

**UNIVERSITÉ DE NANTES**

---

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année : 2020

N°

**THÈSE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

D.E.S. DE PSYCHIATRIE

par

Aurore SAVIGNY

Née le 25 décembre 1988 à Paris

---

Présentée et soutenue publiquement le 19 février 2021

---

**Spécificités dans la prise en charge des patients migrants en psychiatrie :  
analyse et propositions à partir du vécu, des pratiques et des besoins  
des psychiatres à Nantes.**

---

Président : Madame le Professeur Anne SAUVAGET

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Olivier HAIBE



# Remerciements

A Madame le Professeur Anne SAUVAGET, Présidente du Jury,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Je vous remercie pour le temps que vous consacrez aux étudiants et votre accompagnement pendant ces années d'internat.

A Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de ma thèse. Je vous remercie pour votre bienveillance, votre écoute et votre enseignement mais également pour la confiance que vous m'avez accordée dans la prise en charge des patients lors de mon semestre en addictologie.

A Monsieur le Professeur Thierry BAUBET,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de ma thèse. La lecture de vos ouvrages et articles a été une source d'enrichissement et d'ouverture, et marquera durablement ma pensée et ma pratique psychiatriques.

A Madame le Docteur Muriel BOSSARD,

Tu me fais l'honneur de participer au jury de ma thèse. Merci pour ta bienveillance, tes valeurs et ton engagement auprès des patients, nos échanges sur les prises en charge lors de mon semestre en Psychiatrie 1, ta bonne humeur et ta disponibilité.

A Monsieur le Docteur Olivier HAIBE, Directeur de Thèse,

Tu as accepté de me soutenir et de m'accompagner tout au long de ce travail, qui me tenait à cœur. Merci pour ton partage d'expérience, ton implication et tes conseils avisés.

A toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail, avec une pensée particulière pour Olivier et Mélissa pour leur accompagnement régulier, mais aussi Valentin, Julien, Maman, Papa, et tous ceux qui m'ont proposé ou accordé leur aide. Merci à Sophie Ait Si Ali, Brigitte Dessomme, Laetitia Cuisinier Calvino, Esther Martin et Morgane Rivière, et aux associations nantaises. Merci à Alex pour l'impression de ce travail.

A toutes les personnes qui ont participé à mon cheminement vers la psychiatrie. A l'ensemble des personnes et équipes impliquées dans notre enseignement. A l'ensemble des équipes qui m'ont accueillie au cours de ces années d'internat : en Psychiatrie 1 à Saint Nazaire, au G06 à Daumezon, au CMP de Gorges, en Psychiatrie 1, Psychiatrie 3 et en addictologie à Nantes, au SMPR de Nantes, mais également lors des gardes.

A quelques uns des Docteurs inspirants dont j'ai croisé la route (ne pouvant tous les citer) : Stéphanie Lévêque, Gaëlle Brunet, Caroline Bailly, Lise Jaffelin, Elise Talagas, Lucie Pécaud, Anne-Eva Libert, Hélène Debar...

Une pensée particulière pour l'équipe infirmière de choc des Salorges : Audrey, Didier, Stéphanie, Solenne, Alexandra.

Merci à l'équipe du CMP de Gorges auprès de laquelle j'ai passé une année marquante, qui me laisse de nombreux beaux souvenirs. Une pensée particulière pour Amélie, Perrine et Dominique.

A Charline, merci pour ton amitié précieuse, ton naturel, tes valeurs, et ton sens de l'aventure. A Alex, merci d'être toujours aux petits soins, d'être sans aucun doute capable de créer un château à partir d'une boîte d'allumettes, et pour ton sens de l'accueil qui ne laisse pas insensible (ni indemne). Merci à tous les deux d'avoir

été présents depuis mon arrivée à Nantes, et pour tous ces moments partagés, voyages, grimpe et apéros subtilement dosés. Bonne chance dans vos nouvelles aventures bretonnes.

A mes amies depuis le début de l'aventure médecine : Carlita, Emma, Ségo et Clem, merci pour tous ces moments hors du temps et de la raison ! Et pour votre présence toujours rafraîchissante et ressourçante. A vos beaux projets à venir et vos bébés à accueillir. Une pensée pour Max, Flo et Paul.

A Julien : merci pour l'attention que tu sais porter à l'autre et la qualité de tes échanges. Merci d'avoir érigé en art ta capacité à triompher de toute épreuve avec philosophie, humour et un sens de la narration qui assurera toujours une pincée d'*epicness*. A Julie, qui t'accompagne dans toutes ces aventures.

A Lucie : merci de faire partie de ceux qui illuminent aussi bien un semestre derrière les barreaux qu'un monde qui s'effondre ! Bravo pour tes récentes réussites : ta petite Jo et ton installation en libéral !

A Amélie : merci pour ton soutien et tes confidences. Aux verres de vin qui se profilent. Hâte d'entendre tes futurs podcasts !

A Lise : merci pour ton amitié, tes choix inspirants, ta curiosité, ta générosité et ton soutien déterminant à des moments clés. Je te souhaite du bonheur dans tes nouveaux projets dijonnais.

A mes amis : Valentin P., Lionel, Delhia, Hélène, Chech, Sandrine, François (Chester), Elo... A Quentin qui, par une conversation, m'a aidée à faire le choix de la réorientation en médecine.

Aux rencontres de cet internat : Mickaël et Pauline, Rémy et Mélissa, Lucille et Jonas, Lucile et Thomas, Marion et Teddy, Andoni, pour les super moments passés au cours de ces années d'internat.

Aux copains de Nantes : Greg, Mel, Charlé, Alex, Nour, Anouck, Heimy, les copains du théâtre...

A tous les autres copains de Nantes et d'ailleurs.

A mes parents, merci pour votre soutien sans faille, qui a permis cette aventure professionnelle et humaine. Maman, merci pour ton écoute à toute épreuve, ta bienveillance, tes conseils, ton sens de l'expérimentation, et tes petites attentions toujours créatives qui rythment nos vies. Papa, merci pour ton investissement auprès de nous, le partage de tes réflexions et conseils, et tes choix qui ont toujours visé à nous faire plaisir et à nous épanouir.

A Alexandre, merci d'avoir été toujours un frère aussi cool, et d'être un papa admirable pour Alvaro ; je suis fière de toi, de tes multiples talents et de tes capacités d'adaptation à toute épreuve. A Valentina dont le parcours incarne la résilience et force l'admiration. A ta révélation un jour peut-être en tant que chanteuse, à ta révélation certaine en tant que super maman.

A Alvaro, mon neveu adoré, qui a su illuminer l'année 2020 et que j'aime voir grandir et sourire.

Aux membres de ma famille (ne pouvant encore une fois tous les citer) : Stéphane, Mylène, Babass, Christiane, Fanny, Pierre, Christiane, Tom, Stéphane, Caroline, Marie-Noëlle, Francis, Laure, Sidonie... A mes grands-parents, auxquels je pense si souvent : Mémé Simone, Pépé Jacques, Mémé Geneviève, et enfin Pépé Jean-Paul, qui a joué un rôle certain dans le choix de cette voie professionnelle.

A Valentin, dont je partage avec bonheur la vie au quotidien. Merci pour ta finesse d'esprit et ta sagacité, ton soutien et ton amour ; merci pour ta capacité à me faire sourire et à rendre douce et légère toute situation, mais également à m'impressionner et à m'inspirer chaque jour. Bravo pour tes accomplissements et tes projets, notamment dans le jeu vidéo et la musique. Je t'aime. Une pensée pour ta famille, toujours accueillante.

Et enfin, une mention toute particulière à Naoko et Rafiki pour leur soutien tacite et nonchalant, et leurs enseignements stoïciens.

*« Et il se dit que l'on ne peut être totalement soi-même  
qu'à partir du moment où l'on est totalement parmi les autres. »*

*La Vie est ailleurs (1973) de Milan Kundera*

# Liste des abréviations

AME	Aide Médicale d'Etat
APA	Association des Psychiatres Américains – <i>American Psychiatric Association</i>
CCA	Chef de Clinique des universités - Assistant des hôpitaux
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CIM-10	Classification Internationale des Troubles Mentaux et du Comportement 10e édition
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNDA	Cour Nationale du Droit d'Asile
COMEDE	Comité pour la santé des Exilés
COREVIH	Comité de Coordination Régionale de Lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles et le Virus de l'Immunodéficience Humaine
CRCT	Consultation Ressource en Clinique Transculturelle
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DNA	Dispositif National d'Accueil
DSM	Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux - <i>Diagnostic and Statistical Manual for mental disorders</i>
DIU	Diplôme Inter Universitaire
DU	Diplôme Universitaire
EMPP	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
ESPT	Etat de Stress Post Traumatique
FMC	Formation Médicale Continue
HAS	Haute Autorité de Santé
LMSS	Loi de Modernisation du Système de Santé
OFII	Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OFPRA	Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
OIM	Organisation Internationale pour les Migrations
ONU	Organisation des Nations Unies
PUMA	Protection Universelle Maladie
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé

# Table des matières

Introduction.....	1
I. Migrants et psychiatrie : éléments de contexte et actualités.....	2
A. Construction des liens entre psychiatrie et migration.....	2
B. Enjeux des définitions : le poids des mots.....	4
C. Réactualisation de la problématique.....	6
D. Quelques données épidémiologiques : un enjeu de santé publique.....	8
E. Intrication des problématiques et cumul des vulnérabilités.....	8
II. Expressions cliniques de la souffrance psychique et lecture psychopathologique.	11
A. Regard clinique sur les motifs de migration.....	11
B. La figure du migrant précaire ou l'autrui radical.....	12
C. Dimension transculturelle.....	13
D. Troubles psychiatriques non spécifiques aux personnes migrantes : quelques éléments à propos de la fréquence, des hypothèses étiopathogéniques et des particularités cliniques.....	19
E. Dimensions multiples du psychotraumatisme.....	21
F. Exil et identité .....	25
G. Migration et deuil.....	26
H. Exil et somatisation.....	27
III. Etude.....	28
A. Introduction.....	28
B. Matériel et Méthode.....	28
C. Résultats.....	29
- Description de la population.....	29
- Analyses quantitatives.....	30
- Analyses qualitatives.....	33
D. Discussion.....	37
- Forces, limites et remarques générales.....	37
- Aspects cliniques.....	38
- Barrière de la langue et interprétariat.....	39
- Précarité, demandes administratives et vécu d'instrumentalisation ou de suspicion.....	42

- Vécu d'impuissance.....	43
- Formation.....	44
- Réseau et pluridisciplinarité.....	47
- Conclusion de l'étude.....	48
- Ouverture.....	49
Conclusion.....	50
Références bibliographiques.....	51
Annexes.....	65
Annexe 1 - Anthropologie et clinique : différentes formes d'articulation, d'après Rechtman.....	65
Annexe 2 - Lexique des termes de la migration.....	65
Annexe 3 - Parcours et démarches du demandeur d'asile.....	68
Annexe 4 - Evolution du nombre de demandes de protection internationale en France depuis 1981.....	69
Annexe 5 – Les motifs psychiatriques dans les demandes de titre de séjour pour soins.....	69
Annexe 6 - Critères diagnostiques pour le trouble de stress post traumatique - pour les adultes, les adolescents et les enfants de plus 6 ans (DSM-V).....	70
Annexe 7 - Entretien de formulation culturelle (Cultural Formulation Interview) (DSM-V).....	73
Annexe 8 – Questionnaire de l'étude.....	76
Annexe 9 – Résultats complémentaires de l'étude.....	85
Annexe 10 - Différentes manières de travailler avec un interprète, d'après Westermeyer.....	91
Annexe 11 - Leporello interprétariat : Déconstruire les préjugés pour travailler avec un.e interprète.....	93
Annexe 12 - Modèle de certificat destiné à la demande d'asile, Guide COMEDE 2015.....	94
Annexe 13 - Présentation clinique.....	95
Annexe 14 - Guide des associations nantaises.....	100

## Liste des tableaux

Tableau 1 – Tableau récapitulatif des caractéristiques de la population.....	30
Tableau 2 – Analyse des verbatims des psychiatres : thèmes et sous-thèmes.....	33

## Liste des figures

Figure 1 – Motifs de consultation les plus fréquents des patients migrants.....	31
Figure 2 – Troubles psychiatriques les plus constatés chez les patients migrants.....	31
Figure 3 - Vécu des psychiatres.....	35
Figure 4 - Besoins et attentes des psychiatres.....	36

## Introduction

Avec une mondialisation des déplacements humains, actuellement multifactoriels, il semble aujourd'hui pertinent « de penser la diversité et l'hétérogénéité comme des réalités devenues tout à fait banales au point de faire partie du quotidien de nos temps modernes » (Douville, 2004). La migration, si elle est un événement biographique et sociologique, s'inscrivant dans un contexte historique et politique, est aussi un événement psychique (Baubet & Moro, 2013). Les expériences pré-, per- et post-migratoires, très variables, dépendent de nombreux facteurs. La migration peut ainsi créer comme révéler des vulnérabilités et des potentialités traumatiques. Il en résulte une présence croissante des personnes en situation de migration dans les dispositifs de santé mentale.

Or, ce qui s'impose comme un enjeu de santé publique n'est pas sans poser de nombreuses questions aux professionnels du soin. Le public migrant correspond à une population très hétérogène et chaque situation est singulière. De plus, la dimension culturelle dans la psychopathologie confronte le savoir psychiatrique à la question du relativisme culturel. L'intrication des problématiques et le cumul des vulnérabilités perturbent le cadre clinique et nosographique des praticiens, qui peuvent se trouver en difficulté pour déterminer de quoi ces patients souffrent. La psychiatrie est en effet fréquemment sollicitée pour des questions où s'entremêlent des problématiques d'ordre médical, juridique, administratif, social et politique. La construction même des rapports entre migration et psychiatrie se situe au carrefour d'enjeux économiques, politiques et idéologiques qui rendent difficile la lisibilité des faits cliniques considérés (Gard, 2015). Tout cela n'est pas sans répercussions sur le vécu et le contre-transfert des praticiens.

Notre problématique sera de déterminer quelles spécificités dans le soin et la clinique des migrants peuvent mettre en difficulté les psychiatres, et comment améliorer ces prises en charge, tant en termes d'efficacité thérapeutique que de vécu soignant.

Nous avons réalisé une étude auprès des psychiatres exerçant au sein de la métropole nantaise par le biais d'un auto-questionnaire, afin d'établir un état des lieux de la prise en charge psychiatrique des patients migrants à Nantes. Nous nous sommes donc intéressés au regard clinique des médecins, à leur vécu, leur pratique, leurs connaissances théoriques et du réseau, leurs besoins et leurs attentes. Ce travail sera éclairé par une lecture historique et conjoncturelle de notre problématique, suivie d'une tentative d'analyse plus spécifiquement consacrée aux dimensions cliniques et psychopathologiques rencontrées chez ce public au-delà des singularités individuelles.

Complétée par l'analyse et la discussion des résultats de l'étude, et soucieuse d'une applicabilité pratique, cette réflexion nous permettra de dégager de potentiels axes de travail en vue d'améliorer la prise en charge de ces patients et le vécu soignant « sur le terrain ». En annexe de ce travail, traduisant cette volonté et en réponse aux besoins exprimés par les psychiatres, nous avons choisi de réaliser un guide des associations et des dispositifs accompagnant les migrants à Nantes, à l'usage des professionnels de santé.

# **I. Migrants et psychiatrie : éléments de contexte et actualités**

Dans cette première partie, nous évoquerons la construction des rapports entre psychiatrie, migration, et place accordée à la notion de culture. Puis nous soulèverons quelques points lexicaux avant de nous intéresser aux données actuelles et épidémiologiques relatives aux phénomènes migratoires. Enfin, nous évoquerons les problématiques multiples rencontrées dans la prise en charge psychiatrique des personnes migrantes.

## **A. Construction des liens entre psychiatrie et migration**

Dès le XIX<sup>ème</sup> siècle, des psychiatres se sont intéressés aux liens entre voyages, migrations et troubles psychiatriques. Ainsi, en 1875, Achille Foville introduit le terme d'« aliénés migrants », pour qualifier les vagabonds souffrant de troubles psychiatriques (Foville, 1875). En 1932, Ödegaard, psychiatre norvégien, évoquait déjà les difficultés rencontrées par les migrants norvégiens à leur arrivée sur le sol américain (Ödegaard, 1932).

La psychiatrie coloniale, dont on fait remonter l'origine en France au Congrès des aliénistes et neurologistes en 1912, est la première à étudier le sujet des colonies, qui incarne à l'époque la figure de l'étranger. Antoine Porot, notamment, développe la théorie évolutionniste du « primitivisme », considérant l'indigène des colonies comme un être « attardé » et « inférieur ». À travers la formulation neuropsychiatrique d'une différence raciale, ces théories participent à légitimer la domination coloniale, et les inégalités sociales et juridiques engendrées par cette dernière. Selon Collignon (2006), la colonisation se double d'une posture de domination « qui ne sera pas sans effets sur la nature du regard porté par les médecins sur les populations assujetties et les malades auxquels ils ont affaire ». C'est de cette psychiatrie coloniale que s'inspirent les premières approches psychopathologiques des migrants, caractérisant les spécificités populationnelles, dans le contexte particulier d'un Occident et d'une science médicale conquérants (Chambon & Le Goff, 2016). La psychiatrie coloniale fera l'objet d'importantes critiques, dans les années 1950-1960, notamment de la part de Frantz Fanon, qui appelle en même temps à une approche des différences (Beneduce, 2006). Cela se traduira notamment, après les indépendances, par l'émergence de l'ethnopsychiatrie.

Le voyage d'Emil Kraepelin à Java en 1904 marque habituellement les débuts de la psychiatrie culturelle, sous l'angle de la *psychiatrie « comparée »* (Baubet & Moro, 2013). Après des patients malais, chinois et européens examinés, il retrouve les grandes entités de sa classification et voit confortée son idée d'une nosographie psychiatrique universellement valide. Le *latah*<sup>1</sup> est par exemple considéré comme une forme d'hystérie. Il existerait un noyau invariant de la maladie, permettant d'établir le diagnostic ; les troubles observés en Occident représenteraient la forme « vraie », modifiée ailleurs par la culture. Ce modèle biomédical repose sur une dichotomie forme/contenu qui distingue, d'un côté, les éléments *pathogéniques* – processus biologiques nécessaires et suffisants pour causer le désordre mental ; déterminants essentiels – et de l'autre les éléments *pathoplastiques* – variations personnelles et culturelles, ces derniers ayant peu d'importance clinique (Baubet &

---

<sup>1</sup> Le *latah* désigne un état dans lequel un patient, une femme le plus souvent, suite à un stimulus (peur, surprise, etc.), présente une réaction de sursaut exagérée, avec des attitudes de soumission passive, langage obscène, écholalie, et écho-praxie. Il est observé essentiellement en Asie du Sud-Est.

Moro, 2013). Dans le cas de la dépression, cette tendance à concentrer les recherches sur les symptômes occidentaux, considérés comme des éléments pathogéniques, a conduit des psychiatres tels que Carothers (1953), empreint des théories colonialistes, à déclarer que la dépression n'existait pas en Afrique noire pour des raisons développementales. Nous savons aujourd'hui que cette pathologie est universelle.

Cette *psychiatrie transculturelle classique* a été fortement contestée par la *nouvelle psychiatrie transculturelle*, apparue à la fin des années 1970. Kleinman (1977), psychiatre et anthropologue, réfutait l'idée que la dépression telle qu'elle est décrite en Occident soit un phénomène universel ; le savoir psychiatrique occidental est indissociable de la culture au sein de laquelle il a émergé. Cela impliquait à la fois une lecture anthropologique de la psychiatrie occidentale, d'une part, et de poser la question de la souffrance psychique en situation transculturelle. Il s'agissait, avant tout, d'améliorer la qualité des soins (Baubet & Moro, 2013). La question du rôle de la culture dans la genèse et l'expression de la souffrance psychique, et dans les systèmes thérapeutiques, est aujourd'hui à l'origine d'une littérature fournie, les positions allant de l'universalisme total au relativisme complet. Rechtman (1998) a proposé une modélisation de différentes formes d'articulation entre clinique et anthropologie (annexe 1) ; la nouvelle psychiatrie transculturelle et les recherches actuelles s'orientent de plus en plus vers le *modèle anthropologique*, étudiant la maladie comme une expérience subjective et culturelle. Kleinman, notamment, évoque l'importance de la narrativité (*Illness Narratives*), pour saisir le vécu subjectif lié à la maladie (1988a ; 1988b) et du contexte global dans lequel cette expérience s'inscrit (Kleinman et al., 1997), avec la notion de souffrance sociale (*Social Suffering*). Le contexte historique et sociopolitique, propre à chaque pays, doit être pris en considération, car il détermine le mode de citoyenneté – et donc d'accueil et d'intégration, et le type de migration (Kirmayer & Minas, 2000). La France, ancienne puissance coloniale, a adopté le modèle républicain d'intégration. La reconnaissance de la dimension culturelle en France dans toute relation, y compris thérapeutique, a été longue et source de conflits. L'importance de cette composante a été en grande partie soutenue par le courant de l'ethnopsychanalyse, aboutissant à la création de consultations spécialisées (Baubet, 2013). L'ouverture d'un dialogue entre psychanalyse et anthropologie, notamment sous l'impulsion de Claude Lévi-Strauss, a permis la cristallisation d'un mouvement considérant la clinique comme une anthropologie, et les données culturelles comme participant à toute relation humaine. On distingue dans ce champ deux positions épistémologiques différentes : la perspective comparatiste, et la perspective complémentariste. La *vision comparatiste* conduit à rechercher les invariants culturels dans la culture des patients et dans la nôtre, construisant des équivalences et des parallélismes entre les éléments culturels et pathologiques de monde différents (Moro, 2013). L'*approche complémentariste* contribua au développement de l'ethnopsychiatrie, qui servit de base, en France, à la question de la clinique culturelle. Pendant la décolonisation, l'ethnopsychiatrie se développe (Coffin, 2012), notamment sous l'égide de Georges Devereux, l'un de ses fondateurs, qui en construit le champ à partir de l'anthropologie et de la psychanalyse. Devereux est à l'origine du complémentarisme et par là d'une révolution méthodologique, en postulant que certains phénomènes humains nécessitent « une pluridisciplinarité non fusionnante, et « non simultanée » : celle du double discours obligatoire » (Devereux, 1972).

Devereux (1978) fait référence à trois types de psychothérapies en ethnopsychiatrie :

1. *Intraculturelle* : Thérapeute et patient appartiennent à la même culture, mais le thérapeute tient compte des dimensions socioculturelles, aussi bien des troubles de son patient que du déroulement de la thérapie ;
2. *Interculturelle* : Thérapeute et patient appartiennent à deux cultures différentes, mais le thérapeute a une bonne connaissance de la culture de l'ethnie du patient, et s'en sert comme levier thérapeutique ;
3. *Métaculturelle* : Thérapeute et patient appartiennent à deux cultures différentes. Le thérapeute ne connaît pas la culture de l'ethnie du patient mais comprend parfaitement le concept de « culture », qu'il utilise à la fois dans l'établissement du diagnostic, et dans la conduite du traitement.

La dénomination métaculturelle fait référence à une « reconnaissance systématique de la signification générale et de la variabilité de la culture, plutôt que (...) la connaissance des milieux culturels spécifiques du patient et du thérapeute » (Devereux, 1978). Devereux souligna tout au long de son œuvre l'importance des thérapies métaculturelles. Il conceptualisa dès 1951 l'utilisation de leviers culturels à des fins de facilitation des *insights* et donc thérapeutiques. Ces leviers s'effacent lorsqu'ils ne remplissent plus leur rôle de potentialisateurs de récits, d'affects ou de transfert ; en effet, avec la progression du travail psychothérapeutique, « va s'estomper l'intérêt focalisé sur les différences ; (...) le trait le plus fondamental de sa personnalité est son appartenance à la condition humaine » (Devereux, 1969). L'ethnopsychiatrie, selon Devereux, repose ainsi sur deux principes, le premier étant celui de *l'universalité psychique* : ce qui définit l'être humain, c'est son fonctionnement psychique. Il s'agit d'une universalité structurelle de fonctionnement, de processus. Cependant, si tout homme tend vers l'universel, il y tend par le particulier de sa culture d'appartenance, sa *spécificité culturelle* (Devereux, 1969). La maladie est concernée par ce codage culturel. Le passage par le culturel vise à accéder à l'universel en chacun de nous, incarné dans le particulier.

Par la suite, Tobie Nathan va apporter d'autres notions aux théories de Devereux. Il envisage la culture comme un système clos, allant à l'encontre des théories anthropologiques actuelles : Lévi-Strauss (1961) démontre ainsi que l'identité culturelle est davantage un processus qu'un contenu ; la culture est un système dynamique, « instable et ouvert » (Moro, 2013). L'ethnie correspond à un découpage artificiel, ne prenant pas en compte les métissages et passages d'une communauté à une autre. « Le changement est le mode d'être de la culture » (Dahoun, 2005). Fassin (2000) critique la réification de la culture et la surdétermination du fait culturel dans la pensée de Nathan. Cependant, l'intérêt majeur du travail de Nathan est d'avoir proposé un dispositif pratique pour le soin des sujets migrants, qu'il qualifie de spécifique. A l'heure actuelle, c'est autour de Marie-Rose Moro et de Thierry Baubet qu'a été repris, en partie, l'héritage de Devereux via la promotion d'une psychiatrie transculturelle d'inspiration analytique et d'une approche théorique pluri-référentielle et métissée (Moro, 2004). Moro insiste sur la nécessité de reconnaître et d'élaborer l'altérité en soi (Moro, 2013).

## **B. Enjeux des définitions : le poids des mots**

La question de la terminologie et des incertitudes sémantiques gravitant autour du public migrant n'est pas sans impact sur la rencontre.

Migrer est le processus durant lequel un individu quitte un contexte culturel pour un autre, pour une longue période ou de façon définitive (Lindert et al., 2008). « Reflétant l'usage commun, le terme « migrant » est un terme générique qui, selon l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM, s. d.), désigne toute

personne « qui se déplace ou s'est déplacée à l'intérieur de son État [– auquel cas on parlera de "déplacé interne" –] ou en franchissant une frontière internationale, quel que soit son statut juridique, que son déplacement soit volontaire ou non, quelles qu'en soient les causes et la durée de son séjour ». Ainsi, juridiquement, le terme « migrant » n'est pas un statut en tant que tel ; il regroupe en réalité une grande diversité à la fois de motifs de migration et de statuts juridiques, avec des différences majeures en termes de droits accordés. Par exemple, un demandeur d'asile est une personne qui sollicite son admission sur le territoire d'un Etat en qualité de réfugié et qui est en attente que l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA), sous le contrôle de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA), statue sur sa requête. Des droits sont associés au statut de demandeur d'asile : droit à une allocation, une Carte Solidarité Transport, un hébergement en centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA). Les sans papiers, étrangers en situation irrégulière, ne disposent pas de ces droits. Des précisions concernant le vocabulaire associé à la migration et le parcours du demandeur d'asile sont apportées en annexe (annexes 2 et 3).

Il est utile de questionner les enjeux, risques et confusions liés au choix des mots et à la catégorisation des personnes migrantes. Aujourd'hui, « qui ne connaît un temps d'hésitation au moment de choisir un adjectif ou un substantif pour désigner une personne « venue d'ailleurs » ? Vais-je dire migrant, réfugié, étranger, demandeur d'asile, exilé, sans-papiers, expatrié... ? » (Mellon, 2020) S'il est impossible de parler sans catégories - « Nommer, en effet, c'est déjà catégoriser, découper le monde avec les moules des mots et des concepts culturels dont nous avons hérité » (Calabrese, 2020) - toute application d'une catégorie à une personne revêt d'importants enjeux, notamment d'ordre politique, social, culturel, juridique, et relationnel. Ces questions ne sont pas sans risque de déstabiliser les professionnels de santé, eux aussi ancrés dans une culture et dans une société, amenés à rencontrer les migrants. Alors que les formes de migrations se sont beaucoup diversifiées, comme le note Wihtol de Wenden (2020), la politisation du phénomène migratoire a donné lieu dans le débat public à une opposition, depuis la « crise » de 2015, entre deux catégories de migrants : les réfugiés d'une part, et tous les autres migrants, d'autre part - réputés illégitimes à demeurer sur le territoire. Coexistent des catégories juridiques (« réfugié », « étranger »), statistiques (« immigré », « migrant »), administratives (« primo-arrivant »), etc. Calabrese (2020), linguiste, examine les caractéristiques de cette terminologie. En premier lieu, l'oscillation de l'utilisation de ces mots tantôt dans un sens spécialisé, tantôt courant, engendre une synonymie entre « étrangers » et « immigrés », ou entre « migrants » et « réfugiés », alors que leurs sens spécialisés sont très éloignés. Ensuite, ces catégories sont le produit d'une histoire, de débats, d'idéologies qui ne sont pas neutres. Enfin, la signification des mots qui désignent les phénomènes sociaux évolue, notamment par contiguïté avec des images et d'autres mots qui apparaissent dans leur voisinage. Les associations de sens finissent par charger certains mots de connotations négatives qu'ils n'ont pas dans leur définition initiale, comme c'est le cas pour le mot « migrant », très peu utilisé dans les décennies précédentes et plutôt neutre en français. Au total, ces caractéristiques rendent les catégories de la migration mouvantes, se prêtant à des imprécisions journalistiques et à de multiples jeux politiques, laissant peu de place à la prise en compte des trajectoires migratoires. Il est donc bénéfique d'entendre d'autres discours : ceux des associations, des soignants et des assistants sociaux, autrement dit des personnes sur le terrain et dont la vision de la migration ne s'est pas forgée

exclusivement de manière médiatisée. Calabrese argumente qu'avec ces nouveaux répertoires, les migrants seront appelés indifféremment « exilés », « migrants » ou « réfugiés », car, au-delà des statuts juridiques, cela n'a pas vraiment d'importance. D'autre part, si les sens de « migrant », « étranger », « ethnie » ou « race » ne se confondent pas, ces notions font référence, en partie, aux mêmes réalités socio-culturelles et démographiques : le fait de vivre dans un milieu étranger. De ce fait, il est intéressant, lorsque l'on étudie la santé mentale, de synthétiser les informations relatives à ces différentes « catégories ».

Bien qu'ayant parfois recours à d'autres notions, la tendance, pour notre travail, a été d'employer le terme migrant, du fait de la diversité des situations et des statuts juridiques qu'il recouvre et que nous rencontrons, et de sa neutralité – toute relative.

Nous allons maintenant exposer les raisons de la réactualisation, depuis quelques années, de la problématique liée aux phénomènes migratoires.

### **C. Réactualisation de la problématique**

La demande de soins en santé mentale, quand il s'agit du public migrant, a toujours débordé les cadres de soin, car elle représente non seulement un enjeu majeur de santé publique, mais aussi d'**accueil** au sens **politique** et **éthique**.

La question migratoire s'inscrit aujourd'hui à **l'échelle mondiale**. Selon Catherine Wihtol de Wenden, « les migrations se sont mondialisées depuis trente ans, et ont triplé depuis le milieu des années 1970 : 77 millions de personnes résidaient dans un autre pays que celui où elles étaient nées en 1975, (...) 150 millions au début des années 2000, plus de 200 millions aujourd'hui » (Zeroug-Vial et al., 2015). Les migrants internationaux sont ainsi estimés à 271 millions, selon l'Organisation des Nations Unies (ONU), en 2019 (Wihtol de Wenden, 2020). En France, en 2018, 6,49 millions de personnes étaient immigrées (Français par acquisition ou étrangers, nés hors de France), soit 9,7 % de la population totale (Le Luong, 2020).

Les motifs de migration sont classiquement divisés en motifs d'ordre socio-économique, politique et psychologique (Baubet et al., 2010). Si on a pour habitude d'élaborer des typologies des flux migratoires selon leurs buts et selon leur caractère volontaire ou forcé, on assiste actuellement à un « **glissement des catégories de migrants** », qui empruntent plusieurs profils au cours de leur vie ou même à la fois, « le migrant économique se distinguant peu du demandeur d'asile et les personnes rejoignant leur famille venant aussi pour travailler » (Wihtol de Wenden, 2010). Les catégories, de plus en plus poreuses, ne permettent pas de documenter de manière précise les raisons de la migration. Par exemple, les « migrations environnementales », amenées à s'accroître, résultent d'un entremêlement de raisons climatiques, politiques, économiques et sociales. D'autre part, sur le plan psychique, les **motivations** sont souvent **complexes** et **intriquées**. Dans les années 2000, de **nouvelles problématiques** ont émergé ; ces dernières années plus particulièrement, la reprise de conflits armés, comme en Syrie depuis 2011 ou en Libye depuis 2014, a entraîné une **forte augmentation des départs**, principalement par les voies maritimes. Les causes de départ actuelles sont multiples et entrelacées, essentiellement liées à la **guerre**, **l'instabilité** et la **violence politiques**. La dangerosité des parcours migratoires se trouve accrue par la fermeture des frontières de l'espace Schengen et l'externalisation de l'asile. L'année 2015

a marqué un contexte bien particulier : il n'y avait jamais eu autant de réfugiés et déplacés depuis la Seconde Guerre mondiale, plus de douze millions de personnes ont fui leur pays dévasté par la guerre : Syrie, Irak, Afghanistan, République Démocratique du Congo, Érythrée, Soudan du Sud, ou encore Kosovo, Serbie et Ukraine (Larchanché, 2017). Aujourd'hui, les migrants correspondent moins à la figure de l'exilé politique, homogène, qu'à des personnes en situation de migration et de précarité. Rechtman (2010) affirme que « l'arrivée d'immigrants illégaux d'origines diverses change également le paysage de l'immigration en France (...) ». L'irrégularité du séjour des étrangers en France transforme les demandeurs d'asile et les immigrés en clandestins illégitimes jusque dans leurs besoins de santé » (Chambon & Le Goff, 2016).

**L'augmentation des demandeurs d'asile** est constante depuis la moitié des années 2000. Ainsi, en 2013, 66 251 demandes d'asile avaient été enregistrées ; en 2019, on en dénombrait 13 2600 (OFPRA, 2019) (annexe 4). La grande majorité des migrants est déboutée de la demande d'asile, le taux d'acceptation oscillant entre 20 et 25 % selon les années. En 2019, 36512 décisions favorables à l'attribution de l'asile ont été rendues, soit 22,5 % des décisions rendues par l'OFPRA et la CNDA. Ce **faible taux d'acceptation** conduit un nombre important de migrants à rechercher d'autres voies de régularisation, d'autant qu'il n'y a pas eu depuis longtemps de mouvements collectifs de régularisation – comme cela avait pu être le cas, par exemple, avec les « *boat people* »<sup>2</sup> qui, représentant une cause politique collective, sont devenus massivement des « réfugiés » sans que ne soient documentées, à l'échelle individuelle, les expériences vécues et la position des uns et des autres. Selon Akoka (2020), pendant la guerre froide, l'assujettissement du droit d'asile aux politiques diplomatiques et le besoin de main-d'oeuvre favorisaient un taux élevé d'accords du statut de réfugié, alors que son instrumentalisation par les politiques migratoires, dans le contexte de la construction de l'immigration comme problème, entraînerait actuellement un taux élevé de rejets.

En ce qui concerne l'admission au séjour pour soins, elle représente 2 % des premiers titres de séjour délivrés en 2019, soit 5457 titres. Quant à l'aide médicale d'État (AME), elle permet d'estimer, de façon approximative, le nombre « minimum » d'étrangers en situation irrégulière, ce droit à la sécurité sociale se destinant majoritairement à cette catégorie. En 2017, 315 835 personnes étaient bénéficiaires de l'AME de droit commun (Sénat, 2018), alors qu'ils étaient 75 000 en 2000 (Chambon & Le Goff, 2016).

L'augmentation notable des arrivées de personnes migrantes en Europe, a fortiori depuis la « crise migratoire » à partir de 2015, a suscité de **nouveaux débats** (Chambon & Le Goff, 2016). Les attentats, depuis le 13 novembre 2015, ont concentré l'attention vers les enjeux sécuritaires. Ces questions ne doivent pas occulter la réactualisation de la problématique des rapports entre santé mentale et migration résultant de l'accroissement de la population migrante. Les réponses cliniques sont aujourd'hui limitées par manque de formation et de moyens. Ainsi, ce public se fait le révélateur des failles et des faiblesses du système de soin public, et en particulier de la psychiatrie. Par ailleurs, la fragilisation des soignants s'est accentuée en même temps que la politisation croissante de la question, accroissant les clivages et les malentendus sur le sujet de l'accès aux soins (Saglio-Yatzimirsky & Wolmark, 2018). D'autre part, de nombreux dispositifs, notamment dans

---

<sup>2</sup> Ce terme fait référence aux personnes ayant pris part à l'importante vague de migration venue d'Indochine jusqu'en Europe et en Amérique du Nord à partir de 1975, par la mer de Chine à bord d'embarcations souvent inappropriées. Cette migration était constituée de ressortissants du Viêt Nam, du Laos et du Cambodge ayant choisi de quitter les dictatures de leurs pays respectifs.

le champ de l'asile et de la précarité, malgré des créations de places, se retrouvent complètement débordés. Bon nombre de demandeurs d'asile sont hébergés par des proches ou des compatriotes, ou bien se retrouvent à la rue ou dans des camps de fortune aux abords des villes. Le constat de **l'inadéquation entre l'offre de santé et les besoins de soins** en santé mentale des populations primo-arrivantes semble largement partagé. Ainsi, bien que la littérature clinique sur les conséquences en santé mentale de la migration contrainte soit déjà riche de références, le contexte actuel renouvelle les problématiques.

