve ainsi pris dans des logiques administratives ce qui le détourne de son rôle de soignant. Pascal Brice Directeur général de l'OFPRA (**O**ffice **F**rançais de **P**rotection des **R**éfugiés et **A**patrides) interrogé en 2016 dans le bulletin de l'ordre national des médecins<sup>77</sup> expliquait que les demandeurs d'asile pouvaient présenter un certificat médical pour instruire leur dossier notamment par exemple dans le cas où ils auraient été victimes de tortures ou de violences, bien que celui-ci ne soit pas obligatoire. Il rappelle que la loi « Asile » de juillet 2015 autorise l'OFPRA à réclamer des certificats mais qu'aucune mesure n'avait à l'époque été prise en ce sens afin d'éviter de majorer ces demandes de certificat. L'article 76<sup>78</sup> du code de santé publique est là pour nous rappeler que « L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires ». Malgré tout est-il acceptable que l'avenir et les conditions de vie d'un patient soit parfois suspendu à la rédaction d'un certificat ? Est-ce réellement comme s'interroge le Dr Bonnel une question d'ordre médical ?

### Des dispositifs pour faciliter l'accès aux soins en France ?

Comme vu plus haut pour les personnes sans couverture maladie l'accès aux soins ne peut se faire que via les urgences, des associations ou les PASS (**P**ermanences d'**A**ccès aux

---

<sup>77</sup> Ordre national des médecins, « Médecins, le Bulletin national de l'ordre des médecins. N° 44, Mai-Juin 2016 ».

<sup>78</sup> Code de la santé publique - Article R4127-76.

Soins de Santé). Créées en 1998<sup>79</sup>, les PASS doivent permettre selon MDM<sup>7</sup> un accès aux consultations de médecine générale et spécialisées ainsi qu'à l'hôpital pour ceux qui en sont privés via le système de droit commun, mais aussi un accompagnement social pour faciliter entre autres l'ouverture des droits à la couverture maladie. Les PASS ont également pour prérogative de faciliter le repérage des patients en ayant une activité à l'extérieur de l'établissement de santé. Il existe des PASS « centralisées » au sein des hôpitaux, avec en général des locaux et un personnel médical et social propre. Dans d'autres PASS dites « transversales » les patients sont pris en charge dans les services habituels de l'hôpital où y est associé une prise en charge sociale.

Dans la réalité ces PASS ne remplissent pas leur rôle aussi bien qu'elles le devraient. En effet selon MDM qui s'appuie sur l'étude de la DGOS<sup>80</sup> (Direction Générale de l'Offre de Soins), « en 2013 seulement un quart des PASS satisfaisaient aux critères d'exigence fixés (à savoir : disposer d'un mi-temps de travailleur social, au moins 10 % de temps médical dédié, accès aux consultations de médecine générale et a des médicaments sans frais, recours à l'interprétariat, signalétique au sein de l'établissement, protocoles entre les services de l'établissement...) ». En 2018<sup>7</sup> MDM constate toujours une mise en place hétérogène des PASS selon les régions et des dysfonctionnements persistants. Ils notent une augmentation du personnel médical et paramédical mais beaucoup de PASS sont malgré tout saturées avec des délais de prise en charge importants pouvant aller parfois jusqu'à cinq semaines. Certaines PASS sont au contraire sous-utilisées. D'autres encore ne prennent pas en charge certaines catégories de patients comme les étrangers sans droits. Enfin la faible proportion de PASS dentaires, psychiatriques et pédiatriques est fortement problématique. La continuité des soins est aussi souvent compliquée selon les endroits avec des difficultés à relayer la prise en charge des patients vers la médecine de ville en raison notamment des déserts médicaux, de la saturation de certains dispositifs, mais aussi parfois au refus de soins pour les patients bénéficiaires de l'AME. Certaines Agences Régionales de Santé financent des actions de médiation de santé ce que soutiennent les acteurs sociaux car cela est une étape importante pour faciliter l'autonomie des personnes concernées. MDM milite également pour la mise en place d'autres actions telles que l'envoi d'équipes de santé sur le terrain, le développement de l'interprétariat en santé ou encore la

---

<sup>79</sup> Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

<sup>80</sup> Direction générale de l'offre de soins, « CIRCULAIRE N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ».



formation des soignants. La PMI a également un rôle important à jouer pour l'entrée des mineurs dans le système de soin, les actes de prévention qui y sont réalisés étant censés être accessibles à tous sans condition de couverture maladie.

A l'aide d'un entretien libre réalisé en 2017 avec des référents de l'ARS Normandie pour la prise en charge thérapeutique des migrants, ainsi que l'entretien réalisé en juillet 2020 avec le Dr Bonnel j'ai pu faire un point sur les structures utiles pour la prise en charge de la santé mentale des migrants à Caen.

Les CMP (Centres Médico-Psychologiques), peuvent prendre en charge en théorie les migrants, mais il y a beaucoup de refus, souvent en raison de la sectorisation. Il est également mis en avant des problèmes de discrimination dans certains cas. Il existe un conciliateur à la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) en cas de refus de soin, mais la démarche du patient doit être active afin d'ouvrir un dossier.

#### L'EMPP (Equipe Mobile Psychiatrie Précarité)

A pour rôle l'évaluation psychiatrique, l'orientation et le déclenchement du parcours de soin psychiatrique, l'aide aux professionnels médicaux-sociaux sur ces thématiques. D'après le Dr Bonnel qui y a travaillé pendant plusieurs années, l'EMPP répond aux besoins des personnes en situation de précarité, notamment celles qui via le 115 sont déplacées de foyer d'hébergement en foyer d'hébergement et qui n'entrent pas dans la logique de secteur. Cette équipe est à même de recevoir des migrants, et travaille beaucoup avec l'aide de services d'interprétariat tel qu'ISM interprétariat.

D'après l'ARS Normandie en 2017 cette structure fonctionnait comme un CMP, son activité était centralisée principalement sur les SDF (Sans Domicile Fixe) du centre-ville de Caen. Depuis son action s'est réorientée vers une activité type EMPP sensée être beaucoup plus mobile. L'EMPP peut dans ses fonctions organiser une maraude.

L'EPSM (Etablissement Publique de Santé Mentale) a mis en place à Caen un dispositif groupal, il s'agit d'une consultation transculturelle dédiée au migrant et à sa famille. Pour le Dr Bonnel c'est le seul dispositif psychiatrique vraiment adapté pour le migrant. « Il s'agit d'un dispositif groupal, la personne est reçue par un groupe de thérapeutes, en co-thérapie. Il n'y a pas un seul thérapeute qui soigne la personne malade mais plusieurs thérapeutes qui vont

soigner et recevoir ensemble la souffrance psychique du migrant ». C'est le Dr Gwenaëlle Andro qui est responsable de cette équipe.

La PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) du CHU de Caen en 2017 connaissait des dysfonctionnements majeurs, les consultations et actes y ont été rendus payants en avril 2017. A été pointé au cours de l'entretien avec l'ARS Normandie que le personnel en place était peu en adéquation avec le projet. Un projet de coordination et de collaboration entre les deux PASS devait être mis en place.

La PASS de la Miséricorde : Connait un très bon fonctionnement avec tous les acteurs sociaux mais son plateau technique est moins important que la PASS du CHU. L'accessibilité y est importante pour les migrants. Ainsi tel que décrit sur le site internet de la fondation Miséricorde<sup>81</sup>, la PASS constitue une interface ville-hôpital avec un partenariat étroit entre le réseau médico-social et les professionnels du soin via une équipe pluridisciplinaire médico-sociale composée « d'un médecin coordinateur, deux infirmier(e)s, une assistante sociale, une secrétaire et un cadre de santé ». Cette équipe dispose au besoin d'un service téléphonique d'interprétariat professionnel. Une convention relie la PASS au service des urgences de la Miséricorde qui depuis le 16 septembre 2019 fonctionne comme une unité d'accueil pour les soins de jour en traumatologie et médecine<sup>82</sup>.

L'association AMCE (Aide Médicale Contre l'Exclusion) qui exerce dans les locaux du foyer « La Boussole », 31 cours Caffarelli, effectue des consultations médicales pour les personnes dépourvues de sécurité sociale. Les patients sont aidés dans leurs démarches pour l'ouverture de leurs droits sociaux avant d'être orientés une fois ces droits acquis vers des structures de soin commun<sup>83</sup>. L'association en 2019 effectuait 1298 consultations pour 19,72% de psychiatrie sur le site de la Boussole, ce en plus des consultations de médecine générale effectuées à la PASS de la miséricorde depuis 2017<sup>84</sup>.

L'Association FIA (Femmes Inter Associations) à Rouen, possédait en 2017 une convention pour la réalisation d'actes d'interprétariat ou de médiation culturelle à Caen.

---

<sup>81</sup> « Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) - La Miséricorde (14) ».

<sup>82</sup> « Les urgences - Fondation Hospitalière de la Miséricorde à Caen ».

<sup>83</sup> « Amce ».

<sup>84</sup> DUPONT, « Rapport d'activité AMCE 2019 ».

Un document de l'ARS Normandie réalisé en 2016 met en lumière les structures existantes pour la prise en charge des migrants (Voir Annexe 14, 15, 16).

## Interprétariat

Selon LS Karliner et al<sup>85</sup> le recours à un interprète améliore la prise en charge globale du patient avec une maîtrise limitée de l'anglais. Avec pour effet une diminution des erreurs de communications, une amélioration de la compréhension, un meilleur usage du système de santé, une amélioration des résultats cliniques et une amélioration de la satisfaction du patient. La HAS a réalisé en 2017 un référentiel sur l'interprétariat<sup>86</sup>, il y est expliqué que l'accès à l'interprétariat professionnel est très difficile en médecine générale. La méconnaissance des structures proposant des services d'interprétariat, la difficulté de mise en place et le coût de ces services, associé au manque de financements sont les principaux freins à l'usage d'un interprète professionnel. Il est par ailleurs soulevé par la HAS la question de la valorisation de la consultation devant le temps de consultation allongé des professionnels sollicitant un interprète. En effet selon Tribe et Lane<sup>87</sup> qui s'appuient sur l'étude de Kravitz et al<sup>88</sup>, le recours à un interprète augmenterait de 20 à 38 minutes la durée de l'entretien psychiatrique. Pourtant, quand des dispositifs sont mis en place ils peuvent rencontrer un grand succès auprès des médecins et patients comme le montre le rapport avec l'exemple d'un dispositif créé en Alsace par un partenariat entre l'URML-Alsace, l'association Migrations Santé Alsace, l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Alsace et le Contrat local de Santé de Mulhouse.

---

<sup>85</sup> Karliner et al., « Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? »

<sup>86</sup> HAS, « Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé ».

<sup>87</sup> Tribe et Lane, « Working with Interpreters across Language and Culture in Mental Health ».

<sup>88</sup> Kravitz et al., « Comparing the Use of Physician Time and Health Care Resources among Patients Speaking English, Spanish, and Russian ».

Le rapport cite 9 projets existant en France avec malheureusement aucun exemple en Normandie.

- Adate, Grenoble
- Aptira (association pour la promotion et l'intégration dans la région d'Angers), Angers
- Asamla (association santé migrants Loire-Atlantique), Nantes
- COFRIMI – Conseil et formation sur les relations interculturelles et les migrations, Toulouse
- ISM Corum (Inter Services Migrants Corum), Lyon
- ISM Interprétariat, Paris
- Mana, Bordeaux
- MSA (Migrations Santé Alsace), Strasbourg
- Réseau Louis Guilloux (anciennement dénommé « RVH35 »), Rennes.

Le service téléphonique d'ISM interprétariat est une solution pour les médecins normands, le Dr Bonnel dans sa pratique fait appel à des interprètes assermentés, travailleurs indépendants dans un registre auto-entrepreneurial. Ces interprètes travaillent également en relation avec la justice ou la police entre autres. Ces services sont malheureusement payants (Voir annexe 17). Le financement public de ces services pourrait pourtant être intéressant au moins en milieu hospitalier si l'on en croit LS. Karliner & al<sup>85</sup> qui ont analysé en 2017 la balance coût efficacité de l'usage d'interprètes. Cette étude comprenait 8077 patients dont 1963 avec une maîtrise limitée de l'anglais, avec comparaison à un groupe témoin. Ils concluent que l'usage de manière systématique d'interprètes par téléphone pour les patients de plus de 50 ans avec une maîtrise limitée de l'anglais diminuait le taux de réadmissions de ces patients au cours des 8 mois suivants avec pour effet une économie de 161,404 dollars par mois pour l'hôpital. Le rapport de la HAS<sup>86</sup> cite une étude de PASS International qui montre qu'en cas de difficulté de communication entre le patient et le professionnel de santé, d'avantage d'examens complémentaires sont prescrits pour écarter des diagnostics différentiels, entraînant un surcout. On peut

aussi citer Tribe et Lane<sup>87</sup> qui se fondent sur l'étude de Bischoff & al<sup>89</sup> et pour qui le recours précoce à un interprète dans la prise en charge psychiatrique, améliore non seulement la pratique clinique mais également le ratio coût/efficacité en termes de santé publique qui est favorable par l'évitement des erreurs diagnostiques.

