



HAL
open science

Efficacité des interventions psychosociales chez les réfugiés et migrants présentant des troubles psychiques

Thomas Roussel

► **To cite this version:**

Thomas Roussel. Efficacité des interventions psychosociales chez les réfugiés et migrants présentant des troubles psychiques. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04314103

HAL Id: dumas-04314103

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04314103v1>

Submitted on 29 Nov 2023

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.

**Efficacité des interventions psychosociales chez les réfugiés et migrants
présentant des troubles psychiques**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 9 Novembre 2023

Par Monsieur Thomas ROUSSEL

Né le 12 novembre 1995 à Tours (37)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CERMOLACCE Michel	Président
Madame le Professeur GENTILE Stéphanie	Assesseur
Madame le Docteur TINLAND Aurélie	Directeur
Madame le Docteur HOUCINAT Mouna	Assesseur
Monsieur le Docteur KHOUANI Jérémie	Assesseur

**Efficacité des interventions psychosociales chez les réfugiés et migrants
présentant des troubles psychiques**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 9 Novembre 2023

Par Monsieur Thomas ROUSSEL

Né le 12 novembre 1995 à Tours (37)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CERMOLACCE Michel	Président
Madame le Professeur GENTILE Stéphanie	Assesseur
Madame le Docteur TINLAND Aurélie	Directeur
Madame le Docteur HOUCINAT Mouna	Assesseur
Monsieur le Docteur KHOUANI Jérémie	Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

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

Asseseurs :

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

Chargés de mission :

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

ÉCOLE DE MEDECINE

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

Chargés de mission

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

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

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

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

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

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

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

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DELARQUE Alain
	ALBANESE Jacques		DEVIN Robert
	ALDIGHIERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		DURAND Jean-Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		ENJALBERT Alain
	AZORIN Jean-Michel		FAUGERE Gérard
	BAILLE Yves		FAVRE Roger
	BARDOT Jacques		FIECHI Marius
	BARDOT André		FARNARIER Georges
	BERARD Pierre		FIGARELLA Jacques
	BERGOIN Maurice		FIGARELLA-BRANGER Dominique
	BERLAND Yvon		FONTES Michel
	BERNARD Dominique		FRANCES Yves
	BERNARD Jean-Louis		FRANCOIS Georges
	BERNARD Pierre-Marie		FUENTES Pierre
	BERTRAND Edmond		GABRIEL Bernard
	BISSET Jean-Pierre		GALINIER Louis
	BLANC Bernard		GALLAIS Hervé
	BLANC Jean-Louis		GAMERRE Marc
	BOLLINI Gérard		GARCIN Michel
	BONGRAND Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BONNEAU Henri		GAUTHIER André
	BONNOIT Jean		GERARD Raymond
	BORY Michel		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOTTA Alain		GIUDICELLI Sébastien
	BOTTA-FRIDLUND Daniëlle		GOUDARD Alain
	BOUBLI Léon		GOUIN François
	BOURGEADE Augustin		GRILLO Jean-Marie
	BOUVENOT Gilles		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUYALA Jean-Marie		GRISOLI François
	BREMOND Georges		GROULIER Pierre
	BRICOT René		GUYS Jean-Michel
	BRUNET Christian		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BUREAU Henri		HARLE Jean-Robert
	CAMBOULIVES Jean		HASSOUN Jacques
	CANNONI Maurice		HEIM Marc
	CARTOUZOU Guy		HOUEL Jean
	CAU Pierre		HUGUET Jean-François
	CHABOT Jean-Michel		JAQUET Philippe
	CHAMLIAN Albert		JAMMES Yves
	CHARPIN Denis		JOUVE Paulette
	CHARREL Michel		JUHAN Claude
	CHAUVEL Patrick		JUIN Pierre
	CHOUX Maurice		KAPHAN Gérard
	CIANFARANI François		KASBARIAN Michel
	CLAVERIE Jean-Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CLEMENT Robert		LACHARD Jean
	COMBALBERT André		LAFFARGUE Pierre
	CONTE-DEVOLX Bernard		LAUGIER René
	CORRIOL Jacques		LE TREUT Yves
	COULANGE Christian		LEGRE Régis
	CURVALE Georges		LEVY Samuel
	DALMAS Henri		LOUCHET Edmond
	DE MICO Philippe		LOUIS René
	DELPERO Jean-Robert		LUCIANI Jean-Marie
	DESSEIN Alain		MAGALON Guy

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PANUEL Michel
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

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

2009

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

2010

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

2011

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

2012

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

2013

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

2014

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

2015

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

EMERITAT

2016

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

2017

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

2018

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

2019

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

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT

2020

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

2020

2022

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990		DOCTEURS HONORIS CAUSA
MM. les Professeurs		J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991		
MM. les Professeurs		J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992		
MM. les Professeurs		H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994		
MM. les Professeurs		G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995		
MM. les Professeurs		D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997		
MM. les Professeurs		C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998		
MM. les Professeurs		O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999		
MM. les Professeurs		J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000		
MM. les Professeurs		D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001		
MM. les Professeurs		P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002		
MM. les Professeurs		M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003		
M. le Professeur Sir		T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004		
M. le Professeur		M. DAKE (U.S.A.)
2005		
M. le Professeur		L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006		
M. le Professeur		A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007		
M. le Professeur		S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	COSTELLO Régis	HABIB Gilbert
ALIMI Yves	COURBIERE Blandine	HARDWIGSEN Jean
AMABILE Philippe	CRAVELLO Ludovic	HOUVENAEGHEL Gilles
<i>AMBROSI Pierre Surnombre</i>	CUISSET Thomas	HRAIECH Sami
ANDRE Nicolas	DA FONSECA David	JACQUIER Alexis
ARGENSON Jean-Noël	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	JOURDE-CHICHE Noémie
ASTOUL Philippe	DANIEL Laurent	JOUVE Jean-Luc
ATTARIAN Shahram	DARMON Patrice	KAPLANSKI Gilles
AUDOUIN Bertrand	DAUMAS Aurélie	KARSENTY Gilles
AUQUIER Pascal	DAVID Thierry	<i>KERBAUL François détachement</i>
AVIERINOS Jean-François	D'ERCOLE Claude	KRAHN Martin
AZULAY Jean-Philippe	D'JOURNO Xavier	LAFFORGUE Pierre
<i>BAILLY Daniel Retraite au 2/11/2022</i>	DEHARO Jean-Claude	LAGIER Jean-Christophe
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	LAMBAUDIE Eric
BARLOGIS Vincent	<i>DENIS Danièle Surnombre</i>	LANCON Christophe
BARTHET Marc	DEVILLIER Raynier	LA SCOLA Bernard
BARTOLI Christophe	DISDIER Patrick	LAUNAY Franck
BARTOLI Jean-Michel	DODDOLI Christophe	LAVIELLE Jean-Pierre
BARTOLI Michel	DRANCOURT Michel	LE CORROLLER Thomas
BARTOLOMEI Fabrice	DUBUS Jean-Christophe	LECHEVALLIER Eric
BASTIDE Cyrille	DUFFAUD Florence	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUFOUR Henry	LEONE Marc
BENSOUSSAN Laurent	DUSSOL Bertrand	LEONETTI Georges
BERBIS Philippe	EBBO Mikaël	LEPIDI Hubert
BERBIS Julie	EUSEBIO Alexandre	<i>LEVY Nicolas disponibilité</i>
BERDAH Stéphane	FABRE Alexandre	LOOSVELD Marie
BEROUD Christophe	FAKHRY Nicolas	MACE Loïc
BERTRAND Baptiste	FAURE Alice	MAGNAN Pierre-Edouard
BERTUCCI François	FELICIAN Olivier	MANCINI Julien
BEYER-BERJOT Laura	FENOLLAR Florence	MEGE Jean-Louis
BLAISE Didier	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BLIN Olivier	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BLONDEL Benjamin	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOISSIER Romain	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BONELLO Laurent	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BONNET Jean-Louis	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
<i>BOUFI Mourad</i>	GAINNIER Marc	<i>MICHELET Pierre disponibilité</i>
BOYER Laurent	<i>GARCIA Stéphane disponibilité</i>	MILH Mathieu
BREGEON Fabienne	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRETELLE Florence	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BROUQUI Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
BRUDER Nicolas	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
BRUE Thierry	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
BRUNET Philippe	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
BURTEY Stéphane	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CASANOVA Dominique	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CASTINETTI Frédéric	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CECCALDI Mathieu	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CERMOLACCE Michel	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHAGNAUD Christophe	GONZALEZ Jean- Michel	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAMBOST Hervé	GRAILLON Thomas	PADOVANI Laetitia
CHAMPSAUR Pierre	GRANEL/REY Brigitte	PAGANELLI Franck
CHANEZ Pascal	GRANDVAL Philippe	PAPAZIAN Laurent
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GREILLIER Laurent	PAROLA Philippe
CHARREL Rémi	<i>GROB Jean-Jacques Retraite au 1/10/2022</i>	PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
CHAUMOITRE Kathia	GUEDJ Eric	PELLETIER Jean
CHIARONI Jacques	GUIEU Régis	PERRIN Jeanne
CHINOT Olivier	GUIS Sandrine	PESENTI Sébastien
CHOSSEGROS Cyrille	GUYE Maxime	PETIT Philippe
COLLART Frédéric	GUYOT Laurent	PHAM Thao

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	ROUDIER Jean	VALERO René
PIQUET Philippe	SALAS Sébastien	VAROQUAUX Arthur Damien
PIRRO Nicolas	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VELLY Lionel
POINSO François	SCAVARDA Didier	VEY Norbert
RACCAH Denis	SCHLEINITZ Nicolas	VIDAL Vincent
RADULESCO Thomas	SEBAG Frédéric	VIENS Patrice
RANQUE Stéphane	SIELEZNEFF Igor	VILLANI Patrick
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VITON Jean-Michel
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	VITTON Véronique
REYNAUD Rachel	SUISSA Laurent	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TAIEB David	VIVIER Eric
RICHERI Raphaëlle	THOMAS Pascal	XERRI Luc
ROCHE Pierre-Hugues	THUNY Franck	ZIELESKIEWICZ Laurent
ROCH Antoine	TOSELLO Barthélémy	
ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
ROLL Patrice	TROPIANO Patrick	
ROSSI Dominique	<i>TSIMARATOS Michel détachement</i>	
ROSSI Pascal	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

Secrétariat Général - RH

MAJ 01.09.2022

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GAUDRY Marine	ROMANET Pauline
APPAY Romain	GELSI/BOYER Véronique	SABATIER Renaud
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BEGE Thierry	GOURIET Frédérique	SAULTIER Paul
BENYAMINE Audrey	GUERIN Carole	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOBOT Mickael	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BONINI Francesca	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUCRAUT Joseph	HABERT Paul	TOGA Isabelle
BOULAMERY Audrey	HAUTIER Aurélie	TOMASINI Pascale
BOULLU/CIOCCA Sandrine	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
BOUSSEN Salah Michel	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
BUFFAT Christophe	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CARRON Romain	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CASSAGNE Carole	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
CHAUDET Hervé	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Héléne
CHRETIEN Anne-Sophie	LAGARDE Stanislas	
COZE Carole	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
CUNY Thomas	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAMBERT Isabelle	
DALES Jean-Philippe	LENOIR Marien	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	MAAROUF Adil	
DEHARO Pierre	MACAGNO Nicolas	
DELLIAUX Stéphane	MALISSEN Nausicaa	
DELTEIL Clémence	MAUES DE PAULA André	
DESPLAT/JEGO Sophie	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MORAND-HUGGET Aurélie	
DUONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	NINOVE Laetitia	
ELDIN Carole	NOUGAIREDE Antoine	
FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile	
FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie	
FROMNOT Julien	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	RUEL Jérôme
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	THIRION Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte retraite au 1/10/2022	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis	ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
FIERLING Thomas	THERY Didier
FORTE Jenny	
MITILIAN Eva	

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe

TRINQUET Laure
VILLA Milène

CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION

FORMATION ERGOTHERAPIE

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

FORMATION PODOLOGIE

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

FORMATION ORTHOPTIE

MONTICOLO Chloé

FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

AUTHIER Guillaume
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MULLER Philippe
ROSTAGNO Stéphan

CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

CHAYS-AMANIA Audrey

CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS

GILSINN Amanda

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

SACHAU-CARCEL Géraldine

CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

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

ANATOMIE 4201

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

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

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

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

APPAY Romain (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)

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

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

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

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

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

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

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

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

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

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

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

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

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

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

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

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

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

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

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

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

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

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

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

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

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

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

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

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

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

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

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

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

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

GAUDRY Marine (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH) Retraite au 1/10/2022
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité
NGYUEN Karine (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

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

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

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

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF) Retraite au 1/10/2022

IMMUNOLOGIE 4703

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

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 JARROT Pierre-André (MCU PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH) Disponibilité

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

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

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)
 VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

DELTEIL Clémence (MCU PH)
 TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

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

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

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

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

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

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

*DENIS Danièle (PU-PH) Surnombre***OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

GRAILLON Thomas (PU PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH) Retraite au 2/11/2022

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RHUMATOLOGIE 5001**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

HABERT Paul (MCU PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804AMBROSI Pierre (PU-PH) *Sumombre*

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 HRAIECH Sami (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 BOISSIER Romain (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume
 BLANC Catheline
 CAORS Béatrice
 CHAULLET Karine
 ERCOLANO Bruno
 GRIFFON Patricia
 GIRAUDIER Anaïs
 GRIFFON Patricia
 HENRY Joannie
 HOUDANT Benjamin
 MIRAPEIX Sébastien
 MONTICOLO Chloé
 MULLER Philippe
 PAVE Julien
 PETITJEAN Aurélie
 ROSTAGNO Stéphane

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

MAÏEUTIQUE 90

CLADY Emilie
 FREMONDIERE Pierre
 MATTEO Caroline
 MONLEAU Sophie
 MUSSARD-HASSLER Pascale
 REPELLIN David
 RIQUET Sébastien
 ZAKARIAN Carole

SCIENCES INFIRMIERES 92

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 VILLA Milène (MAST)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01

CAMOIN Ariane (MCU-PH)
 GAUBERT Jacques (MCU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCF ASS)

CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)

CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
 CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)

ANTEZACK Angéline (MCU-PH)

PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02

FOTI Bruno (PU-PH)
 LE GALL Michel (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01

TERRER Elodie (PU-PH)

ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
 GIRAUD Thomas (MCU-PH)
 GIRAudeau Anne (MCU-PH)
 GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
 JACQUOT Bruno (MCU-PH)
 LABORDE Gilles (MCU-PH)
 LAURENT Michel (MCU-PH)
 MAILLE Gérald (MCU-PH)

MENSE Chloé (MCU-PH)
 SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)

BALLESTER Benoît (MCF ASS)
 CASAZZA Estelle (MCF ASS)

REMERCIEMENTS

A mon jury de thèse

Je remercie ma directrice de thèse, le Docteur Aurélie Tinland, pour son encadrement riche et dont les bons conseils ont guidé mes choix dans le soin des populations migrantes.

Merci Aurélie pour tes enseignements, et pour tes encouragements rassurants !

Je remercie le Professeur Michel Cermolacce, pour avoir accepté de présider cette thèse, et pour m'avoir initié au prisme de la phénoménologie psychiatrique lors de ma première année d'internat, que je garde à présent comme un outil précieux.

Je remercie le Professeur Stéphanie Gentile, pour avoir accepté de rejoindre le jury et de le compléter du regard de sa spécialité en santé publique.

Je remercie le Docteur Mouna Houcinat, pour sa présence dans mon jury, pour toute ses attentions et la richesse de ses cours lors de mon second stage.

Je remercie également le Docteur Jeremy Khouani, pour sa présence dans mon jury et pour son engagement inspirant auprès des migrants.

A ceux dans mon parcours, qui m'ont ouvert aux multiples aspects de notre discipline

Au Docteur Jean-Marc Chabanne, pour ses mots justes et inspirants.

Au Docteur Lyes Si Ahmed, pour son regard innovant, son dynamisme et son amitié.

Aux Docteurs Vincent Lagard et Claire Maurel-Jego du CHU de la Réunion pour leur accueil chaleureux, pour ce semestre de pédopsychiatrie passionnant et pour leurs enseignements très complémentaires.

Au Professeur Vincent Camus du CHRU de Tours, pour son accompagnement lors de mon externat et les premiers travaux qui m'ont ouvert à l'éthique et à la psychiatrie.

Merci au Docteur Guillaume Fond pour l'intérêt qu'il a pu témoigner à mon travail et pour ce que j'ai pu comprendre en travaillant avec lui des usages de la communauté scientifique.

