

Parcours psycho-social des personnes migrantes

DES Maladies Infectieuses et Tropicales

Vladimir Adrien, psychiatre, MD, PhD, HDR

vladimir.adrien@aphp.fr

Service de psychiatrie

Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis
2026

UNIVERSITÉ
SORBONNE
PARIS NORD

CAMPUS 
CONDORCET
PARIS - AUBERVILLIERS

A^SPC
Alliance Sorbonne
Paris Cité

LEPS  Laboratoire Educations
et Promotion de la santé
UR 3412

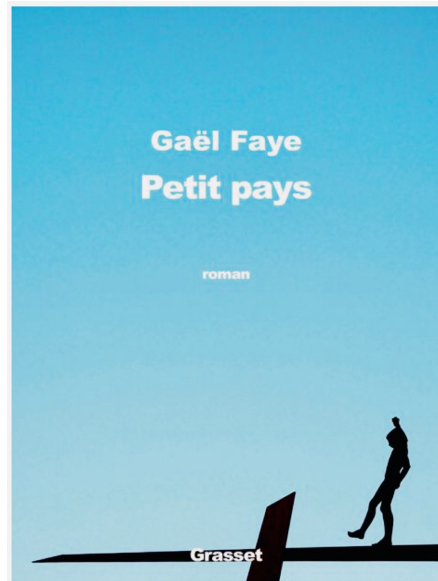
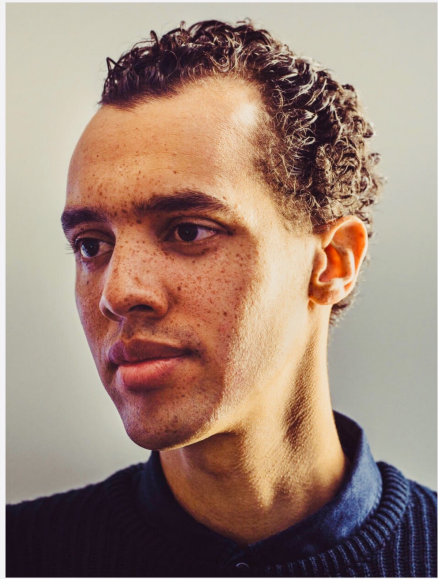


AP-HP.
Hôpitaux universitaires
Paris Seine-Saint-Denis


Centre régional
du psychotraumatisme
Paris Nord

 **FSTSS**
French Society for Traumatic Stress Studies
Société Française de Psychotraumatologie

Pour commencer...



« A l'OCAF (Office des Cités Africaines) les voisins étaient surtout des Rwandais qui avaient quitté leur pays pour échapper aux tueries, massacres, guerres, pogroms, épurations, destructions, incendies, mouches tsé-tsé, pillages,apartheids, viols, meurtres, règlements de comptes et que sais-je encore.

Comme Maman et sa famille, ils avaient fui ces problèmes et en avaient rencontré de nouveaux au Burundi - pauvreté, exclusion, quotas, xénophobie, rejet, boucs-émissaires, dépression, mal du pays, nostalgie. Des problèmes de réfugiés ».

Gaël FAYE, *Petit Pays* (2016)

Pour commencer...



« Je connais quelqu'un, il avait demandé l'asile, je l'ai retrouvé "fou". Il ramassait même les mégots dans la rue et il dormait dans la rue. Du coup le gars, il est devenu "fou". Parce que beaucoup de gens le connaissaient, il n'était pas "fou" ». Ousmane, débouté de l'asile

Orspere-Samdarra, *Soutenir la santé mentale des personnes migrantes* (2020)



1. Introduction sur la santé des migrants en France

Medicosociologique

Psychologique



2. Définitions

Traumatisme psychique

Trouble à
symptomatologie
somatique



3. Prise en soins

Etat de l'art

Nouvelles perspectives

1. Santé des migrants en France

Sujet très vaste

- Hétérogénéité des profils de migrants en France (et dans le monde)
- Etrangers en situation régulière ou pas, demandeurs d'asile, migration d'urgence, MNA...

de **meilleure** dans les années 80-90's (*healthy migrant effect*)

- Migration plus sélective
- Comportements hygiénodietétiques

à **pire** dans les années 2000's (*assimilation paradox*)

- Habitudes hygiénodietétiques (alcool, tabac, obésité, alimentation)
- Evolution des profils (regroupement familial, demandeurs d'asile)
- Pénibilité du travail
- Vulnérabilité (précarité, qualité d'accueil)
- Difficulté d'accès aux soins
- Logement insalubre
- **Détresse psychologique**

Khlat M., Beh 2012

Berchet C., Beh 2012

Wihtol de Wenden C., Beh 2012

L'exemple des migrants d'ASS

Les migrants d'Afrique Subsaharienne (ASS) passent par une **période de précarité** en France (*Gosselin, 2016*)

Et restent exposés à des **marqueurs sociaux négatifs** plus années après leur arrivée (*Beauchemin, 2015*)



Ils sont plus exposés à des **problèmes de santé** (maladies infectieuses, cardiovasculaires, psychologiques) (*Berchet, 2012*)
VHB = 5% infection chronique, 54% des nouveaux patients (*Meffre, 2007*)
VIH = 60% des nouveaux diagnostics dans certaines régions, retard au diagnostic ++