L'accès difficile à l'interprétariat professionnel est d'autant plus regrettable que la HAS considère que « seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir d'une part, aux patients/usagers, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels de santé, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical ». En effet G. Flores et al<sup>90</sup> mettent en avant l'effet potentiellement sévère des erreurs d'interprètes non professionnels dans le cadre spécifique des pathologies mentales. A. Bauer et M. Alegria<sup>91</sup> dans leur revue systématique de littérature sur l'usage d'interprètes dans le cadre des pathologies psychiatriques insistent également sur l'impact clinique important des erreurs chez les interprètes non professionnels avec un effet sur la précision du diagnostic et la détection des troubles de la concentration et contenus délirants. Une autre revue de la littérature par Bogic & al<sup>10</sup> sur la santé mentale de réfugiés de guerre pointe que l'interrogatoire réalisé via des personnes issues de la communauté à la place d'un interprète, tend à diminuer la prévalence de tous les troubles mentaux. L'usage d'un dialecte différent par l'interprète ou si celui-ci est issu d'une ethnie différente peut influencer la traduction ainsi que les déclarations.

D'autres moyens de communication sont malgré tout envisageables lorsque le recours à un interprète professionnel est impossible. La HAS en décrit les risques et limites dans son rapport.

---

<sup>89</sup> Bischoff et al., « Language Barriers between Nurses and Asylum Seekers ».

<sup>90</sup> Flores et al., « Errors of Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences ».

<sup>91</sup> Bauer et Alegria, « Impact of Patient Language Proficiency and Interpreter Service Use on the Quality of Psychiatric Care ».

Moyens de communication	Limites et risques
Recours à un tiers non formé à l'interprétariat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• le respect du cadre déontologique n'est pas garanti (fidélité de la traduction, confidentialité et secret professionnel, impartialité, respect de l'autonomie des personnes) ;</li> <li>• non maîtrise des techniques d'interprétation et du vocabulaire médical par le tiers non formé à l'interprétariat : <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ non maîtrise de la gestion des émotions par le tiers non formé à l'interprétariat,</li> <li>▶ non maîtrise de la posture d'un tiers en retrait ;</li> </ul> </li> <li>• un transfert de responsabilités et une perte d'autonomie du patient /usager vers son entourage sur-sollicité. Le rôle d'accompagnant est ainsi mis à mal.</li> </ul>
Recours à une langue tierce (par exemple, l'anglais)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• souvent une maîtrise partielle de la langue commune et non une pleine maîtrise et donc une difficulté à employer le vocabulaire adéquat et les nuances nécessaires aux propos, amenant à une communication très appauvrie et restreinte, inadaptée à des situations médicales.</li> </ul>
Pictogrammes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• communication unilatérale ;</li> <li>• les pictogrammes ne sont pas universels ;</li> <li>• les pictogrammes ne permettent pas de vérifier la compréhension par la reformulation, et comportent donc des risques d'incompréhension non maîtrisés ;</li> <li>• difficiles à utiliser par des personnes non habituées à ce mode de communication.</li> </ul>
Sites de traduction en ligne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• communication unilatérale, dans la plupart des cas ;</li> <li>• ne sont pas adaptés pour toutes les langues et plus particulièrement les langues rares. Ils comportent des risques des traductions erronées, sources de malentendus et de mauvaises compréhensions ;</li> <li>• ce sont des « dictionnaires », ayant de capacités très limitées en création de phrases. Il n'est pas possible d'y avoir recours avec l'objectif de communiquer ;</li> <li>• réponses binaires sans possibilité d'apporter des nuances ou précisions, par exemple sur des antécédents ;</li> <li>• les logiciels de traduction effacent la dimension humaine des fonctions de l'interprète et ne permettent pas à l'intervenant médical ou social d'être pleinement disponible dans la consultation.</li> </ul>

Figure 6 Haute autorité de santé, « Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé », 2017,

Dans le cas où le recours à l'interprète professionnel en présentiel est cependant possible des recommandations de bonnes pratiques ont été édictées :

- Avant la consultation, un temps d'échange entre l'interprète et le médecin généraliste est recommandé, surtout en cas de consultation difficile.

- Présenter l'interprète pour améliorer la relation de confiance en début de consultation.
- Notifier au patient les possibilités d'intervention de l'interprète pour les futures consultations.
- Consentement du patient et droit de refus de celui-ci.
- Prendre de préférence une disposition en triangle. Patient et médecin face à face, interprète sur le côté, pour un meilleur contact visuel entre les trois parties.
- L'interprète doit exposer le cadre déontologique de sa fonction (confidentialité, secret professionnel, la fidélité de la traduction, impartialité)
- Pendant la consultation, l'interprète ne doit intervenir qu'en présence de toutes les parties et réaliser uniquement sa fonction d'interprétariat.
- Il doit de préférence utiliser l'interprétation consécutive (l'interprète parle après l'orateur) plutôt que simultanée (l'interprète traduit en même temps que l'orateur parle).
- Donner à l'interprète le temps nécessaire à la restitution des propos.
- Le médecin doit s'adresser directement au patient afin de conserver la communication non verbale.

Ces recommandations sont globalement en accord avec celles de Tribe et Lane<sup>87</sup> édictées en rapport à un entretien psychiatrique, on peut toutefois citer certaines recommandations supplémentaires :

- Idéalement l'interprète doit provenir du même pays et parler le même dialecte.
- Celui-ci doit au mieux être du même genre, avoir environ le même âge et pratiquer la même religion que le patient (surtout quand le contexte s'y prête comme pour les violences conjugales ou les agressions sexuelles).
- Mieux vaut faire appel au même interprète à chaque session.
- Pendant la consultation, l'interprète peut être une source d'information très pertinente et utile pour certaines particularités culturelles du patient.
- Il est nécessaire d'épurer le discours des termes médicaux techniques et d'éviter le langage non littéral (proverbes, métaphores...).

- Les auteurs recommandent d'être très précautionneux dans l'usage de questionnaires psychométriques avec l'aide de l'interprète, la traduction peut être altérée, le questionnaire peut ne pas être validé culturellement pour le patient et les résultats peuvent alors être très peu fiables.

## CONCLUSION

L'objectif de cet état des lieux était de mettre en lumière les besoins en santé mentale des populations migrantes en France et en Normandie, et de donner des clefs au médecin généraliste pour optimiser sa prise en charge.

Cette thèse montre principalement comme limites qu'elle ne constitue pas une revue exhaustive de la littérature compte tenu de l'étendue du sujet, mais l'on peut à mon sens ressortir des choses importantes de ce travail tel que la nécessité avant tout d'une volonté politique d'intégration. En effet un accès pour tout migrant à minima à un logement salubre, une couverture maladie ainsi qu'à des aides sociales lui permettant une certaine dignité et stabilité semblent un premier pas vers la diminution de l'incidence des pathologies mentales d'une part et une prise en charge psychiatrique dans des bonnes conditions d'autre part. Une prise en charge multimodale me semble quelque chose de beaucoup plus accessible à mettre en place par le médecin généraliste qui peut s'appuyer sur les structures existantes, notamment via l'aide éventuelle des PTA (**Plateformes Territoriales d'Appui**) surtout dans les territoires où il n'existe pas ou peu de psychiatres formés à l'ethnopsychiatrie. Le développement de structures ou le financement de l'interprétariat pour un usage en routine par les médecins généralistes ainsi que la revalorisation des consultations nécessairement plus longues me semblent également une condition nécessaire pour favoriser une prise en charge ambulatoire et décharger les associations dont le rôle est toujours plus indispensable. Rendre plus visibles ou développer les formations à l'ethnopsychiatrie voire en intégrer dans le parcours des internes de médecine générale pourrait aussi faciliter un suivi ambulatoire.

L'usage de questionnaires psychométriques dont la recherche était l'un des objectifs de cette thèse, semble très peu intéressante pour le médecin généraliste. D'une part la notion de diagnostic précis en psychiatrie semble controversée et ce d'autant plus que l'on se trouve



dans des contextes culturels variés. D'autre part la complexité importante de la création d'un outil fiable, valide, avec une reproductibilité établie dans des contextes et des cultures très différentes semble rédhitoire pour un usage en routine. Les rares outils avec une méthodologie fiable sont nouvellement créés pour une situation humanitaire précise. Également le choix réalisé dans cette thèse de se focaliser en grande partie sur l'état de stress post traumatique peut-être remis en cause car, comme on a pu le voir, la validité transculturelle de cette pathologie n'est pas clairement établie. Il ressort aussi que traiter des addictions aurait été pertinent en raison de leur fréquence chez certaines populations du fait des difficultés sociales rencontrées au cours du parcours migratoire. Cela peut être intéressant à intégrer dans un futur travail. Un projet intéressant pourrait être aussi de réaliser un carnet bilingue à l'image de ce qu'a réalisé le COMEDE pour l'île de France (voir annexes 18 et 19) mais cette fois-ci à destination des migrants du territoire normand.

Je pense qu'il est nécessaire d'intégrer le médecin généraliste dans le parcours de soin du migrant. Le fait que les soins passent en grande partie aujourd'hui par des associations montre que les structures en place ne sont actuellement ni suffisantes ni adaptées. Les PASS, quand elles fonctionnent correctement, sont réparties de manière très inégalitaires sur le territoire et principalement dans les grandes villes.

Mais pour que le médecin généraliste puisse être un acteur à part entière cela nécessite avant tout que l'interprétariat professionnel soit accessible en routine, que les consultations transculturelles soient intégrées comme un acte revalorisé par la sécurité sociale en raison de leur caractère chronophage et surtout que l'ouverture de droits à une couverture sociale soit généralisée. Cela pourrait permettre au migrant d'intégrer le même parcours de soin que le reste de la population et permettrait d'éviter d'avoir recours à des structures spécifiques. Le système actuel implique que beaucoup de migrants qui nécessiteraient des soins ne peuvent pas en bénéficier et que beaucoup de ceux qui pourraient en bénéficier y renoncent en raison des nombreuses barrières.

L'intégration de cours ou de séances de réflexion sur les questions culturelles dans la formation des jeunes médecins serait aussi pertinente pour les préparer à affronter ce genre de situations et pour limiter les risques de discriminations. Je pense qu'il y a trop de freins aujourd'hui aussi pour que davantage de médecins généralistes veuillent s'impliquer dans la prise en charge de ces populations. La création de plus de terrains de stage au contact des populations migrantes tel que celui ouvert actuellement aux externes au foyer la Boussole pourrait à mon

avis être une solution pour mieux impliquer et mieux préparer les futurs médecins. Peut-être que des postes pourrait-êtres ouverts aux internes également à la Boussole ou dans les PASS du CHU de Caen ou de la Miséricorde. Créer des vocations ne peut être que bénéfique afin de soutenir ces populations dans le besoin.

## Bibliographie

1-Eurostat - Data Explorer. Asylum and first time asylum applicants by citizenship, age and sex Annual aggregated data ». Consulté le 29 août 2020. <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>.

2-« Migration and migrant population statistics - Statistics Explained ». Consulté le 13 février 2020. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration\\_and\\_migrant\\_population\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics).

3-« Eurostat - Data Explorer. Immigration by age group, sex and citizenship ». Consulté le 15 mars 2020. [https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=migr\\_imm1ctz&lang=en](https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=migr_imm1ctz&lang=en).

4-Fazel, Mina, Jeremy Wheeler, and John Danesh. “Prevalence of Serious Mental Disorder in 7000 Refugees Resettled in Western Countries: A Systematic Review.” *Lancet (London, England)* 365, no. 9467 (April 9, 2005): 1309–14. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61027-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6).

5-Steel, Zachary, Tien Chey, Derrick Silove, Claire Marnane, Richard A. Bryant, et Mark van Ommeren. « 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* 302, n° 5 (5 août 2009): 537. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>.

6-“Veisse A, Wolmark L, Revault P Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2012, N°. 2-3-4, P. 36-40.” Accessed January 19, 2020. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/sante-mentale-des-migrants-etranagers-mieux-caracteriser-pour-mieux-soigner>

7-Medecins du monde. « Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de médecins du monde en France - Rapport 2018 », 2018.

8-Roelandt, Jean-Luc, Aude Caria, Marie Anguis, Jean Benoist, Benjamin Bryden, and Laurent Defromont. “La Santé Mentale En Population Générale : Résultats de La Première Phase D’enquête 1998-2000.” *L’Information Psychiatrique* 79, no. 10 (December 1, 2003): 867–78.

9-Enticott, Joanne C., Frances Shawyer, Shiva Vasi, Kimberly Buck, I-Hao Cheng, Grant Russell, Ritsuko Kakuma, Harry Minas, and Graham Meadows. “A Systematic Review of Studies with a Representative Sample of Refugees and Asylum Seekers Living in the Community for Participation in Mental Health Research.” *BMC Medical Research Methodology* 17, no. 1 (December 2017). <https://doi.org/10.1186/s12874-017-0312-x>.

10- Bogic, Marija, Anthony Njoku, and Stefan Priebe. “Long-Term Mental Health of War-Refugees: A Systematic Literature Review.” *BMC International Health and Human Rights* 15, no. 1 (October 28, 2015): 29. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>.

11- Porter, Matthew, and Nick Haslam. “Predisplacement and Post-displacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons: A Meta-Analysis.” *JAMA* 294, no. 5 (August 3, 2005): 602. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602>.

12- « L’Australie et le Canada, deux sociétés multiculturelles à l’immigration choisie ». *Le Monde.fr*, 2 mars 2017. [https://www.lemonde.fr/international/article/2017/03/02/l-australie-et-le-canada-deux-societes-multiculturelles-a-l-immigration-choisie\\_5088157\\_3210.html](https://www.lemonde.fr/international/article/2017/03/02/l-australie-et-le-canada-deux-societes-multiculturelles-a-l-immigration-choisie_5088157_3210.html).

13- « Le statut de réfugié | OFPRA ». Consulté le 26 juin 2020. <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-differents-types-de-protection/le-statut-de-refugie>.