Merci à mon ami et collègue Martin Poisbeau, pour avoir débuté ce travail à mes côtés, et surtout pour nos instants complices, joyeux et loufoques depuis le tout début de l'internat.

Je remercie tous les membres de l'équipe MARSS, qui ont participé à ma compréhension de la précarité ; ainsi que les autres rencontres au cours de ce dernier stage, pour les soins que nous avons construit ensemble : l'Accueil de Jour, Nouvelle Aube, le foyer Adoma.

Je remercie toutes celles et ceux qui font de l'altérité une force, et qui travaillent pour la paix.

A ma famille

Papa, Maman merci pour vos encouragements et votre confiance.
Merci pour vos bons enseignements dont je me sens fort et fier, et cette chance formidable de pouvoir à mon tour partager les valeurs dont vous m'avez entouré.

Aux deux voiles de mon navire,
Pierre et Elisabeth,
Ensemble on navigue par monts et par vents.

A mes grands-parents, pour la tendresse de nos enfances,
et la poésie de nos vies.

A mes oncles et tantes, pour la richesse de nos échanges,
et la douceur de nos étés.

A mes cousins, pour nos belles différences
et nos conneries pagnolesques.

Merci pour nos philosophies communes, nos racines, et la joie de nos partages.

Merci à Maurice pour ses engagements auprès des Hommes et sa charité sans frontière.

Merci à Houssam pour son âme invincible et fière.

A mes amis

Il n'y a rien de mieux que de vous savoir autour de moi,
dans nos aventures communes,
nos rêves, et nos utopies.

Je prends la mesure en écrivant ces lignes de la chance que j'ai d'être si bien accompagné. Je pourrais écrire une mention spéciale à chacun, mais il faudrait pour cela une thèse en plusieurs tomes.

Je trouve dans votre présence une tendresse rassurante qui me porte et me permet d'avancer.
J'espère en être digne et savoir témoigner à toutes et tous dans nos moments si précieux, l'estime et l'amour que vous porte.

Les amitiés sont comme les moments de vie, certaines semblent avoir toujours été là, d'autres semblent juste avoir été rêvées..

Merci de faire de moi quelqu'un de meilleur, merci pour le partage de vos univers si riches,
Dansons sans cesse, rions toujours !

Je dédie ce travail à mon grand-père Jacques Fourcade

“ .o°// ~.

Table des matières

Définitions et abréviations	2
I. INTRODUCTION	4
1. Statistiques générales des populations déplacées	4
2. Des conditions propices aux développement de troubles psychiques	4
3. Statistiques des troubles psychiques dans les populations déplacées	5
4. Intervenir sur les troubles psychiques liés aux conditions migratoires	6
5. Intérêt de ce travail	7
II. METHODES	8
1. Critères d'inclusion des études	8
2. Méthodes de recherche pour l'identification des études	9
3. Collecte des données et analyse	9
III. RESULTATS	11
1. Description des études	11
2. Risques de biais dans les études incluses	21
3. Caractéristiques des interventions et résultats par études	29
3.1. Self-help +	29
3.2. Problem-management +	31
3.3. Refugee Well-being Project (RWP)	33
3.4. Intensive psychotherapy and case management	34
3.5. Guided digital health intervention	36
3.6. Teaching recovery techniques	37
3.7. Integrative adapted therapy programm (ADAPT model)	38
3.8. Musicothérapie	39
4. Efficacité en fonction des troubles ou domaines ciblés	40
4.1. Trouble dépressif	40
4.2. Trouble stress post-traumatique	40
4.3. Détresse psychique et anxiété	41
4.4. Santé mentale globale	41
4.5. Fonctionnement social et acculturation	41
IV. DISCUSSION	42
V. CONCLUSION	46
VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET ANNEXES	47

Définitions et abréviations

Les *migrants* sont des personnes en situation de déplacement d'un endroit à un autre, qu'elles traversent ou non une frontière internationale.

Les *réfugiés* correspondent à toutes personnes ayant quitté leur pays d'origine qui ont besoin d'une protection internationale parce qu'elles craignent d'être poursuivies ou exposées à des menaces sérieuses pour leur vie, leur intégrité physique ou leur liberté dans leur pays d'origine en raison de persécutions, d'un conflit armé, de violences ou de troubles graves à l'ordre public.

Les *demandeurs d'asile* sont les personnes qui demandent à bénéficier d'une protection internationale. Tout demandeur d'asile n'est pas nécessairement reconnu comme réfugié à l'issue du processus, mais tout réfugié reconnu comme tel a dans un premier temps été demandeur d'asile (1).

Le *TSPT* ou *trouble stress post-traumatique* est la présence d'un ou plusieurs des symptômes envahissants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements en cause. Ces événements incluent une exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles.

On reconnaît un évitement persistant des stimuli associés aux événements traumatiques et il peut y avoir des altérations négatives des cognitions et de l'humeur ; et des altérations marquées de l'éveil et de la réactivité.

La perturbation dure plus d'un mois et entraîne une souffrance cliniquement significative, elle n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (2).

Le *trouble dépressif caractérisé* regroupe un ensemble de symptômes sur une période minimale de deux semaines et devant marquer un changement avec le fonctionnement antérieur. La personne doit présenter au moins une humeur dépressive, ou une perte d'intérêt ou de plaisir qui peuvent être accompagnés par une perte ou un gain significatif de poids, des troubles du sommeil, une agitation ou un ralentissement psychomoteur, une fatigue ou une perte d'énergie, un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive, une diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, des pensées de mort récurrentes, de suicide ou tentatives de suicide.

Les symptômes induisent une détresse significative et ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance, ou à des diagnostics différentiels (schizophrénie, trouble bipolaire) (2).

Les *troubles anxieux* regroupent des troubles qui partagent les caractéristiques d'une peur et d'une anxiété excessives et des perturbations comportementales qui leur sont apparentées. Les sujets atteints de troubles anxieux surestiment habituellement le danger dans les situations qu'ils craignent ou évitent ; de ce fait le clinicien devra déterminer dans quelle mesure la peur ou l'anxiété est excessive ou disproportionnée, en prenant en compte les facteurs culturels contextuels (2).

Les *troubles psychotiques* correspondent à un spectre de pathologies définies par plusieurs éléments clés : des idées délirantes, croyances figées qui ne changent pas face à des évidences qui les contredisent ; des hallucinations, expériences de type perceptifs qui surviennent sans stimulus externe ; une pensée désorganisée ou trouble du cours de la pensée ; un comportement moteur anormal ou désorganisé ; des symptômes négatifs comme la diminution des émotions et de la motivation.

La schizophrénie représente la pathologie du spectre regroupant le mieux les symptômes ci-dessus (2).

I. INTRODUCTION

1. Statistiques générales des populations déplacées

Fin 2022, on comptabilisait 108,4 millions de personnes déplacées pour fuir les conflits, la violation des droits humains et la persécution.

Ce chiffre global comprend les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays (62,5 millions de personnes), les réfugiés (35,3 millions), les demandeurs d'asile (5,4 millions), et les personnes sous protection des Nations unies (par exemple les réfugiés palestiniens) (3).

Le Haut-Commissariat des Nations Unies a fait savoir que ce nombre avait dépassé la barre des 100 millions pour la première fois, notamment du fait de la guerre en Ukraine s'ajoutant aux conflits préexistants.

Les pays accueillant le plus de réfugiés sont la Turquie avec 3,6 millions en 2022, l'Iran en seconde position avec 3,4 millions ; la Colombie avec 2,5 millions, l'Allemagne avec 2,1 millions ; puis le Pakistan avec 1,7 millions de réfugiés (3).

70% des réfugiés le sont dans des pays limitrophe au leur, 76% se trouvent dans les pays à bas ou moyen revenu [UNHCR 2022], cependant la majorité des études les concernant est réalisée dans les pays très développés (4).

52% de l'ensemble des réfugiés provenaient de 3 pays fin 2022 : La Syrie avec 6,5 millions ; l'Ukraine avec 5,7 millions, et l'Afghanistan avec 5,7 millions de réfugiés (3).

2. Des conditions propices aux développement de troubles psychiques

Les réfugiés font face à des risques accrus de troubles psychiatriques dus aux expositions très fréquentes à des expériences traumatiques avant leur départ et pendant leur parcours : guerre, torture, viols, perte d'êtres chers et confrontation à des violences graves.

Dans certaines étapes du parcours migratoire, les facteurs se multiplient et contribuent à la fragilité psychique : insécurité constante, vie en camps de réfugiés avec de mauvaises conditions sanitaires, accès aux soins et aux traitements limités.

A cela s'ajoutent des facteurs environnementaux qui compliquent leur installation dans les pays d'arrivée : barrière de langage, absence de travail, perte des liens sociaux, peur d'être déportés, persécution en lien avec leur appartenance ethnique, difficultés d'acculturation (5).

Sur un modèle plus psychologique, la migration constitue en elle-même un événement traumatique, par l'exposition à différents types de non-sens intellectuels, chez les sujets qui sont soumis à des injonctions sociales et à des représentations identitaires contradictoires. La notion de « *Traumatisme migratoire* » identifie la perte du cadre culturel interne à partir duquel était décodé la réalité externe (6,7).

3. Statistiques des troubles psychiques dans les populations déplacées

L'estimation de la prévalence des troubles psychiques chez les réfugiés et les migrants varie beaucoup, même avec le niveau de performance des revues systématiques de littérature.

En 2005, une méta-analyse concernant les réfugiés installés dans les pays à haut niveau de revenu sur la période de 1986 à 2004 rapporte une prévalence de 9% de TSPT, 5% de troubles dépressifs majeurs, et 4% de trouble anxieux généralisés ; en se basant sur des études d'au moins 200 participants (8).

En 2009, une revue systématique interrogeait l'association entre torture et autres événements traumatiques et TSPT et dépression. Elle couvrait la période de 1987 à 2009 en comprenant 81 866 réfugiés et personnes issues de populations affectées par les conflits humains, et rapportait les prévalences non ajustées de 30% de TSPT et 30% de dépression (9).

La plupart des recherches ciblent des populations ethniques précises, ou des pays d'accueil spécifiques, notamment les plus développés.

Les études portant spécifiquement sur des réfugiés Syriens sont plus nombreuses car c'est une population réfugiée très représentée actuellement dans le monde (10).

La réalisation d'une revue systématique portant sur 8 176 réfugiés syriens réinstallés dans 10 pays différents a rapporté une prévalence de 43% de TSPT, 40% de dépression, et 26% d'anxiété (11).

Une méta-analyse plus récente rapporte 31% de TSPT chez les réfugiés syriens réinstallés (12).

De plus, les recherches existantes ciblent plus facilement le TSPT ou le syndrome dépressif, sans étudier la totalité des possibilités cliniques.

Une revue de littérature de 2020 a permis de rassembler les estimations de prévalence des troubles psychiques chez les réfugiés et demandeurs d'asile, selon les différentes catégories diagnostique (13) :

Le TSPT et la dépression sont plus marqués chez les réfugiés et demandeurs d'asile que dans la population générale.

Selon les données du World Mental Health Surveys (OMS), les prévalences vie entière dans la population générale sont 3,9% pour le TSPT (14) ; et 12% pour tous les types de trouble dépressif (15).

En comparaison, Blackmore et al. 2020 rapportent des prévalences de 31% de TSPT et 31.5% de troubles dépressifs (13).

Pour les prévalences des troubles anxieux (11%) et des troubles psychotiques (1,5%) chez les réfugiés, les résultats semblent inférieurs aux prévalences vie entière en population générale: respectivement 16% (15) et 3% (16).

Dans certains articles, comme celui de Blackmore, troubles bipolaires et psychotiques sont associés dans une seule catégorie.

A contrario, une revue de littérature de 2005 portant sur 188 études ciblant uniquement le diagnostic de schizophrénie rapporte une prévalence supérieure chez les migrants avec un ratio de 1,8 en leur faveur (17).

La méta-analyse de Blackmore indique également une prévalence de 6,7% pour les troubles de l'humeur, mais les articles dissociant cette catégorie diagnostique de la dépression sont peu nombreux et hétérogènes.

En ce qui concerne le TSPT, on retrouve plus d'études estimant leur proportion dans les populations réfugiées que les autres catégories diagnostiques, mais les chiffres varient également du fait du design et des performances de chaque étude (18).

Une nouvelle variable est l'introduction récente du concept de TSPT complexe lors de la onzième révision de l'*International Statistical Classification of Diseases and Related health Problems* (ICD-11).

La plupart des études sur le TSPT complexe concernent des réfugiés adultes avec une exposition à des traumatismes sévères et prolongés, souvent depuis l'enfance, avec des variations de la présentation, par rapport au TSPT standard (19).

Les traumatismes de guerre ou les violences intentionnelles sont associés à une plus grande prévalence de TSPT que les traumatismes non intentionnels tels que les catastrophes naturelles ou les accidents (20) :

De plus, nombreux sont à avoir expérimenté des traumatismes de guerre dès l'enfance. Dans les populations habituelles, il a été démontré que cette exposition précoce est associée à une plus grande sévérité des TSPT à l'âge adulte (21).

Les études sociales portant sur les réfugiés et les demandeurs d'asile rappellent l'influence marquée de la précarité sur la santé mentale.

On peut mentionner l'étude du Dr. Khouani et ses collègues, portant en 2022 sur 419 réfugiés recrutés dans un centre à Marseille dans les 21 jours après leur arrivée en France. Les résultats rapportent une prévalence de 89% de troubles mentaux. Ils montrent également une association statistiquement significative entre le fait de dormir dans des lieux publics et le développement de troubles mentaux (22).

4. Intervenir sur les troubles psychiques liés aux conditions migratoires

Les populations migrantes, les réfugiés et demandeurs d'asile, représentent un besoin important d'accès aux soins, de promotion et de prévention de la santé.

Les interventions psychosociales sont des stratégies de soin et d'accompagnement pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Elles constituent des moyens complémentaires ou alternatifs aux thérapies médicamenteuses, avec une grande diversité d'interventions.

Les interventions psychologiques sont délivrées à l'individu, à une famille, un groupe ou une communauté avec pour but d'améliorer des fonctions cognitives, émotionnelles ou comportementales. Ces interventions sont basées sur une variété d'écoles théoriques et thérapeutiques mais peuvent être regroupées sous des modèles généraux incluant les thérapies comportementales, cognitivo-comportementales, systémiques, psychodynamiques, humanistes et intégratives.

Ces interventions peuvent permettre d'identifier des éléments spécifiques au parcours migratoire ou aux traumatismes présentés par ces populations, et restaurer un meilleur niveau de fonctionnement (23).

Les interventions sociales peuvent également être délivrées à un individu, un groupe, une communauté avec l'intention d'améliorer les relations interpersonnelles, la participation et l'investissement social, la cohésion et l'intégration.

Cela peut inclure la construction de compétences en communication, la facilitation dans la formation et le maintien des liens sociaux, la construction de compétences éducationnelles et de vocations professionnelles pour favoriser l'intégration en société.

Les interventions sociales peuvent également inclure le développement des ressources communautaires afin de rétablir un soutien et un climat sécuritaire pour les personnes victimes de violence et de torture ainsi que leurs familles (23).

D'autres interventions autour du bien-être ; au niveau individuel, familial ou communautaire peuvent être identifiées. Il s'agit des interventions visant à améliorer les conditions sociales et sanitaires, via les besoins alimentaires, vestimentaires, les logements, l'éducation, l'emploi, ainsi que des aides sur le plan juridique afin d'assurer une protection légale et une justice (ce qui peut inclure un accès facilité à des soins de santé).

Ces interventions autour du bien-être peuvent contribuer à construire un environnement sécuritaire, propre à un rétablissement pour les personnes présentant des troubles psychiques (23).

5. Intérêt de ce travail

Cette revue systématique de littérature s'intéresse aux interventions psychosociales et leur efficacité dans les populations des réfugiés et demandeurs d'asile.

Nous porterons notre intérêt sur l'usage de ces interventions dans cette dimension communautaire, au regard de la complexité que représentent ces parcours migratoires, et de la grande variabilité de ces populations.

II. METHODES

1. Critères d'inclusion des études

Types d'études

Seuls les essais randomisés ont été inclus. Il n'y a pas eu de restriction sur la date de publication ni le pays publiant les études. Seules les études en français ou en anglais ont été incluses.

Population choisie

Les études pouvaient être incluses si elles concernaient toutes populations faisant l'objet d'un parcours migratoire récent, ce qui comprend les réfugiés, les demandeurs d'asile.