#### **D. Quelques données épidémiologiques : un enjeu de santé publique**

Aujourd'hui, la santé mentale des populations migrantes est devenue un **enjeu majeur de santé publique**. Depuis l'étude d'Ödegaard (1932), de nombreuses études sur l'état psychique des populations migrantes ont été publiées, mais en France, il existe un manque de données concernant la santé psychique des migrants. La littérature internationale montre que les sujets migrants, sur plusieurs générations, quelle que soit leur origine, présentent significativement **plus de troubles psychopathologiques** que les populations du pays d'accueil, qu'il s'agisse de troubles thymiques, anxieux, post-traumatiques, addictifs et psychotiques (Ortega et al., 2000 ; Steel et al., 2002 ; Galvan & Caetano, 2003 ; Grant et al., 2004 ; Cantor-Graae & Selten, 2005 ; Swinnen & Selten, 2007 ; Wittig et al., 2008 ; Borges et al., 2009 ; Lindert et al., 2009). Une étude publiée par le Comité pour la santé des exilés (COMEDE) en 2017 établit probablement l'état des lieux actuel le plus représentatif : sur les 16 095 personnes ayant effectué un bilan de santé dans son centre de soins entre 2007 et 2016, la prévalence globale des troubles psychiques graves s'élevait à 16,06 %, les jeunes adultes de 20 à 25 ans et les femmes étant les plus touchés (Veisse et al., 2017). Une étude menée en population générale par le Centre collaborateur français de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en France métropolitaine, sur 37 063 personnes, a cherché à estimer la prévalence des troubles psychiatriques et addictologiques de trois générations de migrants (Guardia et al., 2017) : selon les résultats, le statut de migrant augmente le risque de troubles dépressifs (*odds ratio* [OR] = 1,555), de troubles bipolaires (OR = 1,597), d'état de stress post-traumatique (OR = 1,615), d'abus de substance (OR = 2,522) et d'alcool (OR = 1,524), de dépendance aux drogues (OR = 2,116). Ce risque se maintiendrait jusqu'à la troisième génération, même si la littérature est moins fournie concernant cette dernière (Amad et al., 2013). Le processus migratoire en tant que tel influencerait sur la santé mentale des populations indépendamment de la situation socioéconomique ou de l'origine géographique (Guardia et al., 2017). Les migrants cumulent donc à la fois le risque lié à la migration avec ceux, socio-démographiques, liés à une population souvent précarisée (Nazroo 1998 ; Syed et al., 2006). Pour certains auteurs, l'augmentation de la prévalence des troubles chez les migrants pourrait être liée à certains biais comme les critères d'inclusion, les méthodes d'échantillonnage, ou les instruments diagnostiques utilisés (Tarricone et al., 2011). En réalité, chaque situation est unique et doit être recontextualisée au regard des facteurs pré-, per- et post-migratoires.

#### **E. Intrication des problématiques et cumul des vulnérabilités**

Les données de la littérature précédemment évoquées permettent de souligner l'importance d'une prise en charge adaptée de ces populations. La psychiatrie se trouve interpellée sur des questions où s'entremêlent

des problématiques **médicales, administratives, juridiques, sociales et politiques** (Chambon & Le Goff, 2016). Les personnes migrantes correspondent désormais le plus souvent à des personnes en situation de **précarité**. Les professionnels peuvent se trouver en difficulté pour comprendre **de quoi souffrent ces patients**, d'autant que les pathologies et symptômes rencontrés ne correspondent pas toujours à des catégories nosographiques identifiées. Il existe un mouvement de hiérarchisation des pathologies, où se pose la question de la légitimité des **problématiques psychosociales** à être entendues dans le champ de la psychiatrie et où se joue le débat concernant le rôle de la psychiatrie, à partir d'une définition extensive de la santé mentale (Chambon & Le Goff, 2016). Cette question de la **légitimité** concerne également la **demande de soins**, souvent intriquée avec des **demandes administratives**. Les professionnels de santé sont de plus en plus sollicités pour des **demandes de certificats et rapport médicaux**, dans le cadre de la demande d'asile et de la régularisation au titre de la santé (annexe 5). Les troubles de la santé mentale sont les principaux motifs de demande d'admission au séjour pour soins, les plus fréquemment déclarés étant, de loin, les états de stress post-traumatique (ESPT) (classés dans les troubles anxieux dans l'annexe 5). Dans ce contexte, les soignants peuvent éprouver un **sentiment de débordement, d'instrumentalisation et des difficultés à évaluer les pathologies**. La procédure en elle-même précarise ; l'insécurité administrative et sociale venant faire écho à l'insécurité psychique, l'obtention des papiers devient une préoccupation centrale. Le psychiatre se trouve ainsi pris au carrefour d'une réflexion éthique, des préoccupations militantes, et d'une identité professionnelle de soignant : « faut-il rédiger des rapports médicaux ? » (Zeroug-Vial et al., 2015). Les parcours administratifs et les parcours de soins se trouvent entremêlés, d'autant que ces demandes de titre étranger malade interviennent souvent au moment où le demandeur d'asile est débouté. C'est fréquemment l'association ou l'avocat accompagnant la personne qui l'incite à formuler cette demande auprès de son psychiatre. En effet, comme nous l'avons vu, depuis plusieurs décennies et a fortiori depuis le début de la « crise », les voies de régularisation se sont amenuisées et individualisées. La demande de régularisation au titre de la santé est paradigmatique de ce mouvement. Notons par ailleurs le **paradoxe** de ce type de régularisation : le sujet doit rester malade « pour survivre » ; « aller mieux » revient à risquer de perdre son statut. C'est également **l'instrumentalisation de la psychiatrie** à des fins politiques, et le report de la gestion des défaillances des politiques d'asile vers le monde de la santé, qui sont dénoncés par certains professionnels.

Les difficultés concernent également **l'organisation et l'accès aux soins**. Premièrement, une importante proportion de patients migrants n'est pas francophone. Cette question de **l'allophonie** et de son corollaire, **l'interprétariat**, soulève des problématiques non seulement cliniques, mais aussi organisationnelles et financières. Avec le rapport « Laforcade » (2016), relatif à la santé mentale, c'est la première fois que la nécessité de la traduction est ainsi mentionnée : « Ces équipes [équipes mobiles psychiatrie-précarité, sectorielles ou Intersectorielles] (...) doivent pouvoir prendre en compte les problèmes complexes présentés par les réfugiés et les migrants et pouvoir s'assurer le plus rapidement possible de l'assistance de traducteurs. » La loi de modernisation du système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 déclare (article 90) : « La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités ». La Haute Autorité de Santé (HAS, 2017) a émis des recommandations sur la nécessité du recours à l'interprétariat. Par ailleurs, il

existe dans la littérature de nombreuses publications sur les stratégies à adopter pour travailler efficacement avec un interprète (Bjorn, 2005 ; Brisset & Leanza, 2015). Cependant, ces éléments ne permettent pas toujours aux professionnels de santé de surmonter les obstacles rencontrés sur le terrain (Atger et al., 2020). Les **difficultés de compréhension** réciproque constituent un **frein majeur à l'accès aux soins et aux différentes institutions**, à la bonne prise en charge de l'individu (Weber, 2017), à toutes les étapes du parcours de soin de la personne, dès l'ouverture des droits (Gaudillière, 2008, cité par Weber, 2017). Pourtant, l'interprétariat linguistique en médecine est un moyen de réduire les inégalités de santé (Weber, 2017). Cependant, la maîtrise de la langue ne garantit en rien la compréhension de l'autre ; des difficultés naissent de la confrontation de **cultures différentes** (Weber, 2017). Le rôle de l'interprète n'est pas évident pour le soignant, et il n'est par ailleurs pas rare que certains psychiatres expriment des réticences à recevoir des patients allophones en présence d'un interprète (Bischoff et al., 2003 ; Boivin et al., 2012 ; Graz et al., 2002 ; Hudelson & Vilpert, 2011 ; Weber & Molina, 2003). Quelques recherches récentes en France (Schwarzinger, 2012 ; Ticca & Traverso, 2015), et de nombreux travaux anglo-saxons, belges et suisses ont exploré cet objet d'étude. Brisset et al. (2013) ont fait une revue de la littérature sur les attentes quant au rôle et aux difficultés de la pratique de soin avec ce tiers, relatives aux enjeux de contrôle, de pouvoir et de confiance, ainsi qu'aux caractéristiques particulières de la communication dans cette situation (Ticca & Traverso, 2015). Certaines études ont montré que la présence d'un interprète professionnel améliorerait la qualité des soins des patients allophones (Karlner et al., 2007 ; Bauer & Alegria, 2010). Certaines recherches, en particulier nord-américaines, ont toutefois souligné que le non-partage et la non-maîtrise de la langue peuvent engendrer des « effets de filtre », mais surtout des **erreurs de diagnostic et de traitement** (Mader, 2000).

D'autre part, la **sectorisation** et la **segmentation des prises en charge** sont problématiques. De nombreux migrants fréquentent ainsi les **dispositifs à destination des précaires**, à l'image des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ou des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP). Dans son rapport sur l'avenir de la psychiatrie, Denys Robiliard (2013) nomme deux catégories de population auxquelles n'est pas adapté le découpage en secteur : les populations précaires et les demandeurs d'asile. Pour autant, l'émergence de la préoccupation pour la santé mentale des migrants ne s'est pas traduite par la mise en place de dispositif spécifique, au risque de discriminer. Rechtman (cité par Le Goff & Zeroug-Vial, 2017) explique que c'est précisément la précarité, l'exclusion des migrants qui leur permet d'accéder à des dispositifs spécifiques, « à défaut bien souvent d'apporter d'autres réponses politiques ». Ces dispositifs pour précaires visent principalement l'accès aux soins, et malgré une diversification de ces dispositifs, les publics cumulant de grandes vulnérabilités souvent enchevêtrées (sociales, médicales, juridiques et administratives) peinent à s'inscrire dans les circuits classiques durablement. Les difficultés à orienter entraînent les professionnels de santé à poursuivre les soins dans la durée, et les **dispositifs** se retrouvent ainsi **saturés**. Les **organisations non gouvernementales** et les **associations humanitaires** sont ainsi de plus en plus sollicitées pour prendre en charge des migrants précaires qui ne trouvent pas de réponse ailleurs (Le Goff & Zeroug-Vial, 2017).

Ainsi, les spécificités dans la prise en charge des migrants intéressent de nombreux axes. Elles se situent au carrefour des dimensions individuelle et collective. D'un côté, ces spécificités sont propres à chaque sujet

selon ses caractéristiques et son histoire personnelle, mais elles résultent également de la construction historique de nos sociétés dans le rapport à l'autre, et évoluent au gré d'événements de divers ordres survenant sur la scène mondiale. Elles résident dans la place accordée à la culture, le modèle d'intégration, les obstacles juridiques et administratifs, les politiques de santé publique, le développement adéquat ou non des dispositifs de droit commun comme spécifiques, la prise en charge de la précarité. Ne pouvant ici développer tous ces aspects transdisciplinaires, nous polariserons notre attention, dans cette deuxième partie, sur la question des spécificités en termes de psychopathologie et de clinique psychiatrique.

## **II. Expressions cliniques de la souffrance psychique et lecture psychopathologique**

Si elle n'entraîne pas toujours de répercussions psychopathologiques, la migration est un événement psychique, à différents niveaux (Baubet & Moro, 2013). On a vu que le public migrant correspond à une population très hétérogène ; chaque situation est unique. Les troubles psychiatriques peuvent exister avant la migration, ou bien se révéler après cette dernière, avec une temporalité très variable, et ne sont pas alors une conséquence « mécanique » de la migration mais dépendent d'une pluralité de facteurs, intrapsychiques comme sociaux. L'exploration du vécu pré-migratoire, du voyage, et de la vie dans le pays d'accueil sont essentiels pour appréhender la dynamique des conflits psychiques du sujet (Baubet & Moro, 2013). L'intrication des problématiques et le cumul des vulnérabilités perturbent le cadre clinique et nosographique des praticiens. Comment articuler les particularités culturelles, psychopathologiques, contextuelles ? L'objet est ici de proposer des éléments de réflexion concernant les dimensions cliniques, psychopathologiques et nosographiques pertinentes, qui sont autant de pistes de travail pour le psychiatre accompagnant le patient migrant, et ont souvent pour point commun d'être traversées par une dialectique identité/altérité.

### **A. Regard clinique sur les motifs de migration**

Au-delà du découpage classique entre motifs socio-économiques, politiques, et psychologiques, la migration est un acte complexe, répondant à des motivations conscientes et inconscientes intriquées en proportions variables. Ainsi, les *motifs socio-économiques*, souvent avancés comme moteur essentiel au choix du départ, traduisent également d'autres phénomènes renvoyant à un niveau psychique : « il peut s'agir de se « sacrifier » pour la famille ou encore de se poser en « sauveur » de celle-ci... » (Baubet et al., 2010). Les *motivations politiques* sont de nature très hétérogène. Les demandeurs d'asile cherchent à échapper à une menace vitale dans leur pays d'origine, le plus souvent après y avoir subi des tortures ou des persécutions. Baubet, Taïeb et Moro (2010) précisent que l'on parlera dans cette situation plutôt d'exil que de migration, avec des incidences psychologiques très différentes, l'exil étant davantage « une fuite de la terre natale, plus qu'un départ vers l'ailleurs », qui « ne s'accompagne d'aucun projet ou fantasme de retour, pas plus qu'il n'a été précédé d'une élaboration. La rupture, effectuée dans un contexte dramatique, est précipitée et définitive. » Les *motivations psychologiques*, nombreux, recouvrent deux niveaux : conscient et inconscient. Sur le plan conscient, le fait de migrer peut autant correspondre à une « quête de soi-même », à une « reconquête de sa dignité par l'argent et

le travail », à « l'aboutissement d'un rêve à plusieurs » (Moussaoui & Frey, 1985), etc. Sur le plan inconscient, la migration peut constituer un « acte auto-thérapeutique » au travers duquel le sujet pourrait en quelque sorte « renaître » (Baubet & Moro, 2013), une fuite d'un milieu familial dysfonctionnant, une mise en jeu du fantasme d'être orphelin, etc. (Grinberg & Grinberg, 1986).

Il existe une ambivalence inhérente à toute migration - même choisie (Baubet & Moro, 2003). La migration engendre, inéluctablement, une perte, dont il est difficile de mesurer l'ampleur des blessures narcissiques ; mais l'inconnu peut aussi se révéler fondateur de l'espoir d'un mieux-être. Cette ambivalence se traduit par un « mélange de sentiments d'angoisse, de tristesse, de douleur et de nostalgie, d'un côté, joints aux attentes et illusions encourageantes, d'autre part, que chaque migrant emporte avec lui » (Grinberg & Grinberg, 1986). Elle devra être repérée par le thérapeute afin de pouvoir être élaborée en psychothérapie. Afin de se protéger contre le tiraillement psychique et les émotions douloureuses telles que l'angoisse et la culpabilité, les personnes recourent parfois à la « dissociation pour ne pas avoir à évoquer – de façon désespérée – les pertes subies : les parents aimés, les amis de toujours, les rues de sa ville ou le village, les multiples objets quotidiens auxquels il a été attaché affectivement, etc. » (Grinberg & Grinberg, 1986). La dévalorisation de la perte s'ajoute au dénigrement du familier et, dans le même temps, s'y allie l'admiration exagérée du nouveau monde. Cependant, il arrive que la dissociation soit « inversée » : le monde d'origine, magnifié, est évoqué avec une grande nostalgie, alors que la terre d'accueil, persécutrice, se trouve caricaturée et fait l'objet d'idées négatives (Di & Moro, 2008). Ainsi, pour les Grinberg (1986), mettre ces pôles à la bonne distance paraît être la condition de l'équilibre : « En cas d'échec de la dissociation, l'angoisse confusionnelle surgit inexorablement (...) : on ne sait plus qui est l'ami ni qui est l'ennemi, où l'on peut triompher ni où l'on peut échouer, ni comment différencier l'utile du préjudiciable, l'amour de la haine, la vie de la mort. »

Baubet et Moro (2003) soulignent que la migration, subie ou choisie, est toujours un acte courageux par lequel la personne se place du « côté de la vie ». La réflexion sur les motifs de migration implique également de s'intéresser à la dimension pré-migratoire, afin de ne pas oublier « l'émigré » derrière « l'immigré » (Sayad, 1999, cité par Baubet et al., 2010), et d'accompagner le sujet dans la remobilisation de ses ressources antérieures.

## **B. La figure du migrant précaire ou l'autrui radical**

L'OMS a mis en évidence les liens manifestes entre les conditions de vie des individus et leur état de santé (Marmot & Wilkinson, 2003). Dans ce contexte d'augmentation du nombre de migrants, les politiques migratoires actuelles, la limitation du droit au séjour pour soins, et la complexité des démarches et des procédures administratives agissent comme facteurs de précarisation psychique et sociale des migrants. L'Orspere-Samdarra propose de caractériser la figure du migrant précaire (Chambon & Le Goff, 2016), associant :

- une migration récente (légale ou non) ;
- un état d'insécurité administrative résultant de la problématique d'accès au séjour (quel que soit l'axe de sa demande - asile, régularisation au titre de la santé, ou autres - la question de l'obtention des papiers constitue une préoccupation majeure pour le migrant, que ce soit sur le plan psychique ou en pratique dans l'organisation de sa vie quotidienne) ;

- une grande précarité dans laquelle vivent de plus en plus les migrants. La majorité des personnes déboutées demeure sur le territoire français. La précarité engendre des difficultés d'accès aux soins et ces personnes sont souvent prises en charge par des dispositifs destinés aux populations précaires.

Pour les auteurs, la catégorie de migrant précaire se révèle plus opérante pour le clinicien, en désindexant la problématique clinique de la procédure administrative. Cette conceptualisation pose la question de la réponse clinique, politique, et de la partition entre psychique et social, face à des sujets qui peuvent être à la fois des personnes migrantes, des demandeurs d'asile et des individus en situation de précarité, cumulant de ce fait différentes vulnérabilités qui étendent le champ de la prise en charge et interrogent la part des problématiques de santé mentale (Chambon & Le Goff, 2016). Les cliniciens s'interrogent sur une « psychiatrisation du social ». Cette articulation entre santé mentale et précarité « donne figure à ce qui se présente comme un nouveau malaise dans la civilisation » (Soulet, 2005). En psychiatrie, le migrant précaire renvoie à une complexification de l'altérité « étranger » remettant en question les modalités du travail auprès de lui (Chambon & Le Goff, 2016). A l'instar du SDF des années 1990 - au sens du « clochard » auquel fait référence Declerck dans *Les Naufragés* (2003) – il serait une autre figure du « social problématique » et du « mental perturbé », pour reprendre l'expression d'Otero (2015). « Le défi actuel de la solidarité est de prendre en considération la différence non contributive, de penser l'acte solidaire non plus avec un autre même mais avec un autre différent, engageant de ce fait une responsabilité pour un autrui qui, a priori, ne nous est rien et ne vaut rien. Le vrai défi de la solidarité devient en quelque sorte « l'étranger », l'autrui radical » (Soulet, 2004). La société se forge une image de « l'autrui radical » : le pauvre, le migrant, a fortiori le migrant pauvre.

Cette question de la précarité occupe une place majeure dans la prise en charge de nombreux patients migrants. Nous allons désormais nous intéresser à une autre spécificité dans la prise en charge, en lien avec les aspects culturels.

### **C. Dimension transculturelle**

Moro (2004) définit le système culturel comme un système « constitué d'une langue, d'un système de parenté, d'un corpus de techniques et de manières de faire (la parure, la cuisine, les arts, les techniques de soins, les techniques de maternage) ». La culture peut influencer la sémiologie psychiatrique mais également les réactions face aux symptômes, les explications concernant la maladie, la recherche d'aide, et les relations du patient avec sa famille et les professionnels de santé. La prise en compte de la dimension transculturelle, éminemment transversale, est donc essentielle dans la clinique et dans la relation thérapeutique avec les patients migrants.

### **Risque transculturel, métissage culturel et résilience**

Lorsque l'individu se retrouve confronté à l'étranger, un écart avec le monde familier, implicite, se produit, qui peut être source de stress, mais également d'enrichissement grâce à la nouveauté (Delage, 2015). L'acte migratoire engendre toute une série de modifications qui participent à fragiliser le sujet (Westermeyer, 1989), dont les capacités d'adaptation vont être sollicitées : perte du réseau social, modification des rapports et

des rôles sociaux et familiaux, lois, etc. Trois dimensions sont à prendre en compte dans l'appréciation de la migration comme facteur psychosocial (Rousseau & Nadeau, 2003) : le contexte (économique, politique et familial), la communauté d'origine et d'accueil, et la culture d'appartenance et d'accueil. Ces facteurs vont influencer le processus d'acculturation, qui correspond au mouvement psychologique complexe de transformation, d'évolution et de métamorphose du migrant du fait des changements environnements et culturels, survenant en général en deux phases pour Luong (2020). La première se fera en surface, de façon rapide, repérable, identifiable en termes d'adaptation ; la deuxième est plus latente, stable et sourde, en termes d'intégration puis d'assimilation.

Lorsque l'écart entre le monde du pays d'origine et celui du pays d'accueil est majeur, les migrants se retrouvent ainsi exposés au « risque transculturel », inhérent au passage d'un univers à un autre (Moro, 2000). Du fait de la rupture du cadre culturel externe et interne du sujet, les implicites ne sont plus les mêmes : « il y a rupture douloureuse avec un monde sans véritable possibilité de s'inscrire dans l'autre ». « Les référentiels ne sont plus les mêmes, les catégories utilisées non plus, tous les repères vacillent ». La migration peut contraindre l'individu à « opérer un clivage entre deux référentiels culturels. (...) Lorsqu'éclate la souffrance psychopathologique, le patient, en l'absence de code d'expression de sa maladie (...), se retrouve dans l'impossibilité d'exprimer ses deuils et conflits internes » (Moro, 1998). À la possible douleur de la désaffiliation aux groupes du pays d'origine, s'ajoutent les difficultés d'affiliation aux nouveaux groupes du pays d'accueil (Di & Moro, 2008) : racisme - dont l'impact sur la santé psychique des migrants a été bien démontré (Fernando, 1991 ; McKenzie, 2003), précarité, difficultés à trouver un logement, un travail, difficultés d'expression liées à la langue, angoisse de ne pas savoir adopter des attitudes appropriées aux situations, même les plus banales.

Face à cette situation de risque, quatre paramètres doivent être pris en considération : la vulnérabilité, mais également la compétence, la résilience (Cyrulnik, 1999 ; Bourguignon, 2000), et la créativité (Moro & Rousseau, 2003). La migration comporte une double potentialité : elle présente des effets révélateurs de potentialités créatrices (Moro, 1998). Les migrants « qui bénéficient d'un milieu suffisamment sécurisant et riche en stimulations de toutes sortes » trouveront dans leur environnement des tiers qui feront office « d'initiateurs, de guides dans un nouveau monde ». Le soignant peut avoir cette fonction auprès de la personne migrante : « pour maîtriser ce risque transculturel, et le transformer en nouvelles formes de vie, nous devons nous mettre dans cette position médiatrice qui lui a manqué : appuyé sur sa filiation et ouvert sur le monde nouveau » (Moro, 2003). Baubet et Moro (2013) parlent ainsi de métissage culturel, grâce auquel il devient possible de fonctionner dans plusieurs logiques culturelles sans renoncer à aucune d'elle. La question de l'identité se trouve posée, nécessitant une élaboration ainsi que l'incorporation progressive des éléments de la culture d'accueil, aboutissant à une réduction progressive du clivage et à l'établissement de ponts entre les cultures.

### **Evaluation clinique et erreurs diagnostiques en situation transculturelle**

La psychiatrie transculturelle énonce qu'il n'y a aujourd'hui aucune variable mesurable naturelle connue en psychiatrie. Le patient interprète son expérience et la communique au soignant qui interprète à son tour ces données, et chacun de ces processus se trouve enraciné dans des matrices culturelles (Baubet et al., 2012). Le clinicien doit être conscient des biais générés par sa propre appartenance culturelle lors de l'évaluation.

L'appartenance à une culture influe sur la présentation, la mimique, le contact, l'expression des affects, autant de paramètres pris en compte dans l'évaluation clinique, et qui peuvent entraîner à tort un sentiment d'« inadaptation » ou de « bizarrerie » (Hughes, 1993, cité par Baubet, 2013). De nombreux éléments de la relation sont culturellement codés : communication non verbale (regard vers l'interlocuteur ou non, par exemple), conception du respect et de la politesse (le sujet peut ainsi répondre « oui » en pensant que répondre « non » serait une marque d'impolitesse, par exemple) (Baubet, 2013), etc. Le transfert et le contre-transfert, qui comportent une dimension culturelle, influencent également la relation et l'évaluation. La question de la langue est elle aussi primordiale : les termes fréquemment employés en psychiatrie ne comportent pas forcément d'équivalent dans d'autres langues, et il est donc souvent essentiel de chercher une équivalence conceptuelle plutôt qu'une traduction mot à mot, ce qui implique de penser en amont le travail avec un interprète. Les patients peuvent également avoir recours à des modèles explicatifs de la maladie différents (*explanatory models of illness*), selon Kleinman et al. (1978), des théories étiologiques différentes – qu'il importe cependant de ne pas « essentialiser » car il s'agit d'objets complexes et mouvants qui peuvent en réalité constituer des « théories étiologiques écran » (Baubet & Moro, 2013).

Des travaux ont montré des erreurs diagnostiques – *misdiagnosis* – accrues en situation transculturelle. La littérature internationale répertorie plusieurs causes de *misdiagnosis* : la distance culturelle entre le patient et le clinicien, la variabilité sémiologique des troubles psychiques, et les syndromes liés à la culture (*Culture-Bound Syndromes*) (Selod, 1998 ; Selten & Hoek, 2008). Mukherjee et al. (1983) ont ainsi établi que les patients hispano-américains et afro-américains bipolaires risquaient, de manière significativement plus élevée, de se voir attribuer un diagnostic de schizophrénie. La survenue de phénomènes hallucinatoires, au cours de l'épisode pathologique, était l'un des facteurs prédictifs d'erreur. Kleinman (1977) a proposé le concept de *category fallacy* pour qualifier l'application de critères diagnostiques définis au sein d'un groupe culturel, et dont la validité transculturelle n'a pas été établie, à un autre groupe. Il en résulte un risque élevé d'erreurs diagnostiques en particulier d'un excès de diagnostics de psychose et d'hospitalisations sous contrainte. L'erreur peut également venir de l'idée selon laquelle les symptômes constatés représenteraient directement la psychopathologie sous-jacente alors qu'ils résultent d'une sélection par le patient selon l'évolution de sa relation avec le soignant ou avec sa famille (Baubet, 2013). A titre d'exemple, des plaintes somatiques peuvent se trouver au premier plan de prime abord chez un sujet déprimé, avant que la souffrance ne puisse être exprimée, une fois tissée la relation de confiance (Kirmayer & Groleau, 2001, cité par Baubet, 2013) ; cela entraîne un risque d'erreur diagnostique en faveur d'un trouble somatoforme, au détriment de la dépression.

Malgré un ethnocentrisme à de nombreuses reprises souligné, le DSM de l'*American Psychiatric Association* (APA), à compter de sa troisième version, devint incontournable pour la psychiatrie au niveau mondial. La Classification Internationale des Troubles Mentaux et du Comportement (CIM) en a par ailleurs repris les principes (Baubet, 2013). L'inadaptation des nosologies internationales aux besoins des soignants des pays non occidentaux a conduit au développement de classifications locales tentant d'articuler la CIM avec les univers dans lesquels elle est utilisée (Mezzich et al., 2001). Ce n'est qu'en 1990, lors de l'élaboration du DSM-IV, que les aspects culturels commencèrent à être pris en compte, même si, pour certains auteurs, le paradigme biomédical

qui prévalait pendant la colonisation a également guidé l'élaboration de cette quatrième version dans sa façon de concevoir la dimension culturelle. On y trouve notamment une innovation importante en annexe du manuel : le guide de formulation culturelle, outil visant à aider les professionnels de santé mentale dans l'évaluation clinique et le recueil d'informations, en prenant en compte l'incidence de la culture sur les principaux aspects cliniques ; l'utilisation de ce guide par le soignant, même non spécialiste de la psychiatrie transculturelle, a l'avantage de permettre de co-construire, avec le patient et ses proches, un sens à ce qui se passe pour lui. Dans le DSM-V, la nouvelle version, nommée *Cultural Formulation Interview*, structurée en 16 questions, examine ainsi différents aspects de la dimension culturelle (annexe 7). On peut citer, à titre d'exemple, la question 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 ? »

Ces différentes remarques permettent de souligner l'importance de la prise en compte, dans la pratique psychiatrique auprès des patients migrants, des aspects culturels. Il est par ailleurs important de considérer cette dimension culturelle dans le transfert et le contre-transfert.

### **Transfert culturel et applications cliniques**

Mis en exergue par Freud dès 1895, le transfert correspond à l'ensemble des sentiments positifs et négatifs ressentis par le patient à l'égard de l'analyste, en tant qu'ils sont la transposition d'une relation importante de son histoire. Le transfert doit être pris en compte dans la relation avec le patient migrant. En particulier, les liens qu'il entretient avec son groupe d'appartenance et avec les groupes d'appartenance du soignant doivent être considérés (Michel, 1994). Le patient migrant peut développer un transfert incluant, outre ses dimensions « classiques », un aspect culturel : c'est le transfert au groupe d'appartenance du thérapeute. Chaque relation thérapeutique est unique et singulière et ces mouvements sont liés à son histoire personnelle et familiale, mais aussi à la sociologie, à l'histoire, aux mythes, à la politique, à l'éthique, et dépendent par ailleurs du vécu du patient dans la société d'accueil (Rouchon, 2007).

Delanoë et Moro (2016) proposent d'envisager le transfert culturel comme une relation sociale, mise en jeu dans l'espace de la consultation transculturelle, l'une et l'autre étant en partie structurés par des rapports sociaux, qui sont en général hiérarchiques (Godelier, 2007). Cinq logiques sociales, non exhaustives, sont ainsi dégagées par Delanoë et Moro (2016) : *la relation de pouvoir thérapeute-patient, la raison humanitaire, la relation entre le décolonisé et l'ancien colonisateur, les rapports sociaux racialisés, la domination culturelle dans la mondialité*. Ces dimensions se cumulent, se croisent en autant de configurations de domination, basées sur les valences de la relation entre les groupes d'appartenance du patient migrant et du soignant.

Rouchon (2007) a d'autre part recensé quelques réactions transférentielles de nature culturelle, évoquées par certains auteurs, qui peuvent être fréquemment retrouvées en situation interculturelle. Elle cite notamment Comas-Diaz et Jacobsen (1991) qui ont décrit la possibilité d'une amabilité et d'une complaisance exagérées du patient migrant envers le thérapeute. A contrario, ces réactions peuvent parfois relever de l'ordre de la méfiance, de la suspicion voire de l'hostilité du patient à l'encontre du soignant. Il arrive donc fréquemment qu'à un moment de leur parcours, certains patients soient amenés à rechercher des thérapeutes provenant de leur propre groupe culturel (Spiegel, 1976). A l'inverse, les patients peuvent avoir tendance à dénier leur

appartenance culturelle (Comas-Diaz & Jacobsen, 1991), et chercher à s'éloigner des thérapeutes issus de leur groupe d'appartenance (Spiegel, 1976). Enfin, d'autres auteurs soulignent que certains patients, quand ils s'adressent à des thérapeutes n'étant pas de leur groupe d'appartenance, peuvent recourir sous diverses formes à la culture à visée défensive (Devereux, 1970 ; Fermi, 1998 ; Pommier, 2004).

### **Contre-transfert culturel**

Indissociable de la notion de transfert, le contre-transfert doit être pris en compte dans toute relation du soignant avec son patient. En accueillant les patients migrants, les soignants sont inévitablement confrontés à diverses représentations du migrant très actives dans l'espace social, distribuées en positions universalistes ou culturalistes, et à leurs instrumentalisation (Delanoë, 2015). Le contre-transfert peut être défini comme l'ensemble des réactions explicites et implicites, conscientes et inconscientes du thérapeute par rapport à son patient (Devereux, 1980 ; Moro, 2004). Tout homme étant un être de culture (Roheim, 1943), il existe dans toute réaction transféro-contre-transférentielle une dimension socio-culturelle (Devereux, 1967), nommée *contre-transfert culturel* par Nathan (1977) et par la suite développée par d'autres auteurs. Moro (citée par Rouchon et al., 2009) donne une définition du contre-transfert culturel correspondant à l'usage actuel : « Les réactions du collectif qui est en nous au collectif qui est en l'autre » concernant « l'identité sociale, professionnelle, culturelle du thérapeute. Elles empruntent à son histoire personnelle, mais aussi à l'histoire de la société à laquelle il appartient, à la politique, aux rapports de force, à la force des préjugés ». Le contre-transfert semble être inévitablement « culturel » dans la mesure où les réactions de la personne sont toujours en lien avec des références à l'histoire de ses différents groupes d'appartenance (conception de soi, de la famille, des genres, de la maladie mentale, etc.) (Daxhelet et al., 2018). Le fait que les théories et pratiques psychiatriques soient elles-mêmes culturelles est source de biais ethnocentriques et de déformations contre-transférentielles (Rouchon, 2007). La prise en compte du contre-transfert fait partie des éléments essentiels pour une relation thérapeutique de qualité et efficiente (Lazignac, 2002). A l'inverse, en l'absence d'élaboration, ces réactions de contre-transfert culturel peuvent conduire à des écueils thérapeutiques (Rouchon et al., 2009). Elles impliquent un véritable décentrage qui permettra au thérapeute de changer son positionnement vis-à-vis de l'altérité du patient. L'analyse de nos mouvements contre-transférentiels, à la fois affectifs et culturels, permet de faciliter la rencontre pour éviter des situations d'incompréhension mutuelle et de jugement hâtif (Pachoud & Lhuillier, 2019). Ces réactions sont en premier lieu liées à la perception du « différent » chez l'autre (différences phénotypiques, langue, etc.), qui éveille une forte fantasmagorie (Ruiz Correa, 2005 ; Devereux, 1980). D'autre part, la reconnaissance des autres implique l'utilisation de catégories de perception pré-établies (Bourdieu, 1988), représentations intrapsychiques intériorisées par chacun qui peuvent être mobilisées dans chaque relation thérapeutique singulière où, empruntant la voie de l'inconscient, elles s'expriment contre-transférentiellement. Si le contre-transfert culturel est propre à chaque relation thérapeutique, plusieurs réactions fréquentes ont été recensées par Rouchon (2007) :

- Le *déni de la différence culturelle* prend appui sur la croyance d'un « universalisme abstrait » (Moro, 2005) : « tous les patients sont (ou devraient être traités comme s'ils étaient) tous les mêmes » (Comas-Diaz &

Jacobsen, 1991), comme si le processus thérapeutique était ou devait se situer au-dessus de l'influence culturelle et politique de la société (Gorkin, 1986, cité par Rouchon, 2007). Le risque pour le clinicien est d'établir des équivalences entre les registres psychanalytique et anthropologique de l'expression de la souffrance du patient (Moro & Revah-Levy, 2004), confondant alors « l'altérité culturelle et l'étrangeté psychiatrique » (Nathan, 1986), et également de conduire le soignant, dans le déni de la réalité externe du patient, à ne pas reconnaître les discriminations dont il peut être victime. Devereux parle de « scotomisation culturelle » (Devereux, 1972).

- *Le déni de l'ambivalence du patient à son référentiel culturel*, ou à son groupe d'appartenance. Le clinicien a alors tendance à réifier la culture du patient, dans un positionnement contre-transférentiel « culturaliste » (Rouchon, 2007). Ainsi, selon Nathan, les cliniciens occidentaux ont tendance « à croire que les patients de culture non occidentales croient plus qu'ils ne croient en réalité » aux théories étiologiques que ces derniers peuvent parfois invoquer (Nathan, 1986).

- *Une curiosité culturelle excessive voire une fascination pour l'exotisme*, décrite par Devereux (1970), amène le clinicien à consacrer beaucoup de temps à l'exploration des dimensions liées à la culture du patient migrant, au-delà des besoins de celui-ci. Le risque est alors de voir le patient répondre à cet intérêt par une forme de « résistance par excès de docilité », noyant le thérapeute sous un débordement de matériaux culturels destinés à détourner le soignant de son objectif thérapeutique, en sollicitant sa curiosité (Rouchon, 2007). La culture peut donc être utilisée de manière défensive dans la relation de transfert à la fois par le soignant et le patient, dans une sorte de compromis résistanciel pouvant, selon Nathan (1986), entraver l'émergence du « matériel idiosyncrasique ».

- *Les affects à type de culpabilité, agressivité et pitié* sont fréquemment mobilisés sur le plan contre-transférentiel (Rouchon, 2007) du fait de l'inscription dans nos mémoires de l'histoire collective. Le sentiment de culpabilité peut émerger quand le contexte politique et social attribue un statut inférieur aux membres de certains groupes culturels ou sociaux (Comas-Diaz et Jacobsen, 1991). Dans *La mémoire, l'histoire, l'oubli* (2000), Ricoeur a montré que la notion de culpabilité revêt ainsi un enjeu mémoriel. La question du positionnement du soignant vis-à-vis de ses propres groupes d'appartenance a des applications cliniques importantes (Delanoë, 2015)<sup>3</sup>.

- *Les stéréotypes, préjugés et contre-attitudes* des soignants, pour certains auteurs, prennent une place importante dans l'évaluation et le diagnostic psychiatriques (Fernando, 1995 ; Knowles, 1991 ; 1996) ; ils proviennent des stéréotypes véhiculés par la société, auxquels viennent s'interconnecter les clichés psychopathologiques spécifiques dont font l'objet les diagnostics psychiatriques (Fernando, 1995). Par exemple, les sujets Noirs seraient « beaucoup trop joviaux pour pouvoir être déprimés » (Vitols et Pange, 1962, cité par Selod, 1998). Là encore, il convient de souligner l'impact de l'histoire coloniale dans l'inconscient collectif de nos sociétés, même si certains préjugés racistes émergent de novo (Kristeva, 1988).

En résumé, les réactions de contre-transfert culturel semblent toutes se situer sur un axe rejet/fascination, soit déni/réification de la différence, rendant compte des enjeux dialectiques identité/altérité. La confrontation à l'altérité culturelle, sociale ou psychiatrique peut entraîner un vacillement identitaire auquel

---

<sup>3</sup> Dans *Psychothérapie d'un Indien des plaines*, (1951), Devereux distingue, d'un côté, la reconnaissance de la part du thérapeute de la discrimination et de la violence que subissent les Indiens comme levier majeur de l'alliance thérapeutique, et de l'autre, des leviers plus strictement culturels tels que l'acceptation de la place d'esprit gardien par le thérapeute, favorisant plutôt l'alliance de travail.

les soignants peuvent répondre défensivement par un phénomène d'auto- ou d'hétéro-référence culturelle, mettant en œuvre diverses angoisses résultant de la perception de l'étranger et du différent (Rouchon et al., 2009).