- 14- Rasmussen, Andrew, Mia Crager, Ray E. Baser, Tracy Chu, and Francesca Gany. "Onset of Posttraumatic Stress Disorder and Major Depression among Refugees and Voluntary Migrants to the United States." *Journal of Traumatic Stress* 25, no. 6 (December 2012): 705–12. <https://doi.org/10.1002/jts.21763>.
- 15- Van Ommeren, Mark. « Validity Issues in Transcultural Epidemiology ». *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 182 (mai 2003): 376-78.
- 16- Cortina, Jose M. « What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. » *Journal of applied psychology* 78, n° 1 (1993): 98.
- 17- Prince, Martin. « Measurement Validity in Cross-Cultural Comparative Research ». *Epidemiologia E Psichiatria Sociale* 17, n° 3 (septembre 2008): 211-20. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00001305>.
- 18- Weathers, Frank W., Terence M. Keane, and Jonathan RT Davidson. "Clinician-Administered PTSD Scale: A Review of the First Ten Years of Research." *Depression and Anxiety* 13, no. 3 (2001): 132–156.
- 19- Weaver, Hilary N. « Developing a Culturally Appropriate Assessment Tool: Reflections on Process Considerations ». *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work* 25, n° 4 (octobre 2016): 270-81. <https://doi.org/10.1080/15313204.2016.1206495>.
- 20- Bolton, P. « Cross-Cultural Validity and Reliability Testing of a Standard Psychiatric Assessment Instrument without a Gold Standard ». *The Journal of Nervous and Mental Disease* 189, n° 4 (avril 2001): 238-42. <https://doi.org/10.1097/00005053-200104000-00005>.
- 21- Betancourt, Theresa S., Judith Bass, Ivelina Borisova, Richard Neugebauer, Liesbeth Spielman, Grace Onyango, et Paul Bolton. « Assessing Local Instrument Reliability and Validity: A Field-Based Example from Northern

Uganda ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 44, n° 8 (août 2009): 685-92. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0475-1>.

22- Dowling, Alison, Joanne Enticott, et Grant Russell. « Measuring Self-Rated Health Status among Resettled Adult Refugee Populations to Inform Practice and Policy - a Scoping Review ». *BMC Health Services Research* 17, n° 1 (8 décembre 2017): 817. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2771-5>.

23- Mollica, R. F., Y. Caspi-Yavin, P. Bollini, T. Truong, S. Tor, and J. Lavelle. “The Harvard Trauma Questionnaire. Validating a Cross-Cultural Instrument for Measuring Torture, Trauma, and Posttraumatic Stress Disorder in Indochinese Refugees.” *The Journal of Nervous and Mental Disease* 180, no. 2 (February 1992): 111–16.

24- Hollifield, Michael, Sasha Verbillis-Kolp, Beth Farmer, Eric C. Toolson, Tsegaba Woldehaimanot, Junko Yamazaki, Annette Holland, Janet St. Clair, et Janet SooHoo. « The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): Development and Validation of an Instrument for Anxiety, Depression, and PTSD in Refugees ». *General Hospital Psychiatry* 35, n° 2 (mars 2013): 202-9. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.12.002>.

25- Derogatis, Leonard R., Ronald S. Lipman, Karl Rickels, E. H. Uhlenhuth, and Lino Covi. “The Hopkins Symptom Checklist (HSCL).” In *Modern Trends in Pharmacopsychiatry*, edited by P. Pichot and R. Olivier-Martin, 7:79–110. S. Karger AG, 1974. <https://doi.org/10.1159/000395070>.

26- Richard F. Mollica, M.D., Grace Wyshak, Ph.D., Daphne de Marneffe, et Franlinette Khuon, and James Lavelle, M.S.W. « Indochinese Versions of the Hopkins Symptom Checklist-25: A Screening Instrument for the Psychiatric Care of Refugees ». *American Journal of Psychiatry* 144, n° 4 (avril 1987): 497-500. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.4.497>.

27- Foa, Edna B., Laurie Cashman, Lisa Jaycox, and Kevin Perry. “The Validation of a Self-Report Measure of Posttraumatic Stress Disorder: The

Posttraumatic Diagnostic Scale.” *Psychological Assessment* 9, no. 4 (1997): 445–51. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.4.445>

28- Foa, Edna B., David S. Riggs, Constance V. Dancu, and Barbara O. Rothbaum. “Reliability and Validity of a Brief Instrument for Assessing Post-Traumatic Stress Disorder.” *Journal of Traumatic Stress* 6, no. 4 (October 1993): 459–73. <https://doi.org/10.1002/jts.2490060405>.

29- Foa, Edna B., Carmen P. McLean, Yinyin Zang, Jody Zhong, Mark B. Powers, Brooke Y. Kauffman, Sheila Rauch, Katherine Porter, and Kelly Knowles. “Psychometric Properties of the Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM–5 (PDS–5).” *Psychological Assessment* 28, no. 10 (2016): 1166–71. <https://doi.org/10.1037/pas0000258>.

30- Rasmussen, Andrew, et Nuwan Jayawickreme. « Introduction to the special collection: developing valid psychological measures for populations impacted by humanitarian disasters ». *Conflict and Health* 14 (21 février 2020). <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00260-6>.

31- Kohrt, Brandon A., Andrew Rasmussen, Bonnie N. Kaiser, Emily E. Haroz, Sujen M. Maharjan, Byamah B. Mutamba, Joop T. V. M. de Jong, et Devon E. Hinton. « Cultural Concepts of Distress and Psychiatric Disorders: Literature Review and Research Recommendations for Global Mental Health Epidemiology ». *International Journal of Epidemiology* 43, n° 2 (avril 2014): 365-406. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt227>.

32- Kaiser, Bonnie N., et Lesley Jo Weaver. « Culture-Bound Syndromes, Idioms of Distress, and Cultural Concepts of Distress: New Directions for an Old Concept in Psychological Anthropology »: *Transcultural Psychiatry*, 26 juillet 2019. <https://doi.org/10.1177/1363461519862708>.

33- Bredström, Anna. « Culture and Context in Mental Health Diagnosing: Scrutinizing the DSM-5 Revision ». *The Journal of Medical Humanities* 40, n° 3 (septembre 2019): 347-63. <https://doi.org/10.1007/s10912-017-9501-1>

- 34- Alarcón, Renato D., Anne E. Becker, Roberto Lewis-Fernández, Robert C. Like, Prakash Desai, Edward Foulks, Junius Gonzales, et al. « Issues for DSM-V: The Role of Culture in Psychiatric Diagnosis ». *The Journal of Nervous and Mental Disease* 197, n° 8 (août 2009): 559-660. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181b0cbff>.
- 35- Devereux, Georges, Tina Jolas, et Henri Gobard. *Ethnopsychanalyse complémentaire*. Flammarion Paris, 1972.
- 36- *DSM-5® handbook on the cultural formulation interview*. DSM-5® handbook on the cultural formulation interview. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc., 2016
- 37- American Psychiatric Association, éd. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV ; Includes ICD-9-CM Codes Effective 1. Oct. 96*. 4. ed., 7. print. Washington, DC, 1998.
- 38- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub, 2013.
- 39- Kirmayer, L. J., et H. Minas. « The Future of Cultural Psychiatry: An International Perspective ». *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie* 45, n° 5 (juin 2000): 438-46. <https://doi.org/10.1177/070674370004500503>.
- 40- Alarcon, R. D., C. C. Bell, L. J. Kirmayer, K. M. Lin, B. Ustun, et K. L. Wisner. « Beyond the Funhouse Mirrors: Research Agenda on Culture and Psychiatric Diagnosis. » *A Research Agenda for DSM-V*, 2002. <https://www.scholars.northwestern.edu/en/publications/beyond-the-funhouse-mirrors-research-agenda-on-culture-and-psychi-2>.



41- « Lewis-Fernández: Cultural concepts of distress and... - Google Scholar ». Consulté le 26 juin 2020. [https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?hl=en&publication\\_year=2019&pages=786-803&issue=4&author=R.+Lewis-Fern%C3%A1ndez&author=L.+J.+Kirmayer&title=Cultural+concepts+of+distress+and+psychiatric+disorders%3A+Understanding+symptom+experience+and+expression+in+context](https://scholar.google.com/scholar_lookup?hl=en&publication_year=2019&pages=786-803&issue=4&author=R.+Lewis-Fern%C3%A1ndez&author=L.+J.+Kirmayer&title=Cultural+concepts+of+distress+and+psychiatric+disorders%3A+Understanding+symptom+experience+and+expression+in+context).

42- Nathan, Tobie. *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Dunod, 2001.

43- Rasmussen, Andrew, Eva Keatley, et Amy Joscelyne. « Posttraumatic Stress in Emergency Settings Outside North America and Europe: A Review of the Emic Literature ». *Social Science & Medicine* 109 (mai 2014): 44-54. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.015>.

44- Haroz, E.E., M. Ritchey, J.K. Bass, B.A. Kohrt, J. Augustinavicius, L. Michalopoulos, M.D. Burkey, et P. Bolton. « How Is Depression Experienced around the World? A Systematic Review of Qualitative Literature ». *Social Science & Medicine* 183 (juin 2017): 151-62. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.12.030>.

45- Ommeren, Mark van, Shekhar Saxena, et Benedetto Saraceno. « Mental and Social Health during and after Acute Emergencies: Emerging Consensus? » *Bulletin of the World Health Organization* 83, n° 1 (janvier 2005): 71-75; discussion 75-76. <https://doi.org/S0042-96862005000100017>.

46- Jones, Lynne, Alban Rrustemi, Mimoza Shahini, and Aferdita Uka. "Mental Health Services for War-Affected Children." *British Journal of Psychiatry* 183, no. 06 (December 2003): 540-46. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.6.540>.

47- Silove, Derrick, Vijaya Manicavasagar, Kim Baker, Manual Mausiri, Marce Soares, Florentino De Carvalho, Aristedes Soares, and Zulmira Fonseca Amiral. "Indices of Social Risk among First Attenders of an Emergency Mental

Health Service in Post-Conflict East Timor: An Exploratory Investigation.” *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38, no. 11–12 (January 2004): 929–32. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01483.x>.

48- Sphere Project, ed. *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. 2004 ed. Oxford: Oxfam Publ, 2004.

49- Miller, Kenneth E., and Andrew Rasmussen. “Mental Health and Armed Conflict: The Importance of Distinguishing between War Exposure and Other Sources of Adversity: A Response to Neuner.” *Social Science & Medicine* 71, no. 8 (October 2010): 1385–89. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.07.020>.

50- Nickerson, Angela, Richard A. Bryant, Derrick Silove, and Zachary Steel. “A Critical Review of Psychological Treatments of Posttraumatic Stress Disorder in Refugees.” *Clinical Psychology Review* 31, no. 3 (April 2011): 399–417. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.10.004>.

51- Carll, Elizabeth K. « IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings ». American Psychological Association, 2008. <https://doi.org/10.1037/e518422011-002>.

52- Crumlish, Niall, and Killian O’Rourke. “A Systematic Review of Treatments for Post-Traumatic Stress Disorder Among Refugees and Asylum-Seekers:” *The Journal of Nervous and Mental Disease* 198, no. 4 (April 2010): 237–51. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181d61258>.

53- Palic, Sabina, and Ask Elklit. “Psychosocial Treatment of Post-traumatic Stress Disorder in Adult Refugees: A Systematic Review of Prospective Treatment Outcome Studies and a Critique.” *Journal of Affective Disorders* 131, no. 1–3 (June 2011): 8–23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.005>.

54- Nosè, Michela, Francesca Ballette, Irene Bighelli, Giulia Turrini, Marianna Purgato, Wietse Tol, Stefan Priebe, and Corrado Barbui. “Psychosocial Interventions for Post-Traumatic Stress Disorder in Refugees and Asylum Seekers

Resettled in High-Income Countries: Systematic Review and Meta-Analysis.” Edited by Christian Schmahl. *PLOS ONE* 12, no. 2 (February 2, 2017): e0171030. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171030>.

55- Tol, Wietse A, Corrado Barbui, Ananda Galappatti, Derrick Silove, Theresa S Betancourt, Renato Souza, Anne Golaz, and Mark van Ommeren. “Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Settings: Linking Practice and Research.” *The Lancet* 378, no. 9802 (October 2011): 1581–91. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61094-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61094-5).

56- Teunissen, Erik, Eric Van Bavel, Francine Van Den Driessen Mareeuw, Anne Macfarlane, Evelyn Van Weel-Baumgarten, Maria Van Den Muijsenbergh, and Chris Van Weel. “Mental Health Problems of Undocumented Migrants in the Netherlands: A Qualitative Exploration of Recognition, Recording, and Treatment by General Practitioners.” *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 33, no. 2 (June 2015): 82–90. <https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1041830>.

57- WONCA Europe. « La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille ». *Coordination rédactionnelle de la traduction en français: Prof D. Pestaiux, Centre Universitaire de Médecine Générale, UCL, Bruxelles, Belgique* 8 (2002).

58- Olf, Miranda, A. Rosaura Polak, Anke B. Witteveen, and Damiiaan Denys. “Executive Function in Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and the Influence of Comorbid Depression.” *Neurobiology of Learning and Memory* 112 (July 2014): 114–21. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2014.01.003>.

59- Momartin, Shakeh, Derrick Silove, Vijaya Manicavasagar, and Zachary Steel. “Comorbidity of PTSD and Depression: Associations with Trauma Exposure, Symptom Severity and Functional Impairment in Bosnian Refugees Resettled in Australia.” *Journal of Affective Disorders* 80, no. 2–3 (June 2004): 231–38. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(03\)00131-9](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00131-9).