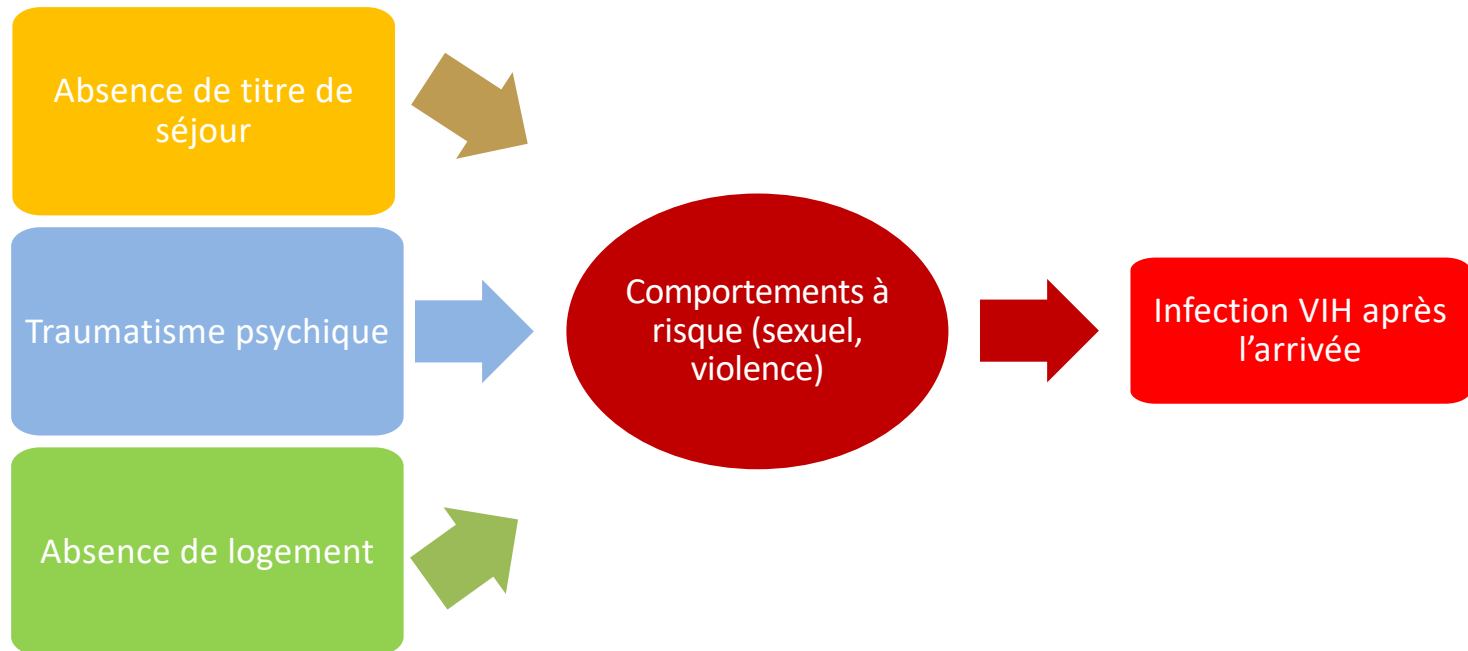


L'accès aux soins est un problème de santé publique (*Marmot, 2008*)

Moins de consultations chez le généraliste et le spécialiste (*Dourgnon, 2009*)

La précarité, facteur de risque pour le VIH

- 90% des migrants vivant avec le VIH sont diagnostiqués après leur arrivée: **pas de « migration pour soins »**
- 35-49% des infection VIH surviennent après l'arrivée (Pannetier, Lancet Public Health, 2018)
- 24% des femmes infectées en France ont subi des violences sexuelles



Epidémio

Revue systématique (35 études) / N = 24,051 migrants

Table 3

Combined prevalence rates of depression, anxiety and post-traumatic stress-disorders among refugees and labor migrants for studies between 1994 and 2007 according to study characteristics.

	Number of studies	Combined prevalence rate %	95% CI	Heterogeneity, variance
Characteristics of studies				
All studies				
Depression	27	35	25, 46	0.07
Anxiety	19	28	21, 35	0.03
PTSD	20	47	31, 63	0.13
Depression and/or anxiety	7	38	31, 45	0.007
Studies on refugees				
Depression	16	44	27, 62	0.13
Anxiety	10	40	17, 64	0.14
PTSD	18	36	23, 49	0.08
Depression and/or anxiety		40	26, 53	0.02
<i>Depression by sampling method</i>				
Probability sampling	7	45	36, 54	0.007
Non-probability sampling	9	37	15, 60	0.012
<i>depression by GNP in US\$</i>				
>20,000	9	40	19, 62	0.11
<5000–19,000	7	42	27, 56	0.04
Studies on labor migrants				
Depression	9	20	14, 26	0.007
Anxiety	9	21	14, 29	0.012
PTSD	2*			
Depression and/or anxiety	2*			
<i>Depression by GNP in US\$</i>				
>30,000	5	14	7, 21	0.006
10,000–30,000	4	31	15, 47	0.02

*Number of studies considered too small for combining the prevalence rates.

- Données hétérogènes
- Forte prévalence des troubles psychiques chez les exilés ≈ 50%
 - Dépression, TSPT, troubles anxieux, deuils compliqués, troubles à symptomatologie somatique, addictions..
- Corrélés avec:
 - Qualité de l'accueil
 - Précarité
 - Accès aux soins

Epidémio

Demandeurs d'asile et réfugiés

- **Adultes:** 2% de troubles psychotiques, 7-8% dépression, 9% Episode de Stress Post-Traumatique (ESPT) (Priebe et al, 2016 WHO)
- **Enfants et adolescents :** 19-52% ESPT; dépression : 10-30% (Kien et al, 2019)
- **Enfants non accompagnés:** ESPT ++ (Curtis et al, 2018)

Immigrés qui ne sont pas réfugiés

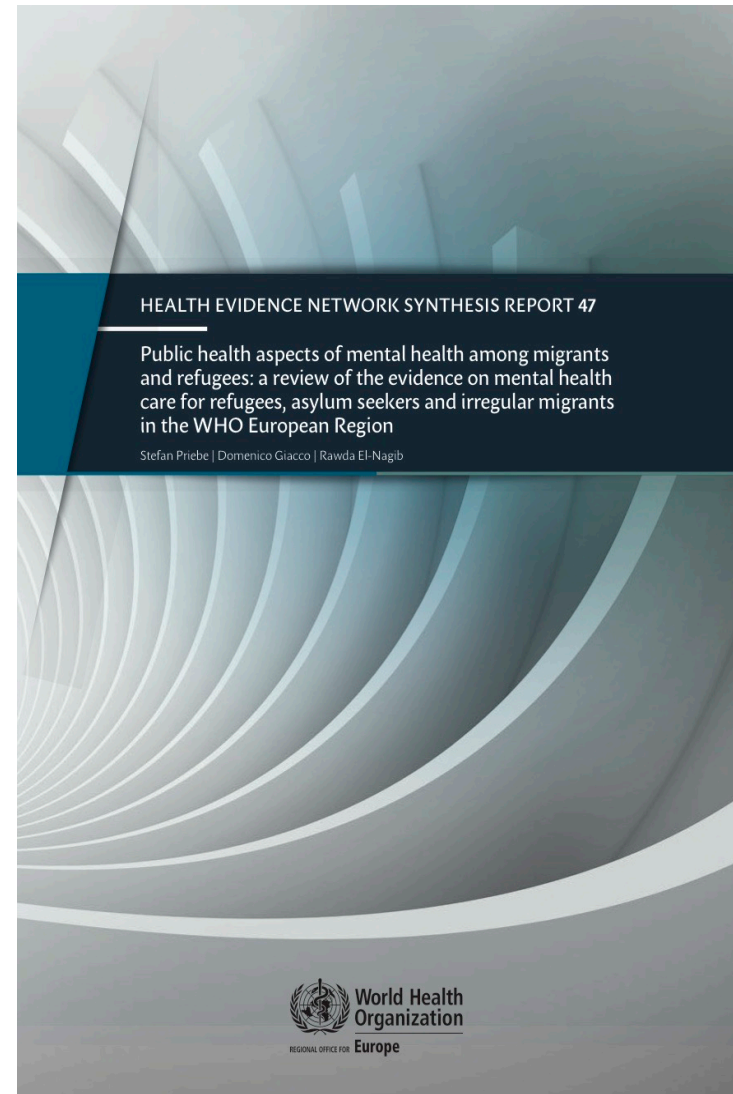
- Risque élevé de **psychose**, dont schizophrénie : RR=2.1 (Selten, 2019)
- Dépression: ~15% (2 x plus qu'en population générale (Foo, 2018)
- **Descendants d'immigrés** : troubles de l'humeur et anxiété ++ (Dingoyan, 2017)
- Personnes **«left behind»**: enfants (Ding, 2019), parents (Thapa, 2018)

Epidémio

Troubles mentaux chez les réfugiés/demandeurs d'asile/migrants irréguliers

Priebe et al., 2016 (OMS)

- au moment de la migration
 - Troubles psychotiques, d'humeur et de consommation de substances = fréquence similaire à ceux observés dans les pays hôtes
 - Trouble de stress post-traumatique (PTSD) plus fréquent chez les réfugiés et les demandeurs d'asile
- à plus de 5 ans de réinstallation
 - Dépression plus fréquente chez les réfugiés que dans la population du pays hôte
 - Troubles psychotiques plus fréquents chez les réfugiés par rapport à la population hôte