#### **D. Troubles psychiatriques non spécifiques aux personnes migrantes : quelques éléments à propos de la fréquence, des hypothèses étiopathogéniques et des particularités cliniques**

La littérature internationale montre que les personnes migrantes présentent significativement plus de troubles psychopathologiques que les populations du pays d'accueil. La survenue de ces différents troubles est tributaire en réalité de nombreux facteurs. L'approche actuelle consiste à formuler l'hypothèse d'une intrication de facteurs à la fois génétiques et environnementaux. Nous ne soulèverons ici que quelques points.

La **dépression**, qui se situe au cinquième rang de morbidité au niveau mondial (Lopez & Murray, 1998), concerne toutes les aires culturelles (Weissman et al., 1996). Il existe une surreprésentation de la dépression chez les personnes migrantes, qui semble décroître au fil des générations mais sans atteindre pour autant les taux de fréquence observés chez les non migrants (Rousseau & Drapeau, 2003). Cependant, la prévalence, selon les études, varie de 3 % à 81 % (Aichberger et al., 2010). Cela peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment des biais méthodologiques en lien avec les instruments d'évaluation utilisés qui peuvent ne pas permettre de repérer certains troubles dépressifs si les symptômes ne correspondent pas aux symptômes occidentaux « classiques » (par exemple, dans les populations originaires d'Afrique subsaharienne, le sentiment de persécution est plus présent). En réalité, de nombreux facteurs, au-delà de la variable migratoire, sont susceptibles d'influencer ce risque dépressif. Citons, par exemple, les conditions socio-économiques (Molarius et al., 2009), la santé physique (Aichberger et al., 2010), les événements traumatiques vécus dans le pays d'origine (Silove et al., 1997), ou lors du trajet migratoire (Bhugra & Ayonrinde, 2004), le racisme, la mauvaise maîtrise de la langue (Husain et al., 1997)...

Pour les **troubles psychotiques**, les études d'incidence montrant un risque augmenté de psychose pour les migrants sont nombreuses. Comme les études internationales, les données françaises trouvent un risque plus élevé de psychose chez les personnes immigrées (Favard & Dealberto, 2015). Les méta-analyses de Cantor-Graae et Selten (2005) et de Bourque et al. (2011) ont retrouvé des risques entre 2 et 3 fois plus élevés de schizophrénie chez les migrants de première génération. Ici encore, de nombreux paramètres peuvent influencer sur le niveau de risque. Concernant la présentation clinique, la culture semble avoir une influence, notamment sur les thèmes délirants ou la nature des hallucinations (Luhmann et al., 2015). Des travaux ont notamment montré que les migrants présentaient davantage de symptômes affectifs (McKenzie et al., 1995 ; Hutchinson et al., 1999). Plusieurs autres études ont montré un effet de la densité ethnique, qui pourrait jouer un rôle protecteur sur le risque de trouble psychotique chez les sujets migrants déracinés (Boydell et al., 2001 ; Veling et al., 2008 ; Bosqui et al., 2014 ; Termorshuizen et al., 2014). La question du *misdiagnosis* a été invoquée pour expliquer l'augmentation du risque de trouble psychotique chez les migrants, les auteurs avançant différentes sources potentielles d'erreurs : entre autres, « psychiatrisation » d'une croyance culturelle (Sashidharan, 1993), ou trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques (Mukherjee et al., 1983). Cependant, des études

réalisées à l'aide de psychiatres sensibilisés à la question transculturelle ont aussi retrouvé cette augmentation du risque (Amad et al., 2013). Concernant les mécanismes impliqués dans la survenue des troubles psychotiques chez les migrants, largement méconnus, la plupart des auteurs invoquent un modèle socio-développemental, incluant divers facteurs. Van Os et al. (2010) ont proposé un modèle neurocognitif et neurobiologique intégrant les différents facteurs environnementaux associés à la schizophrénie : appartenance à un groupe minoritaire, environnement urbain, traumatisme psychique durant l'enfance, et consommation de cannabis. D'autres auteurs ont évoqué des mécanismes neurobiologiques, tels que les mécanismes épigénétiques (Dealberto, 2013) qui pourraient expliquer un accroissement du risque persistant pour les deuxième et troisième générations.

Concernant la fréquence des **troubles bipolaires**, pour Agoub et Moussaoui (2014), l'analyse de l'ensemble des données montre que le trouble bipolaire est universellement réparti à travers le monde et les variations observées sont essentiellement dues à des différences méthodologiques. Si l'étude de Guardia et al. (2017) retrouve un risque accru chez les sujets migrants (OR = 1,597), les recherches ont montré des résultats contradictoires, ce qui a conduit Swinnen et Selten (2007) à réaliser une méta-analyse concluant à une augmentation du risque pour les migrants (OR = 2.47, IC 95 % [1.33-4.59]) ; cependant, après exclusion du groupe à risque élevé des migrants provenant des Caraïbes en Angleterre, le risque de trouble bipolaire n'était pas significativement différent. Comme nous l'avons vu, Mukherjee et al. (1983) ont montré que les patients hispano-américains et afro-américains bipolaires risquaient de se voir attribuer à tort un diagnostic de schizophrénie, du fait notamment de la survenue de phénomènes hallucinatoires au cours de l'épisode. Sur le plan clinique, la thématique mystique, religieuse des idées de grandeurs est plus fréquente dans les sociétés traditionnelles (Agoub & Moussaoui, 2014).

Concernant les **troubles anxieux**, ils étaient invoqués dans 52,5 % des demandes « étranger malade » 2017-2019, mais ce pourcentage inclut en grande partie des **ESPT** (annexe 5). Selon Breslau et al. (2007), les troubles anxieux constitueraient un facteur prédictif de migration, les épreuves de la migration favorisant ensuite, à leur tour, l'apparition de troubles alourdissant ainsi la symptomatologie prémigratoire. La migration est potentiellement un facteur de stress extraordinaire jouant un rôle important dans la genèse des troubles anxieux (Agorastos et al., 2012). Là encore, bien que leur existence soit universelle, la psychopathologie décrite varierait selon les cultures, reflétant différentes manières de vivre et d'éprouver l'émotion de base de l'anxiété. Selon Marques et al. (2011), certains troubles anxieux, comme le trouble anxieux généralisé et le trouble panique, peuvent varier considérablement en fonction des groupes culturels. Une différence culturelle dans les cognitions catastrophiques sur les symptômes d'anxiété pourrait contribuer à ces variations. Ici encore, de nombreuses études cliniques ont étudié les rapports entre adaptation à la culture locale et le niveau de dépression ou la présence de symptômes anxieux, ou le rôle des expériences pré-migratoires (notamment traumatiques) (Agorastos et al., 2012 ; Ullmann et al., 2013). Nous verrons par la suite ce qu'il en est, plus spécifiquement, de la symptomatologie post-traumatique.

La situation de migration est associée à un risque accru de **troubles liés à l'usage de substances**, qu'il s'agisse de drogues illicites ou bien d'alcool (Salas-Wright & Vaughn, 2014 ; Penka et al., 2008 ; Kissinger et al., 2013 ; Guardia et al., 2017). La variable migratoire constitue un facteur de risque en soi, à laquelle s'ajoute un

effet de génération : l'usage tendrait à croître massivement au fil des générations. À l'inverse, certaines variables seraient plus protectrices : statut marital, croyance religieuse, etc. Or, croyance et pratique religieuses connaissent un important déclin dès la deuxième génération. Cet affaiblissement peut participer à l'apparition de tels comportements addictifs. Chez les migrants de première génération, les modes de consommation, notamment d'alcool, dans le pays d'origine détermineraient les types de consommation. Les processus d'acculturation seraient en cause dans la modification des comportements notamment vis-à-vis du produit, de même que les difficultés d'intégration (Carballo et al., 1998). Globalement, plus les repères culturels du pays d'origine seraient abandonnés au profit de ceux du pays d'accueil, plus le risque de développer une conduite addictive serait élevé (Vega et al., 1998 ; Delforterie et al., 2014, cités par Michel, 2015). Le type de migration et les expériences pré-migratoires joueraient également un rôle. D'autre part, d'après Michel (2015), cette surreprésentation des conduites addictives chez les migrants peut aussi s'expliquer par une difficulté à accéder aux soins, en lien avec la barrière de la langue, mais aussi avec une méconnaissance du dispositif sanitaire de prise en charge, une défiance vis-à-vis des institutions étatiques et des soignants.

Enfin, les études sur le **suicide** consacrées aux migrants demeurent peu fréquentes et les travaux réalisés donnent des résultats contradictoires (Taleb, 2010). Concernant les conduites suicidaires, de nombreux auteurs déplorent l'insuffisance des tentatives de lecture transculturelle du phénomène (Calliess et al., 2007). Là encore, de nombreux autres facteurs sont à considérer. Il semble exister une corrélation significative entre le taux de suicide des migrants de première génération et celui observé dans les pays d'origine, ce qui pourrait indiquer que ces taux sont, dans une certaine mesure, prédéterminés par des expériences antérieures à la migration (Taleb, 2010). Par ailleurs, comme pour tous les troubles évoqués précédemment, le contexte socio-économique dans le pays d'accueil peut également influencer sur le taux de suicide chez les migrants (Kliewer, 1991 ; Kliewer & Ward, 1988). Les problèmes d'intégration sont considérés comme des facteurs de risque. La courte durée de séjour est également associée à un risque de suicide plus élevé. Les politiques de prévention du suicide devraient donc cibler les personnes ayant migré le plus récemment (Kposowa et al., 2008) ; toutefois, les données suggèrent que les migrants de deuxième génération présenteraient un risque plus élevé de suicide que leurs parents (Taleb, 2010).

Concernant l'ensemble de ces troubles, nous pouvons retenir que leur survenue est influencée par de nombreux facteurs de risque pré-, per- et post-migratoires, et nous devons insister encore une fois sur l'hétérogénéité des profils de migrants, et les caractéristiques uniques propres à chaque sujet.

## **E. Dimensions multiples du psychotraumatisme**

La dimension post-traumatique, qu'elle se manifeste par certains symptômes tels que les cauchemars, ou qu'elle réalise un tableau clinique complet assorti d'un cortège symptomatique profus, est fréquemment rencontrée chez les patients migrants - et la plus fréquemment déclarée parmi les motifs de demande d'admission au séjour pour soins intéressant la santé mentale (annexe 5). La violence s'invite à toutes les étapes du parcours migratoire. La clinique, ne se limitant pas à l'« entité » ESPT, est souvent complexe et confusante.

## Pluralité des conceptions, dimension culturelle et relativisme du psychotraumatisme

Il existe différentes façons d'envisager le traumatisme psychique, en fonction des théories auxquelles on le rattache, qui ne sont pas forcément exclusives, des conceptions psychodynamiques aux théories neurobiologiques, cognitivo-comportementales, et à l'approche des classifications « internationales » - le DSM et la CIM (Tarquinio et Montel, 2014). La dimension culturelle dans le processus traumatique doit être prise en compte. Un tel phénomène clinique attire l'attention sur l'idée d'une relativité qui n'est pas toujours compatible avec les modèles rigides proposés par le DSM ou la CIM et qui prend tout son sens auprès des patients migrants. L'approche des pathologies psychiatriques prend corps dans un contexte sociétal et idéologique et interroge la subjectivité d'une époque, avec des enjeux scientifiques, médicaux et politiques (Tarquinio et Montel, 2014). L'histoire de l'entité ESPT en témoigne, avec son introduction dans la nosographie du DSM-III en 1980, suite aux séquelles traumatiques durables présentées par les vétérans de la guerre du Vietnam. Cet exemple pose aussi la question de la finalité, variable, de l'établissement d'un tel diagnostic : cherche-t-on à valider et apaiser une souffrance, à faire reconnaître des droits par la société d'appartenance ou d'accueil du sujet migrant, à légitimer un accès aux soins ?

D'un côté, Crocq (1999) définit le traumatisme psychique comme « un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur ». Dans une perspective différente, l'APA, dans le DSM-V, en 2013, formalise les critères suivants pour le trouble de stress post-traumatique (annexe 6) : l'exposition unique ou répétée à des événements traumatiques (mort, blessures graves, violences sexuelles), effectifs ou potentiels, est à l'origine de symptômes intrusifs et de conduites d'évitement – symptômes quasi pathognomoniques – et d'altérations négatives des cognitions, de l'humeur, et de la réactivité, le tout pendant plus d'un mois. Les sujets peuvent ainsi être à la fois dans un état d'alerte permanent dans leurs rapports avec autrui et, en même temps, en retrait, incapables de s'investir dans des relations et des projets, entravés par des cognitions à thèmes de dévalorisation ou de culpabilité (Crocq, 2020). Les symptômes doivent entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans des domaines importants (DSM-V, 2013). Cette cinquième version du DSM a le mérite de répertorier les symptômes post-traumatiques qui n'étaient jusque-là pas objectivés, comme les altérations émotionnelles et cognitives si présentes dans la clinique des sujets migrants, et qui entraînent, par exemple, des difficultés à l'apprentissage du français, à la mise en cohérence narrative au moment du recueil du récit. D'autre part, dans cette nouvelle version sont également pris en compte la perte d'intérêt et le sentiment de détachement émotionnel, qui participent à l'impression que peut avoir le thérapeute d'écouter un récit froid et désubjectivé (Zeroug-Vial et al., 2015). Enfin, ce syndrome du DSM, même s'il est critiquable, aura permis d'introduire la notion de traumatisme psychique auprès d'un large public, « normalisant » les réactions post-traumatiques (en ce qu'elles peuvent être en lien avec un contexte politique et sociétal), longtemps imputées à une vulnérabilité individuelle. Mais à l'inverse, la caractérisation d'une « nouvelle pathologie » ne doit pas dénier la subjectivité du sujet.

Plusieurs pistes de réflexion ont été proposées concernant la prise en compte de la dimension culturelle dans le processus traumatique, et donc de variations culturelles. L'événement traumatique n'est pas suffisant en lui-même pour produire des effets. Le traumatisme s'envisage non seulement dans le psychisme, mais aussi dans la culture et le social ; l'individu est « hanté par un corps social réel, imaginaire et symbolique qui lui assigne une place marquant son identité » (Tarquinio et Montel, 2014). Ainsi, le deuil s'exprime de façon différente selon les cultures : quand le nouvel environnement n'offre pas la possibilité d'entreprendre les pratiques rituelles propres à sa culture, le sujet migrant, à défaut de pouvoir déployer ses mécanismes de défense habituels, peut développer des symptômes de stress traumatique (Schreiber, 1995). Par ailleurs, si l'on prend l'exemple de l'ESPT au sein de l'armée américaine, plusieurs pistes expliquent sa plus grande fréquence au sein de certains groupes ethniques : limitation des rituels et manifestations liés aux croyances religieuses et ethniques du fait du racisme ambiant (Parson, 1985) ; discriminations source de fragilité et de souffrance supplémentaire faisant la lie de l'ESPT (Penk et Allen, 1991) ; affectation de ces soldats à des missions plus dangereuses (Penk et al., 1989)... Ces inégalités se retrouvent dans les traitements et la prise en charge psychiatrique. Parmi les nombreux facteurs pouvant être avancés pour expliquer ces différences, Steele et Aronson (1995) appellent « vulnérabilité au stéréotype » la crainte qu'éprouvent les membres de groupes minoritaires de se comporter d'une manière qui confirmerait un stéréotype culturel, crainte susceptible d'interférer avec la motivation des personnes à faire face au traumatisme lorsqu'il se présente, mais aussi en phase de guérison.

Tout cela vient souligner l'importance de la prise en compte de la dimension culturelle dans la compréhension du processus traumatique et donc dans notre façon d'appréhender les soins pour les patients migrants. L'ESPT n'est pas un phénomène universel ou atemporel et résulte d'une production de la culture, engendrée par les modes de raisonnements cliniques et scientifiques de la psychiatrie, les techniques diagnostiques, qui ne peuvent être déconnectés des circonstances idéologiques et politiques. Une lecture culturelle du traumatisme présente l'intérêt de dépasser une vision psyché-soma, en y intégrant une réflexion psychosociale (Tarquinio et Montel, 2014).

### **La notion de traumatisme migratoire**

L'acte migratoire est vecteur de potentialités traumatiques. La migration comme acte psychique, par la perte du cadre culturel externe qu'elle entraîne, provoque, par ricochet, une rupture au niveau du cadre culturel intériorisé du patient, selon Nathan (1986) : « Le cadre sur lequel s'appuient (les migrants) vacille à donner le vertige jusqu'à ce que, longtemps après l'exil (...) intervienne la chute. » Nathan distingue trois dimensions de ce traumatisme migratoire (Nathan, 1987) : la psychanalyse décrit classiquement le traumatisme comme « soudain afflux pulsionnel non élaborable et non susceptible d'être refoulé du fait de l'absence d'angoisse au moment de sa survenue » et prête trois significations à cette notion : un choc violent ; une effraction ; des conséquences sur l'ensemble de l'organisation. Pour Nathan, le deuxième type, s'inspirant de Bateson (1956), correspond au « traumatisme du non-sens », le traumatisme migratoire résultant d'un choc intellectuel (incompréhensibilité) entre plusieurs personnes. Enfin, le troisième type de traumatisme est celui de « la perte du cadre culturel interne à partir duquel était codée la réalité externe » (Nathan, 1986). Le traumatisme migratoire serait généralement

un traumatisme du troisième type, qui peut toutefois être associé aux deux autres. En effet, les dimensions cognitives, affectives et culturelles entretiennent des interactions complexes et nécessaires. La survenue du traumatisme migratoire, si elle peut se produire quelle que soit la personnalité antérieure de la personne migrante, n'est ni systématique, ni inéluctable. Les facteurs sociaux défavorables, dans le pays d'origine et d'accueil, constituent des facteurs aggravants (Baubet & Moro, 2013).

Enfin, le traumatisme migratoire, vécu par les parents, peut comporter des effets de transmission aux descendants, notamment en prenant la forme d'un non-dit douloureux, voire destructeur, car non symbolisable, aboutissant à ce que Abraham et Torok (1978) ont appelé un mécanisme d'inclusion, pouvant générer chez l'enfant ce qu'Abraham a nommé le « travail du fantôme », « travail dans l'inconscient du secret inavouable d'un autre ». « Le traumatisme psychique ne se raconte pas, il s'éprouve. Le sujet n'arrive pas à le mettre en récit et paradoxalement ce récit est transmissible d'une génération à l'autre ! » (Constant & Reca, 2014)

Cependant, le traumatisme peut également s'avérer structurant et porteur d'une nouvelle dynamique pour le sujet, et l'acte migratoire est porteur de potentialités créatrices. Pour cela, il doit trouver un espace où il pourra être élaboré.

### **Réactivation traumatique**

Les thérapeutes accompagnant les migrants témoignent d'une aggravation ou décompensation fréquente des troubles psychotraumatiques consécutivement au rejet de la demande d'asile (Nguyen, 2014), traduisant l'exclusion réelle et symbolique de la société d'accueil. Les reviviscences traumatiques prennent alors parfois des formes très sévères. Les voix des bourreaux formulent des insultes et des menaces de mort, pouvant tourmenter les patients jour et nuit. Les patients savent que les bourreaux ne sont pas là, et pourtant, ils continuent d'entendre ces voix, et peinent à dire si elles sont « dans leur tête » ou dehors (Wolmark, 2017). On peut faire l'hypothèse que ces voix témoignent de traces encore actives de l'influence du tortionnaire (Sironi, 1999) chez des sujets ayant été victimes de tortures. D'autre part, Wolmark (2017) qualifie de phénomènes « limites » ces « illusions » ou « pseudo-hallucinations » fréquemment décrites par des patients sans droit au séjour : l'impression que l'on frappe à sa porte, ou celle d'entendre son nom appelé.

Globalement, les événements traumatiques ultérieurs qui peuvent survenir dans le pays d'accueil risquent d'entrer en résonance avec le traumatisme migratoire, et avec d'éventuels traumatismes antérieurs (Baubet & Moro, 2013).

### **Particularités traumatiques liées au génocide et à la torture**

Le psychiatre peut se retrouver confronté, dans la clinique des patients migrants, à certaines spécificités concernant les traumatismes pré-migratoires. Il s'agit des expériences de trauma extrême (Laub, 2015), ayant en quelque sorte pour but de « détruire l'expérience d'être humain » (Fortin, 2015) : les *catastrophes sociales* (Kaës, 1989 ; 2012) telles que les génocides, d'une part, et la torture, d'autre part. De nombreux auteurs se sont intéressés à ces questions ; nous n'évoquerons succinctement que quelques points. Dans les deux cas, les victimes sont ébranlées à la fois dans leur dimension individuelle et collective. De ce fait, les travaux des psychanalystes groupalistes, notamment Kaës, offrent des outils précieux. La torture, rencontrée fréquemment

en pratique, représente un cas de figure extraordinaire dans le domaine de la psychopathologie (Sironi & Branche, 2002) ; l'acte porte atteinte à l'individu dans ses différentes dimensions : corps, personnalité, intégrité, identité, espoir, systèmes de croyance, sentiment d'être enraciné et attaché à une famille et à une société, relations communautaires et sentiment de sécurité, etc. À travers une personne que l'on torture, c'est sa part collective, son groupe d'appartenance que l'on veut atteindre. L'objectif majeur des systèmes tortionnaires est de produire de la déculturation, afin d'aboutir l'isolement du sujet au sein des groupes d'appartenance (Sironi, 1999 ; 2001). Via les techniques de déculturation employées sur quelques personnes ensuite intentionnellement relâchées, on génère une terreur collective, sur une population entière. Cette dimension collective de la torture est essentielle et permet de saisir la spécificité de cette violence (Sironi & Branche, 2002). Plusieurs centres de soins spécialisés dans la prise en charge des patients victimes de torture existent en France, à l'image du centre Primo Levi à Paris, qui se retrouvent saturés et ne suffisent pas à répondre aux besoins.

### **Le risque de contamination traumatique des professionnels**

Face à des patients qui ont été confrontés à des situations traumatiques extrêmes, les professionnels de santé sont les premiers témoins de leurs récits de barbarie. La cinquième version du DSM fait état du risque de troubles post-traumatiques chez les soignants en cas d'écoute répétitive de récits traumatiques (Le Goff & Zeroug-Vial, 2017). En effet, recevoir en dépôt des histoires traumatiques, souvent douloureuses à entendre, peut produire une certaine violence ; il faut prendre en compte ce risque de contagiosité traumatique, au sens de transmission psychique inconsciente (Ciccone, 2012). « La traumatisation vicariante est une construction lente et invisible qui a des conséquences sur la vie professionnelle et personnelle de l'intervenant. Il semble alors important de pouvoir proposer des espaces d'échanges entre les professionnels et bénévoles et d'inviter à la discussion sur ce type de questions : Un soin psychique est-il possible ? Quel est le sens de celui-ci dans des contextes de violences sociales quand les besoins de base ne sont pas assurés ? L'urgence et l'interventionnisme social seraient-ils compatibles avec un soin psychique qui s'apparente à une temporalité lente, le temps qu'il faut pour un sujet et qui s'oppose en ce sens aux temporalités administratives ? » (Zeroug-Vial et al., 2020)

### **F. Exil et identité**

La clinique de la migration invite également thérapeutes et patients à penser les relations profondes entre exil et identité dans ses différentes dimensions : continuité historique, maintien du sentiment de soi, et de son lien aux autres, malgré une réalité qui n'est que rupture (Baubet & Moro, 2003). Pour Benslama (2003), l'exil, « maladie psychique de l'homme déplacé », permet de caractériser les diverses problématiques cliniques et souffrances psychiques liées aux déplacements des migrants. S'intéressant à cette question de l'identité dans la migration, Desplechin (2015) rapporte que certains sujets font part de leur impression de « ne plus savoir qui ils sont ». Il suggère que, chez certains, la souffrance psychique semble davantage se situer du côté de la représentation et de la reconnaissance de soi que du déracinement. Il conçoit la reconnaissance de l'Autre comme fondatrice dans la construction de l'identité. L'exil serait l'expérience d'une altération radicale de la relation symbolique à l'Autre et ouvrirait le sujet à l'angoisse de l'oubli par l'Autre, articulée ou métabolisée dans un fantasme inconscient de trahison. Cette possibilité d'être oublié rendrait possible l'idée, tout aussi intolérable,

que le patient peut lui-même oublier l'Autre. Reprenant les propos d'un patient - « Le plus terrible, c'est que personne dans mon pays ne sait ce que je vis ici » - Desplechin évoque les sujets, pourtant dans une situation économique précaire, qui envoient pendant des années des sommes d'argent conséquentes à une « famille élargie » dont parfois ils ne connaissent plus les limites : selon lui, tout se passe comme s'il s'agissait ainsi de conjurer la possibilité de l'oubli par le pays d'origine. Surtout, l'exilé se trouve dans la position de celui dont le vécu et la subjectivité ne sont qualifiés ni par la société d'accueil, ni par la société d'origine. Celui qui est parti est tout au plus pensé comme celui qui reviendra (Diome, 2010). Le sujet exilé pourra se trouver face à ce vide, et les références de l'identité dont il dispose dans sa culture d'origine ne seront pas à même de décrire ce qu'il vit dans l'exil. L'absence de prise en charge du vécu subjectif de l'individu, par aucun discours social – c'est-à-dire l'absence radicale de l'Autre au registre symbolique – incite à faire l'hypothèse que, dans l'exil, la définition du sujet se trouve déplacée à la charge propre de l'individu (Desplechin, 2015). Le migrant est « doublement absent » (Sayad, 1999).

## **G. Migration et deuil**

Migrer revient à quitter de la famille, des amis, un statut social, un mode de vie, un métier, la terre des ancêtres - et leur sépulture, rendant impossible l'accomplissement des rituels... Il n'est pas rare que les personnes migrantes n'aient pas eu la possibilité de se rendre sur la tombe des membres de leur famille, quand les défunts ont pu être repérés et identifiés (Baubet & Moro, 2013). Le deuil occupe donc une place centrale. Ce travail de deuil en contexte migratoire a notamment été décrit par les Grinberg (1986), en trois temps : les sentiments initiaux de douleur intense, de crainte de l'inconnu, de solitude, d'abandon, de détresse, potentiellement accompagnés d'une désorganisation importante, cèdent progressivement la place à la tristesse et à la nostalgie, en somme à des affects dépressifs - et éventuellement à des défenses maniaques se traduisant par une dénégation ou une minimisation du changement survenu. Le migrant peut alors commencer à reconnaître les pertes, et à intégrer la nouvelle culture ; l'interaction entre mondes interne et externe devient plus fluide. Enfin, survient la récupération du plaisir de penser, de désirer et de faire des projets ; le passé est vécu comme tel et non comme « paradis perdu ». Avec la reconnaissance de la souffrance peuvent être incorporés, progressivement, des éléments de la nouvelle culture, permettant le « métissage culturel » (Baubet & Moro, 2003).

D'autre part, les Grinberg font état de différences psychopathologiques en fonction des situations de migration : « il y a une différence de nature entre le deuil qu'il faut élaborer face à la perte d'un pays, perte résultant des persécutions avec l'augmentation d'angoisses paranoïdes qui en découlent, et les deuils liés à l'abandon volontaire du pays où peuvent prévaloir la culpabilité et les angoisses dépressives ».

Lussier (2011) livre une analyse pertinente et met en exergue trois caractéristiques communes au deuil et à l'exil : « il s'agit d'une *perte* qui suscite un sentiment de *douleur* et oblige à un *renoncement* ». Cependant, Lussier évoque aussi un vécu, dans la migration, qui n'existe pas dans l'expérience du deuil : « Je manque aux autres, une vie se passe sans moi là-bas », ce que l'auteur appelle « la mort symbolique de soi », thématique mentionnée par les Grinberg (1986) et Tourn (1997). Dans l'expérience de la migration, l'exilé lui-même est à la

fois sujet de la perte et objet perdu. Il ne meurt pas ; c'est une perpétuelle séparation, une « absence de fin » (Philonenko, 1996), qui n'a donc pas la valeur libératrice d'une perte irréversible. Certains migrants peuvent déclarer éprouver l'impossibilité de faire ce deuil, car « il y a une barrière entre deux mondes où personne n'est mort, mais il faudrait faire comme si, puisque des relations ne peuvent pas s'établir : la frustration est au premier plan » (Lussier, 2011).

En outre, il faut souligner que, dans le pays d'accueil, la survenue de nouveaux deuils est susceptible de réactiver les deuils liés à la migration qui n'auraient pas pu être élaborés. Dans ce contexte, il est primordial pour le sujet de trouver dans le pays d'accueil un espace contenant et réparateur pour élaborer ce travail de deuil (Baubet & Moro, 2003).

## **H. Exil et somatisation**

« Nulle part on ne somatise mieux que dans les milieux étrangers, tant l'expression linguistique et passionnelle peut s'y trouver inhibée... », écrit Kristeva (1988). Les plaintes corporelles sont fréquentes. La demande d'écoute s'inaugure souvent par la monstration du corps, ce qui peut être difficile pour le soignant impatient d'entendre une narrativité, s'il pense, à tort, que c'est par une mise en récit que le témoignage s'origine. Alors que le discours peut se trouver inhibé, désaffecté, les exhibitions du corps et les traces corporelles disent ce qui n'a pas pu se dire autrement. « Dire que le sujet peut se construire dans le retrait psychique, c'est inviter le clinicien à porter son attention à la dimension corporelle de la psyché et à la douleur » (Cousein, 2012). La question des somatisations demande une évaluation soignée (Baubet & Moro, 2013), afin d'éviter de conclure à un diagnostic erroné d'hystérie ou de trouble somatoforme, la fréquence des diagnostics doubles (autres troubles anxieux, épisode dépressif, trouble post-traumatique) étant élevée (Weiss, 2001 ; Kirmayer & Young, 1998) en situation transculturelle. Une prise en charge précoce et adaptée est importante pour prévenir l'aggravation ou la chronicisation des troubles (Baubet & Moro, 2013). Au-delà de l'expression d'un conflit intrapsychique, la plainte somatique peut être lue comme une façon de se repositionner dans ses rôles familiaux et sociaux, une manière culturellement codée d'exprimer une souffrance, une métaphorisation de l'expérience amenant de nouveaux sens et possibilités de repositionnement (Kirmayer & Young, 1998). Elle apparaît comme un mode privilégié d'expression de la souffrance, entrant en résonance avec une représentation du migrant où celui-ci « n'est que corps » (Sayad, 1999), renvoyant à une dichotomie corps/tête, conception ethnocentrée n'ayant pas de valeur dans la plupart des pays non occidentaux (Baubet & Moro, 2013).

Les travaux de Diop au Sénégal (1964), de Hanck au Zaïre (1976), d'Ovuga au Kenya (1986) et d'Ahyi au Bénin (1998), ont montré que la tristesse, en Afrique subsaharienne, n'était pas exprimée facilement. Adansikou et al. (2017) ont souligné l'importance de prendre en compte la question de la somatisation lorsque l'on examine la dépression auprès des sujets africains. Kokou-Kpolou et al. (2018) se sont intéressés au lien entre deuil, dépression et symptômes somatiques chez des immigrés togolais en France et en Belgique : selon les auteurs, les symptômes somatiques ne s'expliqueraient pas par la souffrance dépressive mais plutôt par les complications de deuil et le sentiment de culpabilité. La somatisation se situe en effet au carrefour de nombreux facteurs (situation économique, tragédies liées passé migratoire, etc.), dont le deuil vient exacerber l'expression.

Toutefois, pour certains auteurs (Kirmayer, 1984 ; Channabasavanna et al., 1993), ces plaintes somatiques ne seraient que des éléments sélectionnés s'intégrant dans un tableau clinique plus complexe. Reste à déterminer pourquoi ces symptômes somatiques sont sélectionnés (Baubet & Moro, 2013) : témoignent-ils d'une « recherche de la bonne manière d'exprimer un conflit » (Ifrah, 1980), sont-ils jugés « moins stigmatisants » ? Cette sélection de la dimension somatique de la souffrance pourrait avoir une finalité défensive comme c'est souvent le cas chez les demandeurs d'asile victimes de traumatismes psychiques graves, permettant de mettre à distance, partiellement, la réactualisation déstructurante de la situation traumatique (Baubet & Moro, 2003).

La rencontre avec les personnes migrantes peut donc présenter de nombreuses spécificités. Celles-ci peuvent se retrouver sur le plan clinique, mais s'intègrent également dans un contexte plus vaste, comme nous l'avons vu en première partie. Nous allons maintenant présenter notre étude.

### **III. Etude**

#### **A. Introduction**

Il apparaît vraisemblable que l'augmentation des migrations internationales observée ces dernières années soit amenée à se poursuivre dans les années à venir, à la faveur d'une mondialisation de la circulation des personnes, de la multiplication des zones de conflits, de l'instabilité politique et économique, et des changements climatiques et plus globalement environnementaux. Les demandes de soins en psychiatrie de ce public migrant représentent actuellement une part importante de l'activité des psychiatres dans la métropole nantaise, entraînant des modifications de la demande de soins et du public psychiatrique, auxquelles les professionnels de santé doivent s'adapter. Au cours de mon internat à Nantes, j'ai été amenée à rencontrer un grand nombre de personnes en situation de migration, dans différents lieux de soins : aux urgences médico-psychologiques, en centre médico-psychologique (CMP), en unité d'hospitalisation ou bien encore au sein du service médico-psychologique régional (SMPR) de la maison d'arrêt. Je me suis souvent sentie démunie face à ces situations et je ne disposais pas du bagage nécessaire concernant les spécificités dans la prise en charge de ces patients pour proposer des réponses optimales à leurs demandes et à leurs besoins. En échangeant avec d'autres professionnels de la santé mentale, j'ai pu constater qu'ils étaient en proie aux mêmes préoccupations et que les différentes problématiques évoquées en première partie de ce travail constituaient un sujet de réflexion récurrent. Il semblait utile de recueillir et de mettre en commun ces problématiques rencontrées par les psychiatres afin de pouvoir, peut-être, faire émerger les besoins pouvant exister à l'échelle locale. A notre connaissance, il n'a pas été mené de travail semblable sur ce sujet à Nantes.

L'objectif principal de notre étude était donc d'établir un état des lieux de la pratique, du vécu et des besoins des psychiatres exerçant au sein de la métropole nantaise.

#### **B. Matériel et Méthode**

Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle descriptive et transversale, multicentrique, par auto-questionnaire en ligne.

Concernant les critères d'inclusion, le questionnaire s'adressait à l'ensemble des médecins travaillant en psychiatrie adulte, en milieu hospitalier ou/et libéral, dès l'internat, et exerçant actuellement dans la métropole nantaise (24 communes concernées), ou bien, pour les internes actuellement en poste en périphérie, y ayant travaillé lors des semestres précédents. Etaient inclus les internes d'autres spécialités mais effectuant un semestre en psychiatrie. N'étaient pas inclus les psychiatres travaillant uniquement avec les enfants et les mineurs, du fait de problématiques et de réseaux différents qui impliqueraient que leur soit consacré un travail spécifique.

Le questionnaire (annexe 8) a été réalisé avec l'aide du Service d'Evaluation Médicale et d'Epidémiologie du CHU de Nantes (PHU 11). Il était composé de 45 questions de base (4 questions ouvertes et 41 questions à choix multiples), auxquelles des questions conditionnelles pouvaient s'ajouter en fonction des réponses des participants.

Les données ont été recueillies sur la période du 9 juin 2020 au 1<sup>er</sup> octobre 2020. La diffusion du questionnaire dans les centres hospitaliers auprès des internes, assistants-chefs de clinique (CCA) et praticiens hospitaliers (PH) a été réalisée par le biais de *mailing-lists*. Pour les psychiatres libéraux de la métropole nantaise, il n'existait pas de *mailing-list*, ce qui a rendu la prise de contact moins aisée. Il a été demandé au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) de Loire-Atlantique de diffuser l'auto-questionnaire. Quelques psychiatres libéraux ont également accepté de diffuser le questionnaire à leurs contacts libéraux. Enfin, j'ai tenté de contacter par téléphone les psychiatres libéraux. Les données ont été recueillies de façon anonyme par le logiciel Sphinx<sup>®</sup> puis exportées dans un fichier Excel<sup>®</sup> et analysées à l'aide de Microsoft Excel 2011 et du logiciel de programmation statistique R. Les analyses ont été réalisées avec l'aide de Mélissa Martin, interne en santé publique.

Les données sociodémographiques recueillies étaient : la tranche d'âge des participants, le statut professionnel actuel (interne, chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux, psychiatre), le nombre d'années d'exercice en psychiatrie incluant les années d'internat, les modalités d'exercice (activité hospitalière, libérale, mixte, ou autre).

Une analyse descriptive de la population a été réalisée. Les résultats des variables qualitatives ont été exprimés sous forme de pourcentage. Nous avons comparé les groupes avec les tests du Chi-deux ou le test de Fisher, n'ayant que des variables qualitatives. Le seuil de significativité a été fixé a priori à 0,05.

Les questions ouvertes ont été analysées comme suit : nous avons fait le choix, après lecture de l'ensemble des réponses aux différentes questions ouvertes, de dégager transversalement des thèmes, des sous-thèmes et des dimensions évalués comme pertinents, à partir des termes employés et des idées évoquées de manière récurrente par les psychiatres.

## **C. Résultats**

### **Description de la population**

A l'échelle du département, le CDOM nous a indiqué avoir 347 psychiatres inscrits. Cependant, il n'a pas été possible de recueillir précisément le nombre de psychiatres exerçant en psychiatrie adulte au sein de la métropole nantaise, auxquels s'adressait notre étude.