Il n'y a pas de sélection particulière sur le genre. Nous avons inclus toute étude portant sur les personnes de plus de 16 ans.

Il n'y avait pas de restriction sur le type de recrutement ou de lieu de recrutement et d'intervention : hôpitaux, lieux de consultation, dispensaires, cliniques, camps, foyers, lieux de détention, logements.

De même il n'y avait pas de restriction quant au pays de réalisation des études face au constat de la forte proportion de réfugiés se trouvant en transit dans les pays peu ou moyennement développés, ou dans des pays limitrophes à leur pays d'origine.

Types d'interventions

Cette revue implique toute intervention psychologique ou sociale ayant pour objectif d'améliorer la santé mentale et le bien-être de personnes ayant un parcours migratoire. Les interventions psychologiques pouvaient inclure tout type de psychothérapies : analytiques, cognitivo-comportementales, thérapies interpersonnelles, thérapies narratives, gestion du stress et de l'anxiété, thérapies systémiques, art-thérapies, Eye Movement Desensibilisation Reprocessing (EMDR), hypnothérapie ou autres.

Les interventions sociales pouvaient inclure des activités communautaires, d'insertion, de justice et de réparation, d'accompagnement éducatif ou autres.

Les comparateurs pouvaient inclure des groupes contrôles en liste d'attente, l'absence de traitement, le traitement standard ou habituel, un traitement alternatif et pouvaient également opposer des traitements médicamenteux.

Types de mesures, Outcomes

Les études portant sur cette population ont un champ très large de critères de mesure. Nous avons choisi d'inclure les études portant sur l'efficacité des interventions, par la mesure de bénéfices sur la santé mentale, les symptômes de pathologies psychiatriques, le stress, l'anxiété, ou l'amélioration de la santé psychique globale et du fonctionnement. Ces mesures devaient être quantifiées par des échelles ou des scores.

2. Méthodes de recherche pour l'identification des études

Nous avons utilisé la checklist PRISMA pour rapporter la méthodologie (24). Un tableau récapitulatif est disponible en annexes.

Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été faite le 05/06/2023 sur les bases de données suivantes : Pubmed, PsycINFO et PsychArticles, Pubpsych, Cochrane Revue, et Cochrane Trial. Tout article antérieur à la date de requête était potentiellement incluable.

Termes de recherche

La recherche bibliographique s'est faite par mots clés selon la stratégie suivante :

((refugees) or (migrants))

AND ((mental health) OR (mental disorder) OR (mental disorders) OR (psychological distress))

AND ((psychosocial interventions) OR (program) OR (intervention) OR (therapy) OR (treatment) OR (social support) or (social work) OR (psychosocial support systems))

AND ((Psychological Well-Being) OR (Mental Health Recovery)).

3. Collecte des données et analyse

Les articles ont été collectés et sauvegardés via l'outil de recherche *Mendeley.com* ; auquel a été couplé le logiciel *Rayyan.ai* afin de retirer les articles en doublons.

Sélection des articles

Une première sélection des études a été faite par l'auteur à la lecture des abstracts. Une seconde sélection a été faite ensuite par l'auteur par une lecture plus approfondie des articles.

Les articles ont été inclus au regard des critères d'inclusion et d'exclusion et de qualité prédéfinis : essais cliniques randomisés mesurant l'efficacité des interventions sur la population choisie.

Les textes intégraux devaient être disponibles pour chaque article retenu.

Les motifs d'exclusion des articles non retenus étaient l'absence d'intervention psychosociale, des essais concernant uniquement les enfants ou les adolescents de moins de 16 ans, des essais non randomisés, sujets d'étude hors champ de la santé mentale ou du sujet global, l'absence de données de recherches primaires, et des essais ne portant pas sur les populations migrantes.

Extraction des données

Des tableaux Microsoft Word ont été créés par l'auteur afin de renseigner les caractéristiques des études.

Les informations suivantes ont été extraites :

- Identification de la publication : auteur principal, date
- Type d'intervention
- Pays publiant l'étude
- Population étudiée, critères d'inclusion
- Critères d'exclusion
- Design de l'étude
- Comparateur
- Caractéristiques de l'échantillon : taille, répartition
- Critère principal, durée de mesure
- Résultats du critère principal
- Autres critères significatifs

En résultats seront présentés le protocole de chaque intervention recueillie, puis une synthèse regroupant par domaines d'action les résultats des interventions dont les résultats seront exploitables.

Evaluation de la qualité méthodologique des articles inclus

L'outil *Risk Of Bias (RoB)* du comité scientifique Cochrane a été utilisé par l'auteur pour coter la qualité méthodologique des essais cliniques randomisés retenus (25).

Cet outil comporte 7 catégories :

- *"Random sequence generation"*, observe la qualité de la randomisation (biais de sélection) ;
- *"Allocation concealment"*, soit l'assignation secrète aux bras de l'étude (biais de sélection) ;
- *"Blinding of participants and personnel"* observe si les participants et le personnel effectuant l'intervention sont ou non en aveugle du traitement donné/reçu, et conditionne la performance de l'étude ;
- *"Blinding of outcome assessment"*, observe si les évaluateurs reportant les résultats sont en aveugle ou non de l'intervention délivrée (biais de détection) ;
- *"Incomplete outcome data"*, soit les données (ou participants) manquantes lors du recueil du critère principal (biais d'attrition) ;
- *"Selective outcome reporting"*, les changements aux cours de l'étude au niveau des mesures par rapport au protocole initial (biais de notification).
- Une dernière catégorie rapporte les potentielles autres sources de biais, notifiées dans l'étude en question ou retrouvées à la lecture de celle-ci.

L'évaluation de ces critères dans les articles permet ensuite d'obtenir le codage "faible risque de biais" (en vert dans les tableaux 3 et 4) ; "haut risque de biais" (en rouge) ; "risque de biais incertain" (en jaune)

Liens d'intérêt

L'auteur n'a aucun lien d'intérêt avec les auteurs des essais retenus.

III. RESULTATS

1. Description des études

Résultats de la recherche

L'algorithme de recherche sélectionné a identifié 324 articles : 147 articles sur Pubmed ; 28 sur APA PsychInfo et PsychArticles ; 80 sur PubPsych ; 3 sur Cochrane Revue et 66 articles sur Cochrane Trial.

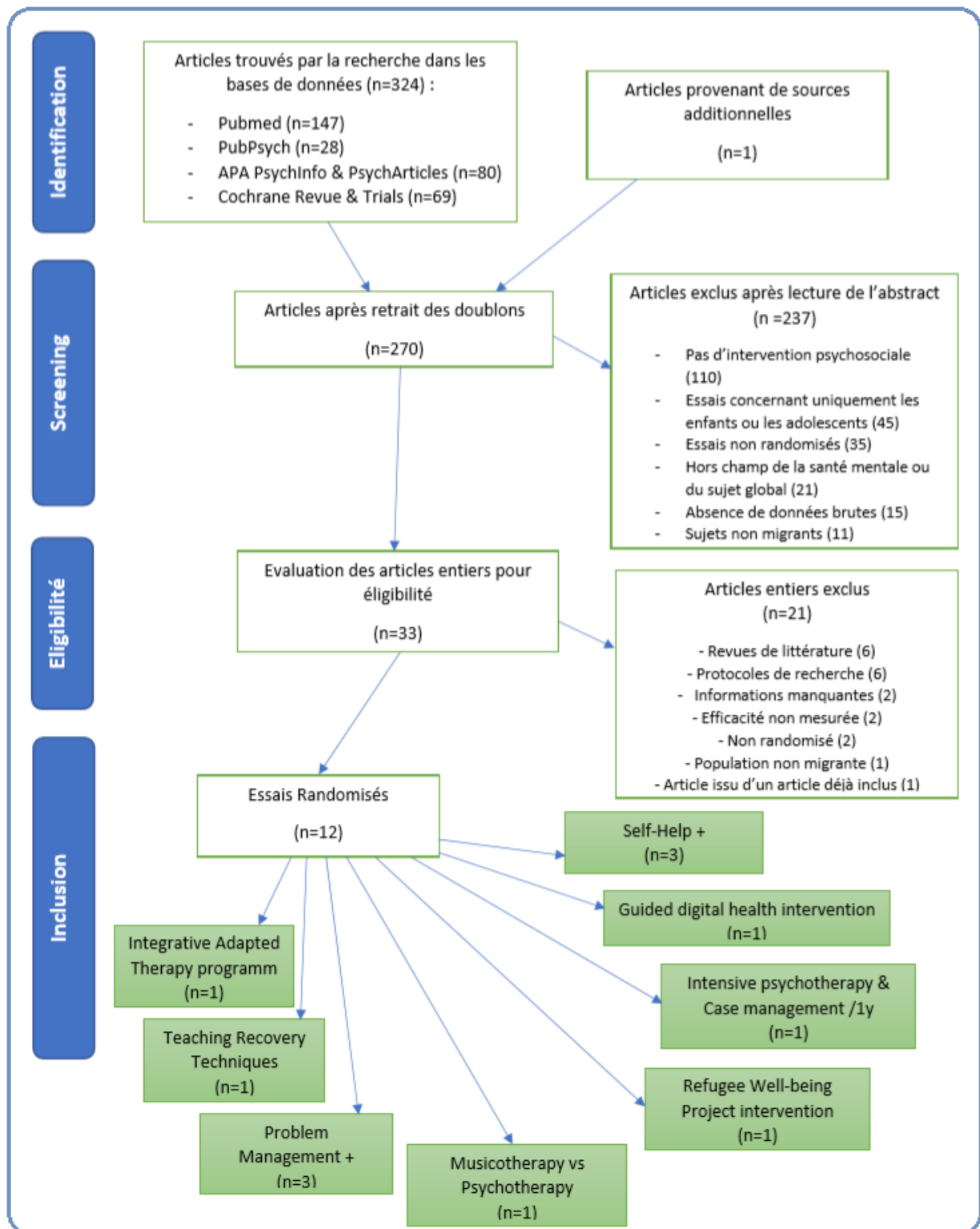
Le dédoublement a permis de passer à 270 articles.

A la lecture d'un protocole de recherche figurant dans la liste des articles retenus, son étude finale ne figurait pas dans les articles sélectionnés par l'algorithme, il a paru intéressant d'ajouter cet article à la liste de ceux sélectionnés (Knefel et al. 2022) (26).

La lecture des résumés des articles a permis d'en sélectionner 33 qui ont été lus intégralement, pour en conserver 12 au final.

Le déroulement de la recherche est décrit dans le flow-chart à la page suivante.

Figure 1. Flow-chart



Études incluses

Les caractéristiques des études sont détaillées dans le tableau présenté ci-dessous.

TABLEAU 1 : Caractéristiques des études

	AUTEUR PRINCIPAL, DATE	TYPE D'INTERVENTION	LIEU	POPULATION D'ETUDE, CRITERES D'INCLUSION	EXCLUSION	DESIGN (plan d'étude)	COMPARATEUR (groupe contrôle)	TAILLE DE L'ECHANTILLON	CRITERE PRINCIPAL, Temps à la mesure	RESULTAT DU CRITERE PRINCIPAL	AUTRE RESULTAT SIGNIFICATIF
1	Acarturk et al. 2022	SELF-HELP +	Turquie	Refugiés, > 18 ans, Langue arabe, Détresse psychique (GHQ-12>3)	Trouble psychique (MINI) Risque suicidaire Pathologie en phase aiguë Incapacité à répondre	RCT, parallèle	Traitement habituel amélioré : care and social support	n=642	Présence d'un trouble psychiatrique (MINI) A 6 mois	Réduction significative du critère principal RR=0.533, 95% CI: 0.408-0.696 p<0.001	Pas de différence significative sur le critère principal en post-intervention (m0)
2	Purgato et al. 2021	SELF-HELP +	Europe	Réfugiés et demandeurs d'asile, Détresse psychique (GHQ-12≥3), Langues : arabe dari, urdu, anglais	Trouble psychique (MINI) Risque suicidaire Pathologie en phase aiguë Incapacité à répondre	RCT, parallèle	Traitement habituel amélioré : care and social support	n=459	Présence d'un trouble psychiatrique (MINI) A 6 mois	Pas de réduction significative du critère principal RR = 0.96; 95% CI 0.52–1.78 p = 0.902	Réduction significative à 2 semaines post-intervention RR = 0.50; 95% CI 0.29–0.87 p = 0.01
3	Tol WA et al. 2020	SELF-HELP +	Ouganda	Réfugiées, Femmes, Soudan du sud réfugiées en Ouganda, Langue Arabe, Détresse psychique modérée (K6 > 5)	Risque suicidaire Difficultés de compréhension	RCT en clusters, parallèle	Traitement habituel amélioré : psycho-éducation, coordination des soins, support psychosocial de base	n=694	Détresse psychique mesurée par score K6 A 3 mois	Réduction significative du K6 β -1.20, 95% (CI -2.33, -0.08); p=0.04	En post intervention β -3.25, 95% (CI -4.31, -2.19) p<0.0001 Différence significative à 3 mois de 5 critères secondaires (sur 8)

	AUTEUR PRINCIPAL, DATE	TYPE D'INTERVENTION	LIEU	POPULATION D'ETUDE, CRITERES D'INCLUSION	EXCLUSION	DESIGN (plan d'étude)	COMPARATEUR (groupe contrôle)	TAILLE DE L'ECHANTILLON	CRITERE PRINCIPAL, Temps à la mesure	RESULTAT DU CRITERE PRINCIPAL	AUTRE RESULTAT SIGNIFICATIF
4	Knefel et al. 2022	aPM+ adapted version (low intensity psychological treatment) 5 semaines	Autriche	Refugiés, Demandeurs d'asile Afghans, Langue : dari, en liste d'attente pour recevoir des soins psychiatriques, >18 ans, détresse psychique (RHS-15≥5)	Risque suicidaire, psychose aiguë, trouble addictif, troubles cognitifs	RCT, en parallèle, un seul centre	Soins habituels : tout contact avec des pro de santé : médicaments, thérapies, activités	n=88	General Health (GHQ-28) A 1 semaine post-intervention	Amélioration du score avec une taille d'effet de 1.04 p>0.001 sur le GHQ total	Amélioration significative dans les sous-score du GHQ : symptômes somatiques, anxiété, dysfonctionnement social, sévérité de la dépression
5	Bryant et al. 2022	gPM+ 5 semaines	Azraq Refugee Camp, Jordanie	Réfugiés, > 18 ans, K10>16 Détresse psychique, Langue : arabe, WHODAS 2.0>17, accompagné d'un enfant entre 10-16 ans	Troubles neurologiques ou cognitifs, pathologie aiguë, trouble mental sévère (psychose, abus de substance), risque suicidaire	RCT, en parallèle	Soins habituels améliorés : informations concernant l'accès aux soins, orientation vers des prises en charge spécifiques, aides parentales...	n=410	HSCL-25 : dépression, anxiété A 3 mois	Réduction significative du HSCL-Dépression (différence des moyennes ajustée = 3.69, 95% (CI 1.90, 5.48); p<0.001; taille d'effet, 0.4) Pas de réduction significative du HSCL-Anxiety	Réduction des problèmes auto-identifiés, Amélioration de la position parentale dans le groupe expérimental
6	De Graaff et al. 2020	PM+	Pays-Bas	Réfugiés syriens, > 18 ans, Langue : arabe, Détresse psychique (K10>15), WHODAS 2.0 > 16	pathologie aiguë, risque suicidaire, trouble cognitif ou psychotique	RCT en parallèle	Traitements habituels : tous soins de santé mentale accessibles	n=206	HSCL-25 : dépression, anxiété A 3 mois	Différence significative des moyennes ajustées en faveur du groupe expérimental pour le score total : -0.25 95% (CI -0.385, -0.122); p=0.0001	Réduction des symptômes de dépression, anxiété, PTSD Réduction des problèmes auto-identifiés à 3 mois