HEALTH EVIDENCE NETWORK SYNTHESIS REPORT 47

Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region

Stefan Priebe | Domenico Giacco | Rawda El-Nagib



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR
Europe

Epidémio

« En cas de guerre ou de catastrophe naturelle, le taux de personnes souffrant de troubles mentaux communs, comme la dépression ou l'anxiété peut atteindre 25 à 30%, soit deux voire trois fois plus qu'en temps normal ». (MSF, 2012)

Psychopathologies principales

- **Symptomatologie anxieuse / PTSD**
 - o problèmes de stress sous forme aiguë ou chronique.
 - o symptômes anxieux en lien direct avec le conflit
- **Symptomatologie somatique**
 - o souffrances psychiques sont souvent difficiles à dépister. Car elles peuvent se traduire par des douleurs physiques.
- **Personnes schizophrènes ou bipolaires étaient livrées à elles-mêmes**
 - o rupture de traitement
 - o malades enchaînés ou enfermés par leur famille totalement désemparée

Vulnérabilité psychologique

Comptent parmi les groupes vulnérables :

- ✓ Femmes
- ✓ Malades
- ✓ Demandeur.es d'Asile
- ✓ Mineurs étrangers isolés
- ✓ Exilé.es > 60 ans
- ✓ Afrique subsaharienne
- ✓ Personnes LGBTQI+

Eléments démographiques et épidémiologiques

Facteurs de risque pour la santé



- **L'expérience de l'exil** : ruptures, deuil, déclassement...
- **Violences** à toutes les étapes : risque accru de psychotraumatisme en cas de violences intentionnelles (x3)
- **Obstacles à la communication** pour les allophones
- **Exclusion administrative** : en droit et en pratique
- **Vulnérabilité sociale** : dont isolement, hébergement, ressources et alimentation (détresse sociale 25%)
- **Discriminations**, xénophobie
- Progression des **refus/retards/renoncements aux soins**

> La part des femmes parmi les immigrés en France:

- 40% en 1931
- 51% en 2008

> **Femmes et asile**. Parmi les femmes nées en Afrique subsahariennes, part venue pour fuir des menaces:

- > 8% dans les années 1970-1990
- > 23% parmi celles arrivées depuis 2005
- > Mise en évidence de **risques accrus pour la santé dans cette population**: santé mentale, santé sexuelle (Gosselin et al. 2016 | Desgrées du Loû 2016)

Vulnérabilité psychologique

1. Phase prémigratoire

- Pathologie antérieure ?
- Persécutions (pour des raisons politiques, ethniques, religieuses...)
 - Guerre, violence physique ou sexuelle, torture, deuils dans des contextes de guerre ou de meurtres, prison, famine, exposition à des scènes horribles...
- Exposition à un conflit
- Difficultés économiques
- Violence contre un groupe = dislocation des liens familiaux ou communautaires
- Interhumain = intentionnel (ou non)
 - plus à risque de TSPT
- Violence venant d'un groupe (violence organisées, trauma répétés)
 - TSPT complexe, déshumanisation

Vulnérabilité psychologique

2. Départ et migration

- Projet: principalement la survie, la fuite sans espoir de retour
- Séparation avec les membres de la famille et des réseaux de soutien
- Incertitude sur le futur
- Nouvelle exposition à des violences physiques ou sexuelles (trafic d'être humains) ou noyades en mer

3. Phase post-migratoire

- Statut de réfugié / politique migratoire / opinion publique / racisme
- Difficulté à verbaliser l'expérience traumatique
- Conduisant à un déni de la part du pays hôte
- Détention
- + facteurs sociologiques: conditions socio-économiques, difficultés d'intégration

Vulnérabilité psychologique

« Stresseurs post-migratoires »

- le manque lié à l'éloignement du pays et des proches, l'inquiétude pour la famille restée au pays
- les conditions de vie précaires : les difficultés d'accès à l'hébergement, à la nourriture ou aux besoins primaires qui ne sont pas assurés
- l'isolement
- la barrière de la langue, l'incompréhension ou les différences culturelles
- les démarches administratives : la procédure de demande d'asile, la temporalité administrative, la lourdeur et la lenteur des procédures
- l'attente et l'incertitude pour l'avenir, l'impossibilité de se projeter
- l'inactivité forcée, l'impossibilité de travailler pendant de longues périodes
- l'incompréhension du système : les difficultés d'accès à l'information, la dépendance vis-à-vis des travailleurs sociaux et des acteurs humanitaires
- la précarité des liens sociaux
- la perte du statut social
- le vécu d'exclusion, d'infantilisation, voire de déshumanisation



Vulnérabilité psychologique

Violences bien souvent non reconnues

- Par l'entourage ou les patients eux-mêmes
- Niées, cachées ou normalisées
- **Autoculpabilité** = pense qu'il ne vont pas bien parce qu'ils ne sont « pas assez forts », « capables », ou sont « défaillants »



Vulnérabilité psychologique

Situations de dépendance

- Avec intervenant social, « sachant »
- Conséquences négatives sur la santé mentale (estime de soi ++)
 - Sentiment d'infantilisation, voire déshumanisation
 - Services « à la chaîne », sans prise en compte de l'individualité
 - Impossibilité d'exercer ses compétences et d'obtenir de l'autosatisfaction



Vulnérabilité psychologique



4. Dimension transculturelle

- Dimension culturelle des troubles qui ne matche pas avec le cadre nosologique occidental, pouvant conduire à des erreurs diagnostiques (*category fallacy*)
- **Représentations** des maladies = cultures où la santé mentale est très stigmatisée => secret, empêchant le recours aux soins
- **Interprétariat ++**

2. Événement traumatique

- Exposition objective à la mort, une menace de mort, une blessure grave ou des violences
 - Victimes et témoins de viols, tortures, catastrophes, combats, attentats, agression physique brutal, accidents médicaux brutaux aux conséquences catastrophiques (choc anaphylactique, réanimation...)
 - Accident doivent être « sévères »
 - Exposition indirecte = doit concerner un événement affectant des proches
- Confrontation au réel de la mort = perte de l'illusion d'immortalité
- Effroi (≠ peur) = abolition des représentations, sensation de vide, néantisation
- Dépassement des défenses / possibilités d'adaptation