Au total, 55 sujets ont participé à l'enquête. 22 répondants étaient internes (40 %), 4 étaient assistants ou CCA (7,3 %), 29 étaient psychiatres (52,7 %). Pour l'analyse statistique, les assistants-CCA, du fait de leur faible effectif, ont été regroupés avec les internes. La population était relativement jeune : 45,4 % (n = 25) des participants avaient 5 ans ou moins d'expérience de travail en psychiatrie. 58,2 % (n = 32) des sujets avaient 35 ans ou moins. La population exerçait majoritairement à l'hôpital : 72,4 % (n = 21) des psychiatres étaient hospitaliers, 24,1 % (n = 7) étaient libéraux et 3,4 % (n = 1) était en activité mixte. Pour l'analyse statistique, le psychiatre en activité mixte a été regroupé avec les psychiatres libéraux. Sur les 55 sujets, 53 sujets (96,4 %) ont répondu avoir déjà pris en charge une personne migrante ; 2 internes (3,6 %) ont répondu n'avoir jamais pris en charge de personne migrante.

Statut	Internes	<b>Total</b>	<b>40 % (n = 22)</b>
		Psychiatrie	90,9 % (n = 20)
		Autres spécialités	9,1 % (n = 2)
	Assistants/CCA	<b>Total</b>	<b>7,3 % (n = 4)</b>
		<b>Total</b>	<b>52,7 % (n = 29)</b>
	Psychiatres	Hospitaliers	72,4 % (n = 21)
Libéraux		24,1 % (n = 7)	
Activité mixte		3,4 % (n = 1)	
Tranche d'âge		< 26 ans	14,5 % (n = 8)
		26 à 30 ans	27,3 % (n = 15)
		31 à 35 ans	16,4 % (n = 9)
		36 à 40 ans	12,7 % (n = 7)
		41 à 45 ans	7,3 % (n = 4)
		46 à 50 ans	7,3 % (n = 4)
		51 à 55 ans	5,5 % (n = 3)
		56 à 60 ans	3,6 % (n = 2)
Nombre d'années d'expérience en psychiatrie		> 60 ans	5,5 % (n = 3)
		< 2 ans	23,6 % (n = 13)
		2 à 5 ans	21,8 % (n = 12)
		6 à 10 ans	14,5 % (n = 8)
		11 à 15 ans	12,7 % (n = 7)
		16 à 20 ans	7,3 % (n = 4)
	> 20 ans	20 % (n = 11)	

**Tableau 1 – Tableau récapitulatif des caractéristiques de la population.**

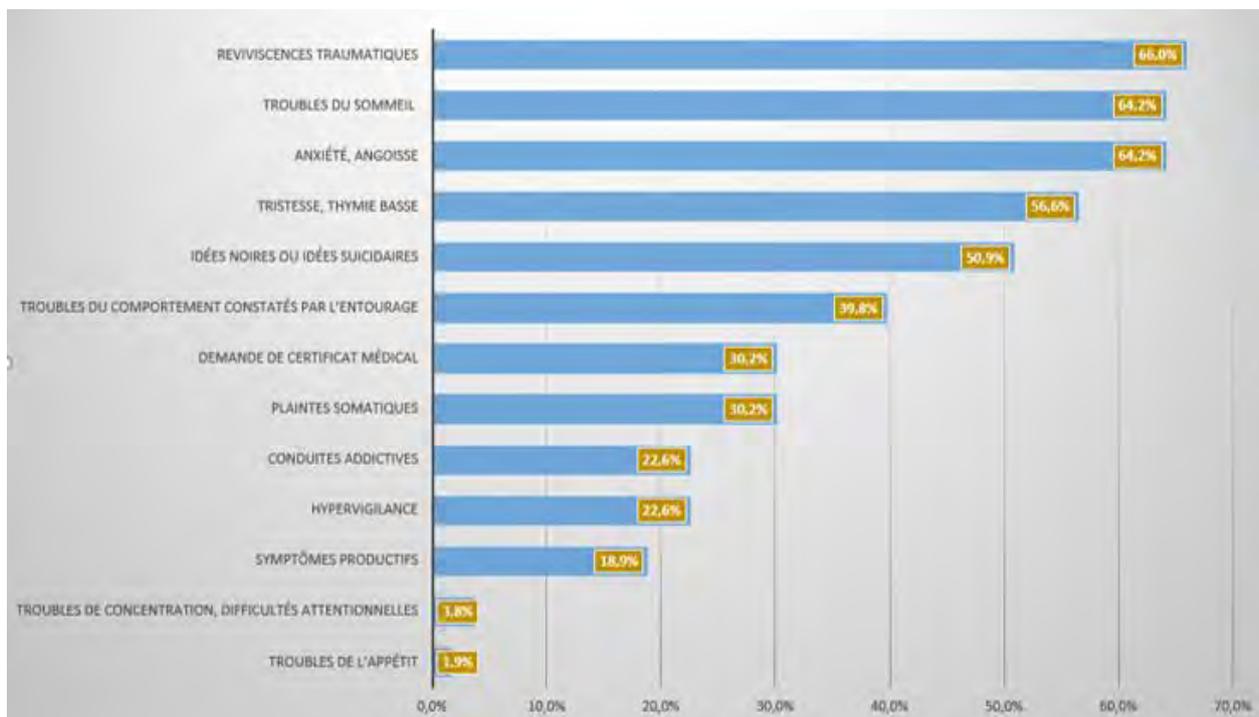
### Analyses quantitatives

Nous présentons ici les résultats principaux. Les résultats non présentés ici sont intégrés en annexe (annexe 9). Pour les échelles de Likert proposant les réponses « toujours ou presque », « souvent », « parfois », « rarement » ou « jamais », nous avons fait le choix de regrouper d'un côté les résultats « toujours ou presque », « souvent » et « parfois », et de l'autre les « rarement » ou « jamais ». Les résultats suivants concernent uniquement les personnes ayant pris en charge des patients migrants (n = 53).

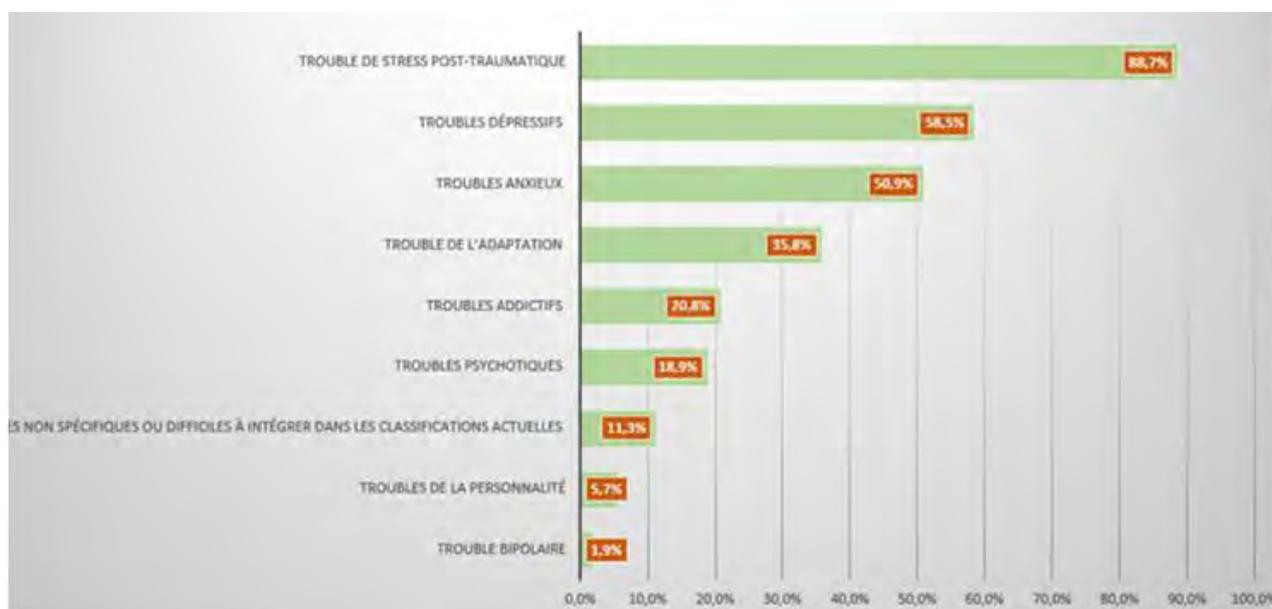
Selon notre enquête, les patients migrants arrivent le plus souvent en consultation psychiatrique après avoir été adressés par un médecin généraliste (37,7 % des réponses) ; 20,8 % des répondants ont répondu qu'ils étaient le plus souvent par les associations, 15,1 % par la PASS.

Concernant les aspects cliniques, les cinq motifs de consultation les plus fréquents sélectionnés étaient les reviviscences traumatiques (66 % des sujets) ; l'anxiété, l'angoisse (64,2 %), et les troubles du sommeil (64,2

% ; la tristesse, la thymie basse (56,6 %) ; les idées noires ou suicidaires (50,9 %) (figure 1). Les trois troubles psychiatriques constatés le plus souvent par les participants étaient le trouble de stress post-traumatique (88,7 % des répondants), les troubles dépressifs (58,5 %) et les troubles anxieux (50,9 %) (figure 2).



**Figure 1 – Motifs de consultation les plus fréquents des patients migrants.**



**Figure 2 – Troubles psychiatriques les plus constatés chez les patients migrants.**

79,2 % des répondants rencontraient des différences symptomatiques chez ces patients (toujours ou presque, souvent ou parfois). Pour 92,4 % des sujets, la dimension culturelle était considérée comme présente dans la prise en charge (toujours ou presque, souvent ou parfois), et pour 94,3 % des sujets, elle avait une part importante (très ou moyennement importante) dans la symptomatologie et la démarche diagnostique. 92,4 %

des participants ont répondu avoir déjà rencontré des difficultés diagnostiques du fait de différences culturelles (1,9 % toujours ou presque, 39,6 % souvent et 50,9 % parfois).

79,2 % des sujets ont répondu avoir repéré des obstacles à l'établissement d'une relation thérapeutique satisfaisante. En particulier, 90,5 % des participants ont déjà éprouvé le sentiment (9,4 % toujours ou presque, 54,7 % souvent, 26,4 % parfois) que la relation avec leur patient était impactée par les enjeux administratifs. 71,8 % ont déjà éprouvé le sentiment (5,7 % toujours ou presque, 20,8 % souvent, 45,3 % parfois) que la demande de soins psychiatrique était détournée de l'usage habituel (du fait, par exemple, d'une demande de certificat médical), alors que cela n'est pas le cas (rarement ou jamais) pour environ un quart d'entre eux (26,5 %). Près d'un quart (24,5 %) n'accèdent pas aux demandes de certificats (rarement ou jamais).

Concernant d'éventuels obstacles pour utiliser l'interprétariat, 79,3 % des sujets ont sélectionné les difficultés d'organisation ; 72,4 % le manque d'interprètes disponibles ; 44,8 % le manque de temps ; 37,9 % l'embarras, la gêne en présence d'un interprète ; 34,5 % la mauvaise qualité de l'interprétariat ; 20,7 % la méconnaissance des services existants. 64,1 % des répondants ont considéré que la présence d'un interprète pouvait constituer une force (plutôt ou modérément) dans l'établissement de la relation, 13,7 % ni une force, ni un inconvénient, et 15,1 % un inconvénient (plutôt ou toujours).

Concernant les modalités de soins, comparativement aux autres patients, 52,8 % des participants ont répondu avoir recours plus rarement ou beaucoup plus rarement à l'hospitalisation avec les sujets migrants, et 43,4 % rapportaient y avoir recours à la même fréquence. 64,1 % des sujets ont répondu avoir recours aux autres formes de soins (CATTP, HDJ, etc.) moins ou beaucoup moins fréquemment, et 35,8 % à la même fréquence.

Concernant le sentiment de satisfaction globale des médecins concernant leurs réponses apportées aux demandes de soins des patients migrants, 13,2 % des sujets ont répondu être satisfaits ou plutôt satisfaits, 32,1 % moyennement satisfait, et 54,7 % peu ou pas du tout satisfait. En termes de vécu, 43,4 % des sujets ont répondu accueillir les histoires traumatiques des patients avec une juste distance le plus souvent, 7,5 % avec un certain détachement, 41,5 % ont répondu se sentir démunis, 5,7 % ont répondu que cela leur était difficilement supportable sur le plan émotionnel. 83 % des participants ont répondu se sentir isolés dans la prise en charge (toujours ou presque, souvent ou parfois).

Concernant la formation aux spécificités de la prise en charge de ces patients, il était possible de sélectionner plusieurs réponses : 52,8 % des sujets ont répondu ne pas avoir été formés, 22,6 % par leurs propres recherches/lectures, 20,8 % au cours de leur formation initiale, 18,9 % sur le terrain avec d'autres intervenants déjà formés, et 7,5 % via une formation universitaire (Diplôme Universitaire ou autre). L'analyse bivariée a mis en évidence une différence significative ( $p < 0,05$ ) entre la formation des internes (8.3 %) et celle des psychiatres (41.4 %). 52,8 % des sujets ne connaissaient pas la Consultation Ressource en Clinique Transculturelle (CRCT), avec une différence significative ( $p < 0,05$ ) selon le statut : 25 % des internes connaissaient la CRCT, contre 65,5 % des psychiatres. 92,5 % ont estimé ne pas être bien renseignés concernant l'ensemble du réseau (de soins, associatif, administratif, social...) dans la métropole nantaise.

Concernant les occasions d'échanger avec des collègues sur des situations difficiles, 79,2 % ont répondu toujours ou presque, souvent ou parfois (39,6 %), 20,8 % rarement ou jamais. 69,8 % adressent leurs patients à

des associations toujours ou presque, souvent ou parfois (30,2 %), 30,2 % rarement ou jamais. 73,6 % des participants seraient intéressés par des échanges et rencontres pluriprofessionnels, pluridisciplinaires, et/ou en équipe, sur des situations cliniques ou théoriques en lien avec ce public. Enfin, 90,6 % des participants ont répondu être intéressés par un outil qui leur permettrait de mieux connaître le réseau associatif, et de les guider dans l'orientation de leurs patients.

Nous avons comparé entre eux les internes et les psychiatres, et entre eux les médecins libéraux et hospitaliers : il n'a pas été mis en évidence de différence significative en dehors de celles évoquées ci-dessus.

### **Analyses qualitatives**

Quatre thèmes principaux, subdivisés en dix-neuf sous-thèmes, ont émergé de l'analyse qualitative des réponses ouvertes et ont été retenus comme pertinents (tableau 2). Chaque sous-thème incluait plusieurs dimensions. Nous présentons ici en partie les résultats principaux. Les sujets ont été numérotés de 1 à 55 par ordre chronologique de réponse au questionnaire. A la suite des thèmes et sous-thèmes mentionnés, quelques uns des verbatims analysés sont retranscrits à titre d'exemple, suivis du numéro du sujet, figurant entre parenthèses. Des résultats complémentaires ont été intégrés en annexe (annexe 9).

**Tableau 2 – Analyse des verbatims des psychiatres : thèmes et sous-thèmes.**

<b>Thèmes</b>	<b>Sous-thèmes</b>
Obstacles dans le soin	Spécificités de la symptomatologie
	Barrière de la langue
	Difficultés liées à l'interprétariat
	Doutes sur les indications
	Précarité
	Difficultés de suivi
	Différences liées à la culture
	Réticence, méfiance ou refus du patient
Axes de travail et objectifs de soins	Evaluation psychiatrique et addictologique et amélioration symptomatique et psychique
	Obtention d'une alliance thérapeutique et d'une inscription dans un suivi
	Accompagnement social et administratif
	Psychothérapie
	Traitement médicamenteux
	Lien avec la société et la culture française
Vécu des psychiatres	Vécu négatif
	Vécu positif
Besoins et attentes	Formation/recommandations/supervision

## **Obstacles dans le soin**

### **\* Barrière de la langue**

Dans le thème « obstacles dans le soin », le sous-thème « barrière de la langue » a été très fréquemment retrouvé. Il intégrait les dimensions suivantes : établissement d'une relation thérapeutique satisfaisante ; accès à l'hospitalisation et aux autres modalités de soins (HDJ, CATTP, etc.) en psychiatrie ; intégration à un groupe de patients. « Selon la langue (...) : si c'est par exemple en russe ou en arabe, ce sera difficile de faire des entretiens IDE ou des échanges informels, qui sont aussi très importants pendant l'hospit. Donc une hospitalisation moins utile. » (16). « Plus compliqué d'organiser de l'interprétariat dans ces structures car pas uniquement des temps d'entretiens prévus mais aussi activités, échanges informels.... » (16).

### **\* Difficultés liées à l'interprétariat**

Dans le thème « obstacles dans le soin », le sous-thème « difficultés liées à l'interprétariat » a été fréquemment retrouvé. Il intégrait les dimensions suivantes : qualité de la traduction (subjectivité, interprétation, mauvaise qualité de la traduction, risque de perdre du matériel clinique ou de biaiser l'évaluation clinique psychiatrique) ; difficultés organisationnelles (manque de disponibilité des interprètes, manque de temps pour les psychiatres, délais de rendez-vous) ; manque de formation ou de professionnalisme des interprètes (crainte de non-respect du secret professionnel ou de confidentialité, de posture inappropriée) ; impact sur la relation thérapeutique et le déroulement de l'entretien (impact négatif de la présence d'un tiers, altération de la relation de confiance, situation inappropriée selon la culture, suspicion, méfiance selon le contexte politique du pays d'origine, perte de fluidité et de spontanéité) ; financement ; absence de difficultés. « Perte des nuances de langage dans le processus d'interprétation » (11) ; « Biais de traduction avec intrication du vécu subjectif de l'interprète ou interprétation selon la norme culturelle » (49) ; « Sujets non abordés (surtout si traducteur compatriote), contextes politiques : kurdes, tchéchènes » (35) ; « (...) Pouvoir être compris grâce à quelqu'un qui parle sa langue maternelle est plus facilitateur que freineur » (40).

### **\* Précarité**

Dans le thème « obstacles dans le soin », le sous-thème « précarité » a été fréquemment cité. Il intégrait les dimensions suivantes : priorisation de l'urgence sociale ; préoccupations administratives ; rôle dans l'émergence et le maintien de la symptomatologie psychiatrique ; difficultés d'organisation des soins (admission et sortie d'hospitalisation) ; problème de la sectorisation (instabilité du logement) ; facteur contribuant aux décisions d'hospitalisations. « (...) Et il y a aussi la crainte que ce soit "plus difficile" d'organiser une sortie d'hospit, car le patient n'a pas forcément d'hébergement derrière, et de générer une situation compliquée (vécu de culpabilité de "remettre quelqu'un à la rue" ou dans un lieu de vie qu'on sait indigne)... » (16). « Instabilité de logement et instabilité financière (...) précarité sociale et conditions de vie qui impactent ++ les symptômes et

rendent plus difficile l'amélioration de symptômes thymiques ou anxieux » (50). « Situation précaire notamment absence de logement donc mise en danger supplémentaire » (4).

#### \* Accompagnement social et administratif

Dans le thème « objectifs de soins et axes de travail », le sous-thème « accompagnement social et administratif » a été fréquemment retrouvé. Il incluait les dimensions suivantes : soutien, accompagnement et orientation dans les démarches sociales et administratives (par exemple rédaction de certificats) ; optique de régularisation, de sécurisation, de prise d'autonomie et d'insertion socio-professionnelle. « Proposer un soutien social ou me mettre en lien avec le réseau social existant autour du patient » (38) ; « Faire du lien social : recommander associations d'aide aux migrants, avoir un travail (...) » (55) ; « Reprise d'une vie sociale, remobilisation dans l'accompagnement à l'autonomie et reprise du travail » (53).

#### Vécu des psychiatres

Dans le thème « vécu des psychiatres », les sous-thèmes « vécu négatif » et « vécu positif » ont été retrouvés. Le vécu négatif était prédominant (figure 3).



Figure 3 - Vécu des psychiatres.

#### \* Vécu négatif

Fréquemment rapporté, le sous-thème « vécu négatif » incluait les dimensions suivantes : sentiment d'impuissance ou d'être démunie ; vécu d'instrumentalisation ou de suspicion (en lien avec une dimension utilitaire ou de détournement de la fonction du soin, à des fins médicamenteuses ou administratives) ; sentiment d'insatisfaction ou de frustration (sentiment de ne pas être assez utile ou compétent ; prises en charge non optimales, peu efficaces, incomplètes ou morcelées) ; participation émotionnelle forte (tristesse, douleur ou désarroi) ; lourdeur et complexité (différences culturelles et de langue ; manque de formation, de connaissances, de moyens, de solutions ; difficultés à évaluer l'efficacité des traitements ; dimension éthique). Concernant ces différents vécus, il n'a pas été mis en évidence de différence selon le statut ou le nombre d'années d'expériences des psychiatres, excepté en ce qui concerne la suspicion ou la perception d'une dimension utilitaire de la demande de soins, davantage évoquées par des praticiens expérimentés (essentiellement par des praticiens hospitaliers). « Je me suis souvent sentie très démunie face à ces personnes en grande détresse. » (26) ; « Frustration de ne pas pouvoir être aussi utile que ce que j'aurais souhaité. » (40) ; « Une douleur identificatoire



### \* Réseau

Dans le thème « besoins et attentes », le sous-thème « réseau et pluridisciplinarité » a été fréquemment évoqué. Il regroupait les dimensions suivantes : développement ; connaissance ; lisibilité ; coordination ; accessibilité ; suggestions/idées. Ces dimensions concernaient : santé ; médico-social ; administratif ; interprétariat ; associations. « Meilleures connaissances des professionnels des services médico sociaux et associatifs impliqués pour la prise en charge de ces patients » (24) ; « Eventuellement réaliser des concertations avec ces professionnels » (26) ; « Des flyers à distribuer dans les différents services, en accès aux soignants et aux patients pour pouvoir les orienter vers le réseau le plus approprié » (6) ; « Avoir un outil d'aide pour la prise en charge des migrants, savoir à quelle association les adresser » (29) ; « Mettre à jour réseau d'aide sur le territoire par une mailing list » (47) ; « Accès facilité à l'interprétariat, dans la durée et avec des interprètes sensibilisés à la Santé Mentale et aux spécificités transculturelles » (28).

## **D. Discussion**

Nous évoquerons ici les forces puis les limites de l'étude, avant de discuter des résultats principaux qui seront regroupés par thématiques pertinentes, suivant autant que possible l'organisation de la partie Résultats.

### **Forces, limites et remarques générales**

Notre étude présente certaines forces. En effet, il n'y a pas eu, à notre connaissance, de travail similaire réalisé auprès des psychiatres à Nantes. Balayant plusieurs aspects de la prise en charge en psychiatrie des migrants, ce questionnaire, dont la passation demandait 15 à 20 minutes (ce qui est relativement long pour un questionnaire de ce type), a bénéficié de 55 réponses de psychiatres présentant différents profils – plus ou moins expérimentés, internes comme seniors, exerçant selon différentes modalités (à l'hôpital ou en libéral). Il nous semble que cela témoigne d'un intérêt pour les questions évoquées. De plus, le contenu des réponses aux questions ouvertes a été globalement riche, et les médecins ont également émis des propositions. Des tendances fortes se dégagent concernant plusieurs thèmes, ce qui permet d'ores et déjà de proposer des éléments de réponse aux besoins exprimés. Cela pourrait permettre également d'inspirer et d'orienter d'éventuelles recherches ultérieures.

Ce travail comporte des limites. Il se serait volontiers prêté à une enquête qualitative par entretiens semi-directifs. Cependant, je n'avais pas été formée à cette méthode. De plus, il nous semblait pertinent d'explorer largement la pratique psychiatrique dans ses différentes dimensions. En effet, à notre connaissance, il n'a pas été mené d'autre travail semblable à Nantes : par conséquent, notre travail se voulait exploratoire. La finalité était de dresser un état des lieux global de la pratique, du vécu et des besoins des psychiatres à Nantes, permettant de cibler des questions et problématiques plus spécifiques pouvant faire l'objet de recherches ultérieures. Ainsi, concernant sa dimension « qualitative », notre travail peut se situer comme un préalable à l'élaboration de grilles d'entretiens semi-directifs plus ciblés. Enfin, l'anonymat garanti, y compris vis-à-vis de l'enquêteur, pouvait permettre de libérer la parole sur un sujet sensible comportant une dimension éthique et des questions en lien avec le vécu des soignants.

D'autre part, nous pouvons émettre plusieurs remarques concernant la population de l'étude (tableau 1). Tout d'abord, les participants à l'étude étaient relativement jeunes : près de la moitié des participants avaient 5 ans ou moins d'expérience en psychiatrie, et plus de la moitié des sujets avaient 35 ans ou moins. Il se peut que les internes, directement concernés, s'impliquent davantage pour répondre aux questionnaires de thèse de leurs collègues. Il est également plausible que ce sujet ait suscité un intérêt particulier chez les jeunes professionnels, qui sont amenés à accompagner, avec une expérience de terrain limitée, de nombreuses personnes migrantes. Par ailleurs, la proportion relativement faible de psychiatres libéraux au sein de l'effectif rend difficile l'analyse de la pratique de cette population à Nantes et peut s'expliquer par plusieurs facteurs : comme nous l'avons vu, la prise de contact avec l'ensemble des psychiatres libéraux de la métropole nantaise a été plus difficile car il n'existait pas de *mailing-list*. Les relances pour inciter à répondre au questionnaire n'ont pas pu être systématisées comme avec les psychiatres exerçant en institution. Ce faible taux de réponse peut également s'expliquer par le fait que les psychiatres libéraux sont globalement moins amenés à prendre en charge cette population migrante, ce qui peut s'expliquer par plusieurs raisons, comme l'a étudié Tremblay (2016) auprès de psychiatres libéraux de la région Rhône-Alpes. La situation de précarité souvent importante des patients suppose une disponibilité particulière et a des implications en termes de rémunération. Dans un cadre institutionnel, par exemple, le réseau est en partie déjà constitué, plusieurs types de professionnels se trouvant sur un même lieu, ce qui n'est pas le cas pour les psychiatres libéraux. Il nous semble que cette question de la place et du vécu des psychiatres libéraux mériterait de faire l'objet d'une étude spécifique.

### **Aspects cliniques**

Les reviviscences traumatiques ont été cités comme motif de consultation le plus fréquent, et l'ESPT le trouble psychiatrique constaté le plus souvent par les psychiatres. L'arrivée en tête de ce motif de prise en charge est concordante avec sa déclaration, dans un tiers des cas, dans les demandes de titre de séjour pour soins pour des pathologies psychiatriques (Sebille & Prunier, 2020).

Il convient de remarquer que les troubles bipolaires n'ont été cités que par un seul participant au rang des trois motifs de consultation les plus fréquents. Cela tranche avec la sélection, notamment, des troubles psychotiques par 18,9 % des sujets, alors que la prévalence de ces troubles est considérée comme proche dans la population générale : la littérature internationale indique en effet des prévalences de troubles psychotiques comprises entre 0,5 et 2 % en population générale (Gourier-Frery et al., 2014) ; concernant le trouble bipolaire, la prévalence globale sur la vie est de 0,6 % pour le trouble bipolaire de type I, de 0,4 % pour le trouble bipolaire de type II et de 2,4 % pour le spectre du trouble bipolaire (Merikangas et al., 2011). On peut évoquer l'hypothèse des *misdiagnosis* et d'un surdiagnostic de trouble psychotique au détriment du diagnostic de bipolarité, en lien avec des particularités sémiologiques telles qu'elles ont pu être évoquées par Mukherjee et al. (1983). D'autre part, les diagnostics de bipolarité sont souvent établis grâce à une reprise approfondie de l'anamnèse. Nous émettons l'hypothèse que ce diagnostic est sans doute plus difficile dans le cadre de la consultation avec certains patients migrants, pour différentes raisons : la barrière linguistique et culturelle ; les difficultés à mettre en récit du fait d'un possible syndrome post-traumatique associé ; la nécessité de se concentrer sur l'urgence, la crise, les demandes immédiates.

Notons que les altérations du sommeil ont été fréquemment mises en avant comme motifs de consultation. Ces symptômes peuvent s'inscrire dans différents troubles psychiatriques tels que les troubles anxieux ou dépressifs, ou bien faire partie d'un tableau psychotraumatique et se manifester alors sous la forme d'agitation nocturne, d'hypervigilance, de reviviscences traumatiques, de cauchemars, ou encore témoigner de la grande précarité dans laquelle vivent les patients. Nombre d'entre eux, à Nantes, sont en effet à la rue ou dorment dans des squats ou des gymnases, ce qui ne garantit ni le confort, ni la tranquillité, ni le sentiment de sécurité suffisant pour trouver le sommeil. On peut également formuler l'hypothèse que les troubles du sommeil sont plus faciles à évoquer dans un premier temps dans l'espace de la consultation.

Les idées noires ou suicidaires ont été également évoquées parmi les motifs de consultation les plus fréquents par la moitié des participants, ce qui souligne l'importance d'une vigilance particulière auprès de ces populations fragilisées, d'autant que le recours à l'hospitalisation est moins fréquent selon plus de la moitié des participants.

Concernant les aspects culturels, à la lumière des différents résultats, ils ont été identifiés comme importants dans la clinique des patients migrants mais également source de difficultés diagnostiques en pratique, par la quasi-totalité des répondants ; une majorité de sujets ont estimé ne pas être formés à cette question ; des besoins de formation ont été exprimés. Nous soutenons l'importance d'une meilleure formation des professionnels à cette question, mais également de la diffusion de l'information concernant les ressources existantes (comme nous le verrons plus loin). Concernant **l'Entretien de formulation culturelle** du DSM-V (annexe 7), évoqué dans notre travail, notons que plusieurs illustrations concernant l'utilisation de cet outil et sa pertinence en clinique ont été publiées (Ruiz, 1998 ; Baubet, 2005 ; Shariati et al., 2018) ; cela peut constituer une aide intéressante pour les professionnels non formés à la question transculturelle.

### **Barrière de la langue et interprétariat**

Les résultats ont mis en évidence la barrière de la langue comme obstacle dans le soin et des difficultés dans le recours à l'interprétariat. On retrouve dans la littérature les points soulevés par les participants à notre étude.

La question de la qualité de la traduction des interprètes constitue une problématique centrale (Chernyshova & Ticca, 2020). Elle est en lien avec la fidélité aux productions linguistiques originales, la précision, la neutralité, l'invisibilité de l'interprète, dont le rôle soulève des questionnements (modification du matériau clinique liée à la traduction du récit, « perte » de « beaucoup de choses avec les interprètes », etc.) (Chambon et al., 2017). Pour certains soignants, l'idéal serait un interprète qui pourrait « tout traduire », sans perte de sens, totalement « neutre » et sans émotion, qui pourrait presque s'effacer de la relation, réduit à un outil technique, nécessaire mais encombrant (Le Goff et al., 2017), ce qui correspond au modèle « machine à traduire » (*translating machine model*) de Bot (2005), par opposition au modèle « interactif » (*interactive model*). Le premier ne prévoit aucune activité de briefing de l'interprète sur la situation, ni de debriefing après l'échange, et préconise une traduction de la conversation fidèle et équivalente à l'original ; il n'y a pas d'espace pour d'éventuelles prises d'initiative. Dans le modèle « interactif », l'interprète, considéré comme un participant à part entière, est briefé avant la consultation ; ses interventions spontanées sont les bienvenues et son travail

peut faciliter la relation médecin-patient. Ce dernier modèle renvoie aux procédés qui caractérisent l'approche transculturelle. L'interprète, grâce à ses connaissances socioculturelles partagées avec le patient dispose de clés d'interprétation et agit en tant que cothérapeute, co-construisant l'activité thérapeutique (Chernyshova & Ticca, 2020). Westermeyer (1989 ; 1990, cité par Baubet, 2013), quant à lui, distingue trois modèles de travail avec un interprète : le modèle « en triangle », celui de la « boîte noire » et celui du « clinicien junior » (annexe 10). Les études sur l'interprétation linguistique montrent que la construction normative d'un interprète neutre et invisible, « machine à traduire », n'est pas applicable à l'activité d'interprétation dialogique (Wadensjö, 1998), et ne rend pas compte du rôle complexe qu'incarne l'interprète (Ozolins, 2016). En effet, celui-ci doit construire du sens et de l'intercompréhension, à travers des actions langagières telles que les reformulations, les explications, les reprises, etc., car l'interprète doit, avant tout, comprendre et se faire comprendre (Pöchhacker, 2008). Le psychiatre prête une attention au langage, à « l'éprouvé », aux affects, émotions, et sentiments du sujet ; la traduction de l'interprète peut venir ici « entraver » le travail clinique du soignant, puisque le récit clinique peut se transformer par le processus de traduction (Chambon et al., 2017). Pour Mestre (2015), traduire, c'est aussi faire passer des concepts et des contextes. Les allers et retours sont essentiels pour éviter un diagnostic erroné. Par exemple, il faut être très attentif au glissement du non intelligible et du bizarre vers la sémiologie psychotique (Mestre, 2015).

Cette question s'articule avec celle de l'intervention d'un tiers dans la relation en santé mentale, rapportée par les participants. L'introduction d'un tiers étranger au domaine du soin reconfigure l'entretien clinique classique, bouleverse les pratiques et représentations des acteurs de la relation. Travailler avec un interprète nécessite d'accepter de perdre du pouvoir et une certaine maîtrise de l'entretien. Le professionnel de santé se retrouve à la place, inhabituelle, de celui qui ne sait pas et a besoin d'un autre : l'interprète (Le Goff et al., 2017). De plus, il arrive fréquemment que l'interprète pose plus de questions à ses interlocuteurs afin d'être certain de bien comprendre le sens de leurs propos. Ces questions, le plus souvent de l'ordre de l'approfondissement de ce qui a été dit, ne sont pas forcément traduites aux interlocuteurs, ce qui peut expliquer le sentiment de perte de maîtrise et d'exclusion de l'entretien dont se plaignent parfois les soignants (Chambon et al., 2017). L'autre versant, évoqué par certains psychiatres, des difficultés potentielles de la présence d'un tiers interprète, concerne un possible vécu d'intrusion pour le patient ; en effet, selon la situation (culturelle, politique...), la communauté peut être soutenante, ou au contraire vécue comme menaçante, stigmatisante.

Dans notre étude, même si la question des difficultés liées à l'interprétariat a suscité un certain nombre de réponses, les deux tiers des participants ont répondu que la présence de l'interprète pouvait constituer davantage une force qu'un inconvénient. Il est en effet récurrent que l'interprète soit perçu comme un outil **d'éclairage culturel et de médiation** pour les professionnels ; il peut en effet devenir une source d'informations importantes, dotée du pouvoir de clarifier les situations pour éviter des malentendus possibles à un niveau culturel. Ces éclairages peuvent améliorer la communication et la compréhension au cours de l'entretien, en particulier pour ce qui a trait à l'infra-verbal (Chambon et al., 2017). S'il n'y a pas une pratique idéale de l'interprétariat, en situation, il est important que les intervenants s'accordent sur ce qui est attendu de part et d'autre. Les temps avant et après la consultation sont alors très importants – ce qui demande du temps qui n'est

pas forcément évident à dégager pour les psychiatres. Par ailleurs, il apparaît essentiel que, dans le cadre d'un suivi thérapeutique, ce soit le même interprète qui revienne (Chambon et al., 2017). Cela permet de tisser un lien de confiance avec la personne migrante, dans un parcours déjà trop souvent jalonné par la rupture, la discontinuité et une confiance mise à mal dans la relation à l'autre.

Dans les résultats de notre étude, les difficultés d'organisation et le manque de disponibilité des interprètes arrivaient en tête des difficultés rencontrées. Le recours à un interprète demande une organisation en amont, dans des structures déjà saturées de demandes de soins, à l'image des centres médico-psychologiques (CMP). D'autre part, les interventions de l'interprète augmentent inévitablement le temps des consultations et cela peut écourter les temps de parole et d'échange des patients et soignants. De plus, un temps d'attente se crée du côté du soignant qui n'a pas directement accès au discours énoncé (Chambon et al., 2017). Ce temps d'attente peut être considéré comme gênant car empêchant la fluidité du dialogue ou au contraire bénéfique en permettant au praticien d'analyser tous les éléments de communication qui se révèlent de l'infra-verbal. Ainsi, cette latence dans le temps thérapeutique rythme les échanges et ajoute une autre particularité de l'interprétariat en santé mentale (Chambon et al., 2017).

La question de la formation des interprètes, de leur sensibilisation aux questions de santé mentale, d'une posture adaptée et du respect de la confidentialité ont été évoquées par les participants. Du fait de l'augmentation du nombre de personnes migrantes ces dernières années, les sollicitations des interprètes se multiplient, acutisant légitimement les questions de la formation et de la professionnalisation. Le métier d'interprète médical et social est en voie de formation (Mestre, 2015). La « charte de l'interprétariat en milieu social et médical en France » de 2012, signée par 11 structures d'interprétariat, fait aujourd'hui référence : ces structures d'interprétariat militent pour la reconnaissance de la profession d'interprète et sont fréquemment perçues par les soignants comme une garantie du « professionnalisme » de l'interprète (Chambon et al., 2017). En miroir, les résultats de notre étude révèlent la nécessité pour les soignants d'être sensibilisés à la question du travail avec interprète ; ce sujet est en effet absent de la formation initiale des soignants. Notons que l'Orspere-Samdarra coordonne depuis 2016 des formations de ce type, destinées aux interprètes et aux soignants (Chambon et al., 2017). D'autre part, l'observatoire propose un petit leporello visant à déconstruire les préjugés sur les interprètes (annexe 11), et a réalisé en 2017 un film d'animation, *L'interprétariat en santé et en santé mentale* (Orspere-Samdarra, 2017), qui peut constituer un outil intéressant pour sensibiliser les professionnels à cette question. Enfin, au vu des résultats de notre étude, et de la littérature, il nous semble que des temps de sensibilisation et de formation au travail avec un interprète, par exemple sous forme de formation médicale continue (FMC), pourraient être utiles aux professionnels. Une meilleure sensibilisation leur permettra d'expérimenter, grâce à la présence d'un tiers, un confort et une richesse dans la rencontre (Mestre, 2015).

Sur le plan pratique, à Nantes, les soignants peuvent recourir à deux structures : d'une part, **ISM** pour l'interprétariat téléphonique, réalisable en de très nombreuses langues ; d'autre part, **l'Asamla** pour l'interprétariat physique, et la médiation culturelle dans le domaine de la santé et du social. Ces services sont des ressources actives, accessibles pour tous, à l'hôpital et en psychiatrie libérale. L'Asamla permet également de travailler avec le même interprète dans la durée, ce qui favorise l'établissement d'un lien de confiance.