	AUTEUR PRINCIPAL, DATE	TYPE D'INTERVENTION	LIEU	POPULATION D'ETUDE, CRITERES D'INCLUSION	EXCLUSION	DESIGN (plan d'étude)	COMPARATEUR (groupe contrôle)	TAILLE DE L'ECHANTILLON	CRITERE PRINCIPAL, Temps à la mesure	RESULTAT DU CRITERE PRINCIPAL	AUTRE RESULTAT SIGNIFICATIF
7	Goodkind et al. 2020	Refugee Well-being Project (RWP)	Etats-Unis	Réfugiés d'Afghanistan, Iraq, Syrie, régions des grands lacs d'Afrique, > 18 ans, arrivés aux USA dans les 3 dernières années	Troubles cognitifs sévères, pathologie psy ou somatique aiguë	RCT Stratification par ethnie	Liste d'attente	n=290 (143 familles)	Acculturation, niveau en anglais ; soutien social ; détresse psychique (HSCL-25) A 6 mois	Augmentation significative de la connexion à la culture américaine, du niveau d'anglais, de l'impression de support social hors niche ethnique, Diminution significative de la détresse émotionnelle chez les Iraquiens, les Syriens, les Afghans / pas de DS pour les Africains.	
8	Northwood et al. 2020	Intensive psychotherapy & Case management	Etats-Unis	Réfugiés Karens venant de Birmanie, 18-65 ans, trouble dépressif majeur	Psychothérapie déjà en cours, trouble psychotique décompensé, trouble de l'usage de drogues, besoin en soins supérieur à l'intervention	RCT Deux bras parallèles	Traitements habituels : soins habituels, non suivis sur le lieu de l'étude, soins ordinaires en santé mentale	n=214	HSCL-25, PDS (posttraumatic diagnostic scale), 5 item pain scale, Social functioning 0, 3, 6, 12 mois après le recrutement	Changements significatifs sur l'expression des symptômes entre les groupes (dépression, anxiété, TSPT, douleur à 3 mois) maintien significatif à 6 et 12 mois pour dépression, anxiété et TSPT Pas de réduction significative des symptômes dans le groupe contrôle, Différences significatives sur certains critères de fonctionnement social.	
9	Cuijpers et al. 2022	Guided digital health intervention	Liban	Réfugiés syriens, > 18 ans, résidant au Liban, Langue : Arabe ou Anglais, avec un accès internet, symptômes dépressifs modérés à sévères PHQ-9>10, WODAS>16	Risque suicidaire important	RCT Deux bras parallèles	Traitement habituel : Psycho-éducation de base et orientation vers les soins ordinaires en ligne	n=569	Symptômes dépressifs (PHQ-9) ; + Fonctionnement WHODAS 2.0 A 3 mois	Effets significatifs sur les deux critères principaux, maintenus à 3 mois avec p<0.001 Tailles d'effet modérées : PHQ-9 : g = 0.48; 95% (CI: 0.26, 0.70) WHODAS 2.0 : g = 0.35; 95% (CI: 0.14, 0.56)	

	AUTEUR PRINCIPAL, DATE	TYPE D'INTERVENTION	LIEU	POPULATION D'ETUDE, CRITERES D'INCLUSION	EXCLUSION	DESIGN (plan d'étude)	COMPARATEUR (groupe contrôle)	TAILLE DE L'ECHANTILLON	CRITERE PRINCIPAL, Temps à la mesure	RESULTAT DU CRITERE PRINCIPAL	AUTRE RESULTAT SIGNIFICATIF
10	Hasha et al. 2019	Teaching Recovery Techniques (TRT)	Norvège	Réfugiés syriens, > 16 ans, historique traumatiques (IES-R > 24)	Lieu de vie trop éloigné du lieu de l'intervention, Troubles somatiques aigus	RCT Deux bras parallèles	Liste d'attente : Intervention retardée de 6 semaines	n=76	Symptômes de TSPT avec le score IES-R A 6 semaines	Amélioration significative de l'IES-R dans les deux groupes mais pas de supériorité significative du groupe expérimental.	Réduction significative de la santé globale (GHQ-12) dans les deux groupes
11	Tay et al. 2020	Integrative Adapted Therapy programm (ADAPT model)	Malaisie	Refugiés birmans : communautés Chin, Kachin, et Rohingya, au moins un trouble psychique (TSPT, CPTSD, MDD, GAD), traumatismes liés aux conflits de masse	< 18 ans Trouble cognitif, Trouble psychotique, haut risque suicidaire	RCT Deux bras parallèles	TCC	n=331	R-MHAP : TSPT, TSPT complexe, trouble dépressif majeur, CDRS (résilience) ; ASI (adaptative stress index) A 6 semaines	Amélioration des symptômes de troubles psychiques ; supériorité significative du bras expérimental à 6 semaines post-intervention	
12	B.D.Beck et al. 2021	Musicothérapie vs psychothérapie	Danemark	Réfugiés, 18-68 ans, diagnostic de PTSD (ICD-10), permis de séjour temporaire ou définitif	Risque suicidaire, symptômes psychotiques ou dissociatifs sévères, abus de substances	RCT de non infériorité Deux bras parallèles	Psychothérapie du PTSD : TCC, approches narratives, thérapie psychodynamique, Intégration de la mémoire traumatique.	n=74	Evolution des symptômes de TSPT à 6 mois (HTQ-IV)	Non infériorité à 6 mois sur les analyses en PP et en ITT.	

Design

Toutes les études incluses sont des essais randomisés.
Les 12 études retenues ont un design avec deux bras parallèles.

Taille des échantillons

Au total les études représentent 4053 participants, avec des tailles d'échantillon allant de 74 à 694 participants.

11 articles sur 12 rapportent leur taux d'attrition à l'issue de l'étude, variant de 2,8% à 6 semaines, et 53% à 3 mois.

Dans toutes les études les participants avaient plus de 18 ans, hormis une étude qui permettait l'inclusion à partir de 16 ans (27).

Toutes les études sélectionnées concernaient des réfugiés et demandeurs d'asile.

Lieu des études, origine des participants

Six études ont eu lieu en Europe :

Une étude est multicentrique [Purgato et al. 2021] (28) et rassemble des données d'Italie, d'Allemagne, d'Autriche, de Finlande et de deux sites en Angleterre.

Une étude a eu lieu aux Pays-Bas [De Graaff et al. 2020] (29).

Une étude a eu lieu en Autriche [Knefel et al. 2022] (26).

Une étude a eu lieu en Norvège [Hasha et al. 2019] (27).

Une étude a eu lieu au Danemark [B. D. Beck et al. 2021] (30).

Trois études ont eu lieu au moyen-orient :

Une étude a eu lieu en Turquie [Acarturk et al. 2022] (31).

Une étude a eu lieu en Jordanie [Bryant et al. 2022] (32).

Une étude a eu lieu au Liban [Cuijpers et al. 2022] (33).

Deux études ont eu lieu aux Etats-Unis [Goodkind et al. 2020] (34); [Northwood et al. 2020] (35).

Une étude a eu lieu en Ouganda [Tol WA et al. 2020] (36).

Une étude a eu lieu en Malaisie [Tay et al. 2020] (37).

Sept études ont été faites avec des participants originaires du Moyen-Orient. Parmi celles-ci, trois études ont inclus différentes origines au Moyen-Orient (28,31,32) ; trois études ont inclus des Syriens (27,29,33) ; et une étude a inclus des Afghans (26).

Une seule étude concernait des personnes originaires d'Afrique uniquement, à savoir des femmes soudanaises (36).

Deux études ont été réalisées avec des réfugiés de Birmanie (35,37).

Enfin, deux études ont inclus des réfugiés et demandeurs d'asiles de plusieurs origines ethniques, d'Afrique et du Moyen-Orient (30,34).

Critères mesurés

Deux études n'ont pas désigné de critère principal de mesure [Goodkind et al. 2020] (34); [Northwood et al.2020] (35) et une étude a sélectionné deux critères principaux [Cuijpers et al. 2022] (33).

Les neuf autres études ont identifié des critères principaux.

Outils de mesure

Les études retenues ont utilisé différents types scores pour la mesure de leur critères principaux et secondaires. Ces scores et leur usage sont décrits ci-dessous. Les différents critères utilisés et leur domaine d'intérêt sont inscrits dans le tableau ci-dessous.

- **MINI** (Mini International Neuropsychiatric Interview) : amélioration de tous les troubles psychiques confondus, mesurée par un bref entretien de diagnostic structuré. Il évalue les 17 troubles en santé mentale les plus courants (38).
- **K6** (score de Kessler) : baisse de la détresse psychique évaluée par un auto-questionnaire en 6 items (39).
- **GHQ-28** (général health questionnaire) : amélioration de la santé mentale globale mesurée par un auto-questionnaire utilisé pour détecter un trouble psychologique, en identifiant deux principales préoccupations : l'incapacité d'effectuer ses fonctions habituelles ; et l'apparition de phénomènes nouveaux et pénibles (40).
- **HSCL-25** (Hopkins symptoms checklist) : diminution des symptômes d'anxiété et de dépression par cet outil de mesure de la sévérité en 25 items basé sur le DSM-IV (41).
- **LIB acculturation scale** (Language, Identity and Behaviour) : amélioration de la connexion à la culture native et à la culture américaine (42).
- **PEP** (perceived english proficiency) : amélioration du niveau d'anglais, mesurée en quatre items (compréhension, expression orale, écriture et lecture) (43).
- **MSSSI** (Multi-Sector Social Support inventory scale) : mesure du soutien social perçu et du sentiment d'appartenance, au niveau familial, de la communauté d'origine, et de la communauté d'accueil (44).
- **PDS** (Post-traumatic Diagnostic Scale) : mesure des symptômes de psychotraumatisme, basée sur les critères du DSM-V (45).
- **5-IPS** (5 items Pain Scale) : présence et sévérité de la douleur physique (46).

- **SCFI-37** (Social Circumstances and Social Functioning inventory) : évaluation du fonctionnement social, en termes de besoins primaires, stabilisation, emploi, soutien social, engagement en communauté. Cette échelle a été validée pour la population des réfugiés (47).
- **PHQ-9** : amélioration des symptômes dépressifs, score de 9 items mesurant la sévérité de la dépression. Un cutoff ≥ 10 indique une dépression modérée (48).
- **WHODAS 2.0** : amélioration de troubles fonctionnels et de handicaps dans 6 domaines : cognitions, mobilité, soins personnels, sociabilité, activité de vie, participation (49).
- **IES-R** (Impact of Event Scale) : amélioration des symptômes de TSPT mesurée par une échelle de cotation des conséquences psychotraumatiques d'un événement. Cette échelle a été validée pour la population des réfugiés (50).
- **R-MHAP** (Refugee Mental Health Assessment Package) : amélioration globale des troubles psychiques adaptée aux populations migrantes et basée sur les critères du DSM-V en réunissant des mesures concernant l'exposition aux traumatismes, les difficultés de vie post-migration, les symptômes de troubles mentaux (TSPT, TSPT complexe, trouble dépressif majeur). Ce score inclut aussi le score CDRS mesurant la résilience ainsi que le score et ASI cotant le stress (51).
- **HTQ-IV** (Harvard Trauma Questionnaire) : amélioration des symptômes de TSPT avec un score se basant sur les critères du DSM-IV (52).

TABLEAU 2 : Critères d'évaluation utilisés par les études

	Etude	Outil d'évaluation	Diminution des symptômes de TPST	Amélioration des symptômes dépressifs	Amélioration des symptômes anxieux	Amélioration de l'état psychologique	Amélioration globale des troubles psychiques	Amélioration de symptômes somatiques	Amélioration du Fonctionnement social	Amélioration de l'acculturation	Autres
1	Acarturk et al. 2022	MINI à 6 mois					O				
2	Purgato et al. 2021	MINI à 6 mois					O				
3	Tol WA et al. 2020	K6 à 3 mois				O					
4	Knefel et al. 2022	GHQ-28 à 1 semaine		X	X	O		X	X		
5	Bryant et al. 2022	HSCL-25 à 3 mois		O	O						
6	De Graaff et al. 2020	HSCL-25 à 3 mois		O	O						
7	Goodkind et al. 2020	LIB, PEP, MSSSI, HSCL-25 à 6 mois		X	X	X			X	X	
8	Northwood et al. 2020	HSCL-25, PDS, 5-IPS, SCFI-37 à 0,3, 6, 12 mois	X	X	X	X		X	X		
9	Cuijpers et al. 2022	PHQ-9, WHODAS 2.0 à 3 mois		O					X		O
10	Hasha et al. 2019	IES-R à 6 semaines	O								
11	Tay et al. 2020	R-MHAP à 6 semaines	X	X	X	X	O		X		X
12	B.D.Beck et al. 2021	HTQ-IV à 6 mois	O								

Légende : o, domaine mesuré par le critère principal ; x, domaine mesuré par un critère secondaire ou des sous-scores du critère principal

Études exclues

Au cours du screening, la lecture de l'abstract a permis le retrait de 237 articles :

109 études ont été exclues car elles ne concernaient pas les interventions psychosociales ; 45 études ont été exclues car elles concernaient uniquement des enfants ; 35 études ont été exclues car elles n'étaient pas randomisées ; 21 études ont été exclues car elles étaient hors sujet ou hors champ de la santé mentale ; 15 études ont été exclues car elles ne faisait pas figurer de données brutes (protocoles d'études) ; 11 études ont été exclues car elles ne concernaient pas les populations migrantes ; et enfin 5 études ont été exclues car elles étaient en allemand seulement.

Un article a également été retiré car l'intervention étudiée concernait un rite culturel trop spécifique de sa population (53).

Un second tri par la lecture approfondie de chaque article a éliminé 21 articles :

6 revues de littératures ont été retirées ; 6 protocoles de recherche ; 2 articles dont des informations étaient manquantes ; 2 articles ne mesurant pas l'efficacité d'une intervention ; 2 articles en ouvert non randomisés ; 1 article ne concernant pas la population migrante ; ainsi qu'un dernier issu d'un article déjà inclus.

2. Risques de biais dans les études incluses

Les biais ont été classifiés avec le cochrane risk-of-bias tool (ROB). Les risque de biais par articles sont résumés dans le tableau ci-dessous et détaillés par la suite.

TABLEAU 3 : Récapitulatif des risques de biais

	AUTEUR PRINCIPAL, DATE	RANDOM SEQUENCE GENERATION	ALLOCATION CONCEALMENT	BLINDING OF PARTICIPANTS AND PERSONNEL	BLINDING OF OUTCOME ASSESSEMENT	INCOMPLETE OUTCOME DATA	SELECTIVE OUTCOME REPORTING	AUTRES SOURCES DE BIAIS
		<i>Biais de sélection</i>	<i>Biais de sélection</i>	<i>Performance</i>	<i>Biais de détection</i>	<i>Biais d'attrition</i>	<i>Biais de notification</i>	
1	Acarturk et al. 2022	+	+	-	+	+	+	
2	Purgato et al. 2021	+	+	-	+	?	+	
3	Tol WA et al. 2020	+	+	-	+	+	+	?
4	Knefel et al. 2022	+	+	-	+	-	-	
5	Bryant et al. 2022	+	+	-	+	+	+	
6	De Graaff et al. 2020	+	+	-	?	+	-	
7	Goodkind et al. 2020	+	?	-	-	-	-	
8	Northwood et al. 2020	+	?	-	+	+	+	
9	Cuijpers et al. 2022	+	+	-	+	+	+	
10	Hasha et al. 2019	+	+	-	+	-	+	?
11	Tay et al. 2020	+	+	-	+	+	+	?
12	B.D. Beck et al. 2019	+	+	-	+	?	+	

Légende : vert, risque de biais faible ; jaune, risque de biais incertain ; rouge, risque de biais élevé

Randomisation

Les douze études sélectionnées sont randomisées, toutes avec un ratio de un pour un. La moitié des études sont randomisées par blocs (27–31,33).

La moitié des études indiquent l'utilisation d'un chercheur indépendant (26,27,29,32,35,37). Toutes les études ont été notées en faible risque de biais pour ce critère.

Assignment secrète

Deux études n'ont pas mentionné ce critère dans leurs méthodes donc le risque de biais a été évalué incertain (33,34).

Une étude n'a pas masqué les allocations, cependant nous avons coté en faible risque car l'intervention étant prévue via un questionnaire sur ordinateur, l'absence de masquage n'influençait pas les résultats (33).

Personnel et participants en aveugle

Il était impossible, pour chacune des douze études, de maintenir en aveugle les participants ou le personnel effectuant l'intervention.

De fait, toutes sont évaluées à haut risque de biais pour cette catégorie.

Évaluateurs en aveugle

Dans une étude les évaluateurs n'étaient pas masqués du groupe d'allocation. Celle-ci est codée à haut risque de biais (34).

Une autre étude indique que le maintien de l'aveugle pour les évaluateurs a échoué dans 18% des évaluations. Nous avons classé le risque en incertain, du fait de ne pas pouvoir mesurer l'impact de cette statistique (29).

Concernant l'étude de Cuijpers et coll., ce type de questionnaire en ligne limite ce biais (33). Il limite aussi le biais de désirabilité sociale, en revanche on ne peut pas s'assurer de la bonne compréhension des questions posées.