Facteurs prédictifs de TSPT chez les exilés

Exposition à la
guerre

Exposition à la
violence
interpersonnelle

Torture

Ongoing stressors = peuvent aggraver ou déclencher un TSPT

Insécurité sur sa
situation

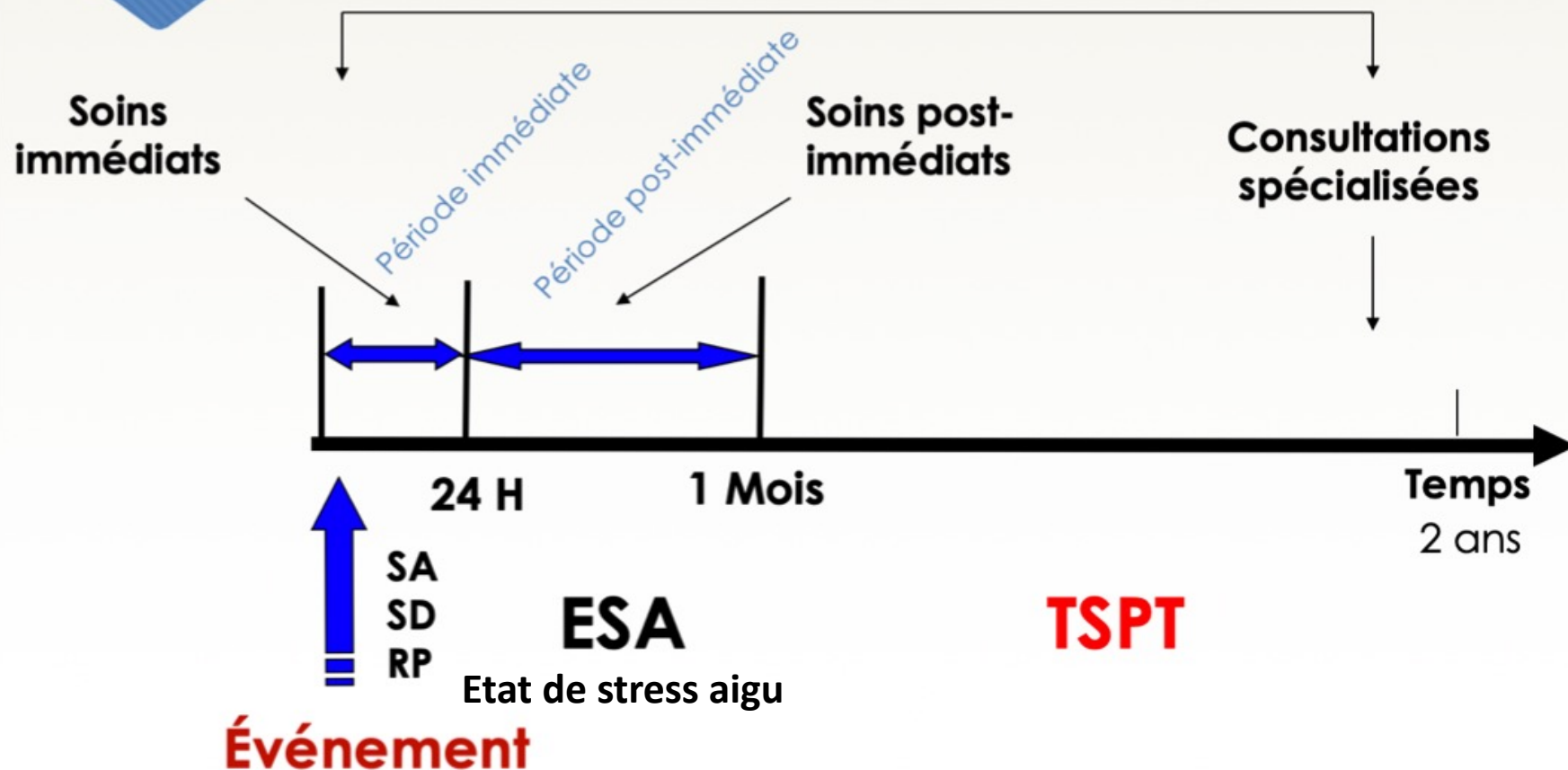
Pauvreté

Absence de
logement

Isolement social

Difficulté
d'accès aux
soins

La temporalité



TSPT selon le DSM-5

>1 mois après l'événement traumatique
Souvent intervalle libre (parfois plusieurs années)

« Carré symptomatique »

1. Syndrome d'intrusion / de répétition

- flashbacks, reviviscences, cauchemars, détresse émotionnelle et hyperréactivité physique aux triggers

2. Syndrome d'évitement

- Des pensées / sentiments liés au trauma / des triggers

3. Pensées ou émotions négatives

- Troubles de la mémoire, négativisme, intérêts réduits, isolement social, idées suicidaires

4. Syndrome d'hyperactivation (*hyperarousal*)

- Hypervigilance, troubles du sommeil et de la concentration, irritabilité, comportements à risque



TSPT complexe (CIM-11)

- **2 situations = violences répétées et graves / traumas répétés dans l'enfance**
- **Clinique plus diffuse, moins spécifique**
- **TSPT + symptoms de désorganisation de soi**
 - **Difficultés de regulation des émotions**
 - Hyper ou hyporéactivité
 - **Perturbation de la perception de soi (concept de soi négatif)**
 - Honte / culpabilité / identification à l'agresseur ou obsession pour la vengeance
 - **Difficultés interpersonnelles (trouble de la cognition sociale)**
 - Perte de confiance, méfiance, hostilité, risque scolaire ou dissocial (délinquance)...