## Précarité, demandes administratives et vécu d'instrumentalisation ou de suspicion

La précarité a été retrouvée comme obstacle dans le soin. Il paraît intéressant de mettre en lien cette problématique de la précarité avec le ressenti de certains médecins que nous avons qualifié de vécu d'instrumentalisation et de suspicion, résultant de la possibilité d'une dimension utilitaire ou d'un détournement de la fonction du soin à des fins administratives - ou bien médicamenteuses - par les patients. On retrouve également cette notion à travers l'idée d'une possible « inauthenticité » des symptômes, évoquée dans les réponses ouvertes. L'immense majorité des sujets ont déjà éprouvé le sentiment que la relation avec le patient est impactée par les enjeux administratifs. Près des trois quarts des sujets ont déjà éprouvé le sentiment qu'une demande de soins psychiatriques était détournée de l'usage habituel, mais cette réponse était peu tranchée car 45,3 % des participants ont répondu « parfois ». Un quart des sujets ne rédigent que rarement ou jamais de certificats. D'autre part, les résultats retrouvent l'accompagnement social et administratif parmi les objectifs de soins et axes de travail, ce qui témoigne d'une préoccupation des psychiatres pour ces questions.

Comme nous l'avons vu, les professionnels sont en effet de plus en plus sollicités par les personnes migrantes pour des demandes de certificats ou de rapports médicaux. L'intrication des demandes administratives et des demandes de soins vient complexifier le tableau clinique et peut entraver l'établissement d'un lien de confiance, du côté du patient comme du côté du professionnel. Les soignants peuvent éprouver un sentiment de débordement, d'instrumentalisation et des difficultés à attester des souffrances et traumatismes de leurs patients, ce qui vient faire écho aux études antérieures menées auprès des psychiatres : « On en est venu à chercher des traces, des preuves de la persécution dans le discours, sur les corps et à traquer le mensonge. » (Sarhou-Lajus & Rechtman, 2011). Ce type de régularisation, paradoxal, comme nous l'avons vu en première partie de ce travail, assigne le sujet à sa condition de malade et met à mal la question de son autonomie, l'extrême vulnérabilité obligeant la personne migrante à répondre aux attentes des multiples dispositifs qu'il rencontre dans son parcours (victimes, demandeurs d'asile...). Le psychiatre se retrouve alors dépositaire d'une demande confuse. « Le migrant ne peut pas raconter des histoires, mais seulement la bonne histoire, qui est rarement la même pour l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA), le psychiatre ou l'assistante sociale » (Chambon & Le Goff, 2016).

Comme l'évoque Rio Benito (2019), à notre échelle de soignant, la rédaction des rapports médicaux est un **élément de reconnaissance très fort**, qui a pour objectif, la plupart du temps, de « commencer à soigner les liens avec le reste de l'humanité ». Ce rôle de **témoin engagé** du soignant est précieux ; car le médecin rédacteur d'un certificat est un médecin et non un agent de « l'appareil répressif étatique » (Boissel, 2015). Le rapport médical s'inscrit dans une relation d'**engagement thérapeutique**. Au-delà de l'objectivation des symptômes et des pathologies dans le rapport, le cadre clinique viendrait actualiser le passé et le mettre en discussion, lui porter du sens et des valeurs dans une dimension subjective (Zeroug-Vial et al., 2015). Or, la rédaction de ces certificats présente des difficultés pour les médecins psychiatres qui ne sont pas toujours suffisamment informés de la procédure et des critères d'accès aux droits. Leur rédaction peut se trouver grandement facilitée par le recours à des outils tels que la fiche synthétique contenue dans le guide du COMEDE (2015) (annexe 12) et précisant le cadre juridique et les principes de délivrance du rapport médical. Le rapport médical, qui doit être

explicite et détaillé, doit répondre à plusieurs questions pour permettre au destinataire, selon les cas le médecin de l'ARS ou le collège médical de l'OFII, d'émettre un avis. Parmi celles-ci, il apparaît bien délicat pour un médecin d'apprécier le risque « d'absence de soins appropriés en cas de retour au pays d'origine », car savoir précisément si tel ou tel pays possède le dispositif sanitaire nécessaire ne fait pas partie du rôle du médecin et de son domaine de connaissance. Si le médecin dispose d'informations précises sur ces questions, il peut en faire état dans son rapport, de manière à éclairer l'avis du médecin de l'ARS. Dans tous les cas, ce critère vient cristalliser le fait d'être hors champ médical (Zeroug-Vial et al. 2015), ce que dénoncent certains psychiatres. Dans notre étude, de nombreux psychiatres ont évoqué, à juste titre, la nécessité de réponses politiques globales. D'autre part, affirmer qu'un défaut de soin mettrait une personne gravement en danger et que cette personne ne pourrait pas être soignée dans son pays d'origine n'est pas dénué d'ambiguïté : effectivement, la plupart des patients migrants en situation de précarité craignent pour leur vie en cas de retour dans leur pays, et ces craintes peuvent engendrer des réactivations traumatiques (Mestre, 2009).

Concernant le vécu des psychiatres dans les résultats de notre étude, il semble essentiel de ne pas confondre vécu d'instrumentalisation et instrumentalisation. Ce vécu peut être mis en lien avec la clinique psychotraumatique qui, comme nous l'avons vu dans la première partie de ce travail, peut entraîner des altérations cognitives et émotionnelles à l'origine de difficultés dans l'apprentissage de la langue du pays d'accueil, et dans la mise en cohérence du récit ; de plus, les symptômes de perte d'intérêt et de détachement émotionnel contribuent à l'impression d'écouter un récit froid et désubjectivé. Le traumatisme entraîne potentiellement une désubjectivation (Raoult, 2005). La dimension d'urgence, liée à l'insécurité administrative, sociale et psychique, et le fait que la demande de titre de séjour pour raisons médicales intervienne régulièrement après (voire avant, à la demande des autorités) un rejet de la demande d'asile, jouent également un rôle. Tous ces éléments participent à ce vécu d'instrumentalisation, de manipulation, de suspicion. Afin d'éviter ce vécu, l'équipe de l'Orspere-Samdarra recommande de **penser les demandes de certificats dans des termes cliniques**, précisant que la question politique ne se dissout pas dans le fait de faire ou de ne pas faire, mais prend corps en pensant justement à une réponse qui s'inscrit déjà dans une relation de soins (Zeroug-Vial et al., 2015). Certaines situations de migration, si elles ne sont pas du ressort de la loi sur l'asile, impliquent des **enjeux de survie majeurs** justifiant pour le sujet de tout mettre en œuvre pour pouvoir rester dans le pays d'accueil et pouvant avoir pour conséquence en cas d'échec une évolution vers la maladie psychique ; ces situations ne traduisent pas des pathologies simulées, mais un effondrement psychique majeur. Le projet de survie, le sens des souffrances subies, voire le sens de l'existence du sujet se retrouvent parfois réduits à néant (Bouchet, 2016) ; l'impossibilité de réaliser le projet initial devient une atteinte au sens profond de l'être, et ce d'autant plus que des valeurs fondamentales, telles que l'intégrité ou l'honnêteté, sont mises en doute (Hauswirth, 2004).

### **Vécu d'impuissance**

Dans les résultats de notre étude, face aux situations des personnes migrantes rencontrées, le vécu d'impuissance et le vécu d'isolement concernaient une importante proportion des psychiatres interrogés. Les

verbatim faisait état de la lourdeur et de la complexité des situations, du sentiment de frustration et d'impuissance engendré. Plus de la moitié des participants ont exprimé être peu ou pas du tout satisfaits, globalement, de leur prise en charge ; un tiers l'étaient « moyennement ».

Les situations d'échec ou d'impuissance thérapeutique des intervenants travaillant auprès de migrants peuvent être autant le produit que le préalable des réactions contre-transférentielles très polarisées, fortement associées aux représentations collectives (sociales, historiques, politiques, religieuses ou idéologiques) que porte en lui chaque intervenant. Quelle que soit leur nature, ces affects doivent être travaillés dans un lieu sécurisant où il est possible d'ouvrir sur l'expérience subjective des intervenants (Daxhelet et al., 2018). Pour Zeroug-Vial (2007), dans la rencontre avec le migrant, le praticien et le citoyen « s'entrechoquent » et l'un risque d'être convoqué à la place de l'autre. Cette confusion des places renforce alors le vécu d'impuissance et d'isolement du clinicien, en lien avec le vécu traumatique du patient, en rupture du lien d'appartenance. Et ces sentiments d'impuissance et d'isolement, avant tout d'ordre contre-transférentiel, trouvent, dans la réalité, confirmation dans la méconnaissance des procédures, et du réseau existant (Zeroug-Vial, 2007). Des pistes de réponse se trouvent ainsi dans la question de l'information, de la formation, du soutien aux professionnels, du partage d'expériences et du travail de réseau (qui suppose une connaissance suffisante de celui-ci, mais aussi du temps ; or on sait que le temps manque aux psychiatres qui se trouvent, bien souvent, submergés de demandes).

Pour Maqueda (2005), ce que nous apportons, en tant que soignants, de plus précieux au patient, c'est une position de « **tiers protecteur** » ou de « **témoin empathique** », c'est la possibilité de ne plus être seul face à ses éprouvés. Cela rejoint en partie la position de « **témoignaire** » comme la nomme Waintrater (2020) ; c'est une position active, une présence engagée et bienveillante, qui assure au sujet que sa parole ne restera pas sans écho et qui permettra la reprise d'un travail de symbolisation, et une resubjectivation progressive. Cela implique un partage de la situation traumatogène, sans pour autant se tenir défensivement à distance, équilibre qui n'est pas simple puisque, comme on l'a vu, il existe dans ces situations un risque de contagion traumatique. La reconnaissance de l'injustice implique également pour le clinicien de sortir du cadre habituel strict de neutralité, pour se positionner, sans pour autant remettre en cause son objectivité et son devoir thérapeutique (Bouchet, 2016). L'élaboration d'un sens personnel dans l'univers du migrant en situation de précarité, dominé par le non-sens, favorise la transformation du projet initial en un projet plus adapté à la situation (Hauswirth, 2004).

L'espace de consultation incarne souvent l'**unique lieu d'écoute** dont dispose le sujet. Dès lors, la demande du patient peut être vécue comme massive, débordante pour les soignants. Ce type de contre-transfert peut être en lien avec une problématique abandonnique très présente chez ces patients, la multiplication des séparations et pertes pouvant renforcer l'investissement transférentiel (Pestre, 2010). Si la communication verbale demeure la principale voie du travail de symbolisation, d'autres voies de communication de la vie psychique peuvent être utilisées, afin de contribuer à diminuer ce sentiment d'impuissance : le partage d'affects, le partage d'objets, mais aussi l'acte partagé, qui narre une histoire (Roussillon, 2007). Cela peut consister, pour l'équipe soignante, à partager des moments conviviaux, autour d'activités par exemple. Il nous semble que les **activités de médiation** dans les structures telles que l'HDJ, les CATTP, auxquelles les deux tiers des psychiatres ont déclaré avoir moins recours avec les patients migrants dans notre étude, pourraient prendre tout leur sens,

à condition que des **aménagements du cadre** soient pensés en amont. Cela permettrait de « **faire tiers** », de diffracter le contre-transfert, le vécu de demandes massives dans l'espace de la consultation où les soignants se sentent souvent impuissants, démunis et isolés, et de refaire du lien avec le monde. Paradoxalement, il est probable que cette situation duelle dans laquelle nous nous trouvons le plus souvent avec les patients en consultation participe à ce sentiment d'impuissance, alors qu'en même temps nous avons moins recours à des formes de soins impliquant l'équipe, le **collectif**. Cela suppose d'imaginer de nouvelles modalités de soins, pour pouvoir composer avec la barrière de la langue et la diversité culturelle, et trouver une inscription dans les dispositifs de droit commun tout en tenant compte des spécificités. Tout cela n'est pas facile à mettre en place (financement, organisation), mais mérite d'être verbalisé, interrogé, mis en commun. Il nous semble que la créativité, mais aussi faire remonter le vécu du « terrain », et rompre avec l'isolement, sont des facteurs essentiels de la relation thérapeutique avec nos patients migrants, et de l'amélioration des soins. Il est aussi important que le soignant puisse se confronter à un travail de deuil, afin de renoncer progressivement à une position de soignant tout-puissant (perte de l'idée de maîtrise et de solution type), ce qui lui permettra d'avancer professionnellement (Delieutraz, 2012).

## Formation

Les résultats de l'étude ont révélé des besoins en formation : thématique des besoins de « formation/recommandations/supervision » dans les verbatims, vécu de formation insuffisante aux diverses spécificités de la prise en charge des migrants, méconnaissance de la CRCT pour plus de la moitié des sujets, connaissances insuffisantes du réseau (92,5 % des sujets), intérêt pour des échanges et rencontres sur des situations cliniques ou théoriques en lien avec ce public. Plus de la moitié des sujets ont répondu ne pas avoir été formés aux spécificités de la prise en charge. Enfin, les participants se sont globalement déclarés moyennement ou peu satisfaits de leurs prises en charge. Il nous semble plausible de penser que le sentiment d'être suffisamment formé pourrait permettre d'améliorer le sentiment de satisfaction globale. Les internes étaient moins formés aux spécificités de la prise en charge et connaissaient moins la CRCT.

On retrouve dans la littérature l'idée que de nombreux professionnels de la santé mentale ne se sentent pas suffisamment formés (Zeroug-Vial et al., 2020). Pour Plivard (2014), la formation du personnel est à interroger, car une absence de « sensibilité interculturelle » étant préjudiciable aux migrants, en constituant une menace pour la communication et la compréhension de l'autre. La littérature insiste sur l'obstacle que représente la disparité des univers culturels (langue, représentations de la vie et de la mort, de la maladie, de la sexualité, etc.). Les auteurs soulignent la nécessité, pour les soignants, d'être **sensibilisés aux différences culturelles** et à ce qu'elles impliquent dans la façon de se représenter le monde (Plivard, 2014).

Parfois réticents à prendre en charge les personnes migrantes, les professionnels préfèrent les orienter vers des praticiens ou des dispositifs spécialisés. Zeroug-Vial et al. (2020) défendent le fait que **tous les intervenants** peuvent à leur niveau proposer des modalités de **soutien** à la santé mentale des migrants : un accompagnement, une écoute, et ainsi participer à la reconnaissance de leurs difficultés et de leurs souffrances. Kessar (2000) insiste sur l'utilité de la formation à l'anthropologie dans le milieu médical, à condition de mobiliser

la réflexion des soignants sur la façon de répondre collectivement au problème du patient, c'est-à-dire sur leur propre fonctionnement, plutôt que de répondre en termes d'informations parfois très « exotiques » sur la culture du patient, qui ne peuvent être que générales et présenteraient le risque pour les soignants de « fuir les réalités professionnelles (...) ce qui risquerait au final d'accroître leur insatisfaction et (...) leurs difficultés ».

Globalement, les spécificités dans la prise en charge du public migrant, intriquées et multiples, ne se limitant pas à la question culturelle, nécessitent des **réponses multidisciplinaires**. Il est essentiel de pouvoir se rencontrer entre intervenants de différents domaines, et travailler conjointement. Il semble donc fondamental de proposer des **espaces de formation et d'échanges** et de soutenir les professionnels impliqués (Le Goff & Zeroug-Vial, 2017). C'est ce que promeut et défend notamment l'Orspere-Samdarra, observatoire national hébergé à Lyon au Centre Hospitalier Le Vinatier, qui s'intéresse aux liens entre les questions de santé mentale et les problématiques sociales (précarités, migrations, vulnérabilités...) et dont le pôle ressource a pour objet de répondre aux sollicitations et demandes des professionnels sur ces thématiques (Orspere-Samdarra, s. d.).

A propos du travail social (ces principes nous semblent pouvoir s'appliquer par extension à la prise en charge psychiatrique), Cohen-Emerique (2015) énonce un « nouveau paradigme pour la formation », qui consisterait à sensibiliser les intervenants auprès des migrants à *percevoir, reconnaître et rechercher* les différences culturelles (valeurs, normes, visions du monde) mais également les trajectoires migratoires, les processus d'acculturation et d'adaptation à la société d'accueil, afin de les intégrer dans la pratique professionnelle. L'auteur souligne ainsi que les obstacles à ces prises en charge ne relèvent pas forcément de l'ordre d'un manque de savoirs, et que leur qualité suppose des attitudes actives de la part des intervenants - respect des différences, ouverture, intérêt authentique, curiosité...

A la lumière des résultats de notre étude, il nous semble donc que l'un des axes d'amélioration possibles de la prise en charge des patients migrants à Nantes pourrait concerner la formation, ce qui se joue à différents niveaux :

- *Premièrement*, si les résultats mettent en évidence le vécu d'un manque de formation, et des besoins en ce sens exprimés par les psychiatres, il semble toutefois **qu'une « pré-sensibilisation » pourrait être utile pour susciter ou renforcer l'intérêt des professionnels**. Pour illustrer notre propos, notons qu'à Nantes, dans le cadre du diplôme d'études spécialisées (DES) de Psychiatrie, a été proposé de 2011 à 2018 le séminaire optionnel intitulé « Approche transculturelle du psychotraumatisme chez les migrants ». En 2018, par manque de participants, il n'avait pas pu avoir lieu. Quant au séminaire optionnel intitulé « Psychiatrie et précarité », proposé pour la première fois la même année, il n'avait pas pu être mis en place faute d'inscrits. On peut émettre plusieurs hypothèses (pouvant se cumuler) : le manque de temps peut pousser à une priorisation d'autres sujets dans la pratique des internes (d'autant que d'autres séminaires sont obligatoires) ; d'autres dimensions de notre spécialité médicale se trouvent davantage valorisées au cours de notre internat ; les représentations autour de la migration et de la précarité, de l'autrui radical, suscitent une identification moindre, ou davantage d'anxiété. Dans tous les cas, il semble important que la question de la prise en charge des patients migrants ne soit pas invisibilisée, et que les personnes puissent se saisir de ce type d'offres de formation. Actuellement, notons que les internes de première année bénéficient d'un séminaire obligatoire de 2 h intitulé « lutte contre les

stigmatisations/prise en charge des migrants », et d'un séminaire de 2 h sur le « psychotraumatisme » - également abordé en deuxième année de DES (pendant 3h30 au total).

- *Deuxièmement*, une **meilleure diffusion de l'information concernant les modalités de formation existantes** pourrait aussi être un levier d'action. La CRCT, non connue de plus de la moitié des participants, propose par exemple aux professionnels des sessions de formation à la question transculturelle. La CRCT a également pu proposer aux internes intéressés de venir, en contrepartie d'un investissement en tant que scripte, découvrir les consultations transculturelles réalisées sous la forme de consultations transdisciplinaires groupales.

- *Troisièmement*, il serait intéressant de proposer de **nouvelles options de formation aux psychiatres**, dès le troisième cycle des études médicales (internat). Des temps de formation et d'information consacrés aux spécificités de la prise en charge explorées dans notre travail pourraient s'avérer utiles pour la pratique : par exemple, concernant le réseau, le parcours administratif et juridique (notamment les modalités de rédaction des certificats), et le travail avec un interprète. Les temps de formation peuvent prendre plusieurs formes. Pour l'ensemble des psychiatres, elles peuvent prendre la forme de séminaires, de formations médicales continues (FMC), de temps d'échange, d'intervision, de supervision et d'analyse des pratiques professionnelles. Le partage d'expérience permet par ailleurs de remplir une fonction de soutien permettant de rompre l'isolement des professionnels, rapporté dans les résultats de l'étude. Pour les professionnels souhaitant acquérir davantage de compétences spécifiques, il existe des formations sous la forme notamment de diplômes universitaires (DU) ou interuniversitaires (DIU) sur l'ensemble du territoire : le DU « Psychiatrie et compétences transculturelles », porté par Marie-Rose Moro et Thierry Baubet ; le DIU « Santé, société, Migration » de l'Orspere-Samdarra, etc.

### **Réseau et pluridisciplinarité**

Les patients sont adressés le plus souvent par des médecins généralistes, puis par les associations. Plus de la moitié des sujets ne connaissaient pas la CRCT. Les trois quarts des sujets ont répondu être intéressés par des rencontres et échanges pluriprofessionnels sur des situations cliniques ou théoriques. Près de 70 % des participants à l'étude ont dit adresser les migrants à des associations. L'immense majorité des participants ont répondu ne pas être bien renseignés sur le réseau accompagnant les migrants et être intéressés par un outil permettant de mieux connaître le réseau associatif. A partir de l'ensemble des résultats se dessine un manque global de connaissance et de lisibilité du réseau. Des besoins francs sont exprimés concernant le **travail en réseau** et les échanges. Comme l'ont évoqué certains participants, l'urgence sociale est souvent au premier plan lors de la rencontre ; l'accompagnement et l'orientation font partie des « missions » du psychiatre. En contexte (post)migratoire, le soutien en santé mentale peut aussi consister « à favoriser la possibilité de faire exister des attachements préexistants, à rendre possible la remobilisation de ce qui faisait soutien dans le passé » (Einhorn et al., 2019). Nous avons évoqué combien le contexte migratoire peut fragiliser et bouleverser la question de l'identité. Il est ici question non seulement de garantir les besoins primordiaux de la personne, mais aussi de l'inscrire quelque part, de remobiliser des éléments identitaires ou d'en faire émerger de nouveau, et de réincorporer du **lien**, du **collectif**. Aussi « basiques » qu'elles puissent paraître, les possibilités de regarder un film dans sa langue d'origine, d'écouter ou de jouer de la musique traditionnelle de son pays, etc., peuvent constituer des ressources importantes pour les personnes, pratiques « d'auto-support » perdues avec l'expérience de la

migration et/ou de la précarité (Einhorn et al., 2019). Chez des sujets centrés sur des enjeux de survie, il apparaît indispensable de pouvoir à la fois mobiliser les ressources existantes pour prendre soin de soi, mais aussi d'ouvrir le « champ des possibles » sur les attaches qui peuvent être construites dans la ville et le pays d'accueil. Pour cela, il faut pouvoir entrer en relation avec de nouvelles personnes sur le territoire, et également retrouver de **nouveaux repères** et s'attacher à de nouveaux environnements, lieux et objet, afin de participer à créer du soutien, un nouveau sentiment d'appartenance, et de permettre une appropriation et un ancrage (Mitschke et al., 2017), à la fois individuellement et collectivement. De plus, le collectif peut permettre d'apporter un soutien à d'autres membres du groupe ou de la communauté, ce qui peut contribuer au développement d'un sentiment d'utilité dans un environnement où les personnes migrantes n'ont que peu de pouvoir et de maîtrise. Cela nous invite à repenser l'importance des événements et éléments « ordinaires », dits de la vie quotidienne, et leur influence sur la santé psychique (Einhorn et al., 2019). Il importe de prendre soin du cadre, prioritairement ; cela implique de reconnaître **l'impact positif des activités non spécialisées**, leur soutien majeur, parfois plus important que d'aborder directement le traumatisme. Cela demande effectivement de repenser le cadre thérapeutique, de considérer l'importance des intervenants multiples et pas uniquement spécialisés en psychiatrie : **l'interdisciplinarité** prend ici tout son sens (Einhorn et al., 2019). D'autre part, comme le fait remarquer Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky (2019), la prise en compte de la dimension psychosociale est de plus en plus importante au niveau des intervenants associatifs et des organisations non gouvernementales (ONG). Avec l'augmentation du nombre de personnes migrantes, le **tissu associatif est une ressource essentielle** et se développe au travers d'initiatives locales. A Nantes, ce **réseau associatif** est particulièrement fourni et offre un **soutien précieux** aux personnes migrantes. Si le cadre de la santé mentale et celui du milieu associatif sont différents, Saglio-Yatzimirsky cite des propositions intéressantes développées de manière privilégiée dans le cadre de l'action humanitaire : les pratiques « d'aller vers », ce qui se retrouve également dans le soin avec les équipes de soins mobiles (EMPP). En se situant sur le terrain, les associations sont au plus proche de la demande des personnes migrantes qui présentent des difficultés d'accès aux structures d'aide. On peut citer, à Nantes, l'association Accompagnement Migrant Intégration (AMI). Elle permet aux personnes de recréer du lien, potentiellement avec des membres de leur communauté, et organise des activités et ateliers qui permettent aux bénéficiaires de s'approprier la culture française (instruction civique, sport, etc.). Les bénéficiaires peuvent également intégrer l'équipe de bénévoles, ce qui participe à reconstruire un **sentiment d'appartenance et d'utilité** et favorise la renarcissisation des personnes. On comprend là l'enjeu de connaître le réseau, tiers souvent indispensable à l'amélioration de la santé psychique des patients.

### **Conclusion de l'étude**

S'il l'on synthétise les différents points soulevés dans cette discussion, il nous semble qu'il est possible d'agir, à l'échelle locale, sur plusieurs facteurs : la **formation**, la **diffusion de l'information** et la **coordination et l'échange entre intervenants**. Ces leviers d'action remplissent deux grandes fonctions : une **amélioration globale de la prise en charge des personnes migrantes** ; une **amélioration du vécu des soignants** (qui, en elle-même, contribue à une prise en charge plus efficace). Les résultats de l'étude ont mis en évidence un défaut d'information concernant le réseau et le besoin d'une meilleure connaissance de celui-ci. Soucieux d'apporter à

notre travail une utilité pratique, nous avons donc choisi de rédiger un **guide du réseau des associations et dispositifs à Nantes** (annexe 14). Non spécifique à la psychiatrie, il nous semble que cet outil pourra être utile à tout professionnel de santé amené à rencontrer une personne migrante. Ce guide n'a bien entendu ni l'intention, ni la prétention de se substituer aux informations, conseils et orientations dispensés dans le cadre d'un accompagnement, souvent indispensable, des personnes migrantes par les travailleurs sociaux (par ailleurs très fortement sollicités par les besoins des personnes migrantes). C'est un **outil dans la relation**, qui vise à donner aux professionnels une vision plus claire concernant le parcours des migrants, et à les orienter facilement dans le cadre de leurs consultations, de sorties d'hospitalisation ou bien aux urgences, en fonction des besoins ayant émergé lors de la rencontre. Cet outil se situe ainsi dans la lignée du *Guide de l'urgence sociale* édité par la Ville de Nantes, mais se veut plus spécifiquement destiné aux personnes migrantes. Son élaboration a bénéficié des conseils des assistantes sociales de la PASS de Nantes, et les schémas en préambule du guide s'appuient sur le travail des assistantes sociales du Comité de coordination régionale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) Pays de la Loire.

### **Ouverture**

Ce travail exploratoire a mis en évidence des difficultés dans la prise en charge des patients migrants en psychiatrie à Nantes ; il n'avait pas été réalisé à notre connaissance de travail semblable, sous la forme d'un état des lieux du point de vue des psychiatres, à Nantes. Les problématiques soulevées concordent avec les spécificités évoquées dans la littérature (Mestre, 2009 ; Zeroug-Vial & al., 2015 ; Beal & Chambon, 2015 ; Chambon & Le Goff, 2016 ; Le Goff & Zeroug-Vial, 2017 ; Chambon & al., 2017 ; Chernyshova & Ticca, 2020 – entres autres). Ce travail a ainsi permis une mise en commun des points de vue des psychiatres sur la question, et une ouverture à la réflexion concernant des perspectives d'amélioration, à la fois en termes de prise en charge des patients migrants, mais aussi du vécu des praticiens. Des travaux ultérieurs ciblés sur certaines questions pourraient être intéressants, par exemple sous la forme d'enquêtes qualitatives par entretiens semi-directifs. Par ailleurs, il nous semble que des travaux s'intéressant plus spécifiquement à certaines populations au sein du public migrant seraient pertinents : les migrants âgés, les femmes, les mineurs non accompagnés, etc. Nous n'avons ici évalué que la prise en charge relative au public migrant adulte, dans sa globalité. Il serait également intéressant d'étudier le vécu et les besoins en termes de soins des patients migrants, de leur point de vue.

Les leviers d'action, à Nantes, intéresseraient potentiellement plusieurs dimensions, comme nous l'avons vu. A titre d'exemple, organiser des temps de formation aux questions administratives et juridiques, et des temps de partage d'expérience, pourrait avoir un impact positif sur le vécu d'impuissance des professionnels, qui, en particulier, a été à de nombreuses reprises évoqué. Ayant à cœur de prolonger ce travail en proposant des applications pratiques, et d'apporter des prémices de réponse aux besoins exprimés, nous avons élaboré un guide du réseau qui constitue un premier mouvement vers une meilleure connaissance du réseau accompagnant les personnes migrantes que nous, psychiatres, sommes amenés à prendre en charge. Actualisé au moment du rendu de ce travail, il est destiné à évoluer, d'autant plus en ces temps de crise sanitaire liée au Covid-19 rendant les modalités d'accompagnement mouvantes ; il gagnera à s'enrichir collectivement, par les ajustements et apports de ses utilisateurs, ce qui pose la question d'une instance référente pour l'avenir de ce guide.

## Conclusion

La prise en charge des personnes migrantes en psychiatrie pose un certain nombre de défis aux professionnels de la santé mentale. En France, on constate une augmentation notable du nombre de migrants ces dernières années, qui se conjugue avec des réponses politiques inadéquates, une fréquence élevée des différents troubles psychiques chez ce public hétérogène, des dispositifs de soins en partie inadaptés et surchargés et un manque de formation des professionnels. L'association de ces facteurs aboutit à un déséquilibre entre l'offre et la demande de soins. L'évolution des modalités de régularisation au cours des dernières décennies induit un déplacement de la responsabilité étatique vers la responsabilité médicale, ce qui participe à un vécu d'instrumentalisation et de suspicion des médecins. La différence linguistique et l'introduction d'un tiers dans la relation, lors du travail avec interprète, ajoutent des difficultés supplémentaires. Plus largement, les démarches et procédures juridiques et administratives, longues et complexes, sont précarisantes. Elles ne permettent pas aux patients migrants de s'inscrire dans un « ici et maintenant », en cantonnant le plus souvent les préoccupations à des enjeux de survie, ce qui *a minima* entrave les perspectives de restauration psychique, et souvent dégrade même la santé mentale, qu'il s'agisse de troubles psychiatriques caractérisés ou d'une souffrance dite psychosociale. S'il n'existe pas une clinique de la migration à proprement parler, certaines spécificités se dégagent le plus souvent et méritent d'être explorées : la précarité, la présence d'éléments post-traumatiques, la dimension culturelle. L'acte migratoire engendre un travail de deuil. Il implique une délicate dialectique entre identité et altérité. Il est nécessaire de ne pas oublier le sujet derrière le migrant, et d'explorer tous les volets de son histoire. Ces questions ne sont pas sans impact sur les professionnels de santé qui voient leur place et leur pratique réinterrogées, et se trouvent pris dans des enjeux transféro-contre-transférentiels.

Notre étude a permis de mettre en évidence des axes potentiels d'amélioration à la fois de la prise en charge de ces patients migrants et du vécu des psychiatres au sein de la métropole nantaise. Ces derniers ont fait état d'un vécu d'impuissance et d'isolement face à des prises en charge qualifiées de lourdes et complexes, dans lesquelles les demandes administratives se mêlent aux demandes de soins. La méconnaissance des spécificités dans la prise en charge et du réseau accompagnant les personnes migrantes à Nantes peuvent contribuer fortement à ce vécu. Des modifications dans la formation, l'information, le soutien entre professionnels, les échanges et la coordination avec les intervenants semblent constituer des pistes intéressantes. L'orientation adaptée des patients vers les associations et dispositifs d'accompagnement adéquats constitue une ressource à ne pas négliger. En somme, il s'agit de réintroduire du collectif, à la fois pour ces patients, dont les liens avec les groupes d'appartenance et avec l'humanité sont potentiellement mis à mal, et, en miroir, pour les psychiatres, qui se trouvent souvent démunis dans la relation duelle. Ces travaux mériteraient d'être approfondis par des recherches ultérieures plus ciblées. Le développement d'un intérêt pour ces questions permettra d'offrir davantage de place, pour les professionnels, aux aspects positifs de la rencontre, tels que la richesse et le partage inhérents à la découverte de l'Autre.

## **Références bibliographiques**

- Abraham, N., & Torok, M. (1978). *L'écorce et le noyau*. Paris : Aubier-Flammarion.
- Adansikou, K., Kokou-Kpolou, K., Mbassa Menick, D., & Moukouta C. (2017). Influence de la religion dans la somatisation dépressive en Afrique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(6), 536-540. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.10.031>
- Agorastos, A., Haasen, C., & Huber, C.G. (2012). Anxiety disorders through a transcultural perspective : implications for migrants. *Psychopathology*, 45(2), 67-77.
- Agoub, M., & Moussaoui, D. (2014). 18. Troubles bipolaires : aspects transculturels. Dans M.-L. Bourgeois (éd.), *Les troubles bipolaires* (pp. 143-147). Cachan : Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.bourg.2014.01.0143>
- Ahyi, R.G., Gandaho, P., Hongbe-Ezin, J., Tognide, M., & Gouro, K. (1998). *Dépression et culture : l'expérience africaine*. Synapse, 149, 41-43.
- Aichberger, M.C., Schouler-Ocak, M., Mundt, A., Busch, M.A., Nickels, E., Heimann, H.M., Ströhle, A., Reischies, F.M., Heinz, A., & Rapp, M.A. (2010). Depression in middle-aged and older first generation migrants in Europe: Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *European Psychiatry*, 25(8), 468-475.
- Akoka, K. (2020). *L'asile et l'exil: Une histoire de la distinction réfugiés/migrants*. Paris: La Découverte.
- Amad, A., Guardia, D., Salleron, J., Thomas, P., Roelandt, J.-L., & Vaiva, G. (2013). Increased prevalence of psychotic disorders among third-generation migrants: results from the French Mental Health in General Population survey. *Schizophrenia Research*, 147(1), 193–195.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders DSM-5* (5e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Atger, I., Khouas, D., & Larchanché, S. (2020). (Se) Faire confiance : enjeux d'une collaboration et d'une transformation du cadre clinique en pédopsychiatrie. *Rhizome*, 75-76(1-2), 90-98. <https://doi.org/10.3917/rhiz.075.0090>
- Baubet, T. (2005). Culture et diagnostic psychique : l'utilisation du "guide de formulation culturelle" du DSM-IV en clinique. *Annales médico-psychologiques revue psychiatrique*, 163(1), 38-44. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2004.11.008>
- Baubet, T. (2013). L'évaluation clinique en situation transculturelle. Dans *Psychopathologie transculturelle* (2<sup>e</sup> éd., pp. 87-102). Elsevier Masson.
- Baubet, T., & Moro, M.-R. (2003). *Psychiatrie et migration*. Paris : Masson.
- Baubet, T., & Moro, M.-R. (2013). *Psychopathologie transculturelle* (2<sup>e</sup> éd.). Elsevier Masson.
- Baubet, T., & Moro, M.-R. (2013). Effets de la migration et de l'exil. Dans T. Baubet & M.-R. Moro, *Psychopathologie transculturelle* (2<sup>e</sup> éd., pp. 49-56). Elsevier Masson.
- Baubet, T., Taïeb, O., & Moro, M. (2010). 15. Abord transculturel de la dépression. Dans M. Goudemand (dir.), *Les états dépressifs* (pp. 117-131). Cachan : Lavoisier.

- Baubet, T., Taïeb, O., & Moro, M. (2012). 19. Schizophrénie, cultures et migrations. Dans J. Daléry (dir.), *Pathologies schizophréniques* (pp. 206-211). Cachan : Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.daler.2012.01.0206>
- Bauer, A.M., & Alegria, M. (2010). Impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care : a systematic review. *Psychiatric Services*, 61, 765–773.
- Beal, A., & Chambon, N. (2015). Le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problèmes. *Rhizome*, 55(1), 9-19. <https://doi.org/10.3917/rhiz.055.0009>
- Beneduce, R. (2006). L'apport de Frantz Fanon à l'ethnopsychiatrie critique. *VST - Vie sociale et traitements, revue des CEMEA*, no 89(1), 85-100. <https://doi.org/10.3917/vst.089.100>
- Benslama, F. (2003). « Nous ». *Le Coq-héron*, 175(4), 45-53. <https://doi.org/10.3917/cohe.175.0045>
- Bhugra, D. (2009). Migration and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 108(418), 67-72.
- Bhugra, D., & Ayonrinde, O. (2004). Depression in migrants and ethnic minorities. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(1), 13-17. doi:10.1192/apt.10.1.13
- Bischoff, A., Perneger, T. V., Bovier, P. A., Loutan, L., & Stalder, H. (2003). Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. *British Journal of General Practice*, 53(942), 541-546.
- Bjorn, G. J. (2005). Ethics and interpreting in psychotherapy with refugee children and families. *Nordic journal of psychiatry*, 59, 516-521.
- Boissel, P. (2015). Clinique, éthique et engagement démocratique. *L'Information Psychiatrique*, 91(2), 129-132. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1307>
- Boivin, I., Leanza, Y., & Rosenberg, E. (2012). Représentations et rôles des interprètes professionnels et familiaux dans les entretiens médicaux et implications pour le monde vécu. *Alterstice*, 2(2), 35-46.
- Borges, G., Breslau, J., Su, M., & Miller, M. (2009). Immigration and suicidal behavior among Mexicans and Mexican Americans. *American Journal of Public Health*, 99(4):728–733.
- Bosqui, T.J., Hoy, K., & Shannon, C. (2014). A systematic review and meta-analysis of the ethnic density effect in psychotic disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(4), 519-529.
- Bot, H. (2005). *Dialogue interpreting in mental health*. Amsterdam/New York : Rodopi (Utrecht Studies in Language and Communication, 19).
- Bouchet, L. (2016). *Réflexions à propos du suivi de patients migrants en situation de précarité en centre médico-psychologique* [Mémoire de Diplôme Universitaire, Université de Lyon]. Orspere-Samdarra. [http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Memoires\\_du\\_DIU/BOUCHET\\_L..pdf](http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Memoires_du_DIU/BOUCHET_L..pdf)
- Bourdieu, P. (1988). *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*. Paris : Bayard.
- Bourque, F., van der Ven, E., & Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological Medicine*, 41(5), 897-910.
- Boydell, J., van Os, J., McKenzie, K., Allardyce, J., Goel, R., McCreadie, R.G., & Murray, R. (2001). Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London : ecological study into interactions with environment. *British Medical Journal*, 323(7325):1336-1338.