60- Schick, Matthis, Andre Zumwald, Bina Knöpfli, Angela Nickerson, Richard A. Bryant, Ulrich Schnyder, Julia Müller, and Naser Morina. “Challenging Future, Challenging Past: The Relationship of Social Integration and Psychological Impairment in Traumatized Refugees.” *European Journal of Psychotraumatology* 7 (2016): 28057.

61- Beiser, Morton, and Feng Hou. “Language Acquisition, Unemployment and Depressive Disorder among Southeast Asian Refugees: A 10-Year Study.” *Social Science & Medicine* 53, no. 10 (November 2001): 1321–34. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00412-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00412-3).

62- Das-Munshi, J., G. Leavey, S.A. Stansfeld, and M.J. Prince. “Migration, Social Mobility and Common Mental Disorders: Critical Review of the Literature and Meta-Analysis.” *Ethnicity & Health* 17, no. 1–2 (February 2012): 17–53. <https://doi.org/10.1080/13557858.2011.632816>.

63- Muntaner, C. “Socioeconomic Position and Major Mental Disorders.” *Epidemiologic Reviews* 26, no. 1 (July 1, 2004): 53–62. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxh001>.

64- Warren, J. R. “Socioeconomic Status and Health across the Life Course: A Test of the Social Causation and Health Selection Hypotheses.” *Social Forces* 87, no. 4 (June 1, 2009): 2125–53. <https://doi.org/10.1353/sof.0.0219>.

65- « L’Accueil des demandeurs d’asile | OFII ». Consulté le 8 juin 2020. <http://www.ofii.fr/demande-d-asile>.

66- OFII. « Rapport d’activité 2018 de l’office français de l’immigration et l’intégration ». Service des études, du rapport et des statistiques, 10 juillet 2019.

67- « Demande d’asile d’un dubliné (venant d’un pays d’Europe) : quelle procédure ? | service-public.fr ». Consulté le 25 juin 2020. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2717>.

- 68- « La protection internationale / Le droit d'asile / Asile - Immigration, asile, accueil et accompagnement des étrangers en France - Ministère de l'Intérieur ». Consulté le 25 juin 2020. <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/fr/Asile/Le-droit-d-asile/La-protection-internationale>.
- 69- COMEDE. « EUROPE : PAR-DELÀ LES FRONTIÈRES, LES MURS POLITIQUES », *Maux d'Exil*, n° 57 (mars 2018): 8.
- 70- Le Monde. « Accueil des migrants : l'honneur de la France est en jeu ». *Le Monde.fr*, 16 décembre 2017. [https://www.lemonde.fr/idees/article/2017/12/16/migrants-l-honneur-de-la-france-en-jeu\\_5230752\\_3232.html](https://www.lemonde.fr/idees/article/2017/12/16/migrants-l-honneur-de-la-france-en-jeu_5230752_3232.html).
- 71- Berchet, Caroline, et Florence Jusot. « État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature ». *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 25, n° 2 (avril 2012): 120-25. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2012.01.002>.
- 72- « Qu'est-ce que la protection universelle maladie (Puma) ? | service-public.fr ». Consulté le 2 juillet 2020. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34308>.
- 73- « La couverture maladie universelle (CMU) existe-t-elle toujours ? | service-public.fr ». Consulté le 2 juillet 2020. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34306>.
- 74- « Qu'est-ce que l'aide médicale de l'État (AME) ? | service-public.fr ». Consulté le 10 juin 2020. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>.
- 75- Journet, François, et Francis Remark. « Pour une approche juste des personnes étrangères malades : le groupe DASEM PSY », *Maux d'exile*, n° 61 (2019): 8.

76- Remark, Francis, Claire Mestre, François Journet, Arnaud Veisse, Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky, Gwen Le Goff, et Marie Rose Moro. « La défense du droit au séjour pour soin pour les souffrances psychiques ». *L'Autre* Volume 21, n° 1 (20 mars 2020): 103-6.

77- Ordre national des médecins. « Médecins, le Bulletin national de l'ordre des médecins. », n° 44 (juin 2016): 32.

78- Code de la santé publique - Article R4127-76, R4127-76 Code de la santé publique § (s. d.). Consulté le 23 août 2020.

79- Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (s. d.). Consulté le 4 juillet 2020.

80- Direction générale de l'offre de soins. « CIRCULAIRE N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) », 18 juin 2013.

81- <http://www.fondation-misericorde.fr>. « Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) - La Miséricorde (14) ». Consulté le 10 septembre 2020. <http://www.fondation-misericorde.fr/les-etablissements/p-a-s-s/>.

82- <http://www.fondation-misericorde.fr>. « Les urgences - Fondation Hospitalière de la Miséricorde à Caen ». Consulté le 10 septembre 2020. <http://www.fondation-misericorde.fr/soins/nos-activites/urgences/>.

83- « Amce ». Consulté le 19 juillet 2020. <https://amce.webnode.fr/>.

84- DUPONT, François. « Rapport d'activité AMCE 2019 », 3 mars 2020. <https://amce.webnode.fr/rapports-dactivite/>.

85- Karliner, Leah S., Eliseo J. Pérez-Stable, and Steven E. Gregorich. "Convenient Access to Professional Interpreters in the Hospital Decreases Re-admission Rates and Estimated Hospital Expenditures for Patients With Limited

English Proficiency:” *Medical Care* 55, no. 3 (March 2017): 199–206.  
<https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000643>.

86- HAS. « Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé ». Haute Autorité de Santé, octobre 2017. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante).

87- Tribe, Rachel, et Pauline Lane. « Working with Interpreters across Language and Culture in Mental Health ». *Journal of Mental Health* 18, n° 3 (janvier 2009): 233-41. <https://doi.org/10.1080/09638230701879102>.

88- Kravitz, R. L., L. J. Helms, R. Azari, D. Antonius, et J. Melnikow. « Comparing the Use of Physician Time and Health Care Resources among Patients Speaking English, Spanish, and Russian ». *Medical Care* 38, n° 7 (juillet 2000): 728-38. <https://doi.org/10.1097/00005650-200007000-00005>.

89- Bischoff, Alexander, Patrick A. Bovier, Isah Rrustemi, Françoise Gariazzo, Ariel Eytan, et Louis Loutan. « Language Barriers between Nurses and Asylum Seekers: Their Impact on Symptom Reporting and Referral ». *Social Science & Medicine (1982)* 57, n° 3 (août 2003): 503-12. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00376-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00376-3).

90- Flores, Glenn. “The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review.” *Medical Care Research and Review* 62, no. 3 (June 2005): 255–99. <https://doi.org/10.1177/1077558705275416>.

91- Bauer, Amy M., and Margarita Alegría. “Impact of Patient Language Proficiency and Interpreter Service Use on the Quality of Psychiatric Care: A Systematic Review.” *Psychiatric Services* 61, no. 8 (August 2010): 765–73. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.8.765>

# Annexes

## ANNEXE 1 GUIDE D'ENTRETIEN

### Guide d'entretien

#### **Entretien semi-directif**

##### **Diagnostic**

Bonjour, pouvez-vous me parler de votre activité de psychiatre au quotidien :

Travaillez-vous régulièrement avec des populations migrantes ?

Quels sont les principales pathologies que vous rencontrez chez cette population ?

Le choix dans ce travail de thèse de se focaliser sur la dépression, l'anxiété et l'état de stress post traumatique vous semble-t-il pertinent ?

Sur quels autres champs de la pathologie psychiatrique aurait-il été intéressant de travailler ?

Un questionnement sur la pertinence des définitions occidentales des pathologies mentales et plus particulièrement la pertinence des critères du DSM-V pour le diagnostic des pathologies mentales dans certaines cultures est abordé dans cette thèse, quel est votre opinion sur le sujet ?

Avez-vous recours à des aides au diagnostic des pathologies mentales pour vos patients migrants ? L'usage d'outils de diagnostic en pratique clinique ou pour du dépistage vous semble-t-il utile ? Utilisez-vous certains questionnaires psychométriques ? Si oui lesquels vous semble les plus pertinents ?



La place des médiateurs et interprètes est abordée dans ce travail, y avez-vous recours ? Quelle voie privilégiez-vous ? Connaissez-vous des structures disponibles en Normandie permettant un accès à ces services ?

### **Intégration**

Quels sont les enjeux selon-vous, en termes de santé publique, d'une bonne prise en charge psychiatrique des migrants ?

Une meilleure prise en charge peut-elle entraîner à terme une meilleure intégration du migrant dans la société ?

Afin de mettre en parallèle certains sujets sécuritaires mis en avant dans les médias comme par exemple l'agression récente à Cherbourg d'un président d'association par un migrant qu'il hébergeait :

Selon vous est-ce qu'une mauvaise prise en charge sur le plan psychiatrique des populations migrantes représente un risque sécuritaire pour la population ?

Le thème de la religion, non traité dans cette thèse, et son influence potentiellement bénéfique ou non sur la santé mentale serait-il un sujet intéressant à aborder selon vous ? Quel est votre opinion sur le sujet ?

### **Prise en charge**

La prise en charge thérapeutique des pathologies mentales chez le migrant est abordée dans cette thèse et dans le cadre de l'état de stress post traumatique j'ai pu remarquer dans la littérature un clivage entre les défenseurs d'une prise en charge psychothérapeutique centrée sur le trauma notamment via les TCC et les défenseurs d'une prise en charge multimodale principalement par des actions d'aide sociale associées à une prise charge psychothérapeutique plus générale d'écoute et de conseil.

Quel est votre avis sur le sujet ?

A quel moment un médecin généraliste doit-il orienter un migrant vers un psychiatre ?  
Faut-il l'adresser à notre correspondant habituel ou à un psychiatre ayant l'expérience de la prise en charge des migrants ?

Connaissez-vous des structures en Normandie pouvant faciliter la prise en charge psychiatrique des personnes migrantes ?

Les structures existantes sont-elles selon vous suffisantes ? Quels seraient les principaux axes d'amélioration à privilégier ?

**Bonjour docteur Bonnel pouvez-vous me parler de votre activité au quotidien, travaillez-vous régulièrement avec des populations migrantes ?**

J'ai une activité libérale, je suis dans un pôle de santé situé dans un quartier multiculturel à la Grâce de Dieu et dans lequel il y a le plus gros CADA (pour Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile) de la ville de Caen. Celui de la grâce de Dieu est le seul qui est regroupé. Les autres CADA à Caen sont tous éclatés. Ainsi il y a une population migrante très importante, beaucoup de demandeurs d'asile, mais également beaucoup de déboutés du droit d'asile qui en ce moment squattent dans un grand immeuble de la Grâce de Dieu, ils sont une petite centaine de personnes. Du fait de ma proximité avec le quartier je reçois beaucoup de personnes migrantes et je travaille aussi en lien avec un médecin généraliste qui lui-même reçoit majoritairement des personnes migrantes et m'en adresse régulièrement. Je peux dire que j'en vois quotidiennement.

**Quels sont les pathologies principales que vous rencontrez ?**

Bien sûr il y a beaucoup pour les populations migrantes de syndromes post-traumatiques, je pense que c'est ce que l'on voit le plus, mais il y a aussi des personnes qui ont décompensé sur un mode psychotique, qui souffrent de ce qu'on pourrait appeler une forme de schizophrénie. Il y a aussi des troubles anxieux, et beaucoup de troubles de l'humeur à type de dépression.

**Pour ma thèse je me suis principalement focalisé sur la dépression, le stress post-traumatique, un peu sur l'anxiété, je ne me suis pas écarté sur la schizophrénie ou les troubles psychotiques. Est-ce que ça aurait été quelque chose d'intéressant à intégrer selon-vous ? Est-ce qu'il y aurait eu d'autres pathologies intéressantes à intégrer dans ce travail ?**

Les addictions, parce qu'il y a beaucoup de migrants qui face à l'adversité sociale et les problèmes d'accueil d'une manière générale, tombent dans l'alcool. On retrouve aussi

quelques troubles de la personnalité. Dans les addictions, il y a l'alcool surtout, mais ça dépend aussi des origines des gens. Suivant les cultures on retrouve aussi beaucoup d'addictions aux opiacés. Je pense notamment aux personnes qui viennent d'Afghanistan, d'Iran ou encore les Géorgiens. Beaucoup tombent aussi dans l'addiction à l'héroïne.

**Donc en fonction des nationalités on retrouve des addictions différentes ?**

Oui un peu, ce sont plutôt des tendances. Après ce sont également des personnes comme les autres donc on peut retrouver des troubles plus rares comme des troubles autistiques ou des troubles psychotiques par exemple, et même des troubles sévères de la personnalité.

**Et qui vont être liés à leur parcours particulier ?**

Ça c'est le problème de la causalité, c'est-à-dire est-ce qu'ils ont migré parce qu'il y avait une vulnérabilité psychique ou est-ce qu'ils ont migré parce que leur situation était vraiment problématique sur le plan social et politique dans leur pays ? Et puis surtout, il n'y a pas que des personnes qui étaient dans la misère, certains ont subi des déclassements sociaux très importants, des personnes qui étaient médecins ou avocats dans leur pays et qui se retrouvent ici à la rue.

**Est-ce que les pathologies tel que classées et abordées dans le DSM-V sont rapportables à toutes les cultures et à ce vous voyez au quotidien ?**

Non, pas du tout, je ne suis pas du tout en adéquation avec le DSM-V, je suis sur une clinique beaucoup plus dynamique et singulière, le DSM-V c'est un dictionnaire qui met les gens dans des cases. Il y a eu quelques efforts de faits en psychiatrie transculturelle dans le DSM-V. Mais pour les personnes s'intéressants à l'ethnopsychiatrie cela fait plutôt parti d'un folklore exotique avec des syndromes assez rares ou extraordinaires.