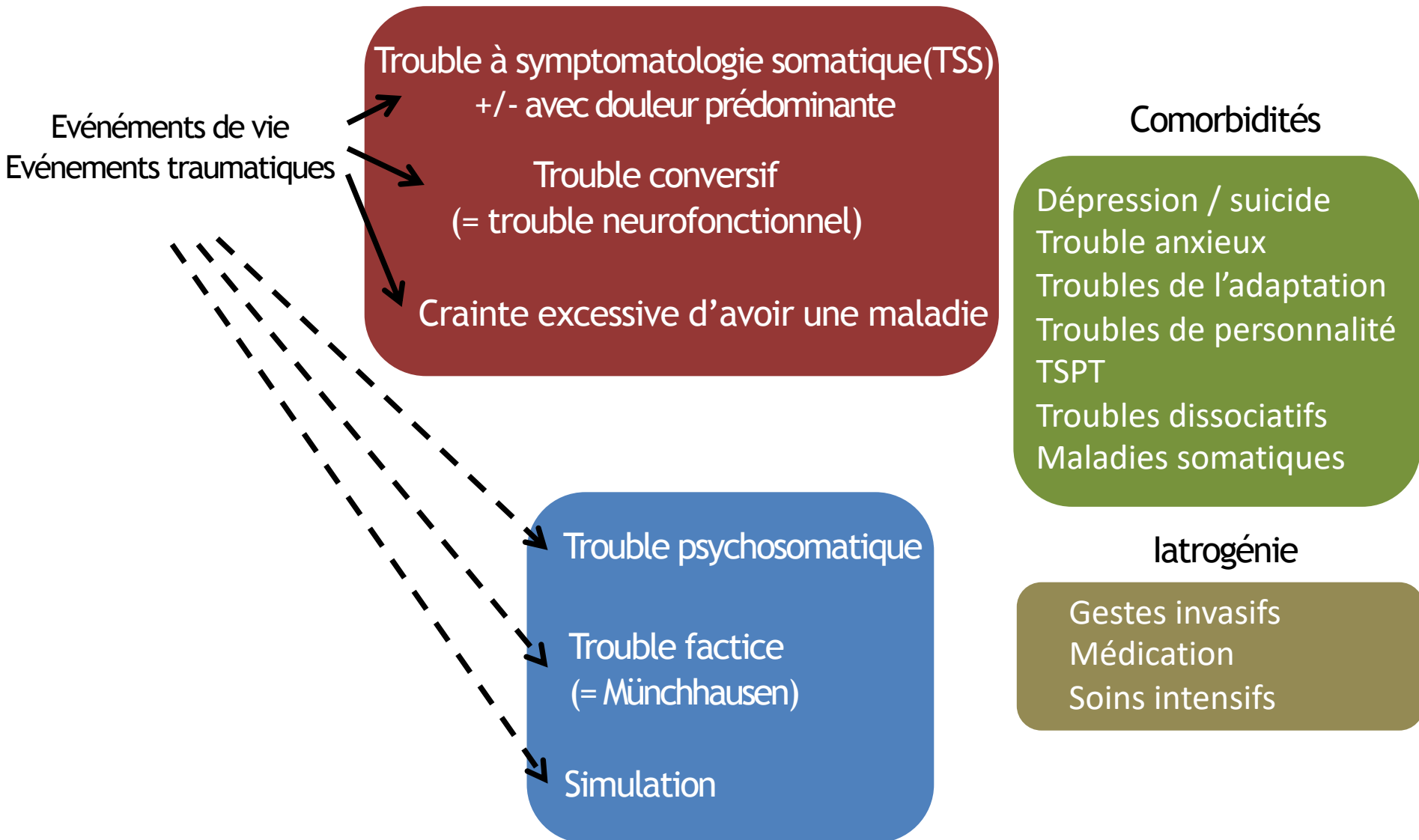


TSPT (complexe ou non) - syndromes inconstants

- **Syndrome dissociatif**
 - Perte d'ancrage dans *l'ici et maintenant*
 - **Dépersonnalisation / déréalisation**
 - Difficulté de gestion de la conscience et l'attention
 - Conduites dissociantes: alcool, drogues, comportements à risque
- **Somatisation**
 - Troubles à symptomatologie somatique et apparentés (TSS)
 - Troubles psychosomatiques / factice / simulation
 - Symptômes sexuels
- **Altération des croyances**
 - Désespoir, pertes de croyances religieuses ou philosophiques (vision du monde)



Symptômes somatiques (DSM-5)



Complications du TSPT

- Risque suicidaire
- Désinsertion socio-professionnelle
- Episode dépressif caractérisé
- Troubles du comportement et des conduites: alimentaire, de la sexualité, l'automédication (alcool, drogues...)
- Autres troubles anxieux : trouble panique, trouble phobique, TOC (ex. obsession de la propreté)
- Conduites ordaliques, délinquance, marginalisation
- Vaiva G, Jehel L, Comencin O, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France Métropolitaine. Encephale 2008 ; 34 : 577-83
 - o Plus de 50% des TSPT sont associés à un trouble de l'humeur, un trouble anxieux ou un trouble lié à l'usage de substance, maladies somatiques et décès prématurés
 - o Le risque relatif de tentative de suicide pour les civils souffrant d'un TSPT (2) est comparable à celui associé à un trouble anxiété généralisée (2,3) ou à une dépendance à l'alcool, mais inférieur à celui lié à une dépression (4,8)



Échelles psychométriques

- **Dépistage**
 - PC-PTSD-5 (auto, 5Q): seuil = 2
 - PHQ-4 (auto, 4Q pour dépression/trouble anxieux)
- **Diagnostic:** PCL-5 (auto, 17Q, seuil = 32)
- **Sévérité:** CAPS-5 (hétéro)
- **Dissociation**
 - DES-II (auto, 28Q)
 - sDIS-Q (auto, 11Q)

3. Screening chez les personnes migrantes

Histoire de vie

- Pourquoi êtes-vous parti ?
- Quel itinéraire ?
- Que s'est-il passé à votre arrivé ?

Screening santé mentale minimal

- Troubles du sommeil ?
- Attaques de panique ?
- Pensées suicidaires ?

Spécificité du TSPT chez les migrants

- Etat de « survie » tant que les conditions socio-économiques et de statut ne sont pas réunies
 - Alimentation, sommeil, sécurité, santé, statut..
- Réveil des symptômes une fois les conditions secure acquises
 - Cortex en capacité d'analyser les traumas accumulés
 - Activation de la mémoire traumatique
- Obtention du statut de réfugié: étape vers la guérison
 - Reconnaissance comme victime
 - Jugement indirect du bourreau
- Manque de ressources sur lesquelles s'appuyer
 - Isolement social
 - Barrière de la langue / choc culturel

Question de l'interprétariat

- Interprétariat = permet de dire beaucoup plus
 - Présence d'un tiers
 - Crainte de certains patients de l'expression duelle
 - Langue = accès à l'être (lien ++) et aux représentations du patient
- Mais... interprétariat modifie aussi la relation de soins thérapeutique, le transfert
- Piège 1 = peur du soignant débutant que l'interprète « trahisse »
 - Pas d'interprétariat sans médiation
- Piège 2 = langue de l'interprète a un potentiel traumatique
 - parfois un langage tiers est nécessaire car la langue maternelle est associée aux bourreaux et peut décompenser le trauma

Attaque de panique

- **Hydroxyzine** = anti-histaminique
- **Cyamemazine** = anti-psychotique
- Éviter les benzodiazépines dans les contextes posttraumatiques
 - aggravent le conditionnement anormal à la peur

Troubles du sommeil

- S'ils sont prédominants = peuvent augmenter ou masquer les symptômes
- Pittsburgh Sleep Quality Index
- Agenda du sommeil
- Règles hygiénodététiques: psychostimulants, écrans, siestes, exercice physique...
- Médicaments = OK en cure
 - **Hydroxyzine** = anti-histaminique
 - **Mirtazapine** = antagoniste alpha-2
 - **Prazosine** (que si TSPT avéré) = antagoniste alpha-1
 - +/- mélatonine
 - Non spécifique
 - Forme LI en préparation magistrale (moins cher)
 - 2 mg au minimum, 1-2h avant le coucher

TWO WEEK SLEEP DIARY

INSTRUCTIONS:

(1) Write the date, day of the week, and type of day: Work, School, Day Off, or Vacation. (2) Put the letter “C” in the box when you have coffee, cola or tea. Put “M” when you take any medicine. Put “A” when you drink alcohol. Put “E” when you exercise. (3) Put a “B” in the box to show when you go to bed. Put a “Z” in the box that shows when you think you fell asleep. (4) Put a “Z” in all the boxes that show when you are asleep at night or when you take a nap during the day. (5) Leave boxes empty to show when you wake up at night and when you are awake during the day.

SAMPLE ENTRY BELOW: On a Monday when I worked, I jogged on my lunch break at 1 PM, had a glass of wine with dinner at 6 PM, fell asleep watching TV from 7 to 8 PM, went to bed at 10:30 PM, fell asleep around Midnight, woke up and couldn't get back to sleep at about 4 AM, went back to sleep from 5 to 7 AM, and had coffee and medicine at 7 AM.