- Breslau, J., Aguilar-Gaxiola, S., Borges, G., Castilla-Puentes, R.C., Kendler, K.S., Medina-Mora, M.-E., Su, M., & Kessler, R.C. (2007). Mental disorders among English-speaking Mexican immigrants to the US compared to a national sample of Mexicans. *Psychiatry Research*, 151(1-2), 115-122.
- Brisset, C., Leanza, Y., & Laforest, K. (2013). Working with interpreters in health care : A systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Education and Counseling*. 91(2): 131-140.
- Brisset, C. & Leanza, Y. (2015). L'interprétariat en santé mentale à Montréal. *Rhizome*, 55(1), 20-27. <https://doi.org/10.3917/rhiz.055.0020>
- Calabrese, L. (2020). Réfugié, migrant, dubliné: Les mots des migrations. *Revue Projet*, 377(4), 29-32. <https://doi.org/10.3917/pro.377.0029>
- Calliess, I.T, Machleidt, W., Ziegenbein, M., & Haltenhof, H. (2007). Transcultural aspects of suicidal behaviour. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 75(11), 653-664.
- Cantor-Graae, E., & Pedersen, C. B. (2013). Full spectrum of psychiatric disorders related to foreign migration : a Danish population-based cohort study. *JAMA Psychiatry*, 70(4), 427-435. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.441>
- Cantor-Graae, E., & Selten, J.-P. (2005). Schizophrenia and migration : a meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 12-24.
- Carballo, M., Divino, J.J., & Zeric, D. (1988). Migration and health in the European Union. *Tropical Medicine & International Health*, 3, 936-944.
- Carothers, J.C. (1953). The African Mind in Health and Disease : A study in ethnopsychiatry (monograph series n°17). Organisation Mondiale de la Santé. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41138/WHO\\_MONO\\_17\\_%28part1%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41138/WHO_MONO_17_%28part1%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Chambon, N., & Le Goff, G. (2016). Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie. *Revue française des affaires sociales*, 123-140. <https://doi.org/10.3917/rfas.162.0123>
- Chambon, N., Zeroug Vial, H., Carbonel, N. (2017). L'interprétariat en santé mentale : les enjeux de la formation. *L'autre, cliniques, cultures et sociétés*, 18(1), 360-366. [http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Articles\\_RECHERCHE\\_Orspere-Samdarra/Chambon\\_Carbonel\\_Zeroug\\_Vial\\_L\\_interpretariat\\_en\\_sante\\_mental\\_les\\_enjeux\\_de\\_la\\_formation.pdf](http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Articles_RECHERCHE_Orspere-Samdarra/Chambon_Carbonel_Zeroug_Vial_L_interpretariat_en_sante_mental_les_enjeux_de_la_formation.pdf)
- Channabasavanna, S.M., Raguram, R., Weiss, M.G., & Parvathavardhini, R. (1993). Ethnography of psychiatric illness : a pilot study. *National Institute of Mental Health and Neuro Sciences Journal*, 11, 1-10.
- Chernyshova, E., & Ticca, A. (2020). L'interprète comme « machine à traduire » et la négociation de la signification en interaction : deux pratiques en tension ?. *Rhizome*, 75-76(1-2), 67-76. <https://doi.org/10.3917/rhiz.075.0067>
- Ciccone, A. (2012). *La transmission psychique inconsciente*. Paris : Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.cicco.2012.02>
- Coffin, J. (2012). Psychiatrie coloniale : des préjugés tenaces. *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines*, 28(9), 28-28.
- Cohen-Emerique, M. (2015). 2. Comment former les professionnels : De l'apport de connaissances au développement de capacités à la relation et à la communication interculturelles. Dans M. Cohen-

Emerique, *Pour une approche interculturelle en travail social: Théories et pratiques* (pp. 41-47). Rennes : Presses de l'EHESP.

- Collignon, R. (2006). La psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal : esquisse d'une historisation comparative. *Revue Tiers Monde*, 187(3), 527-546. <https://doi.org/10.3917/rtm.187.0527>
- Comas-Diaz, L., & Jacobsen, F. M. (1991). Ethnocultural transference and countertransference in the therapeutic dyad. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(3), 392-402. <https://doi.org/10.1037/h0079267>
- Constant, J., & Reça, M. (2014). Traumatisme psychique : une clinique transversale, une notion en trans.... *L'Information Psychiatrique*, 90(6), 411-413. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9006.0411>
- Cournil, C. (2010). Les "réfugiés environnementaux" : enjeux et questionnements autour d'une catégorie émergente. *Migrations Société*, 128(2), 67-79. <https://doi.org/10.3917/migra.128.0067>
- Cousein, M. (2012). Chapitre 2. Corps exilé et somatisations. Dans : Olivier Douville éd., *Clinique psychanalytique de l'exclusion* (pp. 43-66). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.douvi.2012.01.0043>
- Crocq, L. (1999). *Les Traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob.
- Crocq, M.-A. (2020). Les problèmes spécifiques de santé mentale. *Actualité et dossier en santé publique*, 111, 40-42.
- Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob.
- Dahoun, Z. (2005). *L'entre deux : une métaphore pour penser la différence culturelle. Différence culturelle et souffrance de l'identité*. Paris : Dunod.
- Daxhelet, M., Johnson-Lafleur, J., Papazian-Zohrabian, G., & Rousseau, C. (2018). Impuissance et contre-transfert culturel: Le rôle des discussions de cas interinstitutionnelles pour dénouer les impasses thérapeutiques. *L'Autre*, volume 19(1), 21-31. <https://doi.org/10.3917/lautr.055.0021>
- Dealberto, M.J. (2013). Clinical symptoms of psychotic episodes and 25-hydroxy vitamin D serum levels in black first-generation immigrants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128, 475-487.
- Declerck, P. (2003). *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*. Terre Humaine Plon.
- Delage, M. (2015). Chapitre 3. Familles immigrées et thérapie familiale : place pour le développement d'une résilience ?. Dans : Roland Coutanceau éd., *Souffrances familiales et résilience : Filiation, couple et parentalité* (pp. 35-52). Paris: Dunod.
- Delanoë, D. (2015). Pourquoi il ne faut pas avoir peur du transfert et du contre-transfert culturels. *Le Carnet PSY*, 188(3), 22-26. <https://doi.org/10.3917/lcp.188.0022>
- Delanoë, D., & Moro, M.-R. (2016). Les rapports sociaux dans le transfert culturel : Essai de problématisation. *L'Autre*, volume 17(2), 203-211. <https://doi.org/10.3917/lautr.050.0203>
- Delforterie, M.J., Creemers, H.E., & Huizink, A.C. (2014). Recent cannabis use among adolescent and young adult immigrants in the Netherlands--the roles of acculturation strategy and linguistic acculturation. *Drug and Alcohol Dependence*, 136, 79-84.
- Delieutraz, S. (2012). Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé. *Cliniques*, 4(2), 146-162. <https://doi.org/10.3917/clini.004.0146>

- Desplechin, F. (2015). L'identité dans l'exil : entre crainte de l'oubli et fantasme inconscient de trahison. Le travail clinique auprès de demandeurs d'asile. *L'Information Psychiatrique*, 91(1), 45-52. <https://doi.org/10.1684/ipe.2014.1291>
- Devereux, G. (1969). *Psychothérapie d'un Indien des plaines. Réalité et rêve*. Paris : Jean-Cyrille Godefroy.
- Devereux, G. (1970). *Facteurs culturels en psychothérapie. Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard.
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris : Flammarion.
- Devereux, G. (1978). L'ethnopsychiatrie. *Ethnopsychiatrica*, 1(1), 7-13.
- Devereux, G. (1980). De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement. Paris : Flammarion.
- Di, C., & Moro, M. (2008). Conflit des cultures dans la constitution de soi : L'apport de l'approche ethnopsychiatrique. *Informations sociales*, 145(1), 16-24. <https://doi.org/10.3917/inso.145.0016>
- Di, C., & Moro, M. (2008). La protection de l'enfance: Entre l'offre institutionnelle et la demande des familles en situation migratoire. *Le Journal des psychologues*, 256(3), 50-54. <https://doi.org/10.3917/jdp.256.0050>
- Diome, F. (2010). *Celles qui attendent*. Paris : Flammarion.
- Diop, M. (1967). La dépression chez le noir africain. *Psychopathologie Africaine*, 3, 183-194.
- Douville, O. (2004). Anthropologie du contemporain et clinique du sujet. *L'Evolution Psychiatrique*, 69, 31-47.
- Einhorn, L., Tremblay, V. & Zeroug-Vial, H. (2019). Reconsidérer les frontières du soutien en santé mentale. *Rhizome*, 73(3), 18-19. <https://doi.org/10.3917/rhiz.073.0018>
- Fassin, D. (2000). Les politiques de l'ethnopsychiatrie. *L'Homme*, 153, 231-250. <https://lhomme.revues.org/14>.
- Favard, T., & Dealberto, M. (2015). Risque accru de schizophrénie et de psychose chez les immigrés. Données françaises. *L'Information Psychiatrique*, 91(2), 118-128. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1302>
- Fermi, P. (1998). Le contre-transfert culturel [Texte d'une communication orale donnée à Cliniques entre deux rives, à l'Université de Bordeaux-2]. Association Geza Rohein. <http://geza.rohein.pagesperso-orange.fr/html/contrans.htm>
- Fernando, S. (1991). *Mental health, race et culture*. London : MacMillan Press.
- Fernando, S. (1995). *Mental Health in a Multi-ethnic society. A Multi-disciplinary Handbook*. London : Routledge.
- Fortin, B. (2015). Éditorial. *Le Coq-héron*, 220(1), 7-8. <https://doi.org/10.3917/cohe.220.0007>
- Foville, A. (1875). Les aliénés voyageurs ou migrants. Étude clinique de certains cas de lypémanie. *Annales Médico-Psychologiques*, 5, 5-45.
- Galvan, F.H, & Caetano, R. (2003). Alcohol use and related problems among ethnic minorities in the United States. *Alcohol Research & Health*, 27, 87-94.
- Gard, C. (2015). Migration et santé mentale : quelques enjeux politiques et cliniques de la psychiatrie contemporaine. *L'information psychiatrique*, 91(2), 111-117. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1305>
- Godelier, M. (2007). *Au fondement des sociétés humaines*. Paris : Flammarion.

- Gourier-Frery, C., Chan Chee, C., & Beltzer, N. (2014). Prévalence de la schizophrénie et autres troubles psychotiques en France métropolitaine. *European Psychiatry*, 29 (8), 625. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.118>
- Grant, B.F., Stinson, F.S., Hasin, D.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., & Anderson, K. (2004). Immigration and lifetime prevalence of DSM IV psychiatric disorders among Mexican Americans and non-Hispanic whites in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1226–1233.
- Graz, B., Vader, J. P., & Raynault, M. F. (2002). Réfugiés, migrants, barrière de la langue : opinion des praticiens sur les moyens d'aide à la traduction. *Santé publique*, 14(1), 75-81.
- Grinberg, L., Grinberg, R. (1986). *Psychanalyse du migrant exilé*. Cesura Lyon Edition.
- Guardia, D., Salleron, J., Roelandt, J.-L., & Vaiva, G. (2017). Prévalence des troubles psychiatriques et addictologiques auprès de trois générations successives de migrants : résultats d'une étude menée en population générale. *L'Encéphale*, 43(5), 435-443. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.06.008>
- Hanck, C., Collomb, H., & Boussat, M. (1976). Dépressions masquées psychotiques ou le masque noir de la dépression. *Acta Psychiatrica Belgica*, 1, 26-45.
- Hauswirth, M. (2004). Un improbable refuge. Les répercussions sur la santé mentale des procédures en matière d'asile, *Psychothérapies*, 24, 236.
- Hudelson, P., & Vilpert, S. (2011). Overcoming language barriers with foreign-language speaking patients: a survey to investigate intra-hospital variation in attitudes and practices. *BMC Health Service Research*, 9. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-9-187>
- Hughes, C.C. (1993). Culture in clinical psychiatry. Dans A.C. Gaw (dir.), *Culture, ethnicity and mental illness* (pp. 3-41). Washington : American Psychiatric Press.
- Husain, N., Creed, F., & Tomenson, B. (1997). Adverse social circumstances and depression in people of Pakistani origin in the UK. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 171, 434-438.
- Hutchinson, G., Takei, N., Sham, P., Harvey, I., & Murray, R.M. (1999). Factor analysis of symptoms in schizophrenia : differences between White and Caribbean patients in Camberwell. *Psychological Medicine*, 29(3), 607-612.
- Ifrah, A. (1980). *Le Maghreb déchiré*. Grenoble : La Pensée Sauvage.
- Kaës, R. (1989). Ruptures catastrophique et travail de la mémoire. Notes pour une recherche. Dans J. Puget (dir.), *Violence d'État et psychanalyse* (pp. 169-204). Paris : Dunod.
- Kaës, R. (2012). *Le Malêtre*. Paris : Dunod.
- Karliner, L.S., Jacobs, E.A., Chen A.H., & Mutha, S. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency ? A systematic review of the literature. *Health Services Research*, 42, 727–754.
- Kessar, Z. (2000). La formation en anthropologie à l'hôpital. *Hommes & Migrations*, 1225, 112-117.
- Kirmayer, L.J. (1984). Culture, affect, and somatization. Parts I and II. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 21, 159-88, 237-62.
- Kirmayer, L.J., & Groleau, D. (2001). Affective disorders in cultural context. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(3), 465-478.

- Kirmayer, L. J., & Minas, H. (2000). The future of cultural psychiatry : an international perspective. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 438-446. <https://doi.org/10.1177/070674370004500503>
- Kirmayer, L.J., & Young, A. (1998). Culture and somatization : clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 60, 420-430.
- Kissinger, P., Althoff, M., & Burton, N. (2013). Prevalence, patterns and predictors of substance use among Latino migrant men in a new receiving community. *Drug and Alcohol Dependence*, 133, 814-822.
- Kleinman, A. (1977). Depression, Somatization and the « New Cross-Cultural Psychiatry ». *Social Science & Medicine*, 11, 3-10.
- Kleinman, A. (1988a). *The Illness Narratives : Suffering, Healing and the Human Condition*. New York : Basic Books.
- Kleinman, A. (1988b). *Rethinking Psychiatry, From Cultural Category to Personal Experience*. New York : The Free Press.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-258.
- Kliewer, E.V. (1991). Immigrant suicide in Australia, Canada, England and Wales, and the United States. *Journal of the Australian Population Association*, 8(2), 111-128.
- Kliewer, E.V., & Ward, R.H. (1988). Convergence of immigrant suicide rates to those in the destination country. *American Journal of Epidemiology*, 127(3), 640-653.
- Knowles, C. (1991). Afro-caribbeans and schizophrenia : how does psychiatry deals with issues of race, culture and ethnicity ?. *Journal of Social, Political and Economic Studies*, 20(2), 173-190.
- Knowles, C. (1996). Racism and psychiatry. *Transcultural psychiatry*, 33(3), 297-318.
- Kokou-Kpolou, C., Menick, D., Moukouta, C., & Ngameni, E. (2018). Étude du lien entre deuil, dépression et troubles somatiques auprès d'une population d'immigrés ouest-africains en Europe. *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 34(2-3), 159-186. <https://doi.org/10.4000/remi.10930>
- Kposowa, A.J., Mcelvain, J.P., & Breault, K.D. (2008). Immigration and suicide : the role of marital status, duration of residence, and social integration. *Archives of Suicide Research*, 12(1), 82-92.
- Kristeva, J. (1988). *Etrangers à nous-mêmes*. Paris : Fayard.
- Laforcade, M. (2016). *Rapport de Michel Laforcade relatif à la santé mentale*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-de-michel-laforcade-relatif-a-la-sante-mentale>
- Larchanché, S. (2017). Chapitre 15. Souffrance psychique et parcours d'exil : quel impact des déterminants sociaux ?. Dans R. Coutanceau (dir.), *Santé mentale et société* (pp. 153-159). Paris : Dunod.
- Laub, D. (2015). À l'écoute du témoignage de ma mère. *Le Coq-héron*, 220(1), 13-28. <https://doi.org/10.3917/cohe.220.0013>
- Lazignac, C. (2002). *Qu'en est-il de l'alliance thérapeutique en situation transculturelle ? A propos d'une étude exploratoire réalisée aux urgences de Nancy* [Thèse de doctorat, Université de Nancy].
- Le Goff, G., & Zeroug-Vial, H. (2017). Avant-propos. *Rhizome*, 63(1), 5-13. <https://doi.org/10.3917/rhiz.063.0005>

- Le Goff, G., Maury de Feraudy, J., & Zeroug-Vial, H. (2017). Former des professionnels de santé aux pratiques avec interprète. *La santé en action*, 442, 21-22. [http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Articles\\_RECHERCHE\\_Orspere-Samdarra/interpretariat-former-professionnels-sante-social-orspere-samdarra-Maury de Feraudy Le Goff.pdf](http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Articles_RECHERCHE_Orspere-Samdarra/interpretariat-former-professionnels-sante-social-orspere-samdarra-Maury de Feraudy Le Goff.pdf)
- Le Luong, T., Deutsch, P., & Prunier, C. (2020). Les différents types de migrations et les missions du service médical de l'Ofii. *Actualité et dossier en santé publique*, 111, 15-20.
- Lévi-Strauss, C. (1961). *Race et histoire*. Paris: Gallimard.
- Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A., & Priebe, S. (2008). Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry*, 23, 14-20.
- Lindert, J., von Ehrenstein, O., Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 69(2), 246-257.
- Lopez, A.D., & Murray, C.C. (1998). The global burden of disease, 1990-2020. *Nature Medicine*, 4(11), 1241-1243.
- Luhrmann, T.M., Padmavati, R., Tharoor, H., & Osei, A. (2015). Differences in voice-hearing experiences of people with psychosis in the USA, India and Ghana: interview-based study. *The British Journal of Psychiatry*, 206(1), 41-4.
- Luong, C. (2020). Acculturation chez le migrant et le risque paranoïaque. *L'information psychiatrique*, volume 96(6), 435-438. <https://doi.org/10.1684/ipe.2020.2126>
- Lussier, M. (2011). Chapitre II. L'exil. Dans M. Lussier, *Terre d'asile, terre de deuil : Le travail psychique de l'exil* (pp. 57-91). Paris : Presses Universitaires de France.
- Mader, J. (2000). Etre compris et comprendre, un droit fondamental du patient/client. *Soins infirmiers*, 8, 66-70.
- Maqueda, F. (2005). L'accès aux soins psychiques pour les demandeurs d'asile : position soignante, position citoyenne. *L'Autre*, 6, 112-123.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (2003). Social determinants on health. The solid facts. World Health Organization.
- Marques, L., Robinaugh, D.J., LeBlanc, N.J., & Hinton, D. (2011). Cross-cultural variations in the prevalence and presentation of anxiety disorders. *Expert Review Neurotherapeutics*, 11(2), 313-322.
- McKenzie, K. (2003). Racism and health : racism is an important health issue. *The British Medical Journal*, 326, 65-66.
- McKenzie, K., van Os, J., Fahy, T., Jones, P., Harvey, I., Toone, B., & Murray, R. (1995). Psychosis with good prognosis in Afro-Caribbean people now living in the United Kingdom. *British Medical Journal*, 311(7016):1325-1328.
- Mellon, C. (2020). Arrêtons de les mettre dans des cases !. *Revue Projet*, 377(4), 16-19. <https://doi.org/10.3917/pro.377.0016>
- Merikangas, K.R., Jin, R., He, J.-P., Kessler, R.C., Lee, S., Sampson, N.A., Viana, M.C, Andrade, L.H., Hu, C., Karam, E. G., Ladea, M., Medina-Mora, M.E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, J.E., & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68, 241-251.
- Mestre, C. (2009). Les certificats médicaux aux étrangers demandeurs d'asile et déboutés : cliniques et politiques. *L'Autre*, 10(2), 162-170. <https://doi.org/10.3917/lautr.029.0162>

- Mestre, C. (2015). L'interprétariat en psychiatrie : complexité, inconfort et créativité. *Rhizome*, 55(1), 38-47. <https://doi.org/10.3917/rhiz.055.0038>
- Mezzich, J.E., Berganza, C.E., & Ruiperez, M.A. (2001). Culture in DSM IV, ICD-10 and Evolving Diagnostic Systems. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(3), 407-419.
- Michel, L. (1994). Signification du groupe d'appartenance culturelle du patient et du thérapeute. *Connexions*, 63(1), 169-177.
- Michel, L. (2015). Migration et addictions : aspects cliniques. *L'Information Psychiatrique*, 91(1), 21-28. <https://doi.org/10.1684/ipe.2014.1288>
- Mitschke, D.B., Praetorius, R.T., Kelly D.R., Small, E., & Kim, Y.K. (2017). Listening to refugees : How traditional mental health interventions may miss the mark. *International social work*, 60(3), 588-600.
- Molarius, A., Berglund, K., Eriksson, C., Eriksson, H.G., Lindén-Boström, M., Nordström, E., Persson, C., Sahlqvist, L., Starrin, B., & Ydreborg, B. (2009). Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors – a population-based study in Sweden. *BMC Public Health*, 9, 302.
- Moro, M.-R. (1998). *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris : PUF.
- Moro, M.-R. (2000). *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Paris : Dunod.
- Moro, M.-R. (2004). *Psychiatrie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Dunod.
- Moro, M.-R. (2013). Les débats autour de la question culturelle en clinique. Dans T. Baubet et M.-R. Moro (dir.), *Psychopathologie transculturelle* (2<sup>e</sup> éd., pp. 31-48). Elsevier Masson.
- Moro, M.-R., & Revah-Levy, A. (2005). Soi-même dans l'exil. Les figures de l'altérité dans un dispositif psychothérapeutique. Dans Kaës et al. (Eds.), *Différence culturelle et souffrance de l'identité* (pp. 107-128). Paris : Dunod.
- Moussaoui, D., & Ferrey, G. (1985). *Psychopathologie des migrants*. Paris : PUF.
- Mukherjee, S., Shukla, S., Woodle, J., Rosen, A.M., & Olarte, S. (1983). Misdiagnosis of schizophrenia in bipolar patients : a multiethnic comparison. *American Journal of Psychiatry*, 140(12), 1571-1574.
- Nathan, T. (1986). *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris: Dunod.
- Nathan, T. (1987) La fonction psychique du trauma. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 7, 7-9.
- Nazroo, J.Y. (1998). Rethinking the relationship between ethnicity and mental health : the British Fourth National Survey of Ethnic Minorities. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(4), 145-148.
- Nguyen, A. (2014). L'agonie administrative des exilés : une clinique de l'asile. *L'Autre*, 15(2).
- Ödegaard, Ö. (1932). Emigration and insanity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 4, 1–206.
- OFPPA (2020). *Rapport d'activité 2019*. <https://ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/nos-publications/rapports-d-activite>
- OIM (s. d.). Termes clés de la migration. <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>
- Orspere-Samdarra (2017). *L'interprétariat en santé et en santé mentale* [film d'animation]. <http://www.ch-levinatier.fr/orspere-samdarra/ressource/outils/films-d-animations/espace-multimedia-857/l-interpretariat-en-sante-et-en-sante-mentale-338.html?cHash=52bb6e5de0a72dc7c27a14a27d7b3e8e>

- Orspere-Samdara (s. d.). <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra.html>
- Ortega, A.N, Rosenheck, R., Alegria, M., & Desai, R.A. (2000). Acculturation and the lifetime risk of psychiatric and substance use disorders among Hispanics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 728–735.
- Otero, M. (2015). *Les Fous dans la cité*. Boréal.
- Ovuga, E.B. (1986). The different faces of depression. *East African Medical Journal*, 63, 109-114.
- Ozolins, U. (2016). The myth of the myth of invisibility ?. *Interpreting*, 18(2), 273-284.
- Pachoud, D., & Lhuillier, G. (2019). Être père et repères en migration. *Le Journal des psychologues*, 365(3), 71-77. <https://doi.org/10.3917/jdp.365.0071>
- Parson, E. (1985). Ethnicity and traumatic stress : The intersecting point in psychotherapy. Dans C. Figley (Ed.). *Trauma and its wake : The study of treatment of PTSD*. New York : Brunner et Mazel.
- Penk, W., Robinowitz, R., Black, J., Dolan, M., Belle, W., Dorsett, D., Ames, M., & Noriega, L. (1989). Ethnicity : post-traumatic stress disorder (PTSD) differences among Black, White, and Hispanic veterans who differ in degrees of exposure to combat in Vietnam. *Journal of Clinical Psychology*, 45 (5), 729-735.
- Penk, W.E., & Allen, I.M. (1991). Clinical assessment of PTSD among American minorities who served in Vietnam. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 41-66.
- Penka, S., Heimann, H., & Heinz, A. (2008). Explanatory models of addictive behaviour among native German, Russian-German, and Turkish youth. *European Psychiatry*, 23, 36-42.
- Pestre, E. (2010). *La vie psychique des réfugiés*. Payot.
- Philonenko, A. (1996). Les puissances de l'exil. Dans A. Niderst (dir.), *L'exil* (pp. 199-210). Paris : Klincksieck.
- Plivard, I. (2014). Chapitre 4 - Migration et santé. Dans I. Plivard, *Psychologie interculturelle* (pp. 119-144). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Pommier, F. (2004). Culture et processus d'association mentale. *L'Evolution Psychiatrique*, 4, 67-78.
- Pöchhacker, F. (2008). Interpreting as Mediation. Dans C. Valero-Garcés & A. Martin, *Crossing borders in community interpreting : Definitions and dilemmas* (p. 9-26). Amsterdam : John Benjamins.
- Raoult, P. (2005). Crise d'identité ou urgence d'exister. Dans F. Lebigot (éd.), *Victimologie-Criminologie. Approches cliniques: Tome 5 - Situation d'urgence – situation de crise. Clinique du psycho-traumatisme immédiat* (pp. 123-138). Nîmes : Champ social. <https://doi.org/10.3917/chaso.lebig.2005.01.0123>
- Rechtman, R. (1998). Anthropologie médicale et psychiatrie : de nouveaux paradigmes de recherche. *Pour la Recherche*, 17. <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/Recherche/PLR/PLR17/PLR17.html#1>
- Rechtman, R. (2010). La psychiatrie à l'épreuve de l'altérité. Perspectives historiques et enjeux actuels. Dans D. Fassin (dir.), *Les Nouvelles Frontières de la société française*. Paris : La Découverte.
- Ricoeur, P. (2000). *La mémoire, l'histoire, l'oubli*. Paris : Le Seuil.
- Rio Benito, M. (2019). Quand est-ce qu'on prescrit un antipsychotique à un patient migrant ? Une étude rétrospective des dossiers cliniques des patients migrants sous antipsychotique suivis dans une

consultation psychothérapeutique spécialisée. *European Journal of Trauma & Dissociation*.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.100132>

- Robiliard, D. (2013). *Rapport d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*.
- Roheim, G. (1943). *Origine et fonction de la culture*. Paris : Gallimard.
- Rouchon, J.-F. (2007). *La notion de contre-transfert culturel : enjeux théoriques, cliniques et thérapeutiques* [Thèse de doctorat, Université de Nantes]. [www.clinique-transculturelle.org/pdf/these\\_jfr.pdf](http://www.clinique-transculturelle.org/pdf/these_jfr.pdf)
- Rouchon, J.-F., Reyre, A., Taïeb, O., & Moro, M.-R. (2009). L'utilisation de la notion de contre-transfert culturel en clinique. *L'Autre*, volume. 10(1), 80-89. <https://doi.org/10.3917/lautr.028.0080>
- Rousseau, C., & Drapeau, A. (2003). Are Refugee Children an At - Risk Group ? A Longitudinal Study of Cambodian Adolescents. *Journal of Refugee Studies*, 16(1), 67 -81.
- Rousseau, C., & Nadeau, L. (2003). Migration, exil et santé mentale. Dans T. Baubet & M.-R. Moro (eds.), *Psychiatrie et migrations*. Paris : Masson.
- Roussillon, R. (2007). Postface: les situations extrêmes et leur devenir. Dans A.E. Aubert & R. Scelles (dir.), *Dispositifs de soins au défi des situations extrêmes* (p. 215). Eres.
- Ruiz, P. (1998). The role of culture in psychiatric care : clinical case conference. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1763-1765.
- Ruiz Correa, O. (2005). La clinique groupale dans la plurisubjectivité culturelle. Dans R. Kaës, O. Ruiz Correa, O. Douville, A. Eiguer, M.-R. Moro, A. Revah-Lévy, F. Sinatra, Z. Dahoun & E. Lecourt (dir.), *Différence culturelle et souffrance de l'identité* (pp. 154-177). Paris : Dunod.
- Saglio-Yatzimirsky, M., & Wolmark, L. (2018). Santé mentale des exilés en France : entre impuissance et créativité. *Revue européenne des migrations internationales*, 34(2), 21-27. <https://doi.org/10.4000/remi.10558>
- Saglio-Yatzimirsky, M. (2019). Repenser nos cadres d'intervention avec les personnes migrantes. *Rhizome*, 73(3), 15-16. <https://doi.org/10.3917/rhiz.073.0015>
- Salas-Wright, C.P., & Vaughn, M.G. (2014). A "refugee paradox" for substance use disorders?. *Drug and Alcohol Dependence*, 142, 345-349.
- Sarthou-Lajus, N., & Rechtman, R. (2011). Enquête sur la condition de victime. *Études*, tome 414(2), 175-186. <https://doi.org/10.3917/etu.4142.0175>
- Sashidharan, S.P. (1993). Afro-Caribbeans and Schizophrenia : the ethnic vulnerability hypothesis reexamined. *International Review of Psychiatry*, 5(2-3), 129-144.
- Sayad, A. (1999). *La double absence, des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Paris : Seuil.
- Schreiber, S. (1995). Migration, traumatic bereavement and transcultural aspects of psychological healing : loss and grief of a refugee woman from Begameder country in Ethiopia. *British Journal of Medical Psychology*, 68, 135-142.
- Schwarzinger, M. (2012). *Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé. Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète*. Ministère des affaires sociales et de la santé.
- Sebillé, A., & Prunier, C. (2020). Pathologies psychiatriques : les demandes de titres de séjour pour soins. *Actualité et dossier en santé publique*, 111, 48-52.

- Selod, S. (1998). *Difficultés diagnostiques chez les patients d'une autre culture : Pourquoi certains patients dépressifs sont-ils diagnostiqués comme psychotiques ?* [Thèse de doctorat, Université de Lille].
- Selten, J.P., & Hoek, H.W. (2008). Does misdiagnosis explain the schizophrenia epidemic among immigrants from developing countries to Western Europe ?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 937-939.
- Sénat (2018). *Projet de loi de finances pour 2019 : Santé*. <http://www.senat.fr/rap/l18-147-327/l18-147-3276.html#toc70>
- Shariati, B., Keshavarz-Akhlaghi, A.-A., Mohammadzadeh, A., & Seddigh, R. (2018). The Content Validity of the Cultural Formulation Interview (CFI). *Hindawi Psychiatry Journal*. <https://doi.org/10.1155/2018/3082823>
- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with premigration trauma and post-migration stressors. *The British Journal of Psychiatry*, 170(4), 351-357.
- Sironi, F. (1999). *Bourreaux et victimes : psychologie de la torture*. Paris : Odile Jacob.
- Sironi, F. (2001). Les stratégies de déculturation dans les conflits contemporains. Nature et traitement des attaques contre les objets culturels. *Sud Nord*, 12, 29-47.
- Sironi, F., & Branche, R. (2002). La torture aux frontières de l'humain. *Revue internationale des sciences sociales*, 174(4), 591-600. <https://doi.org/10.3917/riss.174.0591>
- Soulet, M.-H. (2004). *La solidarité : exigence morale ou obligation publique ?*. Fribourg : Éditions Saint-Paul Fribourg.
- Soulet, M. (2005). Reconsidérer la vulnérabilité. *Empan*, n° 60(4), 24-29. <https://doi.org/10.3917/empa.060.0024>
- Spiegel, J.P. (1976). Cultural aspects of transference and countertransference revisited. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 4, 447-467.
- Steel, Z., Silove, D., Phan, T., & Bauman, A. (2002). Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia : a population-based study. *Lancet*, 360, 1056–1062.
- Steele, C. M., & Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African American. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 797-811.
- Swinnen, S.G., & Selten, J.P. (2007). Mood disorders and migration. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 6–10.
- Syed, H.R., Dalgard, O., Hussain, A., Dalen, I., Claussen, B., & Ahlberg, N.L. (2006). Inequalities in health : a comparative study between ethnic Norwegians and Pakistanis in Oslo, Norway. *International Journal for Equity in Health*, 5, 7.
- Taleb, M. (2010). Migrations et suicide. Dans P. Courtet (éd.), *Suicides et tentatives de suicide* (pp. 169-173). Cachan : Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.court.2010.01.0169>
- Tarricone, I., Stivanello, E., Poggi, F., Castorini, V., Marseglia, M.V., Fantini, M.P., & Berardi, D. (2011). Ethnic variation in the prevalence of depression and anxiety in primary care : A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*.
- Tarquinio, C., & Montel, S. (2014). Chapitre 1. Du psychotraumatisme à l'état de stress post-traumatique. Dans C. Tarquinio & S. Montel (dir.), *Les psychotraumatismes: Histoire, concepts et applications* (pp. 21-40). Paris : Dunod.

- Termorshuizen, F., Smeets, H.M., Braam, A.W., & Veling, W. (2014). Neighborhood ethnic density and psychotic disorders among ethnic minority groups in Utrecht City. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(7), 1093-1102.
- Ticca, A. & Traverso, V. (2015). Interprétation, traduction orale et formes de médiation dans les situations sociales Introduction. *Langage et société*, 153(3), 7-30. <https://doi.org/10.3917/lis.153.0007>
- Tourn, L. (1997). *Travail de l'exil : deuil, déracinement, identité expatriée* [Thèse de doctorat, Université Paris-VII].
- Tremblay, V. (2016). *La prise en charge des migrants en santé mentale Enquête sur l'élargissement du réseau de prise en charge des migrants précaires vers les psychiatres libéraux* [Mémoire de Master 2, Université de Lyon]. Orspere-Samdarra. [http://www.ch-levinatier.fr/documents/Publications/These\\_RECHERCHE\\_Orspere\\_Samdarra/Memoire\\_Final\\_TREMBLAY.pdf](http://www.ch-levinatier.fr/documents/Publications/These_RECHERCHE_Orspere_Samdarra/Memoire_Final_TREMBLAY.pdf)
- Ullmann, E., Barthel, A., Licinio, J., Petrowski, K., Bornstein, S.R., & Strauß, B. (2013). Increased rate of depression and psychosomatic symptoms in Jewish migrants from the post-Soviet-Union to Germany in the 3rd generation after the Shoa. *Translational Psychiatry*, 3, e241.
- Van Os, J., Kenis, G., Rutten B.P.F. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, 468, 203-212.
- Vega, W.A., Alderete, E., & Kolody, B. (1998). Illicit drug use among Mexicans and Mexican Americans in California : the effects of gender and acculturation. *Addiction*, 93, 1839-1850.
- Veisse, A., Wolmark, L., Revault, P., Giacomelli, M., Bamberger, M., & Zlatanova, Z. (2017). Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 19-20, 405-14. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017\\_19-20\\_5.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_5.html)
- Veling, W., Susser, E., van Os, J., Mackenbach, J.P., Selten, J.-P., & Hoek H.W. (2008). Ethnic Density of Neighborhoods and Incidence of Psychotic Disorders Among Immigrants. *American Journal of Psychiatry*, 165(1), 66-73.
- Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as interaction*. London : Longman.
- Waintrater, R. (2020). Rupture et transmission après le génocide des Tutsi au Rwanda : le besoin de tiers. *Cahiers de psychologie clinique*, 54(1), 89-102. <https://doi.org/10.3917/cpc.054.0089>
- Weber, J. (2017). Soigner sans, avec ou dans la parole : le paradigme de l'étranger (linguistique). *Psychologie Clinique*, 43(1), 51-62. <https://doi.org/10.1051/psyc/20174351>
- Weber, O., & Molina, M. E. (2003). Le point de vue des médiateurs culturels/interprètes. Dans P. Guex et P. Singy (dir.), *Quand la médecine a besoin d'interprètes* (p. 85-112). Genève : Éditions Médecine et hygiène.
- Weiss, M.G. (2001). Psychiatric diagnosis and illness experience. Dans A.T. Yilmaz, M.G. Weiss & A. Riecher-Rössler (eds.), *Cultural Psychiatry : Euro-International perspectives* (pp. 21-34). Basel : Karger.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H.-G., Joyce P.R., Karam, E.G., Lee, C.-K., Lellouch, J., Lépine, J.-P., Newman, S.C., Rubio-Stipec, M., Wells, J.E., Wickramaratne, P.J., Wittchen, H.-U., Yeh, E.-K., et al. (1996). Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder. *Journal of the American Medical Association*, 276(4), 293 -299.
- Westermeyer, J. (1989). *Psychiatric care of migrants : a clinical guide*. Washington : American Psychiatric Press.

- Westermeyer, J. (1990). Working with an interpreter in psychiatric assessment and treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(2), 745-749.
- Wihtol de Wenden, C. (2010). La géographie des migrations contemporaines. *Regards croisés sur l'économie*, 8(2), 49-57. <https://doi.org/10.3917/rce.008.0049>
- Wihtol de Wenden, C. (2020). Les catégories, un mal nécessaire ?. *Revue Projet*, 377(4), 33-38. <https://doi.org/10.3917/pro.377.0033>
- Wittig, U., Lindert, J., Merbach, M., & Brähler, E. (2008). Mental health of patients from different cultures in Germany. *European Psychiatry*, 23, 28-35.
- Wolmark, L. (2017). Dépossessions, actes et paroles dans la clinique de l'exil. *Rhizome*, 63(1), 14-20. <https://doi.org/10.3917/rhiz.063.0014>
- Zeroug-Vial, H. (2007). *Rencontre manquée, rencontre manquante ; de la difficulté à prendre en charge des demandeurs d'asile en CMP. Réseaux en santé mentale et précarité pour les demandeurs d'asile*. Journée d'étude du 3 juillet 2007. [www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra](http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra).
- Zeroug-Vial, H., Chambon, N., & Fouche, M. (2015). Enjeux cliniques et éthiques autour du titre de séjour pour raison médicale : faut-il rédiger des rapports médicaux ?. *L'Information Psychiatrique*, 91(2), 140-144. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1309>
- Zeroug-Vial, H., Le Goff, G., Maury de Feraudy, J. (2020). La prise en compte de la santé mentale des publics migrants : une préoccupation collective. *Actualité et dossier en santé publique*, 111, 46-47.