Données manquantes

Une étude a dépassé l'attrition prévue dans le protocole, le risque de biais est incertain (28). Une étude n'indique pas l'attrition prévue par le protocole, le risque de biais a été codé incertain (30).

L'étude de Hasha et coll. n'a pas renseigné l'attrition attendue ni la puissance calculée, et affiche un nombre élevé de perdus de vue, elle a été évaluée à haut risque de biais (27).

De plus son nombre de perdus de vue serait déséquilibré entre les deux bras.

Une autre étude n'a pas renseigné de critère principal ni de temps pour sa mesure et les perdus de vue sont nombreux, elle a été évaluée à haut risque de biais (34).

Les autres études indiquent une attrition réelle prévue par le protocole et inférieure à la limite calculée. Elles sont complétées par des analyses en ITT (intention to treat) et ont été évaluées à faible risque de biais pour cette catégorie.

Biais de notification

Le protocole de l'étude de Goodkind et coll. n'était pas accessible, elle a été cotée en haut risque (34).

Du fait de la COVID-19, une étude a dû raccourcir le temps de mesure de son critère principal de 6 mois à 1 semaine pour atteindre le nombre de sujet prévu. Elle a été cotée à haut risque de biais (26).

Une seconde étude a également été affectée par la COVID-19, et 1/3 des participants ont reçu l'intervention par internet. Nous avons coté le risque incertain car les critères de mesure n'ont pas été modifiés (29).

Les autres études respectaient leur protocole de recherche.

Autres risques de biais

L'étude de Tol WA et coll. indique qu'un manque de comparabilité des groupes est possible du fait de l'absence de stratification, le risque de biais est incertain (36).

L'étude Tay et coll. suggère qu'un risque de contamination au niveau des bras de l'étude pourrait exister, du fait d'un risque de mélanger les deux interventions auprès des participants. Ce risque de biais est sensé être contrôlé par la formation des intervenants, et des contrôles aléatoires de la qualité des entretiens, mais reste incertain (37).

Pour chaque article, les caractéristiques propres aux différents types de biais sont inscrites dans le tableau qui suit.

TABLEAU 4 : Classification des biais (cochrane risk-of-bias tool)

	AUTEUR PRINCIPAL, DATE	RANDOM SEQUENCE GENERATION	ALLOCATION CONCEALMENT	BLINDING OF PARTICIPANTS AND PERSONNEL	BLINDING OF OUTCOME ASSESSMENT	INCOMPLETE OUTCOME DATA	SELECTIVE OUTCOME REPORTING	AUTRES SOURCES DE BIAIS
		<i>Biais de sélection</i>	<i>Biais de sélection</i>	<i>Performance</i>	<i>Biais de detection</i>	<i>Biais d'attrition</i>	<i>Biais de notification</i>	
1	Acarturk et al. 2022	1 :1 Randomisation en blocs	Pas d'accès à la liste de randomisation ni à la taille des blocs	Non	Evaluateurs en aveugle, pas d'activité susceptible de leur révéler le groupe	Attrition de 95/642 à 6 mois Distribution similaire dans les groupes ITT complété par une analyse en PP	Pas de changement du protocole : peu d'étude préalable sur SH+ par tel.	
2	Purgato et al. 2021	1 :1 Randomisation en blocs, centralisée	Pas d'accès à la liste de randomisation ni à la taille des blocs	Non	Evaluateurs en aveugle, aucun accès à l'intervention faite pas une personne tierce.	30% de perdus de vue à 6 mois, 25% prévu dans le protocole Distribution similaire dans les groupes Analyse en ITT	Pas de changement	
3	Tol WA et al. 2020	1 :1 Randomisation centralisée à Baltimore	Pas d'accès à la liste de randomisation, Interventions sur des jours différents que les coordinateurs	Non	Evaluateurs en aveugle, mesure du critère principal indépendante de l'intervention	20% d'attrition comme prévu par le protocole Analyse en ITT	Pas de changement	Possible manque de comparabilité des clusters (pas de stratification)

	AUTEUR PRINCIPAL, DATE	RANDOM SEQUENCE GENERATION	ALLOCATION CONCEALMENT	BLINDING OF PARTICIPANTS AND PERSONNEL	BLINDING OF OUTCOME ASSESSMENT	INCOMPLETE OUTCOME DATA	SELECTIVE OUTCOME REPORTING	AUTRES SOURCES DE BIAIS
4	Knefel et al. 2022	1 :1 centralisé, chercheur indépendant	Pas d'accès aux listes de randomisation	Non	Evaluateurs en aveugle	Attrition de 42% contre 25% prévue par le protocole Analyse en PP	COVID : CP changé de 6 mois à 1 semaine post-intervention pour maintenir un nombre de sujets suffisant dans le temps imparti	
5	Bryant et al. 2022	1 :1 Randomisation centralisée par un staff indépendant et par ordinateur	Pas d'accès aux listes de randomisation : Groupe assigné par séquence de nombre, en enveloppe opaque et scellée, confiée au coordinateur	Non	Evaluateurs en aveugle, pas de contact avec les facilitateurs, logés à un autre endroit, pas d'interaction avec la mesure	Attrition de 13% à 3 mois, inférieure à celle attendue (35%) Attrition par groupe : 82,4%/91,7%, possible effet d'une fatigue dans la participation dans le groupe intervention	Pas de changement	
6	De Graaff et al. 2020	1 :1 Randomisation en blocs de 4, 6, ou 8 participants par un chercheur indépendant	Enveloppes opaques, participants informés de l'allocation par un chercheur indépendant	Non	Evaluateurs en aveugle Indication à chaque évaluation si allocation révélée lors de l'entretien Masking réussi à 82%	Attrition attendue 30% à 3 mois (p=0,90) Attrition réelle de 15,5% à 3 mois Analyse en ITT, mêmes résultats en PP	COVID : 1/3 des participants ont reçu l'intervention par internet Pas de modification des critères mesurés	

	AUTEUR PRINCIPAL, DATE	RANDOM SEQUENCE GENERATION	ALLOCATION CONCEALMENT	BLINDING OF PARTICIPANTS AND PERSONNEL	BLINDING OF OUTCOME ASSESSMENT	INCOMPLETE OUTCOME DATA	SELECTIVE OUTCOME REPORTING	AUTRES SOURCES DE BIAIS
7	Goodkind et al. 2020	1 :1 Deux variables de stratification (groupe d'origine et présence d'un PTSD dans le groupe familial) Randomisation par famille dans un centre communautaire local lors d'une rencontre avec le groupe concerné	Non renseigné	Non	Non	Mal renseigné, pas de CP 80% ont atteint 9 cercles d'apprentissage (sur 18 programmés) ITT	Protocole non renseigné	
8	Northwood et al. 2020	1 :1 à pile ou face Par un clinicien indépendant, en aveugle des caractéristiques du patient	Non renseigné	Non	Evaluateurs indépendants de l'intervention et en aveugle du groupe d'affectation	20% d'attrition prévue, 10% obtenue donc taille d'échantillon recalculée pour obtenir alpha <.05 et p>80% ITT	Pas de changement	
9	Cuijpers et al. 2022	1 :1 En blocks de taille aléatoire entre 2 et 8, centralisé par un algorithme	Allocation non masquée des intervenants, sans influence sur les réponses des participants car interactions sur des questionnaires en ligne	Non	Intérêt du questionnaire en ligne pour limiter les ruptures d'aveugle par la connaissance du bras de randomisation	Attrition attendue 70% Attrition réelle : 53% post-traitement, 47% à 3 mois ITT	Pas de changement	

	AUTEUR PRINCIPAL, DATE	RANDOM SEQUENCE GENERATION	ALLOCATION CONCEALMENT	BLINDING OF PARTICIPANTS AND PERSONNEL	BLINDING OF OUTCOME ASSESSEMENT	INCOMPLETE OUTCOME DATA	SELECTIVE OUTCOME REPORTING	AUTRES SOURCES DE BIAIS
10	Hasha et al. 2019	1 :1 Randomisation en block de 4, 6, ou 8 participants par un statisticien indépendant	Pas d'accès à la liste de randomisation	Non	Auto-questionnaire, Résultats analysés par le premier auteur	76 participants au départ, pas d'information sur la puissance calculée initialement et le nombre de sujets nécessaires. 25 participants perdus avant la première intervention ITT, avec 32% de perdus de vue	Pas de changement	Nombreux perdus de vue dans le groupe contrôle
11	Tay et al. 2020	1 :1 Générée hors site par un chercheur indépendant, par ordinateur	Allocation indépendante de l'équipe d'intervention	Non	Evaluateurs en aveugle, indépendants de l'équipe d'intervention	Calcul du nombre de sujet nécessaires à 300 pour p=80% alpha=5% Attrition attendue 50% A 6 semaines attrition totale de 2,8%	Pas de changement	Risque de cross-over IAT/TCC
12	B. D. Beck et al. 2019	1 :1 Randomisation par blocs de 4 à 6 participants.	Randomisation générée par ordinateur, enveloppes scellées Stratification sur la localisation et le sexe.	Non	Evaluateurs en aveugle, indépendants de l'équipe d'intervention	Nombre de sujets nécessaires à 64 pour puissance 80% et alpha 5% Inclusion n=74 Analyse PP et en ITT Attrition : 29%	Pas de changement	

Légende : vert, risque de biais faible ; jaune, risque de biais incertain ; rouge, risque de biais élevé

3. Caractéristiques des interventions et résultats par études

3.1. Self-help +

Principe :

Cette intervention est basée sur la thérapie d'acceptation et d'engagement (Acceptance and Commitment Therapy - ACT), qui appartient à la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales.

Le but est d'aider les personnes à améliorer leur flexibilité psychologique afin de mieux accepter des événements personnels inévitables (54).

Cette thérapie considère que l'évitement expérientiel, stratégie d'adaptation pathologique mise en place pour réduire la confrontation à un facteur de stress, est le mécanisme principal au cœur des pathologies psychiques qui ont une composante émotionnelle et anxieuse. L'évitement est une stratégie de régulation émotionnelle qui limite les capacités d'adaptation et affecte négativement la résilience (55).

L'acceptation correspond à une relation accueillante à l'égard de son vécu, et à consentir au ressenti des expériences y compris négatives (56)

L'objectif central de cette thérapie consiste à inciter l'action et l'engagement. Agir est considéré comme un moyen de mettre en phase des renforçateurs là où l'inaction favorise au contraire une spirale dépressive (57).

Self-Help + s'appuie sur de nombreuses valeurs de l'ACT notamment par la pratique de la pleine conscience, la défusion cognitive : une prise de recul sur le vécu émotionnel, la clarification des valeurs. Elle encourage le soutien social par la compassion et l'entraide. Elle vise une réduction de la détresse psychique dans des contextes de stress multiples (violences interpersonnelles, précarité). Cette intervention est trans-diagnostique.

L'effet bénéfique de l'ACT a été démontré dans plusieurs troubles psychiques : la psychose, la dépression, l'addiction, le trouble obsessionnel compulsif, la trichotillomanie, le trouble anxieux généralisé, les troubles du comportement alimentaire et le trouble de la personnalité état-limite (54).

L'efficacité de l'ACT a été aussi montrée dans d'autres domaines de la médecine, comme la prise en charge de la douleur chronique, l'épilepsie, la gestion du diabète, la gestion du stress au travail, l'arrêt du tabac, la gestion des acouphènes et la souffrance psychologique des patients atteints de sclérose en plaques (54).

Format :

L'intervention Self-Help + consiste en une série de cours audio pré-enregistrés. Ils sont délivrés par des médiateurs formés et complétés d'un support écrit illustré et adapté à la culture du groupe ciblé.

Il y a 5 cours de 2 heures qui incluent des informations clés sur la gestion du stress et guide les participants à travers des exercices individuels et des discussions en petits groupes. Notre recherche a trouvé trois études concernant cette intervention.

Dans l'étude de Acarturk et coll., l'intervention a été adaptée aux populations syriennes, en utilisant une forme d'Arabe communément comprise en Syrie, et des illustrations adaptées. Les participants étaient recrutés en Turquie avec l'aide d'organisations non gouvernementales qui pouvaient les orienter vers l'étude (31).

Purgato et coll. A en commun certains auteurs de l'étude précédente avec des paramètres comparables. Elle implique plusieurs centres situés dans différents pays européens qui recrutaient avec l'aide de structures locales d'accompagnement des migrants (28).

Une troisième étude, celle de Tol WA et coll. ; prenait place dans un camp de réfugiés en Ouganda. Les approches pleine conscience et thérapie d'acceptation et d'engagement avaient déjà été abordées en contexte humanitaire auparavant mais il s'agit là de la première étude randomisée (36).

Résultats :

La première étude mesurait la présence d'un trouble psychique à 6 mois, en utilisant le score MINI.

Elle a obtenu une réduction significative de ce critère principal, avec un risque relatif $RR=0,533$, 95% CI: 0,408-0,696 $p<0,001$.

La seconde mesurait également la présence d'un trouble avec le MINI à 6 mois, mais n'a pas trouvé de réduction significative : $RR=0,96$, 95% CI: 0,52-1,78 $p=0,902$.

La réduction cependant était significative 2 semaines après la fin de l'intervention avec $RR=0,5$, 95% CI: 0,29-0,87 $p=0,01$.

La troisième étude mesurait la détresse psychique à 3 mois avec le score K6 et a obtenu une réduction significative avec $\beta=-1,20$, -2,33 -0,08, $p=0,04$.

3.2. Problem-management +

Principe :

Cette intervention est également trans-diagnostique. Elle consiste en un traitement psychologique de faible intensité.

Le manuel original PM+ a été développé pour les adultes souffrant de troubles mentaux généraux incluant la dépression, l'anxiété, le stress ou le deuil ; ainsi que des problématiques auto-identifiées (chômage, conflits interpersonnels, etc.).

Les développeurs de PM+ ont intégré des techniques de résolution de problème et de thérapie comportementale qui sont utilisables dans des traitements de faible intensité (58).

Format :

Le manuel original de l'intervention PM+ propose des entretiens individuels hebdomadaires, en face à face, et pendant cinq semaines, basés sur quatre stratégies thérapeutiques :

- 'Managing Stress' : optimiser le niveau de stress de base et améliorer les stratégies de relaxation notamment par des exercices de respiration
- 'Managing Problems' : améliorer la prise de contrôle sur les problématiques individuelles
- 'Get Going, Keep Doing' : améliorer la persévérance et le renforcement positif par des stratégies de thérapie comportementale
- 'Strengthening Social Support' : rétablir les capacités à faire du lien avec ses pairs et trouver du soutien auprès des autres.

La dernière session fait le rappel des précédentes et cherche à identifier des signaux d'alerte individuels afin de prévenir des rechutes en termes de détresse psychique (58).

L'étude de Knefel et coll. (aPM+) a concerné des réfugiés et des demandeurs d'asile afghans arrivés en Autriche (26).

C'est une version adaptée de PM+ qui ajoute une session supplémentaire prenant en compte les difficultés de vie post-migration.

Une étude préliminaire a identifié deux stratégies thérapeutiques pour prendre en compte cette particularité :

- 'Anger Regulation' : stratégies de gestion de la colère et des émotions basées sur la thérapie comportementale
- 'Increasing Self-efficacy' : stratégies d'empowerment

Les participants pouvaient choisir l'une ou les deux stratégies lors de la session (55).

L'étude de Bryant et coll. (gPM+) a eu lieu dans un camp de réfugiés en Jordanie.

Elle adapte l'intervention originale pour des groupes de 8 à 10 personnes, avec des groupes spécifiques pour les hommes et les femmes (32).

Elle suit le protocole original en 5 sessions, et enseigne aux participants des compétences pour gérer les difficultés de vie et les facteurs de stress dans le camp.

La discussion de groupe était encouragée afin d'améliorer la résolution de problème et des défis communs.

L'étude de De Graaf et coll. utilise le protocole PM+ original pour des réfugiés et demandeurs d'asile syriens arrivés aux Pays-Bas (29).

L'intervention s'appuie sur une médiation par des aidants eux-mêmes réfugiés d'origine syrienne parlant arabe (ainsi qu'anglais ou néerlandais), qui devaient avoir un bon niveau d'étude et une expérience professionnelle dans l'éducation. Ils recevaient une formation de huit jours.