Date	Day of the week	Type of Day (Work, School, Day Off, Vacation)	Noon	1 PM	2 PM	3 PM	4 PM	5 PM	6 PM	7 PM	8 PM	9 PM	10 PM	11 PM	Midnight	1 AM	2 AM	3 AM	4 AM	5 AM	6 AM	7 AM	8 AM	9 AM	10 AM	11 AM
sample	Mon.	Work		E					A	Z			B		Z	Z	Z	Z		Z	Z	C M				

week 1
week 2

Règles hygiéno-diététiques

- Arrêt des excitants : café, tabac, alcool...
- Equilibre alimentaire, activité physique, règles de sommeil
- Techniques de relaxation
- Groupes de paires / associations / aide sociale et juridique

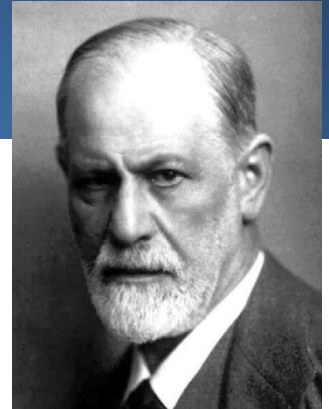
TSPT = traitement médicamenteux de fond

- **ISRS** = Sertraline, Paroxétine
 - Fortes doses +++
 - Sertraline: cible 150-200 mg/j
 - Paroxetine: cible 30-40 mg/j



Soigner le post-trauma

*Freud, Au-delà du
principe de plaisir,
1920*



Thérapie centrée sur le trauma: travail de reprogrammation

- Souvenirs du traumatisme dans un environnement sécurisé et sécurisant. Remémoration progressive des souvenirs avec un niveau d'activation tolérable.
- Reprise de contrôle: position passive => (én)active
- Re-liaison de l'événement traumatique aux représentations symboliques du sujet
- Meilleure efficacité que les traitements pharmacologiques avec effet durable dans le temps

Kline et al., 2018

- Efficace même dans le D-TSPT !

Halvorsen et al., 2014; Hoeber et al., 2020

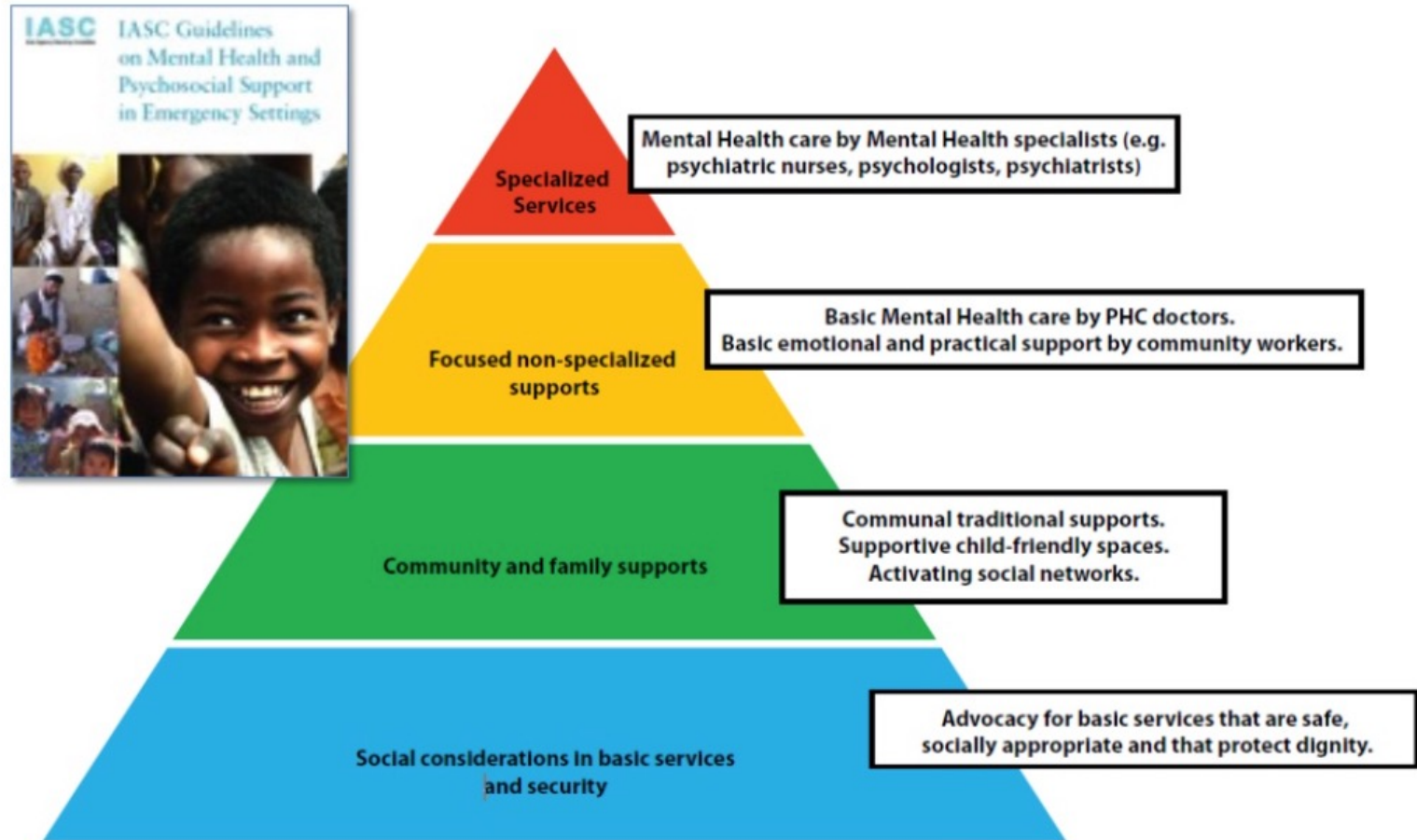
Thérapie d'exposition

- **Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) = techniques de « désensibilisation »**
 - **TEP** = thérapie d'exposition prolongée
 - **EMDR** = thérapie par désensibilisation et retraitement de l'information par les mouvements oculaires
 - **BRM** = blocage de la reconsolidation mnésique
- **Thérapies transculturelles**
 - amener des théories explicatives transculturelles jusqu'à ce que le patient se saisisse de l'une / de plusieurs d'entre-elle(s)
 - Permet le travail de mise en mouvement de l'image / d'élaboration d'autre image possible
- **Autres:** psychanalyse, thérapie des schémas, intégration des cycles de vie....