## Annexes

**Annexe 1 - Anthropologie et clinique : différentes formes d'articulation** (Rechtman, 1998, cité par Baubet, 2013).

Modèles nosologiques		Modèle anthropologique
Epidémiologique	Ethno-médical	
Etude des maladies, de leur Expression et de leur évolution En utilisant les catégories « occidentales »	Etude des maladies, de leur expression et de leur évolution en utilisant les catégories « locales »	Etude de la maladie comme expérience culturelle et subjective, reposant sur une définition préalable de la culture comme système de significations

**Annexe 2 - Lexique des termes de la migration** (OIM, s. d. ; COMEDE, 2015 ; OFPRA, s. d.).

**Apatride** : Personne qu'aucun État ne considère comme son ressortissant par application de sa législation.

**Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA)** : Les CADA accueillent les migrants ayant déposé une demande d'asile auprès de l'OFPRA. Ils assurent l'hébergement, le suivi administratif et social ainsi qu'une aide financière alimentaire. Malgré des créations de place supplémentaires ces dernières années, leurs capacités d'accueil restent très inférieures au nombre de demandes.

**Centre de rétention administrative (CRA)** : Un centre de rétention administrative maintient dans un lieu fermé un étranger qui fait l'objet d'une décision d'éloignement, dans l'attente de son renvoi forcé.

**Clandestin** : La notion de clandestinité évoque la condition des migrants irréguliers contraints de vivre en marge de la société. Il y a migration clandestine soit en cas d'entrée irrégulière sur le territoire d'un Etat, soit en cas de maintien sur le territoire d'un Etat au-delà de la durée de validité du titre de séjour, soit encore en cas de soustraction à l'exécution d'une mesure d'éloignement. Ce terme est destiné à souligner le caractère illégitime de la présence de la personne.

**Cour nationale du droit d'asile (CNDA)** : Tribunal administratif qui procède au réexamen des demandes d'asile rejetées par l'OFPRA. Les annulations de la CNDA entraînent l'octroi du statut de réfugié.

**Demandeur d'asile** : Personne qui sollicite son admission sur le territoire d'un Etat en qualité de réfugié et qui est en attente que l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA), sous le contrôle de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA), statue sur sa requête.

**Dubliné** : Selon le règlement « Dublin III », un seul État membre est responsable de l'examen d'une demande d'asile dans l'Union européenne (UE). Si la personne a fait une demande d'asile dans un autre État membre de l'UE, ce pays reste responsable de l'examen de la demande d'asile (que la demande soit en cours d'examen ou rejetée). La procédure Dublin consiste à rapatrier la personne dans le premier pays d'accueil dans l'espace

Schengen. Un « dubliné » est un demandeur d'asile qui se trouve sur le territoire national mais qui a fait sa demande d'asile dans un autre Etat membre de l'UE.

**Exilé :** Terme évoquant le caractère contraint de la situation de migration, et notamment ses aspects psychologiques.

**Expulsion :** Également appelé éloignement ou refoulement, acte faisant suite à une décision par laquelle un État ordonne le renvoi d'un non-national dans son pays d'origine ou dans un pays tiers après un refus d'admission ou l'expiration de l'autorisation de séjour. Acte juridique ou comportement attribuable à un État par lequel un étranger est contraint de quitter le territoire de cet État.

**Externalisation de l'asile :** Politique qui consiste à déléguer, à des pays « extérieurs » au continent européen, une part de la responsabilité de la gestion des questions migratoires comme l'accueil, l'asile ou encore le contrôle aux frontières. Accentuée ces dernières années, elle poursuit deux objectifs principaux : réduire en amont la mobilité des personnes migrantes vers l'UE et augmenter leurs retours du territoire européen vers les pays tiers.

**Etranger :** Qui est d'un autre pays, qui n'a pas la nationalité du pays où il se trouve.

**Immigrant :** Du point de vue du pays d'arrivée, personne qui se rend dans un pays autre que celui de sa nationalité ou de sa résidence habituelle, de sorte que le pays de destination devient effectivement son nouveau pays de résidence habituelle.

**Migrant :** Terme générique non défini dans le droit international qui, reflétant l'usage commun, désigne toute personne qui quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons, soit dans une autre région à l'intérieur d'un même pays, soit dans un autre pays, franchissant ainsi une frontière internationale. Il englobe un certain nombre de catégories juridiques de personnes bien déterminées ou non.

**Migrant environnemental :** Personne ou groupe de personnes qui, essentiellement pour des raisons liées à un changement environnemental soudain ou progressif influant négativement sur leur vie ou leurs conditions de vie, sont contraintes de quitter leur lieu de résidence habituelle ou le quittent de leur propre initiative, temporairement ou définitivement, et qui, de ce fait, se déplacent à l'intérieur ou hors de leur pays d'origine ou de résidence habituelle.

**Mineurs non accompagnés (MNA) :** Le terme de mineur non accompagné a remplacé celui de mineur étranger isolé. Il qualifie une personne mineure étrangère qui entre sur le territoire français sans ses parents. Les départements, responsables de l'aide sociale à l'enfance, doivent les prendre en charge, mais un accord doit être trouvé avec l'Etat sur le financement de cet accueil.

**OFII : Office français de l'Immigration et de l'Intégration :** Créé en 2009 sous Nicolas Sarkozy, l'OFII gère les procédures d'immigration professionnelle et familiale en délivrant les cartes de séjour qui correspondent. Il est chargé de l'intégration des migrants durant les 5 premières années de leur séjour. L'OFII est aussi responsable de l'accueil des demandeurs d'asile.

**OFPPRA : Office français de protection des réfugiés et apatrides** : Examine les demandes d'asile, ou les réexamine en cas de changement de situation, et décide d'accorder ou non le statut de réfugié ou de protection subsidiaire. Une personne devient déboutée du droit d'asile lorsque sa demande est définitivement rejetée.

**OQTF : Obligation de quitter le territoire français** - Principale mesure d'éloignement des étrangers en situation irrégulière en France. Elle peut être prise par le préfet dans un certain nombre de cas. Elle peut accompagner le refus de séjour pris à l'encontre d'un étranger ou sanctionner son séjour illégal en France. Elle oblige la personne concernée à quitter la France par ses propres moyens dans un délai de 30 jours ou, dans des situations plus limitées, sans délai.

**Protection subsidiaire** : Le statut de protection subsidiaire est accordé à une personne qui ne remplit pas les conditions du statut de réfugié mais est exposée dans son pays à des menaces graves, comme la peine de mort, un traitement humain dégradant ou un risque pour sa vie en raison d'un conflit armé. Ce statut donne droit à une carte de séjour pluriannuelle d'une durée maximale de 4 ans.

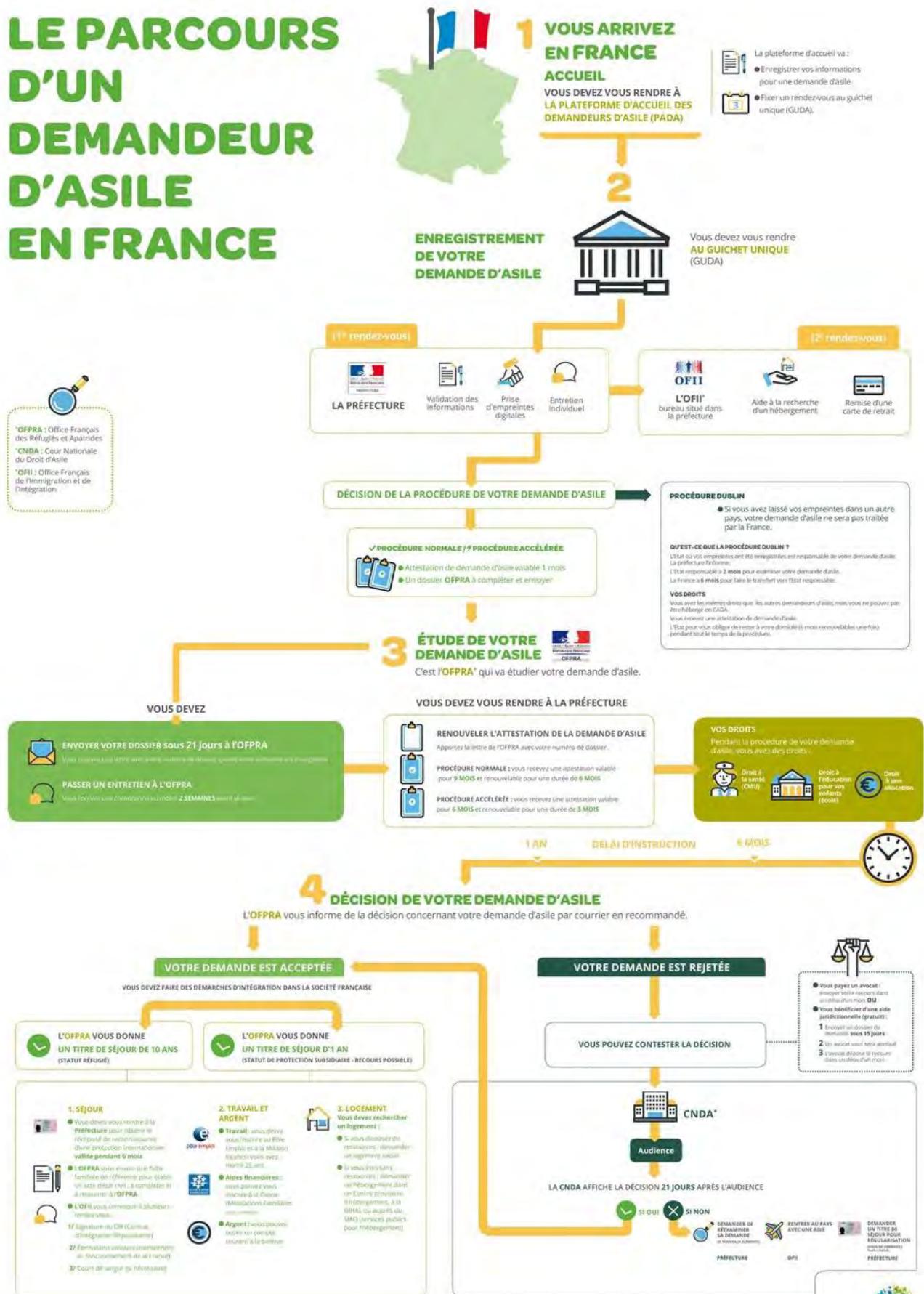
**Réfugié** : Personne qui, suite à sa demande d'asile, s'est vue octroyer la protection de l'OFPPRA, au nom de la convention de Genève ou de la Constitution de 1946. Elle détient une carte de séjour avec la mention « réfugié » valable 10 ans et renouvelable.

**Sans papiers** : Désigne toute personne étrangère vivant en France sans titre de séjour. Il s'apparente à celui de « clandestin » mais s'en distingue cependant en ce qu'il est davantage un terme forgé par les premiers concernés pour dénoncer leur situation.

# Annexe 3 - Parcours et démarches du demandeur d'asile.

<https://www.groupe-sos.org>

## LE PARCOURS D'UN DEMANDEUR D'ASILE EN FRANCE



**Annexe 4 - Evolution du nombre de demandes de protection internationale en France depuis 1981 – (OFPRA, 2019).**

**Évolution du nombre de demandes de protection internationale en France depuis 1981**



**Annexe 5 – Les motifs psychiatriques dans les demandes de titre de séjour pour soins. (Sebille & Prunier, 2020)**

**Nombre de demandes « étranger malade » (EM) enregistrées (2017 à 2019)**

Année	Nombre	Évolution/année précédente
2017	43 935	Non disponible
2018	29 876	-32,0 %
2019	29 406	-1,6 %
<b>Total</b>	<b>103 217</b>	

**Part d'avis favorables par profil médical (2017 à 2019)**

Année de la demande	Profil somatique	Profil psychiatrique	Profil mixte
2017	61,2 %	19,2 %	36,4 %
2018	61,2 %	16,7 %	32,5 %
2019	66,3 %	27,4 %	40,4 %
<b>Total</b>	<b>62,6 %</b>	<b>19,9 %</b>	<b>36,3 %</b>

**Pathologies psychiatriques invoquées dans les demandes EM 2017-2019 (total supérieur à 100 %, un demandeur pouvant déclarer plusieurs pathologies)**

Chapitres CIM-10	%	Nombre
F40 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	52,5 %	11 746
F30 Troubles de l'humeur (affectifs)	28,0 %	6 279
F20 Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	18,7 %	4 192
F89 Troubles du développement psychologique	3,8 %	848
F60 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	3,2 %	727
Autres	7,9 %	1 770
<b>Total (nombre de rapports médicaux rédigés)</b>		<b>22 394</b>

**Typologie des demandes invoquant au moins un ESPT (nombre et pourcentage, 2017 à 2019)**

Année demande	ESPT + autre pathologie	ESPT seul	% ESPT + autre pathologie	% ESPT seul
2017	1 873	2 456	43,3 %	56,7 %
2018	1 206	1 119	51,9 %	48,1 %
2019	1 095	549	66,6 %	33,4 %
<b>Total</b>	<b>4 174</b>	<b>4 124</b>	<b>50,3 %</b>	<b>49,7 %</b>

**Annexe 6 - Critères diagnostiques pour le trouble de stress post traumatique - pour les adultes, les adolescents et les enfants de plus de 6 ans (DSM-V, 2013).**

**Critères A :**

**Avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :**

1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ;
2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ;
3. en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ;
4. en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant (p. ex., premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants).

**Remarque :** Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail.

**Critères B :**

**Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :**

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. *NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des jeux répétitifs exprimant des thèmes et des aspects du traumatisme ;*
2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. *NB chez les enfants de plus de 6 ans il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable ;*
3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel). *NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des reconstructions spécifiques du traumatisme au cours de jeux ;*

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ;
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

#### **Critères C :**

**Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :**

1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse ;
2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.

#### **Critères D :**

**Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :**

1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues) ;
2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde, (p. ex., « Je suis une mauvaise personne », « On ne peut faire confiance à personne. », « Le monde entier est dangereux. », « Tout mon système nerveux est détruit de façon permanente ») ;
3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ;
4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte) ;
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;
7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver des sentiments de bonheur, de satisfaction ou d'affection).

#### **Critère E :**

**Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événement traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :**

1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur ;
3. Hypervigilance ;
4. Réaction de sursaut exagéré ;
5. Problèmes de concentration ;
6. Troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu ou agité).

#### **Critère F :**

**La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.**

#### **Critère G :**

**La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.**

#### **Critère H :**

**La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.**

Spécifier le type :

**Avec symptômes dissociatifs :**

Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

1. **Dépersonnalisation** : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti) ;
2. **Déréalisation** : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).

**Remarque** : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., moments d'absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d'épilepsie partielles complexes).

**Avec manifestation différée :**

Si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'événement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat).

## Annexe 7 - Entretien de formulation culturelle (*Cultural Formulation Interview*) (DSM-V, 2013).

### ENTRETIEN DE FORMULATION CULTURELLE (EFC)

#### Recommandations pour la mise en œuvre de l'EFC

L'entretien de formulation culturelle (EFC) consiste en un ensemble de seize questions que les cliniciens peuvent utiliser lors d'une évaluation de santé mentale afin d'obtenir de l'information sur l'incidence de la culture sur les principaux aspects de la présentation clinique d'une personne et de ses soins. Dans l'EFC, par *culture* on entend :

- a) les valeurs, orientations, connaissances et pratiques que les individus retirent de leur appartenance à divers groupes sociaux (p.ex., communautés ethniques, groupes confessionnels, associations professionnelles et d'anciens combattants);
- b) les aspects des antécédents d'une personne pouvant affecter sa vision des choses, tels que son origine géographique, son histoire de migration, sa langue, sa religion, son orientation sexuelle ou sa race/origine ethnique;
- c) l'influence de la famille, des amis et des autres membres de la communauté (le *réseau social* de la personne) sur l'expérience qu'a la personne de sa maladie.

L'EFC est axé sur l'expérience du patient et les contextes sociaux pertinents au problème clinique. L'EFC adopte une approche de l'évaluation culturelle centrée sur la personne en interrogeant le patient afin de recueillir ses opinions et celles des membres de son réseau social. Cette approche vise à éviter les stéréotypes, car les connaissances culturelles des individus influencent la façon dont ils interprètent l'expérience de la maladie et orientent leur recherche d'aide. Puisque l'EFC concerne les opinions du patient, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses à ces questions.

L'EFC est mise en page en deux colonnes de texte. La colonne de gauche contient les instructions relatives à la réalisation de l'EFC et décrit les objectifs de chaque domaine couvert par l'entretien. Les questions de la colonne de droite illustrent la façon d'explorer ces domaines, mais elles n'ont pas la prétention d'être exhaustives. Des questions de suivi, ou sous-questions peuvent s'avérer nécessaires afin de clarifier les réponses des patients. En outre, les questions peuvent être reformulées au besoin. L'EFC se veut avant tout un guide pour l'évaluation culturelle et devrait être utilisée avec souplesse afin d'assurer un rythme naturel à l'entretien et une bonne relation avec le patient.

L'EFC devrait être utilisé de préférence en conjonction avec des données démographiques recueillies avant l'entretien, de façon à pouvoir adapter les questions de l'EFC en vue de mieux cerner les antécédents et la situation actuelle de l'individu. Les aspects démographiques spécifiques qu'il convient d'explorer à l'aide de l'EFC varient selon les patients et les cadres cliniques considérés. Une évaluation complète peut inclure le lieu de naissance, l'âge, le sexe, la race/l'origine ethnique, l'état matrimonial, la composition de la famille, la scolarité, la maîtrise des langues, l'orientation sexuelle, l'appartenance religieuse ou spirituelle, la profession, l'emploi, le revenu et l'histoire de migration.

L'EFC peut être utilisé lors de l'évaluation initiale des patients dans n'importe quel cadre clinique, quels que soient les antécédents culturels du patient ou du clinicien. Quoique les patients et les cliniciens puissent sembler de prime abord partager la même culture, certaines différences peuvent néanmoins se révéler pertinentes au regard des soins. On peut utiliser l'EFC en entier ou intégrer seulement certaines de ses composantes à l'évaluation clinique, selon le besoin. L'EFC peut s'avérer particulièrement utile dans maintes situations : lorsque l'évaluation diagnostique présente des difficultés en raison de différences importantes entre les antécédents culturels, religieux ou socio-économiques du clinicien et du patient; lorsqu'un doute subsiste quant à l'adéquation entre des symptômes culturellement distinctifs et les critères diagnostiques; lorsqu'il s'avère difficile d'évaluer la gravité d'une maladie ou d'une incapacité; lorsque le patient et le clinicien sont en désaccord sur le parcours de soins; ou dans l'éventualité d'une participation et d'une observance limitée au traitement.

L'EFC met l'accent sur quatre domaines d'évaluation :

- Définition culturelle du problème : Questions #1-3.
- Perceptions culturelles de la cause, du contexte et du soutien : Questions #4-10.
- Facteurs culturels influençant l'auto-adaptation et les antécédents de recherche d'aide : Questions #11-13.
- Facteurs culturels ayant une incidence sur la recherche d'aide actuelle : Questions #14-16.

Le processus entourant la réalisation de l'EFC ainsi que les renseignements qu'elle a pour but de recueillir visent à renforcer la validité culturelle de l'évaluation diagnostique, faciliter la planification du traitement, et promouvoir la participation et la satisfaction des patients. Pour atteindre ces objectifs, l'information obtenue grâce à l'EFC devrait être intégrée à tous les autres éléments cliniques disponibles dans le cadre d'une évaluation clinique complète et contextualisée.

Des modules complémentaires ont été développés permettant d'approfondir chaque domaine couvert par l'EFC, guidant ainsi les cliniciens qui souhaitent les explorer plus en détail. Des modules complémentaires ont aussi été développés à l'intention de populations ayant des besoins spécifiques telles que les enfants et les adolescents, les patients âgés, et les immigrants et réfugiés. Ces modules sont référencés dans l'EFC sous les sous-titres pertinents. Une version de l'EFC conçue à l'intention des informateurs recueille auprès des membres de la famille ou des soignants des renseignements additionnels touchant les domaines couverts par l'EFC. On peut trouver tous ces documents dans [SECTION APPROPRIÉE DU DSM-5].

## 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

Veillez recueillir le point de vue du patient sur ses principaux problèmes et préoccupations dominantes. Veillez 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»).

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

Veillez 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 décrivez-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 décrivez-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.

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

Veillez 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, Stressseurs psychosociaux, Religion et Spiritualité, immigrants et Réfugiés, Identité culturelle, Adultes âgés, Adaptation et Recherche d'aide

Veillez 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?

Mettez l'accent sur les facteurs de stress dans l'environnement de l'individu. Vous pouvez aussi examiner, p.ex., les problèmes relationnels, les difficultés au travail ou à l'école, ou la discrimination.

7. Y a-t-il des formes de stress qui aggravent votre [PROBLÈME], telles que des soucis financiers ou des problèmes familiaux?

#### RÔLE DE L'IDENTITÉ CULTURELLE

*Identité culturelle, Stressseurs psychosociaux, Religion et Spiritualité, Immigrants et Réfugiés, Adultes âgés, Enfants et Adolescents*

*Veillez demander au patient de réfléchir aux éléments les plus marquants de son identité culturelle. Utilisez cette information pour adapter les questions 9-10, le cas échéant.*

*Veillez tenter de cerner les aspects de l'identité qui améliorent ou aggravent le problème.*

*Veillez tenter d'obtenir des précisions, au besoin (p.ex., détérioration clinique par suite de la discrimination fondée sur le statut de migrant, la race/ethnicité ou l'orientation sexuelle).*

*Tentez d'obtenir des précisions, au besoin (p. ex., problèmes liés à la migration; conflits intergénérationnels ou liés au rôle des genres).*

Certains aspects des antécédents ou de l'identité d'une personne peuvent parfois améliorer ou aggraver leur [PROBLÈME]. Par antécédent ou identité j'entends, à titre d'exemple, les communautés auxquelles vous appartenez, les langues que vous parlez, d'où vous ou votre famille êtes originaires, votre race ou origine ethnique, votre sexe ou orientation sexuelle, et votre loi ou religion.

8. Quels sont les aspects les plus importants de vos antécédents ou de votre identité?

9. Y a-t-il des aspects de vos antécédents ou de votre identité qui ont une incidence sur votre [PROBLÈME]?

10. Y a-t-il des aspects de vos antécédents ou de votre identité qui vous causent d'autres préoccupations ou difficultés?

#### FACTEURS CULTURELS INFLUENÇANT L'AUTO-ADAPTATION ET LES ANTÉCÉDENTS DE RECHERCHE D'AIDE

##### AUTO-ADAPTATION

*Adaptation et recherche d'aide, Religion et spiritualité, Adultes âgés, Soignants, Stressseurs psychosociaux*

*Veillez préciser quels sont les mécanismes d'auto-adaptation au problème.*

11. Les gens ont parfois recours à différents moyens afin de faire face à leurs problèmes tels que [PROBLÈME]. Qu'avez-vous fait par vous-même pour faire face à votre [PROBLÈME]?

##### RECHERCHE D'AIDE ANTÉRIEURE

*Adaptation/Recherche d'aide, Religion/Spiritualité, Adultes âgés, Soignants, Stressseurs psychosociaux, Immigrants/Réfugiés, Réseau social, Relation clinicien-patient*

*Veillez tenter de cerner les diverses sources d'aide (p. ex., soins médicaux, soins de santé mentale, groupes de soutien, counseling en milieu de travail, guérison traditionnelle, counseling spirituel ou religieux, ou d'autres formes de médecine traditionnelle ou alternative).*

*Veillez tenter d'obtenir des précisions, au besoin (p. ex., « À quels autres sources d'aide avez-vous eu recours? »)*

*Veillez préciser l'expérience et l'appréciation qu'a le patient de l'aide obtenue antérieurement.*

12. Souvent les gens recherchent aussi de l'aide de nombreuses sources différentes, incluant de divers types de médecins, aidants ou guérisseurs. Dans le passé, à quels types de traitements, aide, conseils ou techniques de guérison avez-vous eu recours pour votre [PROBLÈME] ?

**VEUILLEZ INVESTIGUER SI AUCUNE MENTION N'EST FAITE DE L'UTILITÉ DE L'AIDE OBTENUE :** Quelles formes d'aide ou types de traitement étaient les plus utiles? Étaient inutiles?

##### OBSTACLES

*Adaptation et recherche d'aide, Religion et spiritualité, Adultes âgés, Stressseurs psychosociaux, Immigrants et réfugiés, Réseau social, Relation clinicien-patient*

*Veillez préciser le rôle des barrières sociales à la recherche d'aide, l'accès aux soins, et les problèmes liés à l'observance des traitements antérieurs.*

*Veillez tenter d'obtenir des précisions, au besoin (p. ex., « Qu'est-ce qui a fait obstacle? »)*

13. Y a-t-il quelque chose qui vous a empêché d'obtenir l'aide dont vous aviez besoin?

**VEUILLEZ INVESTIGUER, AU BESOIN :** Par exemple, l'argent, le travail ou les obligations familiales, la stigmatisation ou la discrimination, ou l'absence de services comprenant votre langue ou vos antécédents?

## Annexe 8 – Questionnaire de l'étude.

### Etat des lieux de la prise en charge des patients migrants en psychiatrie à Nantes Auto-questionnaire destiné aux psychiatres

Bonjour,

Je m'appelle Aurore Savigny et suis interne en psychiatrie à Nantes. Mon projet de thèse, dirigé par le Docteur HAIBE Olivier, psychiatre à la PASS Psy à Nantes, porte sur la prise en charge psychiatrique des patients migrants à Nantes.

Ce projet résulte d'un double constat :

- D'une part, l'accroissement des phénomènes migratoires internationaux conduit à une augmentation du nombre de personnes migrantes dans notre pays. Cela conduit également à une majoration du nombre de patients migrants amenés à rencontrer la psychiatrie.
- D'autre part, répondre de manière adéquate à ces demandes de soins constitue une préoccupation croissante et un sujet de réflexion chez les psychiatres amenés à prendre en charge ces patients.

Ce travail vise à réaliser un état des lieux de la prise en charge actuelle de ce public en psychiatrie à Nantes, du point de vue des psychiatres.

C'est dans ce cadre que je vous adresse cet auto-questionnaire anonyme, qui vous demandera 15 à 20 minutes.

Il s'adresse à tout médecin travaillant en psychiatrie adulte, hospitalier ou libéral, dès l'internat, et exerçant actuellement dans la métropole nantaise\* (ou bien, pour les internes actuellement en poste en périphérie, y ayant travaillé lors des semestres précédents).

Il s'intéressera à la pratique, au vécu, aux attentes et aux besoins des psychiatres.

Pour toute remarque ou question, vous pouvez m'écrire à l'adresse suivante : [aurore.savigny@chu-nantes.fr](mailto:aurore.savigny@chu-nantes.fr)

Je vous remercie par avance pour votre précieuse collaboration.

Aurore Savigny

#### **\* Métropole nantaise :**

*Les 24 communes suivantes sont concernées : Nantes, Orvault, la Chapelle-sur-Erdre, Indre, Sautron, Couëron, Saint-Herblain, Carquefou, Mauves-sur-Loire, Thouaré-sur-Loire, Sainte-Luce-sur-Loire, Basse-Goulaine, Saint-Sébastien-sur-Loire, Vertou, Rezé, les Sorinières, Bouguenais, Saint-Aignan-de-Grand-Lieu, Bouaye, Brains, La Montagne, Saint-Léger-les-Vignes, Saint-Jean-de-Boiseau, Le Pellerin.*

#### **1. Vous êtes :**

Interne  
Assistant/CCA  
Psychiatre

##### **1. a Si vous êtes interne :**

Interne de psychiatrie  
Interne d'une autre spécialité effectuant un semestre en psychiatrie

##### **1. b Si vous êtes psychiatre, vous exercez :**

En milieu hospitalier

En libéral

Activité mixte

Autre : \_\_\_\_\_

**2. Votre tranche d'âge :**

Inférieur ou égal à 25 ans

26 à 30 ans

31 à 35 ans

36 à 40 ans

41 à 45 ans

46 à 50 ans

51 à 55 ans

56 à 60 ans

Supérieur à 60 ans

**3. Depuis combien d'années travaillez-vous en psychiatrie (incluant les années d'internat) ?**

Moins de 2 ans

Entre 2 et 5 ans

Entre 6 et 10 ans

Entre 11 et 15 ans

Entre 16 et 20 ans

Plus de 20 ans

**4. Avez-vous déjà participé à la prise en charge d'une personne migrante ?**

Oui

Non

**4. a Si non :**

Selon vous, pourquoi n'en avez-vous jamais pris en charge ?

\_\_\_\_\_

**4. b La suite de ce questionnaire s'adresse à des personnes ayant rencontré des patients migrants dans leur pratique.**

**Souhaitez-vous ajouter un commentaire concernant la prise en charge des personnes migrantes en psychiatrie ?**

\_\_\_\_\_

**5. Comment ces patients arrivent-ils le plus souvent jusqu'à vous ?**

Se présentent spontanément

Adressés par un médecin généraliste

Adressés par la PASS

Adressés par les associations

Autres : \_\_\_\_\_

**6. Quels sont les 5 motifs de consultation les plus fréquents chez les patients migrants qui viennent vous voir en consultation ?**

Tristesse, thymie basse

Anxiété, angoisse

Troubles du sommeil

Troubles de l'appétit

Hypervigilance

Troubles de concentration, difficultés attentionnelles

Idées noires ou idées suicidaires

Plaintes somatiques

Symptômes productifs, délirants

Reviviscences traumatiques

Conduites addictives

Troubles du comportement constatés par l'entourage (agitation, cris la nuit, bizarreries, repli...)

Troubles du cours de la pensée

Demande de certificat médical

Autres : \_\_\_\_\_

**7. Quels sont les 3 troubles d'ordre ou d'allure psychiatrique que vous constatez le plus souvent ?**

Troubles dépressifs

Troubles psychotiques

Trouble bipolaire

Trouble de stress post-traumatique

Troubles anxieux

Trouble de l'adaptation

Trouble de la personnalité

Troubles addictifs

Troubles non spécifiques ou difficiles à intégrer dans les classifications actuelles

Autres : \_\_\_\_\_

**8. Sur le plan symptomatique, comparativement aux autres patients, avez-vous observé des différences chez ces patients migrants ?**

Toujours ou presque

Souvent

Parfois

Rarement

Jamais

Je ne sais pas

**8. a Si oui, lesquelles ?**

\_\_\_\_\_

**9. Ces patients ont souvent une culture de référence différente de celle du psychiatre qui les prend en charge.**

**Selon vous, la dimension culturelle est-elle présente dans votre prise en charge ?**

Toujours ou presque

Souvent

Parfois

Rarement

Jamais

Je ne sais pas

**10. Diriez-vous que, dans la symptomatologie et la démarche diagnostique, cette dimension culturelle a une part :**

Très importante

Moyennement importante

Peu importante

Pas du tout importante

Je ne sais pas

**11. Avez-vous déjà eu des difficultés diagnostiques du fait de différences culturelles ?**

Toujours ou presque

Souvent

Parfois

Rarement

Jamais

Je ne sais pas

**12. A quelle fréquence avez-vous observé des symptômes post-traumatiques chez ces patients ?**

Toujours ou presque

Souvent

Parfois

Rarement

Jamais

Je ne sais pas

**13. Avant l'instauration d'un traitement ou dans le cadre de la recherche d'une possible étiologie organique, la réalisation des examens cliniques et paracliniques vous semble-t-elle aussi fréquente qu'avec une personne non migrante ?**

Beaucoup plus fréquente

Plus fréquente

Aussi fréquente

Moins fréquente

Beaucoup moins fréquente

Je ne sais pas

**13.a Si elle est moins fréquente, quels freins ou obstacles rencontrez-vous ?**

Difficultés pour programmer des examens

Nécessité d'instaurer rapidement un traitement

Difficultés de communication rendant l'articulation des soins compliquée

Difficultés pratiques pour les patients à se rendre à leurs rendez-vous

Autres : \_\_\_\_\_

**14. Chez un patient migrant, comparativement aux autres patients, l'introduction d'un traitement psychotrope est-elle :**

Beaucoup plus fréquente

Plus fréquente

Aussi fréquente

Moins fréquente

Beaucoup moins fréquente

Je ne sais pas

**15. Chez un patient migrant, comparativement aux autres patients, les choix thérapeutiques sont-ils les mêmes, avec une clinique équivalente ?**

Toujours ou presque

Souvent

Parfois

Rarement

Jamais

Je ne sais pas

**16. Si l'introduction d'un traitement est moins fréquente ou différente, pour quelles raisons ?**

Difficultés diagnostiques

Crainte de mise en danger par baisse de vigilance chez des patients en situation d'insécurité

Risque addictif ou crainte d'un mésusage

Crainte d'un "trafic"

Crainte d'une mauvaise observance

Difficultés pour s'assurer de la bonne compréhension (barrière de la langue, analphabétisme...) des informations indispensables (modalités de prise, risque d'effets secondaires à surveiller...)

Difficultés à assurer un suivi régulier

Difficultés à faire un bilan organique préalable

Difficultés financières du patient

Crainte d'une mauvaise réponse thérapeutique du fait de conditions de vie précaires et anxiogènes

Autres : \_\_\_\_\_

**17. Avez-vous repéré des obstacles à l'établissement d'une relation thérapeutique satisfaisante ?**

Oui

Non

Je ne sais pas

**17. a Si oui, lesquels ?** \_\_\_\_\_

**18. Vous arrive-t-il d'éprouver le sentiment que la relation avec votre patient est impactée par les enjeux administratifs ?**

Toujours ou presque

Souvent

Parfois

Rarement

Jamais

Je ne sais pas

**19. Avez-vous déjà éprouvé le sentiment qu'une demande de soins psychiatriques était détournée de l'usage habituel (du fait, par exemple, d'une demande de certificat médical pour l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration) ?**

Toujours ou presque

Souvent

Parfois

Rarement

Jamais

Je ne sais pas

**20. Accédez-vous à ces demandes de certificats pour les patients migrants ?**

Toujours ou presque

Souvent

Parfois

Rarement

Jamais

Je ne sais pas

**21. Saviez-vous que tous les demandeurs d'asile ont droit à un hébergement, et que les certificats peuvent ainsi venir appuyer cette demande pour des raisons médicales ou de vulnérabilité ?**

Oui

Non

**22. Pour communiquer avec vos patients qui ne parlent pas français, utilisez-vous...**

Service d'interprétariat téléphonique

Présence d'un interprète (professionnel ou bénévole) lors de l'entretien

Traduction via un membre de la famille (présent ou par téléphone)

Traduction via un proche (hors membre de la famille) ou une autre personne de la communauté (présent ou par téléphone)

Google Traduction ou un outil équivalent

Pas de service, de personne tierce ni d'outil

**22. a Si vous y avez recours : êtes-vous satisfait des services d'interprétariat ?**

Très satisfait

Plutôt satisfait

Moyennement satisfait

Peu satisfait

Pas du tout satisfait  
Je ne sais pas

**23. En pratique, rencontrez-vous des obstacles pour utiliser l'interprétariat ?**

Oui  
Non  
Je ne sais pas

**23. a Si oui, quels obstacles ?**

Méconnaissance des services existants  
Difficultés d'organisation  
Manque de temps  
Manque d'interprètes disponibles  
Interprétariat de mauvaise qualité  
Embarras, gêne en présence d'un interprète  
Autres : \_\_\_\_\_

**24. Quelles difficultés l'interprétariat peut-il poser dans la prise en charge, selon vous ?**

\_\_\_\_\_

**25. Pensez-vous que la présence d'un interprète puisse, à l'inverse, être une force dans l'établissement d'une relation avec un patient d'une culture différente de la vôtre ?**

Plutôt une force  
Modérément une force  
Ni une force, ni un inconvénient  
Plutôt un inconvénient  
Toujours un inconvénient  
Je ne sais pas

**26. Avez-vous recours à l'hospitalisation à la même fréquence qu'avec les autres patients ?**

Beaucoup plus fréquemment  
Plus fréquemment  
A la même fréquence  
Plus rarement  
Beaucoup plus rarement

**26. a Si plus fréquemment : pour quelles raisons ?** \_\_\_\_\_

**26. b Si plus rarement : pour quelles raisons ?** \_\_\_\_\_

**27. Avez-vous recours aux autres formes de soins (CATTP, HDJ...) à la même fréquence qu'avec les autres patients ?**

Beaucoup plus fréquemment  
Plus fréquemment  
A la même fréquence  
Moins fréquemment  
Beaucoup moins fréquemment

**27. a Si plus fréquemment : pour quelles raisons ?** \_\_\_\_\_

**27. b Si moins fréquemment : pour quelles raisons ?** \_\_\_\_\_

**28. Vous arrive-t-il de contacter les autres acteurs intervenant dans l'accompagnement d'un patient migrant (travailleurs sociaux, associations, autres professionnels de santé...) ?**

Toujours ou presque  
Souvent

Parfois  
Rarement  
Jamais

**29. Rencontrez-vous ou contactez-vous les proches ou les familles des patients migrants, quand cela est possible et pourrait être utile à la prise en charge ?**

Toujours ou presque  
Souvent  
Parfois  
Rarement  
Jamais

**30. En moyenne, comparativement aux autres patients, reproposez-vous un rendez-vous à une personne migrante qui ne se serait pas rendue à votre consultation...**

Beaucoup plus fréquemment  
Plus fréquemment  
Aussi fréquemment  
Moins fréquemment  
Beaucoup moins fréquemment  
Je ne sais pas

**31. D'après votre expérience, les suivis ambulatoires sont-ils en moyenne aussi réguliers qu'avec d'autres patients ?**

Il y a globalement moins d'absentéisme.  
En moyenne, les patients se présentent aussi régulièrement en consultation.  
Il y a globalement plus d'absentéisme.  
Je ne sais pas.