**Ce qu'on appelait à l'époque les « culture bound syndromes » ou plus récemment les « concepts culturels de détresse » ?**

Voilà exactement et ça ne correspond pas du tout à ce que je vois au quotidien dans mon cabinet.

## **Faut-il créer de nouvelles pathologies ? Ou au contraire se rapprocher des critères occidentaux ?**

Il y a une méthode qui me semble importante à rappeler, c'est la méthode complémentariste de Georges Devereux qui est un des fondateurs de l'ethnopsychiatrie. Cela consiste dans un premier temps à prendre en compte l'aspect culturel et anthropologique de la personne, puis dans un second temps bien différencié à faire l'analyse psychique de la personne. On ne peut pas mélanger les deux et il faut bien faire attention à ne pas le faire. En fonction de chaque culture les troubles vont s'exprimer différemment. Ainsi d'une culture à une autre, ils auront une couleur, une nature et une texture différente. On ne retrouvera donc pas d'une culture à une autre les mêmes symptômes, ou syndromes, c'est une évidence. Mais quand on s'adresse à la psyché des gens on va se rendre compte qu'il y a quelque chose d'universel. En effet tout être humain a un cœur, un système nerveux central, un esprit, a besoin de dormir la nuit, etc. Donc si on s'intéresse à la psyché en mettant de côté l'aspect culturel, on verra des similitudes entre deux personnes qui souffrent mais qui sont de culture différente. On ne peut pas ignorer l'aspect culturel. Même en France, par exemple, entre soigner une personne dépressive qui est au RSA, qui vient d'un milieu prolétaire ou sous prolétaire, ou soigner une personne des quartiers niçois de Caen et qui vient d'une famille très bourgeoise, forcément la pathologie ne s'exprimera pas de la même manière. Il faudra donc que le clinicien s'adapte à la culture là aussi alors qu'on est dans le même pays et le même schéma culturel ou la même structure culturelle. Ainsi dans un même pays il y a des sous cultures qui font que les pathologies s'expriment différemment.

## **Également sur le plan thérapeutique votre prise en charge va se trouver modifiée selon le contexte culturel dans lequel se trouve votre patient ?**

Bien sûr, on soigne avec les croyances d'un patient, si on soigne contre les croyances, les mœurs ou les habitus d'une personne, on soigne forcément mal, on est obligé de prendre en compte tout l'appareil culturel de la personne. Par exemple dans beaucoup d'autres sociétés que le monde occidental, il y a la présence du monde invisible ou des esprits. Si on se dit en tant qu'occidental, que ça n'existe pas, que l'on reste rationnel et cartésien et qu'on décide de ne pas en parler, à mon avis dans de nombreux cas on passe à côté de leviers thérapeutiques et étiologiques. C'est à dire qu'on peut passer à côté de la causalité d'une maladie et de moyens de soigner le patient, ou en tous cas d'outils thérapeutiques pour le soigner.

### **On peut prendre certaines croyances également pour des hallucinations ?**

Il s'agirait vraiment d'une erreur très grave, mais en effet ça arrive. Même en France on retrouve ce genre d'erreurs. Combien de psychiatres ont hospitalisé des gens qui étaient persuadés d'être ensorcelés, comme dans le bocage de la Mayenne par exemple il n'y a encore pas si longtemps, sous prétexte que ces personnes entendaient des voix, qu'elles hallucinaient ou déliraient. Alors qu'en réalité elles répondaient à des croyances ancestrales, traditionnelles, auxquelles le psychiatre aurait dû s'intéresser un minimum et non appliquer un modèle cartésien, dogmatique comme dans le DSM en voulant faire rentrer la personne dans une case.

### **Est-il facile en raison du contexte social difficile de faire des prises en charge individuelles type TCC par exemple ? Notamment avec la problématique de la barrière de la langue ?**

C'est sûr que la barrière de la langue complique beaucoup les choses, je pense qu'on ne peut pas travailler sans interprète si la personne ne parle pas la même langue que le thérapeute. Parce qu'il y a des subtilités dans le langage avec lesquels on travail. Les interprètes nous aident beaucoup, même à décoder des habitudes qu'on peut retrouver dans certaines cultures.

### **C'est à des interprètes ou des médiateurs que vous faites appel ?**

Je fais appel à des interprètes assermentés et qui interviennent par exemple auprès du tribunal ou de la police aussi. Dans certaines langues on fait parfois appel à des personnes qui font parties de la communauté ethnique en question et qui ne sont pas professionnelles ce qui est plus hasardeux.

### **Dans quelles structures trouve-t-on ces interprètes ?**

Je fais appel à des travailleurs indépendants qui sont à leur compte, dans un registre auto-entrepreneurial.

### **Faite vous appel au service d'interprétariat téléphonique ISM interprétariat ? Existe t'il également des associations ?**

Non je n'ai plus besoin d'ISM interprétariat car j'ai des interprètes physiques qui viennent directement dans mon cabinet, accompagnés du patient ou de la patiente. J'ai déjà travaillé avec ISM interprétariat par le passé mais le téléphone met une distance, je trouve ça un peu particulier, c'est à utiliser quand on n'a pas le choix.

Dans d'autres villes il y a des associations d'interprètes, mais à Caen cela n'existe pas.

### **En Basse Normandie ?**

Non à Rouen par exemple. Il y a une association d'interprètes qui est regroupée et qui travaille avec différents pôles soignants, en psychiatrie, médecine ou autre. Cela existe à Rennes également.

**Avez-vous recours à des aides diagnostiques ou est-ce que ce n'est pas pertinent ? Beaucoup de questionnaires psychométriques ont été réalisés pour le syndrome de stress post traumatique ou la dépression. Ils sont censés être culturellement adaptés à certaines populations et disponibles en différentes langues, mais il est difficile de trouver des outils fiables dans la littérature.**

Non, je ne suis pas assez obsessionnel pour ça.

### **Vous faites vos diagnostics en vous basant sur votre entretien ?**

La notion de diagnostic en psychiatrie est assez sujette à discussion et encore plus quand on a affaire à des personnes d'une autre culture. Je me demande par exemple ce que signifie la schizophrénie dans des pays où il n'existe pas plus d'un psychiatre. Ils comprennent très mal la notion. En revanche si vous parlez de vaudou, d'esprits malfaisants qui viennent prendre possession du corps du malade, là oui, vous arriverez à vous faire comprendre.

**Est-ce que d'une meilleure prise en charge psychiatrique pourra découler une meilleure intégration dans la société ?**

Bien-sûr que cela aide d'avoir des soins psychiques adaptés, adéquats et que cela aidera les personnes à bien s'intégrer, c'est une évidence. Mais j'ai l'impression que c'est un problème mineur par rapport à l'intégration sociale et politique. On se dirige plutôt vers des questions d'ordre politique. C'est-à-dire, comment accueille-t-on des personnes étrangères, comment notre société d'une manière générale accueille des personnes étrangères ? Comment leur donne-t-on une certaine légitimité à venir travailler et vivre ici.

## **Il faudrait donc avant tout mieux les intégrer socialement ?**

En effet, on en parlera plus tard mais, sur les questions de traitement par exemple, je fais plutôt partis des psychiatres qui pensent que la première chose à faire est que la personne se retrouve dans des conditions matérielles sécurisantes, qu'elle soit tranquille avant d'entamer des soins qui pourront être douloureux et compliqués. Parce-que réaliser des soins psychiques qui peuvent remuer énormément un individu et le bouleverser, si celui-ci est à la rue, sans argent, sans nourriture etc. Je ne suis pas sûr que ce sera sa priorité ni le bon moment pour travailler. Je suis plutôt d'avis que la personne soit bien installée, bien intégrée socialement, qu'elle ait surtout accès à un hébergement, ce qui est très loin d'être le cas aujourd'hui en France. Ensuite seulement je pense qu'il sera temps de travailler à une thérapie.

## **Après une prise en charge sociale adaptée, est-ce qu'une prise en charge psychiatrique reste malgré tout nécessaire ?**

Tous les migrants n'ont pas forcément un trouble psychiatrique, de nombreux psychiatres considèrent que l'exil en soi est une expérience traumatisante. Devoir quitter son chez soi dans des conditions très éprouvantes et perturbantes, traverser plusieurs pays, tout ce qu'on peut entendre et lire dans les médias peut constituer une expérience traumatisante en soi. Après il y a pleins d'expériences traumatisantes dont les gens arrivent à se débrouiller ou s'arranger, ce n'est pas quelque-chose de nécessairement pathologique ou « psychiatisable ». On n'a pas nécessairement un trouble psychiatrique quand on est migrant, on peut avoir eu un parcours migratoire assez « tranquille », réussir à s'installer, avoir une communauté qui nous soutien, être accueilli correctement par le pays d'accueil et se sentir bien sur le plan psychique.

## **Vous parliez d'utiliser les leviers culturels dans la prise en charge. La religion a-t-elle une place importante pour aider le patient dans certaines situations psychiatriques compliquées ? Aurait-il été intéressant dans cette thèse d'aborder le thème de la religion ?**

Bien sûr que ça aurait été intéressant de parler de la religion. Quand j'étais externe, j'ai travaillé quelques temps dans un hôpital général au Ghana. Je me souviens des étudiants en médecine qui demandaient au patient de quel religion il était, même quand celui-ci ne venait pas pour un problème psychiatrique. La religion est aussi un levier thérapeutique, Tobie Nathan, qui est un psychologue très investi dans le champ de l'ethnopsychiatrie, l'ethnopsychologie, l'ethnopsychanalyse, dit que la prière est le premier médicament au monde. Il est donc important de savoir si les gens croient en un dieu, s'ils pratiquent une religion, de quelle religion il



s'agit et comment est-ce qu'ils la pratique. Pour les musulmans c'est assez clair, les personnes troubles psychiquement n'arrivent pas à faire leur prière, à se concentrer pour la faire. Cela demande un effort, une concentration, une mémorisation que les personnes troubles psychiquement ne parviennent pas à réaliser. Quand une personne n'arrive pas à faire sa prière c'est un signe qu'elle est vraiment atteinte psychiquement. A l'inverse quand de nouveau elle arrive à prier correctement, c'est qu'elle va mieux et qu'elle fonctionne mieux sur le plan psychique. Je me sers évidemment de la religion des gens.

**Pour mettre en parallèle certains sujets d'actualité beaucoup relayés par les médias, comme récemment le meurtre d'un président d'association cherbourgeois par un des migrants qu'il hébergeait. Est-ce que selon vous, une mauvaise prise en charge psychiatrique du migrant entraine un risque sécuritaire pour la société ? Ou est-ce plutôt un sujet à la marge ?**

Je ne vois pas en quoi le problème serait différent de celui posé pour une population autochtone. Il y a aussi des personnes non migrantes troubles psychiquement qui peuvent passer à l'acte en commettant des choses irréparables en lien avec une mauvaise prise en charge psychiatrique. C'est déjà arrivé et cela arrivera de nouveau. Même en cas de bonne prise en charge psychiatrique on ne peut pas tout contrôler. Cette question est délicate et je ne suis pas certain que la psychiatrie ou le corps médical d'une manière général soit les plus à même de trouver des solutions à ce genre d'évènement ou d'accident.

**A quel moment selon vous un médecin généraliste doit-il orienter un migrant vers un psychiatre ? Faut-il orienter préférentiellement vers un psychiatre ayant une expérience de l'ethnopsychiatrie ?**

J'ai oublié de dire quelque chose de très important. On est plutôt rares parmi les groupes sociaux à soigner en tête à tête, dans une relation en duel médecin-malade. Dans beaucoup d'autres sociétés on soigne via des prises en charge groupales. Ainsi on reçoit la famille, les voisins, les amis, la famille élargie. Certains thérapeutes reçoivent « 30 personnes dans leur cabinet ». Les personnes qui arrivent en France peuvent donc être très démunies de se retrouver en colloque singulier avec le médecin sans les membres de la famille. Parce qu'on ne se soigne jamais tout seul, on soigne toujours les relations. C'est particulier en France de soigner uniquement en tête à tête en colloque singulier.

## **Cette prise en charge groupale ne peut-elle pas être problématique parfois ? peut-il y avoir des non-dits ?**

Des non-dits il peut y en avoir même dans une relation médecin-malade en duel. Il s'agit d'une autre façon de soigner, d'appréhender la maladie, les symptômes et le traitement. Cela peut être tout aussi efficace voir même plus efficace à mon avis, parce qu'on ne se soigne pas tout seul. Qu'une personne ait une dépression, une psychose, un trouble anxieux, elle est forcément entourée d'autres gens qui subissent ces troubles. Ces gens vont contribuer à apaiser ou au contraire à renforcer les symptômes. En France ou en occident les thérapies familiales se sont beaucoup développées. Cela veut dire que les thérapeutes français se sont rendu compte qu'il était important de soigner non-seulement l'individu malade mais aussi son entourage, ses relations.

Pour en revenir à la question précédente, je pense qu'il faut rester sur de choses très subjectives. Le médecin généraliste doit faire appel au spécialiste quand il se sent dépassé par la situation. S'il se sent capable de gérer un stress post traumatique, des idées suicidaires chez un migrant, qu'il le fasse, je n'ai pas de soucis avec ça. Il n'y a aucun seuil objectif à partir duquel un médecin généraliste devrait adresser un patient migrant à un psychiatre. Certains sont très démunis sur les questions psychopathologiques et les questions transculturelles. Ils risquent donc de faire n'importe quoi, comme refuser des patients migrants ou qui souffrent de troubles d'origine psychique. Certains au contraire vont être très à l'aise avec ça et pourront les prendre en charge correctement. Pour moi cette question est très subjective, cela va dépendre du médecin généraliste et de la manière dont il voit les choses. Après faut-il orienter vers un psychiatre tout venant ou un psychiatre formé ? Je pense en effet qu'il est préférable d'orienter vers un psychiatre formé. Mais il y a mieux encore qu'un psychiatre formé qui travaille seul dans un bureau comme je le fais. Il existe des dispositifs, dont un se trouve à Caen. Il s'agit d'un dispositif groupal, la personne est reçue par un groupe de thérapeutes, en co-thérapie. Il n'y a pas un seul thérapeute qui soigne la personne malade mais plusieurs thérapeutes qui vont soigner et recevoir ensemble la souffrance psychique du migrant.