Résultats :

L'étude de Knefel a mesuré la santé globale des participants à 1 semaine après l'intervention avec le score GHQ-28 et a montré une amélioration du score avec une taille d'effet de 1,04 $p < 0,001$ sur le GHQ total ; ainsi que dans les sous-scores : symptômes somatiques ($d = 0,64$ $p = 0,003$), anxiété et insomnie ($d = 0,75$ $p = 0,002$), dysfonctionnement social ($d = 0,52$ $p = 0,014$); sévérité de la dépression ($d = 0,99$ $P < 0,001$) (26).

L'étude de Bryant mesurait l'anxiété et la dépression à 3 mois par le score HSCL-25. Elle observe une réduction significative du score HSCL-dépression avec une différence de moyenne ajustée à 3,69, 95% CI: 1,90-5,48, $p < 0,001$ et une taille d'effet de 0,4. Elle ne trouve pas de réduction significative pour le score HSCL-anxiété à 3 mois (32).

L'étude de De Graaf mesurait également la dépression et l'anxiété à 3 mois HSCL-25. Pour le score global, il a obtenu une différence des moyenne entre les groupes de -0,25 95% (CI: -0,385, -0,122) $p = 0,0001$ en faveur du groupe de l'intervention.

Des effets similaires ont été retrouvés dans les sous-scores de la dépression (-0,28; 95% CI -0,421 to -0,131; $p = 0,0002$, Cohen's $d = 0,42$) et de l'anxiété (-0,23; 95% CI -0,365 to -0,087; $p = 0,001$, Cohen's $d = 0,35$) (29).

3.3. Refugee Well-being Project (RWP)

Principe :

Le programme RWP, qui est décrit dans l'étude de Goodkind et coll. ; propose un modèle de partenariat durable et reproductible entre les réfugiés, les organismes communautaires et les universités, aux Etats-Unis (34).

Dans cette étude, des familles de réfugiés et des étudiants juristes étaient associés pour travailler ensemble pendant 6 mois, avec différents objectifs :

- Accroître les compétences des réfugiés à naviguer dans leurs nouvelles communautés
- Améliorer leur accès aux ressources de la communauté
- Développer des rôles sociaux significatifs en valorisant les cultures, les expériences et les connaissances des réfugiés
- Réduire l'isolement social
- Améliorer la réceptivité des communautés aux réfugiés

L'objectif au cœur de ces échanges est d'aider les réfugiés à reconnaître leurs contributions personnelles à la communauté et les potentiels changements et contributions qu'ils peuvent apporter.

Format :

L'intervention RWP a été réalisée par des étudiants universitaires inscrits à un cours d'apprentissage de deux semestres et comportait deux éléments :

- 1) Les cercles d'apprentissage, qui impliquaient des échanges culturels et des possibilités d'apprentissage individuel,
- 2) La défense des intérêts, par la mobilisation de ressources communautaires liées à la santé, au logement, à l'emploi, à l'éducation et aux questions juridiques et pour créer des changements à des échelles politiques.

Résultats :

Cette étude n'a pas désigné un unique critère principal, et conclut sur les mesures de différents scores, 6 mois après l'intervention :

- Acculturation (Language, Identify and Behaviour Acculturation Scale) : augmentation de l'acculturation à la culture Américaine, diminution dans le groupe contrôle, pour les trois groupes ethniques de l'étude ($d=0,31$ $p<0,05$)
- Compétences en anglais (score PEP) : augmentation significative du niveau d'anglais dans le groupe expérimental ($d=0,19$).
- Soutien social (score MSSSI) : augmentation significative en début d'étude du soutien perçu par les participants au sujet de la communauté qu'ils intègrent ($d=0,60$ $p<0,001$), puis baisse de l'effet et perte de significativité à 6 mois dans le groupe expérimental. Aucune augmentation significative dans le bras contrôle.
- Détresse émotionnelle (score HSCL-25) : l'étude obtient réduction de la détresse psychique globale avec une taille d'effet de $-0,39$ $p<0,05$.
Cependant elle montre des effets différents selon les groupes ethniques : pas de différence significative dans le groupe des Iraquiens et des Syriens, réduction significative de la détresse psychique dans le groupe des Afghans, résultats inversés pour les Africains avec moins de détresse psychique dans le groupe contrôle.

3.4. Intensive psychotherapy and case management

Principe :

Cette intervention se base sur la gestion de cas et le soutien psychothérapeutique. La fonction de gestionnaire de cas était d'aider les personnes accompagnées à avoir accès à des services médicaux, sociaux, éducatifs, professionnels et autres services nécessaires liés à leurs besoins en santé mentale.

Les interventions de gestion de cas étaient axées sur le rétablissement de la sécurité et de la stabilisation ; la facilitation de la communication, de la résolution de problèmes et de la compréhension entre les patients et les fournisseurs de soins médicaux ; et l'amélioration des compétences en matière de navigation dans les systèmes de santé et communautaires lors de la réinstallation.

La psychothérapie proposée avait pour objectif d'améliorer les capacités d'adaptation des patients et leur compréhension de leurs symptômes, ainsi que d'atténuer les symptômes et leur impact.

Les psychothérapeutes ont enseigné des compétences de relaxation calibrées pour les survivants de traumatismes graves et de pertes catastrophiques.

Ils ont fourni une éducation sur les liens entre le traumatisme/stress et les symptômes, l'utilisation de médicaments et les attentes normatives pour la relation médecin-patient dans la culture occidentale, et des stratégies compensatoires pour les patients ayant des troubles importants de la mémoire ou de la concentration afin qu'ils puissent prendre leurs médicaments avec précision et suivre les aspects comportementaux de leur plan de soins.

Les psychothérapeutes ont appliqué des traitements basés sur des données probantes pour le TSPT et la dépression testés sur des populations de réfugiés, y compris la thérapie narrative (Narrative Exposure Therapy – NET) et la thérapie cognitivo-comportementale (59).

Ils ont également utilisé des approches psychoéducatives ainsi que des traitements ciblés, comme la psychothérapie sensorimotrice, et des méthodes centrées sur le patient, comme l'entretien motivationnel (60).

Format :

Dans l'étude de Northwood et coll. ; les participants recevaient l'aide du psychothérapeute et du gestionnaire de cas pendant un an (35).

Selon leurs disponibilités, ils avaient des rendez-vous hebdomadaires ou bi-hebdomadaires de 45 minutes.

Chaque patient et son gestionnaire de cas ont élaboré et travaillé à partir d'un plan de soutien individuel et communautaire (PIDC) qui établissait une priorité de trois à cinq objectifs, énoncés dans les mots du patient (p. ex., « Je veux travailler pour aider ma famille à payer les factures » ; « Je veux devenir citoyen américain »).

Résultats :

Cette étude a étudié différents scores en tant que critères principaux, et à différents temps de mesure, 0, 3, 6, et 12 mois.

- Dépression et anxiété (HSCCL-25) : maintien de la réduction significative à 12 mois (dépression : taille d'effet de 0,214 $p < 0,001$) (anxiété : taille d'effet de 0,193 $p < 0,001$)
- Symptômes de TSPT (PDS) : maintien de la réduction significative des symptômes à 6 et 12 mois (taille d'effet de 0,224 $p < 0,001$)
- Douleur (5 item pain scale) : réduction significative dans le groupe expérimental à 3 mois, non maintenu à 6 et différence significative à 12 mois (taille d'effet 0,172 $p < 0,01$)
- Fonctionnement social : différences significatives sur certains critères (emploi, sécurité et besoins de base, et soutien social).

Il n'y a pas eu d'amélioration significative dans le groupe contrôle.

3.5. Guided digital health intervention

Principe :

L'intervention nommée Step-by-step par Cuijpers et coll. est conçue pour traiter la dépression au moyen d'un appareil connecté à Internet (33).

Elle fournit une psychoéducation et une formation à l'activation comportementale à travers un récit illustré, avec des techniques thérapeutiques supplémentaires telles que la gestion du stress, les exercices de gratitude, le "positive self-talk", le renforcement du soutien social et la prévention des rechutes.

Le récit a été adapté au contexte local, en tenant compte des nuances de genre, de langue et de culture pour les réfugiés Syriens. L'étude est guidée par l'OMS.

Format :

Step-by-step comprend 5 sessions de récits écrits qui sont illustrés et également enregistrés en format audio. Chaque session est divisée en 3 parties plus petites, qui prennent au total 20 minutes en moyenne pour être lues. Chacune se déverrouille après 4 jours après avoir terminé la session précédente.

Il est recommandé aux utilisateurs de compléter 1 session (avec ses 3 parties) chaque semaine. Le programme est donc censé être complété sur une période de 5 semaines à 8 semaines.

L'intervention a été fournie sous la forme d'une application hybride pour iOS, Android et les navigateurs Web. Il a une version féminine et masculine, chacune avec 2 versions, 1 pour les personnes mariées avec enfants et 1 pour les personnes célibataires.

Résultats :

Cette étude a mesuré deux critères principaux à 3 mois.

- Les symptômes dépressifs (PHQ-9) : réduction significative des symptômes dépressifs à 3 mois à $p < 0.001$ avec une taille d'effet modérée.
($g = 0,48$; 95% CI: 0,26; 0,70)
- Les troubles fonctionnels (WHODAS 2.0) : réduction significative des troubles du fonctionnement à 3 mois à $p < 0.001$ avec une taille d'effet modérée.
($g = 0,35$; 95% CI: 0,14; 0,56)

3.6. Teaching recovery techniques

Principe :

L'intervention Teaching recovery techniques (TRT), utilisée dans Hasha et coll. (27) est une intervention de groupe conçue précédemment pour les enfants de 8 à 18 ans par le Children and War Foundation en Norvège afin d'aider les enfants exposés à la guerre.

La TRT est fondée sur les principes de thérapie cognitivo-comportementale et les méthodes de traitement des traumatismes dont l'efficacité est démontrée.

Cette intervention a contribué au soin de réfugiés adolescents présentant un TSPT en Suède et en Palestine (61,62).

Format :

L'intervention originale avec les enfants comprenait cinq séances. Le manuel TRT a été modifié pour des adultes victimes d'évènements traumatiques dans cette étude avec des exemples pertinents et des devoirs et a été organisé en six séances.

Des séances de TRT ont été proposées chaque semaine pendant six semaines ; une séance dure environ deux heures et demie avec jusqu'à 10 participants.

La première séance portait sur les pensées et les sentiments intrusifs, la deuxième portait sur l'éveil, et les dernières séances portaient sur l'évitement.

Les séances ont été menées pour les hommes et les femmes séparément, en norvégien avec un interprète arabe du même sexe que le groupe, qui étaient bien préparés au préalable.

Résultats :

L'étude avait pour critère principal la mesure de symptômes de psychotraumatisme. Il s'agissait du score IES-R (Impact of Event Scale - Revised), mesuré à la fin de l'intervention à 6 semaines.

Une réduction significative du score IES-R a été observée dans les deux groupes, cependant l'intervention n'a pas eu d'effet significatif supérieur au groupe témoin, avec un coefficient de régression de $B=-1.3$ (-8.7, 6.2) CI: 95%

En revanche le score GHQ-12 mesuré en critère secondaire a montré une diminution significative à 6 semaines dans le groupe intervention par rapport au groupe témoin, avec $B=-3,8$ (-7,2, -0,4) CI: 95%.

3.7. Integrative adapted therapy programm (ADAPT model)

Principe :

L'étude de Tay et coll. (37) confronte l'efficacité de la TCC au programme de thérapie intégrative adaptée (Integrative Adapted Therapy - ADAPT model) développé notamment par l'auteur principal (63).

Les réfugiés participant à l'IAT sont encouragés à réfléchir sur les expériences passées et en cours qui ont eu un impact pour leurs familles et leur vie personnelle.

Des liens sont établis entre ces expériences, la signification pour la personne, les symptômes et les comportements inadaptés qui peuvent causer des difficultés personnelles ou interpersonnelles.

Les stratégies du modèle ADAPT comprennent la psychoéducation, la Narrative Exposure Therapy (NET), la résolution de problèmes, la gestion du stress, la régulation des émotions, la réévaluation cognitive et la création de sens.

Format :

Le programme IAT comprenait six séances hebdomadaires de 45 minutes. L'étude réalisée à Kuala Lumpur (Malaisie) était proposé à des réfugiés de Birmanie, présentant des troubles psychiques.

L'intervention par TCC dans le bras opposé impliquait 6 sessions hebdomadaires de 45 minutes et comprenait 6 stratégies de traitement de base : psychoéducation, gestion du stress, résolution de problèmes, activation comportementale, réévaluation cognitive et renforcement du soutien social.

Résultats :

Cette étude a utilisé le score R-MHAP (Refugee Mental Health Assessment Package). Les deux bras ont montré des améliorations dans les différentes catégories mesurées.

L'intervention a montré une supériorité significative pour les symptômes de TSPT avec une différence des moyennes à $-0,08$ (95% CI: $-0,14$ to $-0,02$, $p = 0,012$), de TSPT complexe $-0,07$ (95% CI: $-0,14$ to $-0,01$, $p = 0,025$), de trouble dépressif majeur $-0,07$ (95% CI: $-0,13$ to $-0,01$, $p = 0,02$).

Il y avait également une supériorité significative du bras de l'intervention en ce qui concernait certaines sous-parties du score ASI (adaptative stress index).

Le score CDRS (résilience) n'a pas montré de supériorité significative dans le bras d'intervention.

Les tailles d'effet étaient larges pour les scores cottaant les troubles TSPT, TSPT complexe, et trouble dépressif majeur suggérant une supériorité de l'intervention mais l'étude conclut à des différences modestes entre les deux bras.

3.8. Musicothérapie

Principe :

L'étude de Beck et coll. propose une alternative aux thérapies par la parole, dans le soin des TSPT (30).

Il s'agirait de la première étude contrôlée randomisée concernant la musicothérapie pour la population migrante présentant des symptômes de TSPT.

La musicothérapie est définie comme un usage professionnel de la musique et de ces éléments en tant qu'intervention médicale, éducative, et dans l'environnement quotidien avec des individus, des groupes des familles et des communautés qui cherchent à améliorer leur qualité de vie et leur bien-être physique, social, émotionnel, intellectuel et spirituel (64).

L'efficacité de la musicothérapie a été démontrée dans des essais randomisés contrôlés avec de larges tailles d'effet, notamment sur des adultes atteints de dépression, en comparant la musicothérapie en addition au traitement habituel au traitement habituel seul (65) ainsi que sur les troubles du sommeil (66).

Format :

La phase de stabilisation utilisait une musique à tempo lent prévisible pour diminuer l'excitation. L'écoute de la musique a également été utilisée pour aider le participant à se projeter des images de lieux sûrs, et des souvenirs positifs de situations sécurisantes.

En tenant compte de la susceptibilité individuelle aux signaux et aux déclencheurs émotionnels, une musique de plus en plus évocatrice a été progressivement introduite afin de refléter l'histoire traumatisante du patient et de l'aider à contenir et à réguler des émotions complexes et contradictoires.

L'exposition aux images du traumatisme évoqué a été gérée par le thérapeute, donnant des conseils de plus en plus directs pendant la lecture de la musique.

En consultation avec le patient, les morceaux de musique ont été choisis par les thérapeutes dans le répertoire GIM de pièces de musique classique (67), complétés par des morceaux de musique classique légère, de musique de film, de musique méditative et de pièces de la tradition musicale du participant.

Il a été demandé aux participants d'utiliser la musique entre les séances comme outil quotidien de régulation du stress.

Dans la phase finale de la thérapie, les participants ont été encouragés à imaginer leur situation de vie future et à mettre en œuvre leurs nouvelles compétences d'adaptation dans leur vie quotidienne.

Résultats :

Les auteurs de cette étude ont choisi de mesurer l'évolution des symptômes de TSPT à 6 mois avec le score HTQ-IV.

Les analyses en per-protocole et ITT rapportent chacune une non-infériorité de l'intervention par rapport au témoin à 6 mois.

4. Efficacité en fonction des troubles ou domaines ciblés

4.1. Trouble dépressif

Integrative Adapted Therapy vs. TCC

L'étude de Tay et coll. montre une amélioration des symptômes dépressifs significativement supérieure à la TCC à 6 semaines de l'intervention.

PM+ vs. Traitement habituel

Les études qui appliquaient le protocole PM+, ont indiqué une amélioration des symptômes dépressifs supérieurement significative par rapport aux témoins (traitements habituels pour les trois études traitant de cette intervention).

De fait, l'étude de Bryant ; et celle de Graaf montrent chacune une différence des moyennes significative concernant le sous-score HSCL-25 cotant la dépression. Il s'agit de résultats à 3 mois.