Ecueils de la thérapie

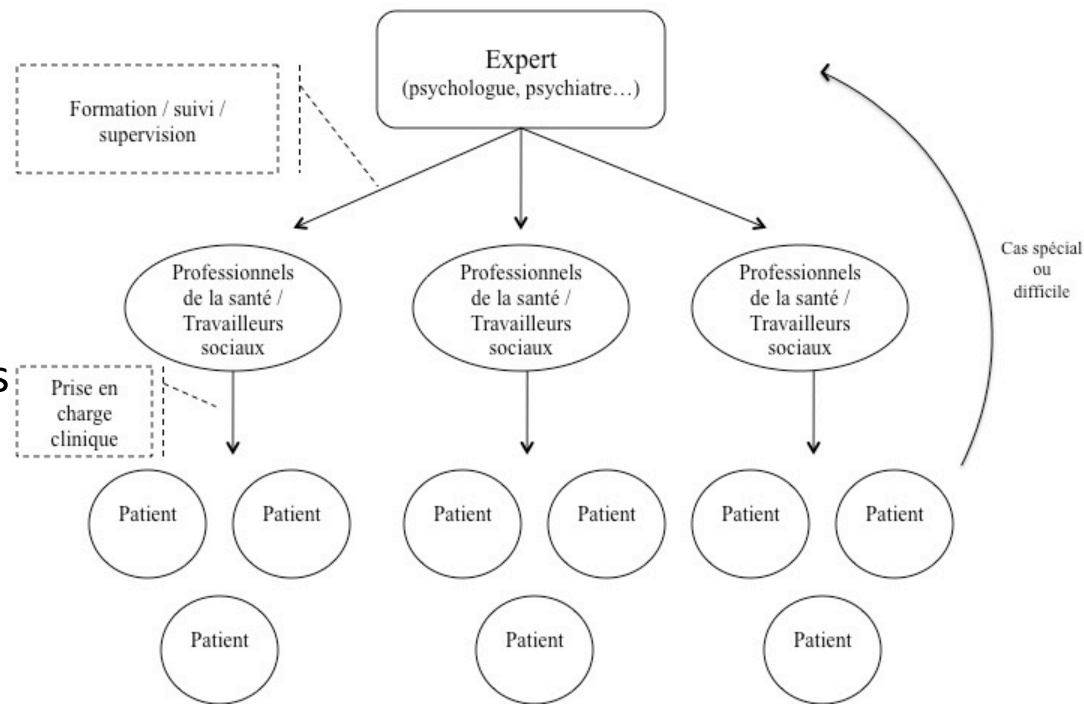
- Eviter la psychothérapie « classique »
- Eviter la « neutralité bienveillante » = le sujet se sent incompris, abandonné
 - plutôt « témoin solidaire »
- Eviter les « silences », le jugement
- Utiliser les mots justes, ne pas dire « il faut vivre avec »
- Soins et cadre **à adapter en fonction du sujet**
 - Gagner une relation secure, une figure d'attachement sécurisée
 - « Gagner la confiance du sujet »
 - Thérapeute: tolérance, empathie, expérience, présence, patience, permanence
- Surveiller son **contre-transfert**
 - Rejet, dégoût, fascination, incompréhension, submergé, tentative d'être le bon parent
 - Trauma vicariant = supervision pour éviter identifications, ne pas être seul..
 - Importance d'une prise en charge en réseau pour protéger le cadre thérapeutique, définir les missions et les rôles de chacun, se rencontrer et échanger

MHPSS Intervention Pyramid



Soigner : Comment ?

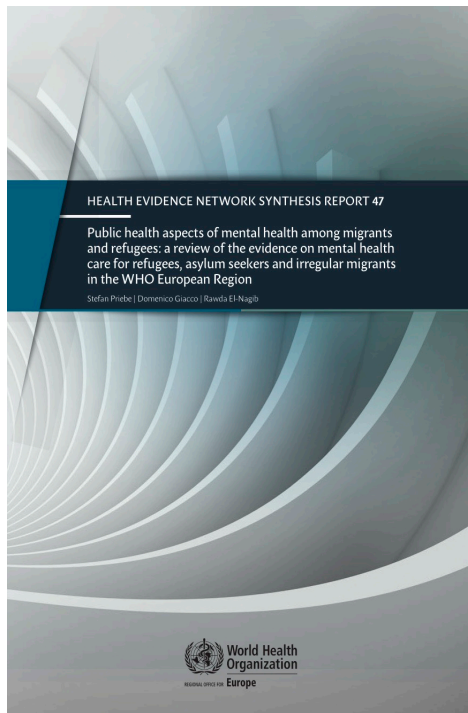
- Dans leur majorité, les personnes exposées arrivent à s'adapter, notamment avec l'aide de leur entourage
- Soins psychologiques voire psychiatriques nécessaires pour patient avec symptomatologie plus sévère
- Thèmes du deuil, de l'exil, de la séparation... et du psychotrauma



Soigner : Comment ?

- Facteur essentiel : **l'engagement du soignant / l'alliance thérapeutique**
- « Clinique culturellement éclairée » (+/- interprète) : **double lecture psychiatrique et culturelle**
- Information +++ : cadre / secret professionnel...
- Question besoin/demande
- Travail dans une certaine durée : nécessaire de travailler sur la contenance avant de pouvoir aborder les contenus quand le lien sera suffisamment solide
- Le cadre de la thérapie n'exige pas immédiatement un récit cohérent, où on peut/doit lever certains secrets. Intérêt pour le récit de soi (depuis les origines) et pas « du trauma »
- Ne pas forcer le récit, ni obliger le patient à s'amputer d'une partie de lui
- Question du contre-transfert (traumatique, culturel)

Soigner : Comment ?



Bonne pratique peut réduire les obstacles aux soins de santé mentale et faciliter un traitement efficace en cas de besoin:

- **Soutenir l'intégration sociale** par l'éducation, le logement et l'emploi
- **Fournir un accès aux soins** de proximité
- **Coordonner différents services** dans un système de santé pour intégrer les soins de santé physique et mentale
- **Fournir des informations sur les droits** en matière de soins et les services disponibles aux personnes et les professionnels;
- **Former les professionnels de santé** pour qu'ils soient ouverts à ces groupes, conscients des obstacles à l'accès aux soins et à la participation aux services, et compétents pour surmonter les problèmes de langue

Evolution?

- Apparition dans le DSM-5 d' « **Entretien de Formulation Culturelle** »
 - 2. « *Parfois les gens ont des manières différentes de parler de leur problème à la famille, aux amis ou à d'autres dans leur communauté. Comment leur décririez-vous votre problème ?* »
 - 5. « *Selon votre famille, vos amis ou d'autres dans votre communauté, quelle est la cause de votre [PROBLÈME] ?* »

Entretien de formulation culturelle (EFC)

LES MODULES COMPLÉMENTAIRES SERVANT À APPROFONDIR CHAQUE SOUS-THÈME DE L'EFC SONT NOTÉS EN BLEUS.

GUIDE DE L'INTERVIEWEUR :

LES INSTRUCTIONS À L'INTERVIEWEUR SONT EN ITALIQUES.

Les questions suivantes visent à préciser les principaux aspects du problème clinique, envisagé de la perspective du patient et des autres membres de son réseau social (p. ex., famille, amis ou autres personnes impliquées dans le problème actuel). Cela inclut notamment le sens du problème, les sources potentielles d'aide, et les attentes à l'égard des services.

INTRODUCTION POUR LE PATIENT :
J'aimerais comprendre les problèmes qui vous amènent ici afin que je puisse vous aider plus efficacement. J'aimerais connaître votre expérience et vos idées. Je vais vous poser quelques questions afin de savoir ce qui se passe et comment vous y faites face. Sachez qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

DÉFINITION CULTURELLE DU PROBLÈME

DÉFINITION CULTURELLE DU PROBLÈME

Modèle explicatif, Niveau de fonctionnement

Vous recueillir le point de vue du patient sur ses principaux problèmes et préoccupations dominantes. Veuillez mettre l'accent sur comment le patient comprend le problème.

Dans les questions subséquentes, veuillez employer le terme, l'expression ou la brève description obtenu en réponse à la question 1 afin d'identifier le problème (p. ex., «le conflit avec votre fils»).

Veuillez demander au patient comment il présente le problème aux membres de son réseau social.

Veuillez mettre l'accent sur les aspects du problème qui revêtent le plus d'importance pour le patient.

1. Qu'est-ce qui vous amène ici aujourd'hui?

SI LE PATIENT FOURNIT PEU DE DÉTAILS OU MENTIONNE SEULEMENT DES SYMPTÔMES OU UN DIAGNOSTIC MÉDICAL, VEUILLEZ INVESTIGUER : Les gens ont souvent tendance à comprendre leurs problèmes à leur façon, ce qui peut être semblable ou différent de la manière dont les médecins décrivent le problème. Comment décririez-vous votre problème?