### **Il s'agit d'un dispositif destiné aux migrants ?**

Oui, que pour des familles de migrants.

### **Où trouve-t-on ce dispositif ?**

A l'EPSM de Caen, c'est le Dr Gwenaëlle Andro qui est responsable de cette équipe.

## **Y a-t-il d'autres structures similaires à Caen et en Basse Normandie pour la prise en charge psychiatrique du migrant ?**

Non c'est le seul dispositif réellement adapté, mais on peut citer l'équipe mobile de psychiatrie précarité, j'ai travaillé dans cette équipe avant de m'installer en libéral. Ils peuvent recevoir des migrants et travaillent beaucoup avec eux, ils s'appuient aussi sur des interprètes via ISM interprétariat. Malheureusement ils n'ont pas de dispositifs adaptés comme la consultation transculturelle du Dr Gwenaëlle Andro à l'EPSM. La psychiatrie est sectorisée, en fonction de notre lieu d'habitation on doit aller dans un CMP ou un service précis, les migrants eux ne sont pas sectorisés. L'EMPP a donc été créée pour des personnes en situation de précarité qui ne répondent pas à cette logique de secteur. Ceux qui peuvent en bénéficier sont surtout les personnes qui via le 115 sont déplacées de foyer d'hébergement d'urgence en foyer d'hébergement d'urgence.

## **Quel thème pensez-vous important d'aborder avant de clore cet entretien ?**

Certaines choses en effet me semblent importantes à aborder. Tout d'abord l'hébergement, encore une fois, car aujourd'hui même un squat de migrants s'est fait expulser, il s'agit du 4<sup>ème</sup> depuis le début du mois de juillet. Les personnes se retrouvent dans une situation de précarité extrême. J'ai vu un patient en consultation ce matin qui doit subir une opération chirurgicale au niveau pulmonaire en septembre, mais le pneumologue dit qu'il ne peut pas être opéré tant qu'il ne possède pas de conditions de logement sécurisantes et salubres. Donc je me demande, comment peut-on être bien quand on dort dans la rue, ou comme ce patient dans une voiture à 3 avec les enfants depuis plusieurs nuits. Comment peut-on se sentir bien psychologiquement dans des conditions comme celles-là. Je voulais aborder une deuxième chose qui est un peu liée et très fréquente. On fait appel au médecin pour que les personnes obtiennent des choses, par exemple on va demander au médecin de faire un certificat pour justifier qu'un migrant a besoin d'un logement en lien avec une pathologie. Parfois, ce qui est encore plus problématique, on demande un certificat pour les titres de séjour pour raison de santé. Quand une personne arrive sur le territoire français, qu'elle demande l'asile et ne l'obtient pas, elle peut faire un recours au niveau de la CNDA, Cour Nationale du Droit d'Asile. Si elle est déboutée, elle se retrouve alors sans rien, plus aucun revenu, ni hébergement, ni accès à la CMU. Ainsi la personne qui ne veut pas rentrer chez elle, dans les cas où elle serait atteinte d'un trouble psychiatrique ou d'une autre pathologie peut bénéficier d'un titre de séjour pour raisons de santé. Le médecin est alors mis à contribution car il doit rédiger un certificat pour expliquer en quoi

la personne en question est malade et nécessite des soins pour lesquels elle doit rester en France. On se retrouve donc pris en tant que médecin dans des logiques administratives et politiques et non plus soignantes. Le fait qu'une personne puisse rester en France ou pas ne devrait pas reposer sur les épaules des médecins. Il y a des enjeux et des pressions qui sont politiques. Personnellement je suis mis à contribution pour réaliser des certificats. J'ai passé un temps incalculable à la rédaction de certificats afin que les gens bénéficient de papiers ou d'un hébergement. Est-ce bien un acte médical ? Est-ce bien au médecin de se préoccuper de ça ? Toutes les personnes ne devraient-elle pas être hébergées et toutes les personnes ne devraient-elles pas pouvoir se réfugier là où elles en ont besoin ? Je pense que les médecins sont instrumentalisés par l'ordre politique voir peut-être juridique, ce qui est très problématique. Des histoires incroyables circulent sur des médecins qui font payer des étrangers des centaines d'euros pour la rédaction d'un certificat. La réalisation d'un certificat prend du temps et n'est pas un acte reconnu par la sécurité sociale. Il y a des risques de transferts importants du migrant envers le médecin car il pense que c'est grâce au médecin qu'il va pouvoir rester sur le territoire français. Les migrants peuvent mettre beaucoup d'espoir et d'affect sur un papier que le médecin doit réaliser mais qui bien souvent malheureusement n'aboutit pas.

**J'ai lu en effet qu'il existe de plus en plus de refus surtout sur les questions psychiatriques au niveau de l'OFII.**

L'OFII dépend du ministère de l'intérieur, avant c'était un médecin dépendant de l'ARS qui était en charge des évaluations, mais cela a changé il y a quelques années. Il n'y a plus du tout d'indépendance de la part des médecins décisionnaires. C'est à mon sens très problématique, mais c'est plutôt une question sociale ou politique et pas à proprement parler médicale et cela vient perturber le travail de soignant que moi et d'autres réalisons.

# Pathways to Wellness

## Integrating Refugee Health and Well-being

*Creating pathways for refugee survivors to heal*



ENGLISH VERSION

DEMOGRAPHIC INFORMATION		
NAME: _____		DATE OF BIRTH: _____
ADMINSTERED BY: _____		DATE OF SCREEN: _____
DATE OF ARRIVAL: _____	GENDER: _____	HEALTH ID #: _____

**Developed by the *Pathways to Wellness* project and generously supported by the Robert Wood Johnson Foundation, The Bill and Melinda Gates Foundation, United Way of King County, The Medina Foundation, Seattle Foundation, and the Boeing Employees Community Fund.**

*Pathways to Wellness: Integrating Community Health and Well-being* is a project of Lutheran Community Services Northwest, Asian Counseling and Referral Services, Public Health Seattle & King County, and Dr. Michael Hollifield. For more information, please contact Beth Farmer at 206-816-3252 or bfarmer@lcsnw.org.

## REFUGEE HEALTH SCREENER (RHS-15)

**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."



SYMPTOMS	NOT AT ALL	A LITTLE BIT	MODERATELY	QUITE A BIT	EXTREMELY
1. Muscle, bone, joint pains	0	1	2	3	4
2. Feeling down, sad, or blue most of the time	0	1	2	3	4
3. Too much thinking or too many thoughts	0	1	2	3	4
4. Feeling helpless	0	1	2	3	4
5. Suddenly scared for no reason	0	1	2	3	4
6. Faintness, dizziness, or weakness	0	1	2	3	4
7. Nervousness or shakiness inside	0	1	2	3	4
8. Feeling restless, can't sit still	0	1	2	3	4
9. Crying easily	0	1	2	3	4

*The following symptoms may be related to traumatic experiences during war and migration. How much in the past month have you:*

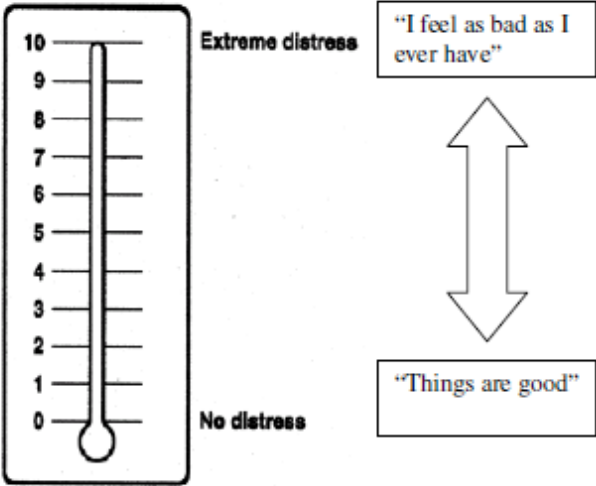
10. Had the experience of reliving the trauma; acting or feeling as if it were happening again?	0	1	2	3	4
11. Been having PHYSICAL reactions (for example, break out in a sweat, heart beats fast) when reminded of the trauma?	0	1	2	3	4
12. Felt emotionally numb (for example, feel sad but can't cry, unable to have loving feelings)?	0	1	2	3	4
13. Been jumpier, more easily startled (for example, when someone walks up behind you)?	0	1	2	3	4

## REFUGEE HEALTH SCREENER (RHS-15)

14. Generally over your life, do you feel that you are:
- Able to handle (cope with) anything that comes your way .....0
  - Able to handle (cope with) most things that come your way .....1
  - Able to handle (cope with) some things, but not able to cope with other things.....2
  - Unable to cope with most things.....3
  - Unable to cope with anything.....4
- 15.

### Distress Thermometer

**FIRST:** Please circle the number (0-10) that best describes how much distress you have been experiencing in the past week including today.



ADD TOTAL SCORE OF ITEMS 1-14: \_\_\_\_

SCORING		
Screening is <b>POSITIVE</b>		
1. If Items 1-14 is $\geq 12$ OR		
2. Distress Thermometer is $\geq 5$		
CIRCLE ONE:	SCREEN NEGATIVE	SCREEN POSITIVE REFER FOR SERVICES
		Self administered: ____ Not self administered: ____

### Box 1. Examples of Cultural Concepts of Distress (CCD)

**Nervios-related conditions**—In the Americas, *nervios* (nerves)-related conditions among Latino populations are the most commonly described CCD.<sup>126</sup> *Nervios* starts with ‘a persistent idea that ‘is stuck to one’s mind’ (‘idea pegada a la mente’), and these ‘particular idea[s]...invade the mind and accumulate... Affected individuals think so much about the ideas that the ideas ‘get stuck’ to the brain’.<sup>94</sup> Among Mexicans with *nervios*, 40% endorsed having an idea stuck to their mind. In *nervios*, feelings of humiliation lead to the slow deterioration of one’s mind, nerves and spirit and ‘may even cause death, if adequate help is not timely received’.<sup>127</sup> The spectrum of *nervios* follows a gradient of behavioural control.<sup>80</sup> One end of the spectrum begins with socially acceptable nervousness: *ser una persona nerviosa* (being a nervous person). *Padecer de los nervios* (suffering from nerves) is more serious. *Ataques de nervios* (attacks of nerves) have greater severity and are characterized by social stressors triggering loss of behavioural control, dissociation, violent acts toward oneself or others, anger and somatic distress.<sup>128</sup> Severe nerve illness can lead to *loco* (madness). *Nervios* (nerves), *padecer de nervios* (suffering from nerves) and *ataques de nervios* (nerve attacks) have been studied in clinical samples in large-scale Latino representative community studies in Puerto Rico and the USA.<sup>70,71</sup> *Ataques de nervios* overlap with some symptoms of panic attacks and panic disorder. However, they are distinct from panic attacks because of the centrality of interpersonal disputes in triggering episodes, dissociative features and an experience of relief among some individuals after an *ataque*.<sup>80,132</sup> These *nervios*-related conditions are associated with unexplained neurological complaints, physical health problems and functional impairment independent of association with psychiatric disorders.

**Dhat**—Dhat syndrome has been studied in South Asia and is rooted in Ayurvedic traditions about bodily production of semen as representing an end-product of energy demanding metabolism: 40 meals create 1 drop of blood, 40 drops of blood create 1 drop of semen.<sup>43</sup> Dhat is recognized by a whitish discharge in urine assumed to be semen. Although sexually transmitted infections may be a source of such discharge, dhat sufferers do not appear to have greater frequency of STIs.<sup>69</sup> Dhat sufferers do appear to have high rates of psychosexual dysfunction including premature ejaculation and erectile dysfunction: 42% of men with dhat had premature ejaculation in one study in India.<sup>64</sup> Young males appear to be the most frequent demographic group presenting with dhat. Dhat has corollaries in Chinese medicine and European and American history with accounts of weakness, physical illness and mental illness related to the loss of semen.<sup>43,77</sup>

**Koro**—Koro was one of the first cultural concepts discussed in transcultural psychiatry literature.<sup>16</sup> Koro epidemics have been reported in South Asia, and case reports have been reported throughout the world. Fear of the penis retracting into the body among men and retraction of breasts among women is a central feature. The majority of reported cases are among men.

**Brain fag**—Brain fag has been studied for a half-century in Western Africa. The condition is characterized by distress from thinking too much, with students being a vulnerable population.<sup>86</sup> The experience includes headaches and an experience of a worm crawling in the head. This is similar to the Nigerian cultural concept of distress, *ode ori*:<sup>84</sup> the disorder *ode ori* (hunter in the head) affects the brain under the anterior fontanelle where the eye (senses) control mental functions through *okun* (strings) that project throughout the body and provide direct linkages among the brain, eyes, ears and heart.