Intervention digitale « Step-by-Step » vs. Traitement habituel

L'étude de Cuijpers a rapporté également une amélioration des symptômes dépressifs significative à 3 mois avec l'intervention digitale « Step-by-step », par rapport au traitement habituel.

Psychothérapie intensive et gestion de cas vs. Soins ordinaires

Cette intervention étudiée par Northwood a montré une supériorité significative sur le traitement habituel (soins ordinaires) en ce qui concerne l'amélioration des symptômes dépressifs mesurés par le HSCL-25 à 6 et 12 mois.

4.2. Trouble stress post-traumatique

Psychothérapie intensive et gestion de cas vs. Soins ordinaires

L'intervention de Northwood a montré une supériorité significative sur le traitement habituel (soins ordinaires) en ce qui concerne l'amélioration des symptômes de psychotraumatisme mesurés par le score PDS à 6 et 12 mois.

Integrative Adapted Therapy vs. TCC

L'intervention de Tay et coll. a montré une supériorité significative contre la TCC pour la réduction des symptômes de TSPT à 6 semaines.

Musicothérapie vs. Psychothérapies

L'étude de Beck indique que la musicothérapie n'a pas de résultats significativement inférieurs à ceux du groupe ayant reçu des psychothérapies (TCC, thérapie narrative, thérapie psychodynamique, intégration de la mémoire narrative), concernant l'évolution des symptômes de TSPT à 6 mois.

4.3. Détresse psychique et anxiété

Self-Help + vs. Soins habituels

Cette intervention de Tol et coll. a obtenu une réduction significative du score de détresse psychique K6 avec une supériorité à 3 mois face au comparateur incluant soins de base et psychoéducation.

Refugee Well-Being Project vs. Liste d'attente

L'étude de Goodkind indique une diminution significative de la détresse émotionnelle à 6 mois chez les Iraquiens, les Syriens, les Afghans ; pas pour le groupe des Africains des grands lacs.

Psychothérapie intensive et gestion de cas vs. Soins ordinaires

Cette intervention a montré une supériorité significative sur le traitement habituel (soins ordinaires) en ce qui concerne les symptômes anxieux mesurés par le HSCL-25 à 6 et 12 mois.

4.4. Santé mentale globale

Self-Help + vs. Soins et soutien social

L'étude de Arcaturk a montré une supériorité significative du bras expérimental pour la réduction de tous troubles psychiques à 6 mois, mesurés par le score MINI.

Adapted PM+ vs. Soins habituels

Knefel et coll. ont obtenu une amélioration significative du score de santé mentale globale GHQ-28 à 1 semaine après l'intervention, comparé aux soins habituels.

4.5. Fonctionnement social et acculturation

Refugee Well-Being Project vs. Liste d'attente

L'étude de Goodkind indique une augmentation significative de la connexion à la culture américaine, du niveau d'anglais, et de l'impression de support social hors niche ethnique.

4.6. Etudes non concluantes

Teaching Recovery Techniques vs. Liste d'attente

Cette intervention utilisée par Hasha n'a pas montré de supériorité significative sur les symptômes de TSPT à 6 semaines face au groupe témoin en attente de l'intervention.

IV. DISCUSSION

Les résultats de cette étude apportent des informations intéressantes et variées, avec une grande diversité d'interventions psychologiques et sociales qui se destinent au soin des troubles psychiques notamment la dépression et le TSPT, à l'anxiété, au bien-être et à la santé globale, au fonctionnement social et à l'acculturation.

Ces interventions présentent des résultats prometteurs pour la prise en charge en santé mentale des populations migrantes.

On peut identifier celles déjà pratiquées en population générale dont le protocole est adapté à la population migrante, ou celles nouvelles qui composent avec la complexité de cette population.

On retient également les différents types de populations et objectifs qu'ont visé les interventions décrites : inclusions de tous les réfugiés et demandeurs d'asile avec un objectif d'amélioration de la santé globale, le bien être, et le fonctionnement social ; et inclusions plus restreintes aux troubles psychiatriques permettant d'observer des effets sur des troubles caractérisés.

Le design de notre revue de littérature a rencontré des limites, de même que les études que nous avons présenté qui en partagent aussi certaines.

Tout d'abord, le choix de l'algorithme de recherche a peut-être restreint un peu trop la sélection d'articles. Il est par exemple étonnant de ne pas trouver d'article spécifique sur la Narrative Exposure Therapy qui donne actuellement de bons résultats sur le TSPT (68), ainsi que dans le TSPT complexe (69).

Le faible nombre d'études incluses et leur diversité en termes d'interventions et d'objectifs limite leur comparabilité.

Ce petit nombre d'étude dépend peut-être de l'algorithme mais également du faible nombre d'études similaires disponibles dans la littérature scientifique.

Pour la plupart des interventions, les études sont récentes et peu nombreuses.

De plus, parmi tous ces essais randomisés, les méthodes très différentes et la variabilité des groupes ethniques choisis rend la comparaison encore plus complexe :

En termes de méthodes, certains essais prennent pour comparateur le traitement habituel dont la définition n'est pas homogène selon les études ; tandis que d'autres opposent leur bras expérimental à la TCC ou à d'autres psychothérapies.

Les groupes ethniques sont eux aussi susceptibles d'introduire une variabilité, comme l'indique l'étude de Goodkind dont certaines conclusions diffèrent selon les origines de leurs groupes (34).

Les outils servant aux mesures sont variés, et parfois leur validité transculturelle n'est pas disponible ou étudiée.

De même, les interventions en population générale sont souvent modifiées pour mieux s'adapter à celles étudiées ainsi qu'aux conditions d'études, notamment lorsqu'il s'agit d'études en camp.

Par exemple, on a pu décrire les variantes du modèle PM+ entre les trois études qui en mesuraient l'efficacité : selon le modèle original (29), par groupe (32), et adapté à la culture (26).

A défaut d'être comparables par une méta-analyse, ces modèles illustrent les innovations possibles vis-à-vis de modèles déjà connus et l'intérêt de développer les données scientifiques sur ces domaines interventionnels.

On peut noter l'absence d'étude concernant les troubles psychotiques chez les migrants. Cette dimension est souvent exclue dans les protocoles sur les interventions psychosociales.

Nous avons pu rappeler en introduction que les statistiques concernant les prévalences des troubles psychiques chez les migrants évoluaient selon les paramètres de mesure et les définitions choisies par les études épidémiologiques. La schizophrénie n'est pas mentionnée dans les études que nous avons décrites dans cette revue.

Les troubles psychotiques en phase aiguë figuraient dans les critères d'exclusion de la plupart des études, et certaines interventions trans-diagnostiques ne portaient pas leur intérêt sur cette dimension pathologique.

Une autre limite est le temps de mesure des critères expérimentaux. Les études que nous avons présenté mesurent des critères entre 1 semaine après l'intervention et jusqu'à 6 mois généralement. Plus rarement le temps de suivi peut s'allonger à 12 mois.

Les caractéristiques des populations migrantes rendent difficile le paramétrage des suivis plus longs, du fait de l'instabilité des logements et des situations sociales, des personnes fréquemment en transit et susceptibles d'être perdues de vue.

Ces parcours introduisent plus de facteurs de confusion à plus long terme du fait de ces changements de contexte.

On peut remarquer cependant les taux d'attrition plutôt satisfaisants dans la majorité des études incluses, et cela apporte des questionnements intéressants sur ce qui permet de limiter les perdus de vue et maintenir les liens de soins le temps de l'étude : on peut faire l'hypothèse des intérêts obtenus par les participants dans ces accompagnements, notamment en termes de facilitation des démarches sociales, d'accès aux soins somatiques, ou a des ressources pour les besoins primaires.

La temporalité courte, dans le suivi et les mesures de chaque étude, constitue une limite car il semble aussi important d'identifier l'efficacité des interventions à plus long terme. Certains résultats posent la question de la durabilité de l'effet : L'étude sur l'intervention Self-Help + dans l'étude de Purgato n'a pas trouvé d'effet significatif à 6 mois mais indique un effet à court terme à 2 semaines (28).

Il en est de même pour la détresse psychique mesurée à 3 mois dans la troisième étude sur l'intervention Self-Help + (36).

L'étude sur la version adaptée de PM+ montre de petites améliorations du score GHQ-28 à 1 semaine, notamment dans la sous-partie concernant la dépression.

Cependant ce sont des temporalités très courtes par rapport à l'évolution naturelle de la maladie dépressive, des troubles anxieux et même du fonctionnement social qui est mesuré également dans ce score, ce qui pourrait mettre en doute son utilité à long terme sur ces critères.

La revue de prévalence des troubles psychiatriques chez les migrants et les réfugiés réalisée en 2020 par Blackmore et ses collègues (13) ; indique que la prévalence des troubles dépressifs et post-traumatiques persiste plusieurs années après le déplacement. Elle insiste sur l'importance de prises en charge précoces, mais aussi au long court, après la période de réinstallation.

De même, par souci de comparabilité, nous avons retiré un article qui observait l'efficacité d'une intervention, concernant la première génération d'enfants de migrants (70).

Il semble important de considérer que les besoins en santé mentale, ainsi que plus largement au niveau social et communautaire, persistent et évoluent bien au-delà de la période initiale du parcours migratoire et de la réinstallation, en prenant en compte l'influence de ce parcours sur les générations suivantes.

On peut citer notamment les travaux récents de l'équipe australienne de Ratnamohan et coll. sur l'influence de l'insécurité administrative post-migration sur la santé mentale des enfants de demandeurs d'asile (71).

Dans la majorité des études nous avons pu constater un effort important pour adapter les outils de mesure aux populations concernées et à leurs particularités culturelles. La santé mentale est stigmatisée dans de nombreuses cultures partout dans le monde. La perception et l'expérience d'une pathologie psychiatrique, selon son contexte culturel, aura de grands impacts sur l'expression des troubles par la personne, le diagnostic, et in fine l'adhésion aux soins.

Ces conditions culturelles ont été décrites par Hwang et ses collègues en 2008 avec le développement du Cultural Influences on Mental Health (CIMH) Model (72).

Ils ont décrit l'influence des origines culturelles entre les patients et les cliniciens qui vont apporter des modèles explicatifs différents pour la maladie, et introduire potentiellement des conflits et des diagnostics erronés.

Cette caractéristique est importante à considérer dans la conception des études d'intervention sanitaire pour les populations réfugiées, car elle peut conditionner la confiance dans les services fournis et l'adhésion aux soins.

On a pu remarquer également que les outils de mesure sont variés.

Certains sont spécifiques et concentrent l'intérêt de l'étude sur le soin d'un trouble psychiatrique, par exemple le TSPT qui est très représenté dans les populations de migrants. Certains outils le sont moins et ciblent des éléments de santé mentale.

Par exemple, l'auto-questionnaire de Kessler ou K6 utilisé pour mesurer la détresse psychologique apporte des informations sur un vécu subjectif. Il prend en compte indifféremment la dépression et le trouble anxieux sans se baser sur des catégories diagnostiques (39).

D'autre part, des études s'intéressent de façon plus large à la mesure de déterminants de santé globale, et proposent la mesure de plusieurs critères simultanément. Ces études apportent un regard plus complet sur l'efficacité des interventions étudiées (qui sont elles-mêmes multimodales), cependant il y a une perte de performance statistique du fait de ces nombreuses mesures.

Cette variété d'outils peut témoigner des besoins d'adaptation, majorés dans ces populations, dans lesquelles il peut être difficile de cibler un trouble psychiatrique en particulier. On remarque en ce sens, la présence d'interventions trans-diagnostiques, qui vont cibler tous types de troubles dans la population des réfugiés et demandeurs d'asile.

Il semble donc intéressant de mettre en lumière ces différents positionnements dans le choix des protocoles, et des conclusions qu'il est possible d'en tirer par la suite.

On peut prendre l'exemple de l'étude de Goodkind et ses collègues, qui ont mesuré différents déterminants psychosociaux : l'acculturation, le niveau en anglais, le soutien social perçu et la détresse émotionnelle.

Dans leur discussion, ils partagent leurs réserves concernant la pertinence et la validité du modèle des essais contrôlés randomisés dans l'étude des populations migrantes, tout en reconnaissant leur performance scientifique.

C'est avec un regard sociologique, que Bonell et ses collègues (73) ont proposé un commentaire sur le design des études randomisées, pour compléter les limites identifiées par Deaton et Cartwright en 2018 (74) :

Puisqu'il n'est pas possible d'extrapoler directement les résultats d'une population à une autre, différente de la première ; ils déplorent que les résultats des essais contrôlés randomisés ne puissent théoriser le fonctionnement des interventions sociales et la façon dont elles varient selon le contexte.

Ils proposent ainsi que les essais randomisés, appliqués à la recherche concernant des interventions sociales, peuvent donner un résultat concluant sur l'efficacité d'une intervention, mais peuvent également offrir des opportunités intéressantes sur le développement théorique de l'intervention. Ils invitent à compléter les designs des études sociales en ce sens (73).

Au-delà du psychosocial, les études sociales portant sur les réfugiés et les demandeurs d'asile rappellent l'influence de la précarité sur la santé mentale, comme nous l'avons mentionné en introduction avec les travaux du Dr. Khouani (22).

Prendre en compte cette précarité, nécessite d'agir dans un contexte versatile et complexe, afin de répondre aux besoins primaires, promouvoir le rétablissement et permettre à ces personnes de remettre du sens et de la dignité dans leur parcours.

Ces besoins impliquent d'encourager la recherche et la création de protocoles innovants pour ces cadres hétérogènes.

V. CONCLUSION

Les réfugiés et demandeurs d'asile sont une population dont les chiffres augmentent chaque année. Ces personnes, du fait de leur parcours, rencontrent des difficultés d'ordres psychique et social qui dressent des tableaux complexes dont la prise en charge nécessite une réflexion pluridisciplinaire.

Ce travail illustre les possibilités innovantes dans le domaine des interventions psychosociales qui peuvent améliorer le quotidien et le futur de cette population.

La variété des interventions et leurs impacts sur plusieurs domaines notamment au niveau social impliquent une réflexion sur la place donnée aux populations migrantes dans les sociétés d'accueil.

Le faible nombre d'études et leur qualité parfois limitée rappellent l'urgence à mieux connaître les stratégies de soin et d'accueil efficaces, pour pouvoir les justifier auprès des gouvernements, et guider les projets d'aide humanitaire.

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET ANNEXES

1. Organisation mondiale de la Santé. (2022). Rapport mondial sur la santé des réfugiés et des migrants : résumé. Organisation mondiale de la Santé.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/360464>. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. DSM-V, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5ème édition, 2013.
3. United Nations High Commissioner for Refugees. Global trends—forced displacement in 2022. United Nations High Commissioner for Refugees. 2023. Available from:
<https://www.unhcr.org/global-trends-report-2022>.
4. Wainberg ML, Scorza P, Shultz JM, Helpman L, Mootz JJ, Johnson KA, et al. Challenges and opportunities in global mental health: a research-to-practice perspective. *Current Psychiatry Reports* 2017;19(5):28. :
5. Goodkind, J. R., Hess, J. M., Isakson, B., LaNoue, M., Githinji, A., Roche, N., ... Parker, D. P. (2014). Reducing refugee mental health disparities: A community-based intervention to address postmigration stressors with African adults. *Psychological Services*, 11(3), 333. doi:10.1037/a0035081.
6. [Nathan T. La fonction psychique du trauma Nouvelle revue d’Ethnopsychiatrie 1987].
7. RADJACK Rahmeth, MORO Marie Rose, « Migration et vulnérabilité des jeunes étrangers isolés », *Les Politiques Sociales*, 2011/2 (n° 3-4), p. 53-64. DOI : 10.3917/lps.113.0053. URL :
<https://www.cairn.info/revue-les-politiques-sociales-2011-2-page-53.htm>.
8. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 2005; 365(9467): 1309–14.
9. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009; 302(5): 537–49.
10. UNHCR (UN High Comm. Refug.). 2020a. Global trends: forced displacement in 2019. Rep., UNHCR Glob. Data Serv., Copenhagen. <https://www.unhcr.org/globaltrends2019/>.
11. Peconga EK, Høgh Thøgersen M. Post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety in adult Syrian refugees: what do we know? *Scand J Public Health*. 2019;
<https://doi.org/10.1177/1403494819882137>.
12. Nguyen TP, Guajardo MGU, Sahle BW, Renzaho AMN, Slewa-Younan S. 2022. Prevalence of common mental disorders in adult Syrian refugees resettled in high income Western countries: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 22:15.
13. Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Gray KM, Fitzgerald G, et al. (2020) The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 17(9): e1003337. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337>.
14. [Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med*. 2017; 47: 2260–74.]