2. Parfois les gens décrivent différemment leur problème à leur famille, leurs amis ou aux autres membres de leur communauté. Comment leur décririez-vous votre problème?

3. Qu'est-ce qui vous préoccupe/inquiète le plus à propos de votre problème?

PERCEPTIONS CULTURELLES DE LA CAUSE, DU CONTEXTE ET DU SOUTIEN

CAUSES

Modèle explicatif, Réseau social, Adultes âgés

Cette question vise à préciser le sens que le patient donne à son problème, lequel peut être pertinent au regard des soins cliniques.

Veuillez noter que les patients peuvent identifier plusieurs causes selon l'aspect du problème qu'ils envisagent.

Veuillez mettre l'accent sur les perspectives des membres du réseau social du patient. Celles-ci peuvent être variées et différer de celles du patient.

4. Selon vous, pourquoi cela vous arrive-t-il? À votre avis, quelles sont les causes de votre [Problème]?

VEUILLEZ ÉLABORER D'AVANTAGE, SI NÉCESSAIRE :
Certaines personnes pensent que leur problème résulte d'événements malheureux survenus dans leur vie, de problèmes avec les autres, d'une maladie physique, une raison spirituelle, ou de plusieurs autres causes.

5. Qu'est-ce que les membres de votre famille, amis ou autres personnes dans votre communauté pensent être la cause de votre [Problème]?

STRESSEURS ET SOUTIEN

Réseau social, Soignants, Stresseurs psychosociaux, Religion et Spiritualité, Immigrants et Réfugiés, Identité culturelle, Adultes âgés, Adaptation et Recherche d'aide

Veuillez recueillir des renseignements sur le cadre de vie de la personne, en mettant l'accent sur les ressources, le soutien social et la résilience. Vous pouvez aussi examiner d'autres sources de soutien, p. ex., les collègues de travail, ou la pratique religieuse ou la vie spirituelle.

6. Y a-t-il des formes de soutien qui améliorent votre [PROBLÈME], telles que le soutien de votre famille, d'amis ou d'autres personnes?

Evolution?



- Apparition dans le DSM-5 d' « entretien culturels »
- Prises en soin spécialisées (Primo Lévi, Minkowska, Avicenne...)
- Existence de DU transculturels (Paris 5, Paris 13...) / DU psychotrauma
- Publications de revues spécialisées (L'Autre +++) et colloque
- Supports de formation INK LINK: « La santé mentale en centre d'accueil »
 - Association d'artistes et de professionnels de la bande dessinée et du développement) et MSF
 - Alliance thérapeutique et information du patient
 - Supports de psycho-éducation +++
 - **Guide des premiers secours psychologiques** destiné à la communauté face au TSPT = livret coloré de 20 pages, articulé en trois parties : Look, listen et link
 - Traduction en 6 langues

INK LINK

NE PAS FAIRE

N'interrompez pas ou n'expédiez pas l'histoire de quelqu'un (ne regardez pas votre montre et ne parlez pas rapidement...)

DÎTES-MOI!!!

N'inventez pas des choses que vous ne connaissez pas

JE VOUS PROMETS...

JE LE FERAI POUR VOUS

LAISSEZ-MOI VOUS DIRE!

ÊTES-VOUS FOU?

Ne parlez pas de vos propres problèmes

VOUS NE DEVRIEZ PAS RESSENTIR ÇA

VOUS AVEZ DE LA CHANCE D'AVOIR SURVECU

Ne leur racontez pas l'histoire de quelqu'un d'autre



NE PENSEZ PAS & N'AGISSEZ COMME SI VOUS DEVIEZ RÉSOUDRE TOUS LEURS PROBLÈMES!

Ils doivent ressentir leur force et leur capacité à prendre soin d'eux-mêmes

VOUS POUVEZ LE FAIRE



L
I
S
T
E
N

Formations et webinaires en ligne



MODULE 1 : « MIEUX COMPRENDRE LE PSYCHOTRAUMATISME »



MODULE 2 : « REPÉRER LE PSYCHOTRAUMATISME »



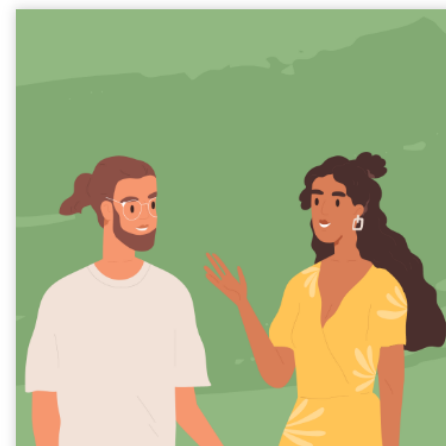
MODULE 3 : « PRENDRE EN CHARGE LE PSYCHOTRAUMATISME »

<https://orspere-samdarra.com/formation-en-ligne-psychotraumatisme-et-migration/>


ORSPERE SAMDARRA
Observatoire Santé mentale, Vulnérabilités et Sociétés



MODULE 4 : « PSYCHOTRAUMATISME ET MIGRATION »



MODULE 5 : « TRAUMATISME VICARIANT ET SOUTIEN AUX PROFESSIONNELS »



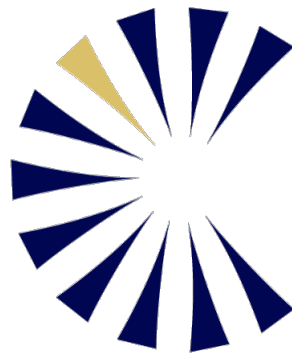
Webinaires santé mentale des MNA

<https://orspere-samdarra.com/outil/webinaires-la-sante-mentale-des-mineurs-non-accompagnes/>



<https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=fuiudMyF7nU>

Chaîne youtube du Cn2r



Cn2r

Centre national
de ressources
et de résilience

<https://www.youtube.com/@cn2rofficiel450>

JOURNAUX

ETHNOPSYCHIATRIE / PSYCHOLOGIE

TRANSCULTURELLE

« L'Autre, Cliniques, Cultures et Sociétés »

- éditée par M.R. Moro et l'équipe d'Avicenne et de Cochin

« Métisse »

- Lettre d'information de l'Association Internationale d'EthnoPsychanalyse (AIEP)

« Rhizome » et les « Cahiers de Rhizome »

- publiée par l'Orspere- Samdarra

« Maux d'Exil »

- publiée par le Comede

« Mémoires »

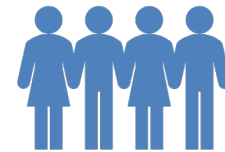
- publiée par Primo Levi

« Transcultural Psychiatry »



Conclusion

- Forte fréquence du psychotraumatisme chez les migrants
- Plus de TSPT complexes / répétés
 - Plus de symptômes somatiques
 - Plus de dissociation
- Rôle crucial des conditions économiques et du statut
- Difficulté d'accès aux soins
- Perspective transculturelle
- Soin global: médico-psycho-social
- **Savoir quand adresser au spécialiste**
- Besoin de partenarisation du système de soins
- Nouvelles perspectives / recherche



The background of the slide is a solid teal color. It is populated with numerous speech bubbles of various colors including red, yellow, pink, white, and grey. Each speech bubble contains a large, dark blue question mark. The bubbles are scattered across the entire frame, creating a pattern of questions.

Merci pour votre attention

vladimir.adrien@aphp.fr