**Khyal attacks and ‘wind’-related illnesses**—The substance *qi*, (cf *chi*, *chi’i*, *khí*, *khii*, *rlung*, *khyal*) is associated with wind flow and wind balance. Wind-related illnesses are commonly described in East Asian populations including Tibetans, Cambodians, Vietnamese, Chinese and Mongolians.<sup>73,77,78,129,130</sup> *Shenjing shuairuo* (neurological weakness, neurasthenia), studied by Kleinman in the 1970s and 80s, is associated with weakness, fatigue and social distress mediated by an alteration in *qi*.<sup>77</sup> *Yadargaa*, a nervous fatigue described in Mongolia, is similarly viewed as an alteration in *khii* flow and balance.<sup>78</sup> In the Vietnamese CCD ‘hit by wind’, shifts in ambient temperature, especially gusts of cold air, are associated with a range of physical complaints, traumatic memories, thinking too much, epilepsy and stroke.<sup>73</sup> Similarly, in China, nerve weakness is associated with a fear of cold because it worsens nerve weakness.<sup>77</sup> Among Cambodians, the wind-like substance *khyal* can be experienced as an attack associated with palpitations, asphyxia and dizziness.<sup>130</sup> *Khyal* attacks can lead to rupture of blood vessels in the neck and spinning of the brain.

**Kufungisisa**—The experience of thinking too much (Shona: *kufungisisa*) is associated with general psychological distress and common mental disorders in Zimbabwe. Thinking too much is considered both a symptom of distress and a cause of other physical and psychological health problems: thinking too much can cause pain and feelings of physical pressure on the heart.<sup>54</sup>

**Hwa-Byung**—Heat and fire are important elements in East Asian ethnopsychology. The condition *hwa-byung* (fire illness resulting from chronic accumulated anger) in Korea occurs when *haan* (a mixture of sorrow, regret, hatred, revenge and perseverance) builds up to create a pushing sensation in the chest, resulting in the inability to appropriately control one’s anger.<sup>85</sup> *Hwa-byung* affects middle-aged women in Korea who have experienced years of interpersonal conflict, typically in the context of an abusive marital relationship.



CULTURAL DEFINITION OF THE PROBLEM

(Explanatory Model, Level of Functioning)

<p><i>Elicit the individual's view of core problems and key concerns.</i></p> <p><i>Focus on the individual's own way of understanding the problem.</i></p> <p><i>Use the term, expression, or brief description elicited in question 1 to identify the problem in subsequent questions (e.g., "your conflict with your son").</i></p>	<p>1. What brings you here today?</p> <p><i>IF INDIVIDUAL GIVES FEW DETAILS OR ONLY MENTIONS SYMPTOMS OR A MEDICAL DIAGNOSIS, PROBE:</i></p> <p>People often understand their problems in their own way, which may be similar to or different from how doctors describe the problem. How would you describe your problem?</p>
<p><i>Ask how individual frames the problem for members of the social network.</i></p>	<p>2. Sometimes people have different ways of describing their problem to their family, friends, or others in their community. How would you describe your problem to them?</p>
<p><i>Focus on the aspects of the problem that matter most to the individual.</i></p>	<p>3. What troubles you most about your problem?</p>

Annexe 7, Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*.

## Trouble stress post-traumatique

### 309.81 (F43.10)

#### Trouble stress post-traumatique

**N.B. :** Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans. Pour les enfants de 6 ans ou moins, cf. les critères correspondants ci-dessous.

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

**N.B. :** Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

**N.B. :** Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.

**N.B. :** Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

3. Réactions dissociatives (p. ex. *flashbacks* [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)

**N.B. :** Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

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

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

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, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
3. Hypervigilance.
4. Réaction de sursaut exagérée.
5. Problèmes de concentration.
6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type :

**Avec symptômes dissociatifs :** Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1. **Dépersonnalisation :** Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).
2. **Déréalisation :** Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

**N.B. :** Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si :

**À expression retardée :** Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

## Trouble dépressif caractérisé

A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

**N.B.** : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (p. ex. pleure). (**N.B.** : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.)
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel excédant 5 % en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (**N.B.** : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue.)
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

**N.B.** : Les critères A-C définissent un épisode dépressif caractérisé.

**N.B.** : Les réponses à une perte significative (p. ex. deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte<sup>4</sup>.

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

**N.B.** : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou hypomaniaque sont imputables à des substances ou aux effets physiologiques d'une autre pathologie médicale.

## ANNEXE 9 CROCQ ET AL., *MINI DSM-5*®.

### Anxiété généralisée

#### 300.02 (F41.1)

A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (telles que le travail ou les performances scolaires).

B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.

C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes ont été présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois) :

**N.B.** : Un seul item est requis chez l'enfant.

1. Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout.
2. Fatigabilité.
3. Difficultés de concentration ou trous de mémoire.
4. Irritabilité.
5. Tension musculaire.
6. Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant).

D. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significatives du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie).

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex. anxiété ou souci d'avoir une autre attaque de panique dans le trouble panique, évaluation négative dans l'anxiété sociale [phobie sociale], contamination ou autres obsessions dans le trouble obsessionnel-compulsif, séparation des figures d'attachement dans l'anxiété de séparation, souvenirs d'événements traumatiques dans le trouble stress post-traumatique, prise de poids dans l'anorexie mentale, plaintes somatiques dans le trouble à symptomatologie somatique, défauts d'apparence perçus dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle, avoir une maladie grave dans la crainte excessive d'avoir une maladie, ou teneur de croyances délirantes dans la schizophrénie ou le trouble délirant).

## ANNEXE 10 CROCQ ET AL., *MINI DSM-5*®.

### F43.1 Etat de stress post-traumatique

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposants, tels que certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution; ces facteurs ne sont pas toutefois nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants ("flashbacks"), des rêves ou des cauchemars; ils surviennent dans un contexte durable d'anesthésie psychique" et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperéveil neuro-végétatif, avec hypervigilance, état de qui-vive" et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité (F62.0).

Névrose traumatique

## ANNEXE 11 « CIM-10 VERSION:2008 ».

### F32 Episodes dépressifs

Dans les épisodes typiques de chacun des trois degrés de dépression: léger, moyen ou sévère, le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil, et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits somatiques", par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif: léger, moyen et sévère.

**Inclus:** épisodes isolés de:

- dépression:
  - psychogène
  - réactionnelle
- réaction dépressive

**Excl.:** associés à un trouble des conduites en F91.- (F92.0)

trouble (de):

- adaptation (F43.2)
- dépressif récurrent (F33.-)

#### F32.0 Episode dépressif léger

Au moins deux ou trois des symptômes cités plus haut sont habituellement présents. Ces symptômes s'accompagnent généralement d'un sentiment de détresse, mais le sujet reste, le plus souvent, capable de poursuivre la plupart de ses activités.

#### F32.1 Episode dépressif moyen

Au moins quatre des symptômes cités plus haut sont habituellement présents et le sujet éprouve des difficultés considérables à poursuivre ses activités usuelles.

#### F32.2 Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques

Episode dépressif dans lequel plusieurs des symptômes dépressifs mentionnés ci-dessus, concernant typiquement une perte de l'estime de soi et des idées de dévalorisation ou de culpabilité, sont marqués et pénibles. Les idées et les gestes suicidaires sont fréquents et plusieurs symptômes "somatiques" sont habituellement présents.

Dépression:

- agitée
  - majeure
  - vitale
- épisode isolé sans symptômes psychotiques

#### F32.3 Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques

Episode dépressif correspondant à la description d'un épisode dépressif sévère (F32.2) mais s'accompagnant, par ailleurs, d'hallucinations, d'idées délirantes, ou d'un ralentissement psychomoteur ou d'une stupeur d'une gravité telle que les activités sociales habituelles sont impossibles; il peut exister un danger vital en raison d'un suicide, d'une déshydratation ou d'une dénutrition. Les hallucinations et les idées délirantes peuvent être congruentes ou non congruentes à l'humeur.

Episodes isolés de:

- dépression:
  - majeure avec symptômes psychotiques
  - psychotique
- psychose dépressive:
  - psychogène
  - réactionnelle

#### F32.8 Autres épisodes dépressifs

Dépression atypique

Episodes isolés d'une dépression "masquée" SAI

#### F32.9 Episode dépressif, sans précision

Dépression SAI

Trouble dépressif SAI

## ANNEXE 12 « CIM-10 VERSION:2008 ».

**F41.1 Anxiété généralisée**

Anxiété généralisée et persistante qui ne survient pas exclusivement, ni même de façon préférentielle, dans une situation déterminée (l'anxiété est "flottante"). Les symptômes essentiels sont variables, mais le patient se plaint de nervosité permanente, de tremblements, de tension musculaire, de transpiration, d'un sentiment de "tête vide", de palpitations, d'étourdissements et d'une gêne épigastrique. Par ailleurs, le sujet a souvent peur que lui-même ou l'un de ses proches tombe malade ou ait un accident.

Etat anxieux

Névrose | anxieuse  
Réaction

**Excl.:** neurasthénie (F48.0)

**F41.2 Trouble anxieux et dépressif mixte**

Cette catégorie doit être utilisée quand le sujet présente à la fois des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs, sans prédominance nette des uns ou des autres et sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Quand des symptômes anxieux et dépressifs sont présents simultanément avec une intensité suffisante pour justifier des diagnostics séparés, les deux diagnostics doivent être notés et on ne fait pas un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte.

Dépression anxieuse (légère ou non persistante)

**ANNEXE 13 « CIM-10 VERSION:2008 ».**

## CALVADOS

DDCS - Pôle hébergement tél : 02 31 52 74 01 mël [evelyne.pambou@calvados.gouv.fr](mailto:evelyne.pambou@calvados.gouv.fr)

URML – Cellule humanitaire régionale tél 02 31 34 18 11 mël : [mcolletvetele@urml-normandie.org](mailto:mcolletvetele@urml-normandie.org)

### Caen :

Pass de la Fondation hospitalière Miséricorde Caen (Dr Salaun) tél: 02 31 38 50 96 mël : [pass@fondation-misericorde.fr](mailto:pass@fondation-misericorde.fr)

Pass du CHU de Caen tél 02 31 06 51 33 ; mël : [pass@chu-caen.fr](mailto:pass@chu-caen.fr)

AMCE : Dr François DUPONT

EMPP de l'EPSM : tél : 02 31 95 49 64 ; mël : [emop@epsm-caen.fr](mailto:emop@epsm-caen.fr)

Cegidd (Fondation hospitalière Miséricorde Caen) tél: 02.31.38.51.58 ; [cpmi@fondation-misericorde.fr](mailto:cpmi@fondation-misericorde.fr) ;  
51 rue Gémare ;  
Ouverture : lundi après-midi, mercredi après-midi, jeudi matin, vendredi après-midi

Clat (Fondation hospitalière Miséricorde Caen) : Dr Salaun tél: 02.31.38.51.58 mël : [macalaun@fondation-misericorde.fr](mailto:macalaun@fondation-misericorde.fr)

Appui de coordination des situations complexes (REVIVRE) : directeur : [tlarcher@revivre-asso.org](mailto:tlarcher@revivre-asso.org) ; IDE coordinateur :  
tél : 02-31-94-34-80 06-89-21-51-31 ; mël : [lgouchon@revivre-asso.org](mailto:lgouchon@revivre-asso.org) ;

### Bayeux :

GCS Bessin (Dr Gandon) tél 02 31 51 13 00 mël : [t.gandon@reseau-sante-bessin.fr](mailto:t.gandon@reseau-sante-bessin.fr) ;

Pass: v.richard [pass@reseau-sante-bessin.fr](mailto:pass@reseau-sante-bessin.fr) ;

Appui de coordination des situations complexes : [m.degroult@reseau-sante-bessin.fr](mailto:m.degroult@reseau-sante-bessin.fr)

### Falaise :

Pass du CH de Falaise : 02 31 40 40 40 poste 67 12 ; mël : [pass.falaise@ch-falaise.fr](mailto:pass.falaise@ch-falaise.fr)

### Lisieux :

Pass du CH de Lisieux : tél : 02 31 61 33 94 mël : [direction@ch-lisieux.fr](mailto:direction@ch-lisieux.fr) [Lakremi@ch-lisieux.fr](mailto:Lakremi@ch-lisieux.fr)

### Vire :

Pass du CH de Vire : Tel : 02 31 67 47 43 ; mël : [pass@ch-vire.fr](mailto:pass@ch-vire.fr)

Annexe 14 PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES MIGRANTS ACCUEILLIS EN NORMANDIE (Calvados)

## MANCHE

DDCS : directeur : [frederic.poisson@manche.gouv.fr](mailto:frederic.poisson@manche.gouv.fr)

DDCS - Pôle Politiques sociales Mme Sylvie Lefrancois tél : 02.50.71.50.27 mël [sylvie.lefrancois@manche.gouv.fr](mailto:sylvie.lefrancois@manche.gouv.fr)

DDCS - Pôle hébergement Mme Brigitte Fleury tél : 02.50.71.50.23 mël [brigitte.fleury@manche.gouv.fr](mailto:brigitte.fleury@manche.gouv.fr)

### IRSA de la Manche :

Cegidd Cherbourg Octeville : tél : 02 33 72 19 79 ; mël : [cegidd50@uc-irsa.fr](mailto:cegidd50@uc-irsa.fr);

44 avenue Aristide Briand, 50100 Cherbourg-Octeville ;

Ouverture : mardi de 11h15 à 15h30, mercredi de 16h à 19h, jeudi de 11h30 à 19h

Clat : tél : 02 33 72 19 75 ; mël : [clat50@uc-irsa.fr](mailto:clat50@uc-irsa.fr)

### Nord Manche :

Pass CHPC Anne Peschard Assistante sociale en charge de la coordination PASS 02.33.20.75.22 poste 30514

- Tél: 02.33.20.75.22 ou 02.33.20.70.00 - postes 30514 ou 30516 (L.SBAIA cadre socio éducatif)

[pass@ch-cotentin.fr](mailto:pass@ch-cotentin.fr)