15. [Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2009; 18: 23–33.].
16. [Pera" la" J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsa E, Pirkola S, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry.* 2007; 64: 19–28.].
17. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med.* 2005 May;2(5):e141. doi: 10.1371/journal.pmed.0020141. Epub 2005 May 31. PMID: 15916472; PMCID: PMC1140952.
18. Bryant RA, Nickerson A, Morina N, Liddell B. Posttraumatic Stress Disorder in Refugees. *Annu Rev Clin Psychol.* 2023 May 9;19:413-436. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-080921-080359. Epub 2023 Feb 28. PMID: 36854285.
19. Brewin CR, Cloitre M, Hyland P, Shevlin M, Maercker A, et al. 2017. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin. Psychol. Rev.* 58:1–15.
20. Santiago PN, Ursano RJ, Gray CL, Pynoos RS, Spiegel D, Lewis-Fernandez R, et al. A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma exposed populations: intentional and non-intentional traumatic events. *PloS one.* 2013;8(4):e59236.
21. Cloitre M, Stolbach BC, Herman JL, van der Kolk B, Pynoos R, Wang J, et al. A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of traumatic stress.* 2009;22(5):399408.
22. Khouani J, Blatrix L, Tinland A, Jegu M, Gentile G, Fond G, Loundou A, Fromentin M, Auquier P. Health status of recently arrived asylum seekers in their host country: results of a cross-sectional observational study. *BMC Public Health.* 2022 Sep 6;22(1):1688. doi: 10.1186/s12889-022-14095-8. PMID: 36068557; PMCID: PMC9450400.
23. Patel N, Kellezi B, Williams AC. Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Nov 11;(11):CD009317. doi: 10.1002/14651858.CD009317.pub2. PMID: 25386846.
24. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.
25. Higgins JP, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD, Savovic J, Schulz KF, Weeks L, Sterne JA; Cochrane Bias Methods Group; Cochrane Statistical Methods Group. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ.* 2011 Oct 18;343:d5928. doi: 10.1136/bmj.d5928. PMID: 22008217; PMCID: PMC3196245.
26. [Knefel M, Kantor V, Weindl D, Schiess-Jokanovic J, Nicholson AA, Verginer L, Schäfer I, Lueger-Schuster B. A brief transdiagnostic psychological intervention for Afghan asylum seekers and refugees in Austria: a randomized controlled trial. *Eur J Psychotraumatol.* 2022 May 25;13(1):2068911. doi: 10.1080/20008198.2022.2068911. PMID: 35957634; PMCID: PMC9359165.].

27. Hasha, W., Igländ, J., Fadnes, L.T. et al. Effect of a self-help group intervention using Teaching Recovery Techniques to improve mental health among Syrian refugees in Norway: a randomized controlled trial. *Int J Ment Health Syst* 16, 47 (2022). <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00557-4>.
28. Purgato M, Carswell K, Tedeschi F, Acarturk C, Anttila M, Au T, Bajbouj M, Baumgartner J, Biondi M, Churchill R, Cuijpers P, Koesters M, Gastaldon C, Ilkkursun Z, Lantta T, Nosè M, Ostuzzi G, Papola D, Popa M, Roselli V, Sijbrandij M, Tarsitani L, Turrini G, Välimäki M, Walker L, Wancata J, Zanini E, White R, van Ommeren M, Barbui C. Effectiveness of Self-Help Plus in Preventing Mental Disorders in Refugees and Asylum Seekers in Western Europe: A Multinational Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom.* 2021;90(6):403-414. doi: 10.1159/000517504. Epub 2021 Jul 20. PMID: 34350902; PMCID: PMC8619740.
29. de Graaff AM, Cuijpers P, Twisk JWR, Kieft B, Hunaidy S, Elsayy M, Gorgis N, Bouman TK, Lommen MJJ, Acarturk C, Bryant R, Burchert S, Dawson KS, Fuhr DC, Hansen P, Jordans M, Knaevelsrud C, McDaid D, Morina N, Moergeli H, Park AL, Roberts B, Ventevogel P, Wiedemann N, Woodward A, Sijbrandij M; STRENGTHS Consortium; STRENGTHS consortium. Peer-provided psychological intervention for Syrian refugees: results of a randomised controlled trial on the effectiveness of Problem Management Plus. *BMJ Ment Health.* 2023 Feb;26(1):e300637. doi: 10.1136/bmjment-2022-300637. Epub 2023 Feb 8. PMID: 36789918; PMCID: PMC10035776.
30. B. D. Beck, S. L. Meyer, E. Simonsen, U. Sjøgaard, I. Petersen, S. M. H. Arnfred, T. Tellier & T. Moe (2021) Music therapy was noninferior to verbal standard treatment of traumatized refugees in mental health care: Results from a randomized clinical trial, *European Journal of Psychotraumatology*, 12:1, DOI: 10.1080/20008198.2021.1930960.
31. Acarturk C, Uygun E, Ilkkursun Z, Carswell K, Tedeschi F, Batu M, Eskici S, Kurt G, Anttila M, Au T, Baumgartner J, Churchill R, Cuijpers P, Becker T, Koesters M, Lantta T, Nosè M, Ostuzzi G, Popa M, Purgato M, Sijbrandij M, Turrini G, Välimäki M, Walker L, Wancata J, Zanini E, White RG, van Ommeren M, Barbui C. Effectiveness of a WHO self-help psychological intervention for preventing mental disorders among Syrian refugees in Turkey: a randomized controlled trial. *World Psychiatry.* 2022 Feb;21(1):88-95. doi: 10.1002/wps.20939. PMID: 35015365; PMCID: PMC8751562.
32. Bryant RA, Bawaneh A, Awwad M, Al-Hayek H, Giardinelli L, Whitney C, et al. (2022) Effectiveness of a brief group behavioral intervention for common mental disorders in Syrian refugees in Jordan: A randomized controlled trial. *PLoS Med* 19(3): e1003949. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003949>.
33. Cuijpers P, Heim E, Abi Ramia J, Burchert S, Carswell K, Cornelisz I, et al. (2022) Effects of a WHO-guided digital health intervention for depression in Syrian refugees in Lebanon: A randomized controlled trial. *PLoS Med* 19(6): e1004025. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004025>.
34. Goodkind JR, Bybee D, Hess JM, Amer S, Ndayisenga M, Greene RN, Choe R, Isakson B, Baca B, Pannah M. Randomized Controlled Trial of a Multilevel Intervention to Address Social Determinants of Refugee Mental Health. *Am J Community Psychol.* 2020 Jun;65(3-4):272-289. doi: 10.1002/ajcp.12418. Epub 2020 Feb 17. PMID: 32067251; PMCID: PMC7579846.
35. Northwood, A.K., Vukovich, M.M., Beckman, A. et al. Intensive psychotherapy and case management for Karen refugees with major depression in primary care: a pragmatic randomized control trial. *BMC Fam Pract* 21, 17 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12875-020-1090-9>.

36. Tol WA, Leku MR, Lakin DP, Carswell K, Augustinavicius J, Adaku A, Au TM, Brown FL, Bryant RA, Garcia-Moreno C, Musci RJ, Ventevogel P, White RG, van Ommeren M. Guided self-help to reduce psychological distress in South Sudanese female refugees in Uganda: a cluster randomised trial. *Lancet Glob Health*. 2020 Feb;8(2):e254-e263. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30504-2. PMID: 31981556; PMCID: PMC9899129.
37. Tay AK, Mung HK, Miah MAA, Balasundaram S, Ventevogel P, Badrudduza M, et al. (2020) An Integrative Adapt Therapy for common mental health symptoms and adaptive stress amongst Rohingya, Chin, and Kachin refugees living in Malaysia: A randomized controlled trial. *PLoS Med* 17(3): e1003073. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003073>.
38. [Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57. PMID: 9881538.
39. [Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., ... Zaslavsky, A. M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 184-189. Repéré à <https://pdfs.semanticscholar.org/7101/40b8f5db8fd0701a9b21414fab442f59a617.pdf>].
40. [Sterling M. General Health Questionnaire - 28 (GHQ-28). *J Physiother*. 2011;57(4):259. doi: 10.1016/S1836-9553(11)70060-1. PMID: 22093128.].
41. [Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behav Sci*. 1974; 19:1–15. <https://doi.org/10.1002/bs.3830190102> PMID: 4808738].
42. [Birman D, Trickett EJ, & Vinokurov A (2002). Acculturation and Adaptation of Soviet Jewish Refugee Adolescents: Predictors of Adjustment Across Life Domains. *American Journal of Community Psychology*, 30(5), 585–607. 10.1023/A:1016323213871 [PubMed: 12188052]].
43. [Rumbaut RG (1989). The Structure of Refuge: Southeast Asian Refugees in the United States, 1975–1985, 1, 97–129.].
44. [Layne C, Warren J, Hilton S, Pasalic A, Katalinski R, & Pynoos R (2009). Measuring Adolescent Perceived Support Amidst War and Disaster In Barber B (Ed.), *Adolescents and war: How youth deal with political violence* (pp. 135–176). New York, NY: Oxford University Press.].
45. [Foa E, Cashman L, Jaycox L, Perry K. The validation of a self-report measure of PTSD: the posttraumatic diagnostic scale. *Psychol Assess*. 1997;9:445–51.].
46. [Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *JAMA*. 1998;280(2):147–51.].
47. [Vukovich M, Tracey H. The Social Circumstances and Social Functioning Inventory (SCFI-37): utility and validity in practice. Paper presented at 8th annual research symposium of National Consortium of Torture Treatment Programs. Washington D.C: National Consortium of Torture Treatment Programs; 2017.].
48. [Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001; 16:606–13. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x> PMID: 11556941].

49. [Ustun T, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J, Organization. WH. Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Geneva: WHO; 2010.].
50. [Grassi M, Pellizzoni S, Vuch M, Apuzzo GM, Agostini T, Murgia M. Psychometric properties of the syrian arabic version of the impact of event scale-revised in the context of the syrian refugee crisis. *J Trauma Stress*. 2021;34(4):880–8.].
51. [Tay AK, Rees S, Chen J, Kareth M, Mohsin M, Silove D. The Refugee-Mental Health Assessment Package (R-MHAP); rationale, development and first-stage testing amongst West Papuan refugees. *International journal of mental health systems*. 2015; 9(1):1–13. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-9-1>].
52. [Mollica, R. F., Caspi-Yarvin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). 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(2), 111–116. doi:10.1097/00005053-199202000-00008].
53. [Huang CY, Zane NW, Hunter L, Vang L, Apesoa-Varano EC, Joseph J. Promoting mental and physical health of Vietnamese immigrants through a cultural movement intervention. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2023 May 25. doi: 10.1037/cdp0000591. Epub ahead of print. PMID: 37227854.].
54. [Ducasse D, Fond G. La thérapie d'acceptation et d'engagement [Acceptance and commitment therapy]. *Encephale*. 2015 Feb;41(1):1-9. French. doi: 10.1016/j.encep.2013.04.017. Epub 2013 Nov 18. PMID: 24262333.].
55. [Schoendorff, Grand, Bolduc. *La thérapie d'acceptation et d'engagement*, 2011, p. 167-197].
56. [Schoendorff, Grand, Bolduc. *La thérapie d'acceptation et d'engagement*, 2011, p. 265-299].
57. [Schoendorff, Grand, Bolduc. *La thérapie d'acceptation et d'engagement*, 2011, p. 331-361].
58. [Dawson KS, Bryant RA, Harper M, Kuowei Tay A, Rahman A, Schafer A, van Ommeren M. Problem Management Plus (PM+): a WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems. *World Psychiatry*. 2015 Oct;14(3):354-7. doi: 10.1002/wps.20255. PMID: 26407793; PMCID: PMC4592660.].
59. [Nosè M, Ballette F, Bighelli I, Turrini G, Purgato M, Tol W, et al. Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12:1. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171030>].
60. [Ogden P, Fisher J. *Sensorimotor psychotherapy: interventions for trauma and attachment (Norton series on interpersonal neurobiology)*. New York: WW Norton & Co; 2015].
61. [Sarkadi A, Warner G, Salari R, Fangstrom K, Durbeej N, Lampa E, et al. Evaluation of the Teaching Recovery Techniques community-based intervention for unaccompanied refugee youth experiencing post-traumatic stress symptoms (Swedish Unaccompanied yOuth Refugee Trial; SUPpORT): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2020;21(1):63.].
62. [Barron I, Abdallah G, Heltne U. Randomized control trial of teaching recovery techniques in rural occupied palestine: effect on adolescent dissociation. *J Pain Symptom Manag*. 2016;25(9):955–73.].

63. [Tay AK, Miah MAA, Khan S, Badrudduza M, Morgan K, Balasundaram S, et al. Theoretical background, first stage development and adaptation of a novel Integrative Adapt Therapy (IAT) for refugees. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2019;1–8. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000416> PMID:31441397].
64. [WFMT (World Federation of Music Therapy). (2011). Retrieved from <https://wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>].
65. [Aalbers, S., Fusar-Poli, L., Freeman, R. E., Spreen, M., Ket, J. C. F., Vink, A. C., . . . Gold, C. (2017). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 11. Art. No.: CD004517. doi: 10.1002/14651858. CD004517.pub3-].
66. [Jespersen, K. V., Koenig, J., Jennum, P., & Vuust, P. (2015). Cochrane database of systematic reviews. *Music for Insomnia in Adults*, 8. Art. No.: CD010459. doi: 10.1002/14651858.CD010459.pub2].
67. [Grocke, D. (Ed.). (2019). *Guided imagery and music – The Bonny method and beyond* (2nd ed.). Dallas, TX: Barcelona Publishers.].
68. Lely JCG, Smid GE, Jongedijk RA, W Knipscheer J, Kleber RJ. The effectiveness of narrative exposure therapy: a review, meta-analysis and meta-regression analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2019 Mar 25;10(1):1550344. doi: 10.1080/20008198.2018.1550344. PMID: 31007868; PMCID: PMC6450467.
69. Jongedijk RA. Narrative exposure therapy: an evidence-based treatment for multiple and complex trauma. *Eur J Psychotraumatol*. 2014 Dec 9;5:26522. doi: 10.3402/ejpt.v5.26522. PMID: 25511727; PMCID: PMC4265174.
70. Ünlü Ince B, Cuijpers P, van 't Hof E, van Ballegooijen W, Christensen H, Riper H. Internet-based, culturally sensitive, problem-solving therapy for Turkish migrants with depression: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2013 Oct 11;15(10):e227. doi: 10.2196/jmir.2853. PMID: 24121307; PMCID: PMC3849840.
71. Ratnamohan L, Silove D, Mares S, Krishna Y, Hadzi-Pavlovic D, Steel Z. Breaching the family walls: Modelling the impact of prolonged visa insecurity on asylum-seeking children. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2023;57(8):1130-1139. doi:10.1177/00048674221148399.
72. Hwang, W.-C., Myers, H. F., Abe-Kim, J., & Ting, J. Y. (2008). A conceptual paradigm for understanding culture's impact on mental health: The cultural influences on mental health (CIMH) model. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 211–227. doi:10.1016/j.cpr.2007.05.001.
73. Bonell C, Melendez-Torres GJ, & Quilley S (2018). The potential role for sociologists in designing RCTs and of RCTs in refining sociological theory: A commentary on Deaton and Cartwright. *Social Science and Medicine*, 210(2018), 29–31. 10.1016/j.socscimed.2018.04.045 [PubMed:29724460].
74. Deaton, Cartwright, 2018. Understanding and misunderstanding randomized controlled trials. *Soc. Sci. Med.* 210C, 2–21.

TABLEAU 5 : Checklist PRISMA

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	No
ABSTRACT			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	No abstract
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	Introduction
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	Introduction
METHODS			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	Methods (1.)
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	Methods (2.)
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	Methods (2.)
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	Methods (3.)
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	Methods (3.)
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	Methods (3.)
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	Methods (3.)
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	Methods (3.)
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	Tableau 1
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	Methods
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	Results (3.)
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	Table 1

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	No M.A.
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	No
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	No
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	Methods (3.) Table 4
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	No
RESULTS			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	Results (1.)
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	Results (1.)
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	Results (3.) Table 1
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	Results (2.) Table 4
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	Results (3.) Table 1
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	No M.A.
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	Discussion
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	No
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	Table 4
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	Results (3.) Table 1

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
DISCUSSION			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	Discussion
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	Discussion
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	Discussion
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	Discussion
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	No
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	No
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	No
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	No
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	Yes

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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