Permanence externalisée PASSerelle parking Gambetta Cherbourg tous les jeudis

Tel 02.33.41.63.57 Mël: [passerelle@ch-cotentin.fr](mailto:passerelle@ch-cotentin.fr)

Médecin référent de l'équipe médicale bénévole: Dr Anne Wucher

Temps de permanences avec ou sans RV:

- médecin et IDE psychiatrique de l'EMPP : jeudi 10h00-13h00

- ASS et IDE : jeudi 12h30-15h00

- Consultation neuropsychologue : 13h-15h

EMPP de Cherbourg (Fondation Bon Sauveur) : [emsp@fbs-picauville.com](mailto:emsp@fbs-picauville.com) tél : 02.33.88.70.30 ; IDE psychiatrie

### Centre Manche :

Pass du CH Saint Lô

Médecin référent : Dr Damien Sineux

Tel : 02 33 06 30 51 mël : [pass@ch-stlo.fr](mailto:pass@ch-stlo.fr)

Permanence médico-sociale avec ou sans RDV : vendredi 9h30-12h00

Consultation médicale sur RDV : 1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> mardis du mois : 9h00-12h00 (sauf exception)

Cegidd Saint Lô : tél : 02.33.72.19.79 ; mël : [cegidd50@uc-irsa.fr](mailto:cegidd50@uc-irsa.fr); 70 rue du Buot, 50000 Saint Lô ; ouverture mercredi de 9h30 à 17h en continu

### Sud Manche :

Pass Avranches-Granville (CH Avranches-Granville)

Médecin référent : Dr Bénédicte Gilliot

tél : 02 33 91 50 00 ou 07 89 24 47 42 mël : [pass@ch-avranches-granville.fr](mailto:pass@ch-avranches-granville.fr)

#### Permanences :

CH d'Avranches : le mardi de 14h00 à 16h30

CH Granville : vendredi de 14h à 16h30

CH de Saint Hilaire du Harcouët : le 1<sup>er</sup> lundi de chaque mois de 14h00 à 16h30

CH de Mortain : le 3<sup>ème</sup> lundi de chaque mois de 14h00 à 16h30

EMPP du Centre hospitalier de L'Estran à Pontorson tél : 02 33 60 73 47 mël : [emppa@ch-estran.fr](mailto:emppa@ch-estran.fr) ;

Secrétariat : [y.gallard@ch-estran.fr](mailto:y.gallard@ch-estran.fr) ;

Directeur des Soins : Patrick MOULIN [p.moulin@ch-estran.fr](mailto:p.moulin@ch-estran.fr) ;

Cadre supérieur de santé chargée de l'extrahospitalier : Sylvie LE MARIGNY [s.lemarigny@ch-estran.fr](mailto:s.lemarigny@ch-estran.fr) ;

Cadre de santé de l'EMPE/EMPPA : Annabelle TRAVERS [a.travers@ch-estran.fr](mailto:a.travers@ch-estran.fr) ;

Psychiatre : [f.lecordiermaret@ch-estran.fr](mailto:f.lecordiermaret@ch-estran.fr) ;

Cegidd Avranches : tél : 02.33.72.19.79 ; mël : [cegidd50@uc-irsa.fr](mailto:cegidd50@uc-irsa.fr)

20 place Litré ;

ouverture : lundi de 9h30 à 12h30

## ORNE

DDCSPP Directrice Mme Grimaldi tél : 02.33.32.42.51 ; mél : [blandine.grimaldi@orne.gouv.fr](mailto:blandine.grimaldi@orne.gouv.fr)  
Secrétariat direction : [ddcspp@orne.gouv.fr](mailto:ddcspp@orne.gouv.fr)

### **UC-IRSA de l'Orne :**

Cegidd d'Alençon ; tél : 02 33 80 00 10 ; mél : [cegidd61@uc-irsa.fr](mailto:cegidd61@uc-irsa.fr);

89 avenue du Général Leclerc ;

Ouverture : mardi de 14h30 à 18h, mercredi de 13h30 à 17h, jeudi de 16h à 19h, vendredi de 11h à 15h

Cegidd de Flers ; tél : 02.33.80.00.10 ; mél : [cegidd61@uc-irsa.fr](mailto:cegidd61@uc-irsa.fr);

38 rue Saint Sauveur, Appt1, 61100 Flers ;

Ouverture : mardi de 13h à 16h30 sans rendez-vous

### **Pass généralistes :**

Pass l'Aigle (CH de l'Aigle) Tél : 06.78.93.39.20 mél : [pass@ch-laigle.fr](mailto:pass@ch-laigle.fr)

Pass Alençon (CHIC d'Alençon-Mamers) Tel : 02 33 32 30 30 poste 35402 / Assistante sociale 02 33 32 31 63 / IDE 02 33 32 54 38 [pass@ch-alencon.fr](mailto:pass@ch-alencon.fr)

Pass Flers (CH de Flers) Tel (standard) : Tél : 02 33 62 62 00 mél : [pass@ch-flers.fr](mailto:pass@ch-flers.fr)

Pass Argentan (CH Argentan) Tel : 02 33 12 33 12, poste 3738 mél : [pass@ch-argentan.fr](mailto:pass@ch-argentan.fr)

Pass Mortagne au Perche (CH Mortagne au Perche) Tel : 02 33 83 42 29 mél : [pass@ch-mortagne.fr](mailto:pass@ch-mortagne.fr)

### **Pass psychiatrie**

Pass psychiatrique Alençon (CPO d'ALENCON) Tel : 02 33 80 71 21 mél : [equipe.pass@cpo-alencon.net](mailto:equipe.pass@cpo-alencon.net)

## **ANNEXE 16 PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES MIGRANTS ACCUEILLIS EN NORMANDIE (Orne)**








MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

Direction générale des étrangers en France

## Les tarifs constatés pratiqués par les organismes proposés dans ce guide varient principalement en fonction de la durée d'interprétariat et non de la langue utilisée

Quelques repères à partir de tarifs constatés		Minimum constaté -	Maximum constaté +
Interprétariat par déplacement ou sur place 	½ h	15 €	108 €
	1 h	30 €	108 €
	3 h	90 €	228 €
Interprétariat téléphonique 	¼ h	15 €	38 €
	½ h	15 €	52 €
	1 h	30 €	101 €
Traduction 	1 page	10 €	48 €
	1 document assermenté	30 €	48 €

Le prix des services d'interprétariat par déplacement n'inclut généralement pas les frais de déplacement.

Les tarifs généralement pratiqués par les organismes ne dépendent pas du nombre ou de la rareté des langues proposées.

La durée moyenne d'un appel est d'environ 25 minutes.

Les tarifs proposés évoluent du simple au triple dès que l'on dépasse une durée d'interprétariat d'une demi-heure.

Les services d'interprétariat proposés par des associations sont moins coûteux mais sont généralement réservés au milieu médical.

Deux principales modalités de traduction et de tarification sont proposées, celle d'une traduction simple et d'une traduction réalisée par un interprète assermenté.

Les tarifs proposés dans ce tableau sont des estimations qui s'appuient sur les grilles tarifaires de différents organismes d'interprétariat qui sont susceptibles d'évoluer et ne préjugent en rien de la qualité des services proposés



Cette étude est financée par les fonds européens du programme Solidarité et gestion des flux migratoires (SOLID) - Fonds européen pour les réfugiés

6

L'interprétariat dans le domaine de l'accueil des demandeurs d'asile et de l'intégration des bénéficiaires d'une protection internationale

EUROGROUP CONSULTING

# Livrets de santé bilingues

Édition 2018

**Pour commander les livrets :**

1. Connectez-vous sur <http://moncouponlibre.santepubliquefrance.fr/>
2. Créez votre compte, votre login, votre mot de passe et renseignez votre adresse email.
3. Vous recevrez un email de confirmation afin de valider la création de votre compte.
4. Saisissez ensuite le code rattaché à cette campagne pour passer votre commande : LIVRETSBIL1018

**Pour les télécharger :**  
Rendez-vous sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/livrets-sante-bilingues>

**Pour plus d'informations, les professionnels peuvent aussi consulter le guide pratique du Comede :**  
Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement - édition 2015 : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1663>

Les livrets de santé bilingues ont été réalisés en partenariat avec :

PARIS 18 - Juillet 2018

**Un outil pour informer les personnes migrantes et faciliter l'accès aux soins et à la prévention.**

## ANNEXE 18 SPF, « LIVRETS DE SANTE BILINGUES ».

**C**es livrets de santé bilingues sont un support de communication et de dialogue pour les personnes migrantes et les professionnels de la santé ou du social.

Ils sont conçus pour aider chacun à mieux comprendre le système de protection maladie français, les droits et démarches.

Ils abordent les principales thématiques de santé et fournissent des informations pratiques pour la vie quotidienne.

### SOMMAIRE DES LIVRETS .....

**L'accès aux soins et à la prévention**

- > L'interprétariat professionnel
- > Les aides pour accéder aux soins et à la prévention
- > Où se soigner ?
- > La protection maladie
- > Le handicap
- > Santé et travail

**La santé**

- > Pour être en bonne santé
- > Santé mentale
- > Santé sexuelle et VIH
- > La grossesse
- > La santé des enfants
- > Diabète
- > Maladies cardiovasculaires
- > Tuberculose
- > Hépatites virales

- > Les cancers
- > Apprendre à vivre avec sa maladie
- > Santé et climat
- > Santé en France d'Outre-mer

**Quelques informations utiles**

- > Lutte contre les discriminations
- > Rôle de l'assistant(e) social(e)
- > Rôle des médiateurs en santé
- > Domiciliation administrative
- > La traduction des documents officiels
- > Au quotidien
- > Apprendre le français
- > La scolarisation des enfants
- > Numéros utiles en cas d'urgence
- > Carte de France

### 15 LANGUES DISPONIBLES .....

→ ALBANAIS	→ CHINOIS MANDARIN	→ ESPAGNOL	→ ROUMAIN
→ ANGLAIS	→ CRÉOLE HAÏTIEN	→ GÉORGIEN	→ RUSSE
→ ARABE	→ DARI	→ OURDOU	→ TAMOUL
→ BENGALI	→ PORTUGAIS	→ TURC	

### UNE PRÉSENTATION BILINGUE .....

A gauche, le texte français

A droite, le même texte traduit dans l'une des 15 langues

## ANNEXE 19 SPF, « LIVRETS DE SANTE BILINGUES ».

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer  
en référence à la délibération  
du Conseil d'Université  
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président  
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2020

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : PINAULT Pierre-Elie

**TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :**

Etat des lieux : la santé mentale des migrants, recherche des clés pour une meilleure prise en charge en médecine générale.

**RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :**

Cette thèse « Etat des lieux : la santé mentale des migrants, recherche des clés pour une meilleure prise en charge en médecine générale », est un sujet d'actualité du fait des récents déplacements massifs de populations, engendrés notamment par la crise Syrienne. Les parcours migratoires compliqués conjugués aux résistances rencontrées à leur accueil provoque chez certains migrants une détresse psychologique intense devant laquelle des médecins généralistes peuvent parfois se retrouver en difficulté. L'objectif de cette thèse est donc, via une revue de littérature, de dresser un état de lieux des connaissances sur la santé mentale des migrants, d'identifier les besoins en France et en Basse-Normandie, ainsi que de rechercher des outils et structures pouvant faciliter la prise en charge par le médecin généraliste. A cette fin une recherche bibliographique a été réalisée principalement via les bases de données Medline, LISSA et Santé Publique France et a été recueillie l'expérience d'un psychiatre de terrain via un entretien semi-dirigé. Ce travail met en évidence la réalité de cette détresse psychologique avec une prévalence de l'état de stress post traumatique chez les réfugiés pouvant être 10 fois supérieure à celle des populations occidentales. La prise en compte du contexte culturel semble être un enjeu majeur impliquant la mise en place formations à l'ethnopsychiatrie dans le parcours des médecins ainsi que la facilitation de l'accès à l'interprétariat professionnel. Une prise en charge multimodale avec avant toute chose une intégration sociale du migrant est à privilégier. Les addictions, fréquentes, semblent intéressantes à étudier dans un futur travail.

**MOTS-CLÉS :** Population de passage et migrants, Réfugiés, Santé mentale, Addiction, Psychométrie, Comparaison interculturelle, Barrières de communication, Médecine de famille.

## **TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :**

Assessment: Migrants' mental health, research of the keys for a better care in general medicine.

## **RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :**

This thesis, "Assessment: Migrants' mental health, research of the keys for a better care in general medicine" is a news topic due to the recent massive population displacements caused by the Syrian crisis. The complicated migratory journeys combined with the resistance met as they arrive in country cause in the Migrants intense psychological distress that can put some general practitioners in a difficult position. Thus, the goal of this thesis, on the basis of a literary review, is to establish a picture of the knowledge on the Migrants' mental health so as to identify the needs in France and Lower Normandy as well as to investigate for tools and structures that could make easier the care for general practitioners. With this objective, a bibliographic research, mainly based on the databases Medline, LISSA and Santé Publique France has been realized and was analyzed the experience of a field psychiatrist through a semi-directed interview. This work highlights the reality of this mental distress with a prevalence of post-traumatic stress disorder among the Refugees that can be 10 times higher than in the occidental populations. Taking into account the cultural context seems to be an important stake that implies the implementation of trainings to ethno-psychiatry in the practitioners' path as well as a better access to professional interpreting. A multimodal care combined with a social integration of the Migrants is to be favored. Frequent, addictions are interesting to study for a further reasearch.

**KEY WORDS** : Transients and migrants, Refugees, Mental health, Addictive behavior, Psychometrics, Cross-Cultural comparison, Communication barriers, Family practice.