**32. Quels paramètres, à votre avis, peuvent influencer sur la régularité du suivi pour les patients migrants ? Classez-les du plus important (1) au moins important (4).**

Démarches diverses (pour se nourrir, se loger, régulariser sa situation administrative...)  
Difficultés pratiques (payer les transports, s'orienter, demander son chemin, lire l'heure...)  
Différences d'ordre culturel (rapport au temps dans la culture d'origine, organisation du système de santé et des créneaux de consultation...)  
Etat clinique (trouble dépressif, anxiété, symptômes post-traumatiques...)

**33. Dans votre pratique, quels peuvent être les objectifs de soins ou axes de travail fixés avec ces patients ?**

---

**34. Quel serait, en quelques mots, votre ressenti dominant concernant les prises en charge de personnes migrantes que vous avez effectuées jusqu'ici ?**

---

**35. Comment accueillez-vous les histoires traumatiques de ces patients ?**

Avec une juste distance le plus souvent  
Avec un certain détachement, d'autant qu'elles sont fréquentes  
Je me sens démuni  
Cela m'est difficilement supportable, émotionnellement  
Autres : \_\_\_\_\_

**36. Vous arrive-t-il de vous sentir isolé dans la prise en charge des patients migrants ?**

Toujours ou presque  
Souvent  
Parfois  
Rarement  
Jamais

**37. Avez-vous l'occasion d'échanger avec des collègues sur les situations qui vous interrogent, ou vous posent difficulté ?**

Toujours ou presque  
Souvent  
Parfois  
Rarement  
Jamais

**38. Vous arrive-t-il d'adresser vos patients migrants à des associations ?**

Toujours ou presque  
Souvent  
Parfois  
Rarement  
Jamais

**39. Etes-vous globalement satisfait des réponses que vous apportez aux demandes de soins des personnes migrantes ?**

Satisfait  
Plutôt satisfait  
Moyennement satisfait  
Peu satisfait  
Pas du tout satisfait

**40. Avez-vous bénéficié d'une formation plus spécifique pour la prise en charge de ces patients (par exemple : compétences transculturelles, psychotrauma, prise en charge des populations précaires...) ?**

Au cours de ma formation initiale  
Via une formation complémentaire (Diplôme Universitaire ou autre)  
Par mes propres recherches/lectures  
Sur le terrain, avec d'autres intervenants déjà formés  
Je n'ai pas été formé(e)

**41. Connaissez-vous la CRCT (Consultation Ressource en Clinique Transculturelle) ?**

Oui  
Non

***Qu'est-ce que la Consultation Ressource en Clinique Transculturelle (CRCT) ?***

*C'est un dispositif de soin intersectoriel rattaché au secteur de psychiatrie 4 du CHU de Nantes.*

*Il se réfère à la psychiatrie transculturelle et propose des analyses de situation et/ou une prise en charge de psychothérapie complémentaire au dispositif existant de droit commun. Cette démarche spécifique permet de prendre en compte les interactions complexes entre réalité culturelle et psychique et de pouvoir entendre « les choses du pays ».*

*L'équipe de la CRCT reçoit des patients adultes, familles, jeunes issus d'une migration récente ou marqués par l'expérience de la migration.*

*Des indications précises régissent le cadre de la CRCT (le simple fait d'appartenir ou être originaire d'une autre culture n'est pas une indication d'orientation vers la CRCT).*

*En fonction des disponibilités de l'équipe, la CRCT propose un soutien clinique aux équipes de secteurs psychiatriques et de soin somatiques, aux partenaires du soin, de l'éducation et du social.*

*Pour plus d'informations, le livret est disponible sur le site du CHU de Nantes : <https://www.chu-nantes.fr/consultation-ressource-en-clinique-transculturelle-crct>*

**42. Estimez-vous être bien renseigné concernant l'ensemble du réseau (de soins psychiatriques et somatiques, associatif, administratif, social...) pour ce public dans la métropole nantaise ?**

Oui

Non

**42. a Si vous connaissez bien le réseau :**

**Les personnes peuvent être amenées à utiliser l'espace de la consultation pour vous poser des questions concernant les démarches administratives et sociales à effectuer, qui souvent constituent leurs préoccupations les plus immédiates : Comment répondez-vous à ces demandes ?**

En général, je les oriente vers le service adéquat.

En général, je ne gère pas ces questions.

Autres : \_\_\_\_\_

**43. Seriez-vous intéressé(e) par des échanges et rencontres pluriprofessionnels, pluridisciplinaires, et/ou en équipe, sur des situations cliniques ou théoriques en lien avec ce public ?**

Oui

Non

Je ne sais pas

**44. Seriez-vous intéressé(e) par un outil qui vous permettrait de mieux connaître le réseau associatif, et de vous guider dans l'orientation de vos patients ?**

Oui

Non

Je ne sais pas

**45. Quelles seraient vos attentes ou idées pour améliorer la prise en charge de ces personnes sur le plan de la santé mentale ?**

\_\_\_\_\_

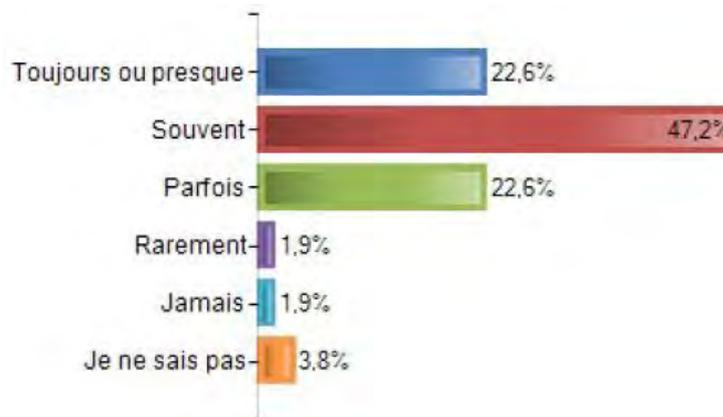
## Annexe 9 – Résultats complémentaires de l'étude.

### Analyses quantitatives

8. Sur le plan symptomatique, comparativement aux autres patients, avez-vous observé des différences chez ces patients migrants ?

	Effectifs	% Obs.
Toujours ou presque	2	3,8%
Souvent	28	52,8%
Parfois	12	22,6%
Rarement	3	5,7%
Jamais	1	1,9%
Je ne sais pas	7	13,2%
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>

9. Ces patients ont souvent une culture de référence différente de celle du psychiatre qui les prend en charge. Selon vous, la dimension culturelle est-elle présente dans votre prise en charge ?



10. Diriez-vous que, dans la symptomatologie et la démarche diagnostique, cette dimension culturelle a une part :

	Effectifs	% Rep.
Très importante	23	43,4%
Moyennement importante	27	50,9%
Peu importante	2	3,8%
Pas du tout importante	1	1,9%
Je ne sais pas	0	0%
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>

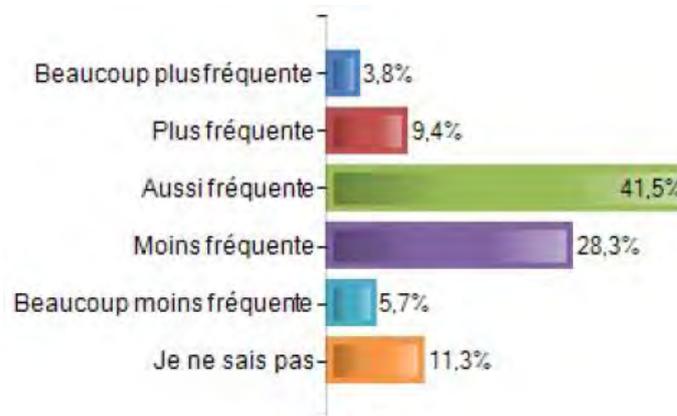
11. Avez-vous déjà eu des difficultés diagnostiques du fait de différences culturelles ?

	Effectifs	% Rep.
Toujours ou presque	1	1,9%
Souvent	21	39,6%
Parfois	27	50,9%
Rarement	3	5,7%
Jamais	1	1,9%
Je ne sais pas	0	0%
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>

12. A quelle fréquence avez-vous observé des symptômes post-traumatiques chez ces patients ?

	Effectifs	% Rep.
Toujours ou presque	17	32,1%
Souvent	26	49,1%
Parfois	9	17%
Rarement	0	0%
Jamais	0	0%
Je ne sais pas	1	1,9%
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>

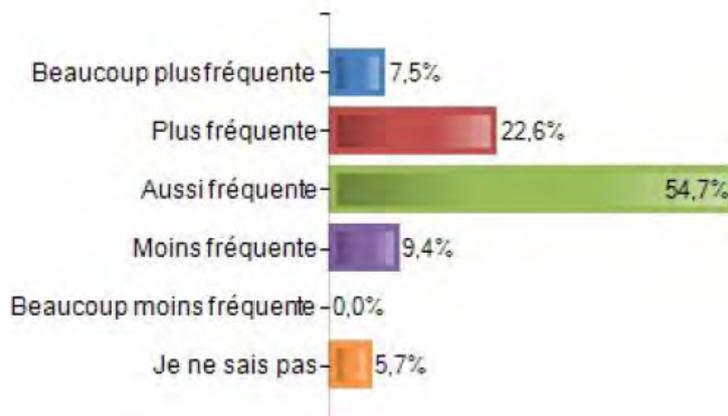
13. Avant l'instauration d'un traitement ou dans le cadre de la recherche d'une possible étiologie organique, la réalisation des examens cliniques et paracliniques vous semble-t-elle aussi fréquente qu'avec une personne non migrante ?



13. a Si elle est moins fréquente, quels freins ou obstacles rencontrez-vous ?

	Effectifs	% Rep.
Difficultés pour programmer des examens	2	25%
Nécessité d'instaurer rapidement un traitement	0	0%
Difficultés de communication rendant l'articulation des soins compliquée	7	87,5%
Difficultés pratiques pour les patients à se rendre à leurs rendez-vous	5	62,5%
Autres	0	0%
<b>Total</b>	<b>8</b>	

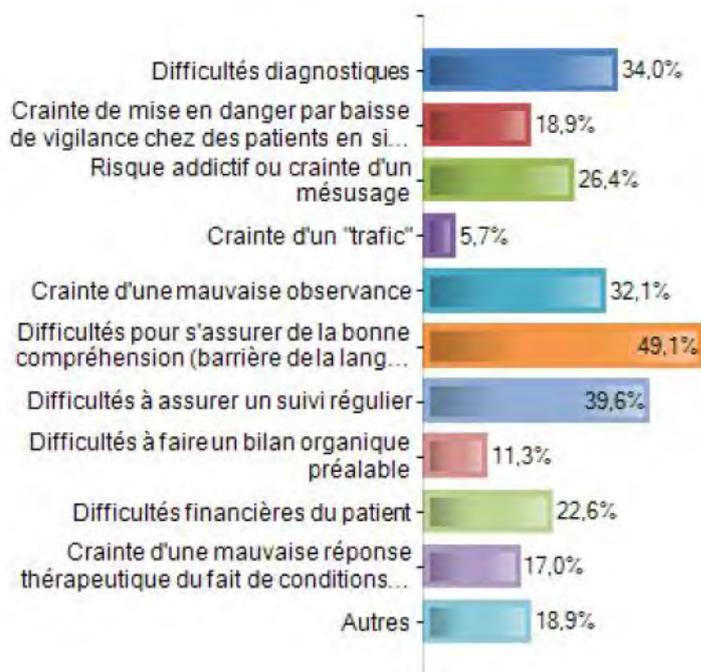
14. Chez un patient migrant, comparativement aux autres patients, l'introduction d'un traitement psychotrope est-elle :



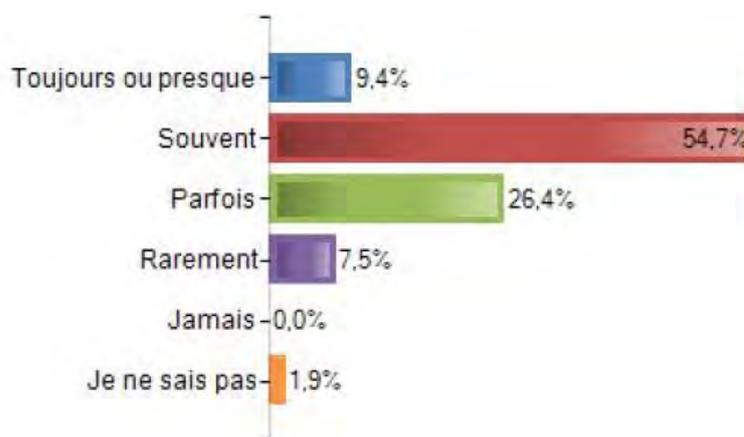
15. Chez un patient migrant, comparativement aux autres patients, les choix thérapeutiques sont-ils les mêmes, avec une clinique équivalente ?

	Effectifs	% Rep.
Toujours ou presque	14	26,4%
Souvent	19	35,8%
Parfois	10	18,9%
Rarement	8	15,1%
Jamais	0	0%
Je ne sais pas	2	3,8%
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>

16. Si l'introduction d'un traitement est moins fréquente ou différente, pour quelles raisons ?



18. Vous arrive-t-il d'éprouver le sentiment que la relation avec votre patient est impactée par les enjeux administratifs ?



21. Saviez-vous que tous les demandeurs d'asile ont droit à un hébergement, et que les certificats peuvent ainsi venir appuyer cette demande pour des raisons médicales ou de vulnérabilité ?

	Effectifs	% Rep.
Oui	34	64,2%
Non	19	35,8%
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>

22. a Si vous y avez recours : êtes-vous satisfait des services d'interprétariat ?

	Effectifs	% Obs.
Très satisfait	5	11,6%
Plutôt satisfait	19	44,2%
Moyennement satisfait	15	34,9%
Peu satisfait	4	9,3%
Pas du tout satisfait	0	0%
Je ne sais pas	0	0%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

23. En pratique, rencontrez-vous des obstacles pour utiliser l'interprétariat ?

	Effectifs	% Rep.
Oui	29	54,7%
Non	17	32,1%
Je ne sais pas	7	13,2%
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>

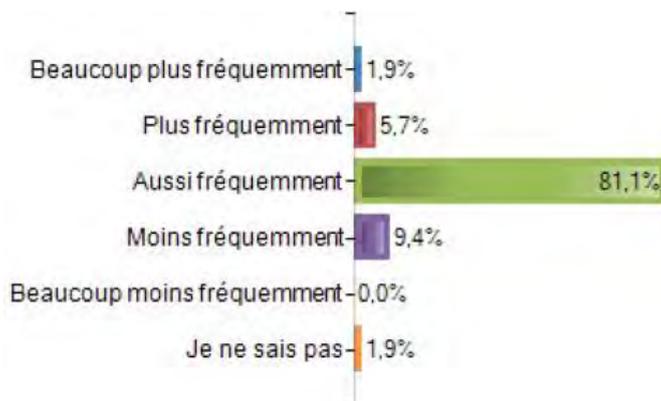
28. Vous arrive-t-il de contacter les autres acteurs intervenant dans l'accompagnement d'un patient migrant (travailleurs sociaux, associations, autres professionnels de santé...) ?

	Effectifs	% Rep.
Toujours ou presque	7	13,2%
Souvent	21	39,6%
Parfois	18	34%
Rarement	4	7,5%
Jamais	3	5,7%
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>

29. Rencontrez-vous ou contactez-vous les proches ou les familles des patients migrants, quand cela est possible et pourrait être utile à la prise en charge ?

	Effectifs	% Rep.
Toujours ou presque	4	7,5%
Souvent	13	24,5%
Parfois	24	45,3%
Rarement	11	20,8%
Jamais	1	1,9%
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>

30. En moyenne, comparativement aux autres patients, reproposez-vous un rendez-vous à une personne migrante qui ne se serait pas rendue à votre consultation...



31. D'après votre expérience, les suivis ambulatoires sont-ils en moyenne aussi réguliers qu'avec d'autres patients ?

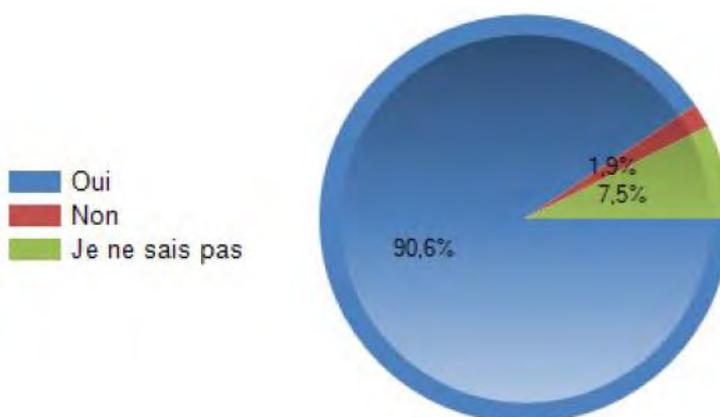
	Effectifs	% Rep.
<b>Il y a globalement moins d'absentéisme.</b>	4	7,5%
<b>En moyenne, les patients se présentent aussi régulièrement en consultation.</b>	21	39,6%
<b>Il y a globalement plus d'absentéisme.</b>	25	47,2%
<b>Je ne sais pas.</b>	3	5,7%
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>

42. a Si vous connaissez bien le réseau :

Les personnes peuvent être amenées à utiliser l'espace de la consultation pour vous poser des questions concernant les démarches administratives et sociales à effectuer, qui souvent constituent leurs préoccupations les plus immédiates : Comment répondez-vous à ces demandes ?

	Effectifs	% Obs.
<b>En général, je les oriente vers le service adéquat.</b>	1	25%
<b>En général, je ne gère pas ces questions.</b>	2	50%
<b>Autres :</b>	1	25%
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>

44. Seriez-vous intéressé(e) par un outil qui vous permettrait de mieux connaître le réseau associatif, et de vous guider dans l'orientation de vos patients ?



## Analyses qualitatives (verbatim des questions ouvertes)

\* Dimensions des sous-thèmes « vécu négatif » et « vécu positif » (thème « vécu des psychiatres ») :

Vécu des psychiatres	
Vécu négatif	Vécu positif
Sentiment d'impuissance, « démuni » Insatisfaction/frustration Instrumentalisation/suspicion Participation émotionnelle forte : douleur/tristesse/désarroi Complexité/lourdeur	Satisfaction Enrichissement

\* Dimensions du sous-thème « spécificités de la symptomatologie » (thème « obstacles dans le soin ») :

Obstacles dans le soin
Spécificités de la symptomatologie
Symptômes plus difficiles à caractériser, peu spécifiques ou atypiques, avec parfois un doute quant à l'authenticité des troubles
Dimension culturelle des symptômes
Fréquence des symptômes post-traumatiques et des symptômes psychotiques, y compris hors diagnostic de psychose
Fréquence des plaintes somatiques
Sévérité des troubles
Dimension addictive

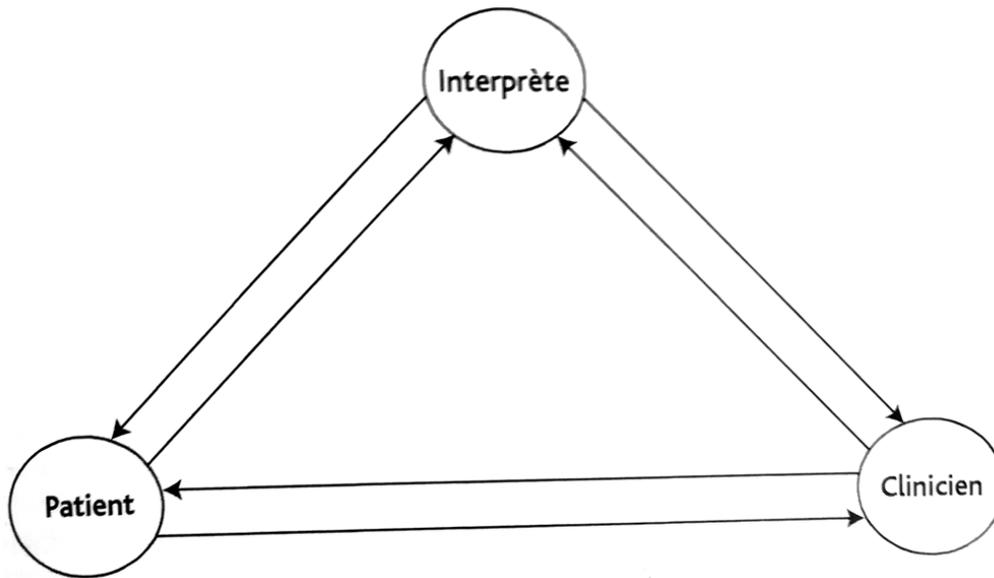
\* Dimensions du sous-thème « psychothérapie » (thème « axes de travail et objectifs de soins ») :

Axes de travail et objectifs de soins
Psychothérapie
Ecoute et psychothérapie de soutien
Validation du vécu, mis en récit et resubjectivation
Prise en charge de l'état de stress post-traumatique

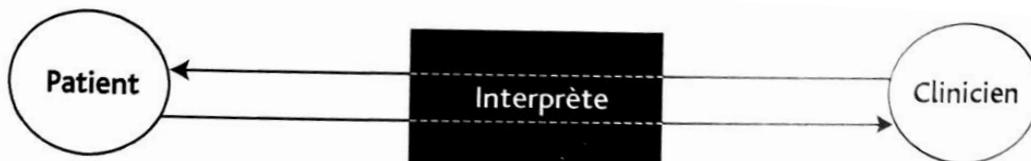
\* Dimensions du sous-thème « traitement pharmacologique » (thème « axes de travail et objectifs de soins ») :

Axes de travail et objectifs de soins
Traitement médicamenteux
Instauration et adaptation d'un traitement de fond et/ou symptomatique permettant une amélioration clinique
Observance thérapeutique
Education thérapeutique

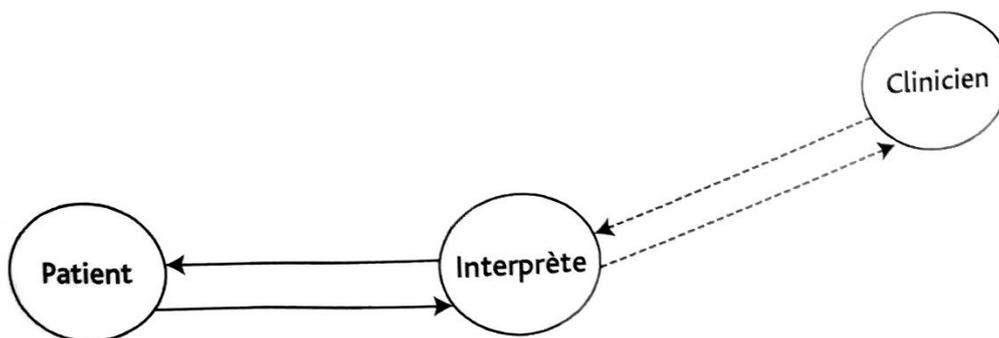
**Annexe 10** - Différentes manières de travailler avec un interprète (Westermeyer, 1989 ; 1990, cité par Baubet, 2013).



**A : le modèle « en triangle »**



**B : le modèle de la « boîte noire »**



**C : le modèle du « clinicien junior »**

Westermeyer (1989 ; 1990, cité par Baubet, 2013) distingue trois méthodes de travail avec un interprète :

**A : le modèle « en triangle »** : nécessitant de l'entraînement, il permet d'établir six canaux de communication entre les trois acteurs. Pour cela, le clinicien doit autoriser l'interprète à échanger avec le patient, à lui faire des remarques quand ses questions sont inappropriées ou devraient être formulées d'une autre manière, et à expliciter d'éventuels implicites culturels.

**B : le modèle de la « boîte noire »** : l'interprète prend le rôle d'un « décodeur », qui ne fait que communiquer un message d'un interlocuteur à l'autre ; cette méthode génère souvent de la déception pour le soignant, qui réalise que l'interprète ne peut pas être une simple « boîte noire », et pour l'interprète qui se trouve dans une situation impossible à tenir.

**C : le modèle du « clinicien junior »** : le clinicien intervient ici davantage comme un « superviseur », à distance de l'entretien, abandonnant toute confrontation aux questions d'interprétation et de traduction. Cette méthode suppose des interprètes ayant été formés à la psychopathologie et aux techniques d'entretien (par exemple, des infirmiers spécialisés) et n'est pas adaptée au diagnostic médical proprement dit.



## MODÈLE DE CERTIFICAT DESTINÉ À LA DEMANDE D'ASILE

Fait à ..., le ...

Je soussigné(e) ..., docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour Mme/M. ..., né(e) le ..., de nationalité ..., [numéro de dossier s'il y a lieu], en vue de rédiger un certificat médical que l'intéressé(e) entend joindre à sa demande d'asile.

### Déclarations du patient :

utiliser le style conditionnel : ...Mme/M. évoque ses activités politiques, elle/il aurait été détenu(e), déclare avoir été frappé(e)...

reprenre le motif des persécutions (ethnie, religion, nationalité, groupe social ou opinions politiques);  
reprenre les éléments en rapport avec les doléances et les constatations de l'examen. Cela peut concerner les circonstances et les conditions d'une détention ou des sévices torture et autres violences infligés par les persécuteurs;  
confronter si possible ces déclarations avec le récit écrit adressé à l'Oipra ou à la CNDA pour la concordance des périodes et des faits.

### Constatations de l'examen clinique et/ou de la prise en charge :

conclusions de l'entretien et doléances du patient : plaintes somatiques (douleur, handicap), ou psychologiques (troubles de la mémoire, troubles du sommeil, peurs, cauchemars, mauvaises nouvelles du pays);  
s'il y a lieu, mention d'un syndrome psychotraumatique (voir p. 397) et/ou de dépression réactionnelle (voir p. 400);  
conclusions de l'examen physique : localisation et caractéristiques des cicatrices et autres séquelles traumatiques, (préciser, s'il y a lieu : ...attribuée à un coup de botte, une brûlure par cigarette...);  
s'il y a lieu, conclusions des examens complémentaires (radios);  
s'il y a lieu, mention de la prise en charge thérapeutique.

### Conditions de l'entretien :

L'entretien s'est déroulé en français/anglais, à l'aide d'un accompagnant/d'un interprète...

s'il y a lieu, difficultés du patient (pudeur, émotions), de l'accompagnant ou de l'interprète.

Ces constatations sont compatibles avec les déclarations de l'intéressé(e).

Certificat rédigé à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre.

Signature

• Les mentions relatives au dossier Oipra ou CNDA sont inutiles dans le cadre de cette expertise officielle.

• La retranscription du récit écrit du demandeur n'est pas indiquée.

• Attention aux erreurs de l'interprète ou du traducteur.

• La mesure centimétrique des lésions ne renforce pas la valeur probante du certificat.

• Les examens complémentaires ne sont utiles que s'ils font espérer un bénéfice thérapeutique.

• La mention d'éléments médicaux indépendants des persécutions subies est inutile, voire néfaste pour la demande d'asile.

• La mention « faire valoir ce que de droit » n'est indiquée que dans des certificats prescrits par des textes officiels.

## Annexe 13 - Présentation clinique.

C'est en consultation au Service Médico-Psychologique Régional (SMPR), à la maison d'arrêt, que j'ai rencontré M. S. en novembre 2019. Ce jeune patient de 19 ans, incarcéré depuis deux semaines, avait demandé à rencontrer un psychiatre du fait d'un mal-être et d'angoisses majeures.

Sur le plan des antécédents psychiatriques, M. S. avait bénéficié d'un suivi psychiatrique à l'âge de 16 ans, pendant un an, dans le cadre de son suivi par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), pour des troubles du comportement. Aucun diagnostic n'avait été posé. Il n'avait pas d'antécédents d'hospitalisation en psychiatrie, ni de tentative de suicide, et n'avait pas de traitement psychotrope. Il ne rapportait pas d'antécédents psychiatriques familiaux connus.

Sur le plan addictologique, il déclarait avoir débuté à l'âge de 17 ans, au foyer, des consommations de cannabis d'emblée massives (10 joints par jour), sevrées au moment de notre rencontre du fait d'un vécu de persécution qu'il attribuait au cannabis. Il fut difficile d'établir depuis combien de temps il avait totalement arrêté.

Il ne déclarait aucun antécédent médico-chirurgical et aucune allergie connue.

M. S. était d'origine tunisienne. Il était célibataire, sans enfants. Il évoqua son parcours migratoire avec une arrivée en France, à Nantes, à l'âge de 14 ans, après s'être enfui, me dit-il, au cours « d'un voyage scolaire ». Il décrivit un parcours de délinquance dès l'adolescence. Il avait été pris en charge par l'ASE et placé en famille d'accueil, mais, du fait de difficultés relationnelles, il avait été transféré en foyer quelques jours plus tard. Sur le plan familial, ses parents, séparés depuis plusieurs années, vivaient en Tunisie. Il n'avait plus de contacts avec son père, qu'il décrivait comme très absent dans son enfance. Il rapportait des violences intra-familiales répétées de ce dernier sur sa mère. M. S. était issu d'une fratrie de trois. Il avait une sœur cadette, qui vivait avec sa mère en Tunisie, et un frère aîné âgé de 25 ans, plombier, qui vivait à Nantes. Il avait également une tante à Nantes. Il voyait régulièrement son frère et sa tante. Il avait des contacts téléphoniques épisodiques avec sa mère. M. S. avait fait une formation en tant qu'agent de maintenance de bâtiment. Il avait eu quelques brèves missions en intérim, mais avait éprouvé de grandes difficultés à se maintenir dans un travail. Il était au cours des derniers mois plutôt en errance, et commettait des vols régulièrement avec un copain. Lors de notre rencontre, en novembre 2019, il s'agissait de sa première incarcération, en mandat de dépôt, pour des faits de vol de voiture avec violences.

Cliniquement, lors du premier entretien, le patient était cohérent et orienté. Le contact initial m'apparut plutôt défensif. Le regard était relativement fixe, le faciès figé dans une expression de gravité. Il était calme, sans ralentissement ni agitation psychomotrice. M. S. se plaignait d'angoisses importantes, permanentes depuis son incarcération, acutisées par la méfiance entretenue à l'égard du détenu avec qui il partageait sa cellule. Il disait éprouver en sa présence un vécu d'insécurité majeur « H24 », qui n'était pas en lien avec des actes ou des propos de ce co-détenu, avec qui la relation était par ailleurs plutôt cordiale. Il se plaignait également d'importantes difficultés cognitives, de « ne pas réussir à penser », avec une apparente perplexité sur

son état. Il laissa entendre l'existence d'événements traumatiques dont il ne pourrait parler qu'au cours « d'un vrai suivi », dans la durée. Initialement, sa demande vis-à-vis de moi était centrée sur la recherche de l'obtention, à tout prix, d'une cellule seule, davantage que sur une demande de soins. Cette demande auprès d'un psychiatre lui avait été suggérée, disait-il, par un agent de l'administration pénitentiaire (AP). A l'issue de la première rencontre, ne disposant que de peu d'éléments cliniques, je proposai à M. S. un traitement par hydroxyzine, préférant éviter une benzodiazépine d'emblée. Je lui conseillai d'écrire à l'AP pour sa demande de changement de cellule et lui proposai un nouveau rendez-vous quelques jours plus tard.

L'état d'anxiété aiguë constaté me conduisit à proposer des entretiens rapprochés que M. S. investit massivement dans un premier temps, avec l'établissement progressif d'une relation de confiance, mais une demande toujours axée sur l'obtention d'une cellule seule. M. S. put me livrer davantage d'éléments. Sur le plan symptomatique, il décrivait une thymie basse et un mal-être profond évoluant depuis plusieurs années. Il existait par ailleurs un vécu d'étrangeté important, le sentiment de « ne pas être vraiment là » ; M. S. faisait état d'une symptomatologie dissociative à type de vécu de déréalisation et dépersonnalisation fréquents. Il déployait beaucoup d'énergie à essayer de se montrer « normal » auprès des autres. Le patient évoquait des sensations corporelles particulières, « comme si son cerveau était coupé en deux », ce qu'il mit en lien avec ses difficultés à penser et les troubles attentionnels et de concentration majeurs. Il évoqua également des conduites d'évitement et de repli social. Au total, cette symptomatologie avait un retentissement fonctionnel très important, que ce soit sur le plan personnel, social ou professionnel.

Depuis l'incarcération, cette symptomatologie s'était majorée. La symptomatologie anxieuse était devenue très envahissante et les moments de dissociation pluriquotidiens. M. S. rapportait une impression d'être figé, « face à un bloc », et de ne plus pouvoir avancer, avec apparition d'idéations suicidaires de plus en plus présentes, sans scénario ni velléités de passage à l'acte auto-agressif. Le patient verbalisa une crainte de passage à l'acte hétéro-agressif sur son co-détenu. Il rapporta également des troubles du sommeil majeurs à type d'insomnie, favorisée par un état d'hypervigilance, et des cauchemars récurrents (dans lesquels, par exemple, ses amis faisaient preuve d'hostilité à son encontre).

Au-delà du choc carcéral, je cherchais à comprendre ce qui faisait que cette symptomatologie le débordait au point d'être dans une demande aussi impérieuse (la symptomatologie était plus intense que chez la plupart des patients que j'avais pu rencontrer en milieu carcéral). Après quelques entretiens, M. S. me livra avoir subi des abus sexuels répétés tout au long de son enfance (dès l'âge de 4 ans) en Tunisie, de la part de son cousin, adolescent à l'époque – et fils de la tante précédemment évoquée. La participation affective et l'état de tension interne à l'évocation de ces faits étaient majeurs. Les faits n'avaient été révélés à personne ; c'était, me dit-il, la première fois qu'il les évoquait. Il mentionna par la suite des reviviscences traumatiques. Au fil du suivi, il exprima une profonde colère et un sentiment d'injustice important vis-à-vis de ce cousin, renforcé par l'apparente réussite de celui-ci dans les différents domaines de sa vie.

Sur le plan identitaire, M. S. avait du mal à se subjectiver et à se mettre en récit ; il lui était également impossible de se positionner pour dire, par exemple, ce qu'il appréciait ou non. La vie fantasmatique semblait très pauvre. Sur le plan affectif, il ne semblait pas avoir vécu de relation amoureuse. Il confia avoir eu

des rapports sexuels avec des prostituées, en me suggérant que son approche de la sexualité était empreinte d'une certaine brutalité. Par ailleurs, ses questionnements identitaires ont pu également intéresser la question de l'orientation sexuelle, ce qu'il mettait en lien avec les actes subis.

L'état d'anxiété aiguë s'inscrivait donc dans un état de stress post-traumatique complexe évoluant depuis plusieurs années avec prédominance de symptômes dissociatifs. Il semble que l'arrivée en bâtiment et la présence imposée de son co-cellulaire aient ébranlé les mécanismes de défense du patient et l'aient privé de ses stratégies habituelles de gestion des moments d'anxiété et de dissociation (repli, évitement social). Il ne parvenait à mettre en œuvre aucune stratégie occupationnelle ou d'apaisement dans sa cellule.

Concernant sa demande de changement de cellule, en réalité, je n'avais pas le pouvoir d'y accéder. Je disposais simplement de celui d'émettre un avis lors de la Commission Prévention Suicide (CPS) de l'établissement concernant un risque de passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif, ce que je fis. La décision de l'administration pénitentiaire qui suivit fut de transférer M. S. dans la cellule d'un autre détenu, plus âgé que le précédent, ce qui ne fit que majorer sa symptomatologie et son sentiment d'insécurité. M. S. n'était absolument pas repéré ni perçu comme fragile par l'AP, face à laquelle il adoptait une tout autre position très haute et des attitudes volontiers provocatrices - sans doute à visée défensive - ce qui suscitait semble-t-il l'agacement de la part des agents pénitentiaires.

Au vu de la souffrance de ce patient et de ses propos répétés concernant son vécu d'insécurité et la crainte d'un passage à l'acte, nous convînmes ensemble d'une hospitalisation au sein de l'Hôpital de Jour (HDJ) du SMPR. Il fut très soulagé de cette proposition. Dans l'attente de son admission, remplaçant l'hydroxyzine, peu efficace, un traitement anxiolytique par diazépam à la posologie de 5 mg 3 fois par jour fut proposé.

Dans cette unité, située au cœur de la maison d'arrêt, les hospitalisations prennent la forme d'une admission d'une durée variable (quelques semaines, voire mois), sous le régime des soins libres. L'hospitalisation est organisée autour de contrats, renouvelables, définis avec le patient, avec des objectifs de soins. Les patients y bénéficient de rendez-vous médicaux et infirmiers réguliers, chaque patient ayant des soignants référents. Le séjour est aussi l'occasion d'ajuster des traitements médicamenteux. L'unité permet souvent un répit vis-à-vis de la détention ordinaire. Les soins prennent également la forme d'activités de médiation groupales, d'un suivi par une assistante sociale, et d'autres soins selon les besoins du patient (psychomotricité en individuel ou en petit groupe, par exemple). Le cadre fixé est que le psychiatre référent de l'HDJ n'est pas le même que celui qui suit habituellement le patient en ambulatoire.

Pour M. S., cette hospitalisation visait une sécurisation (elle lui permettait, finalement, de se retrouver temporairement seul en cellule, au sein de l'HDJ), à apaiser la symptomatologie et également à permettre une observation clinique plus fine dans d'autres espaces dans lesquels les enjeux sont différents, afin d'instaurer le traitement adéquat. Une prise en charge par l'équipe permettait aussi de faire tiers et de faire exister l'institution, ce qui semblait intéressant au vu de la demande massive qui m'était adressée en lien avec sa co-cellularité. En effet, cette demande récurrente a pu engendrer chez moi un vécu d'impuissance mais aussi d'instrumentalisation et de détournement du soin, ce qui risquait d'altérer une relation de confiance par ailleurs

naissante avec ce patient venu déposer les pans traumatiques de son histoire. Je comprenais toutefois que de son point de vue, cet enjeu de cellule seule relevait de la survie, du moins psychique. Par ailleurs, notons que M. S. était un jeune homme intelligent et assez attachant, et je me sentais investie du fait du dépôt de son histoire traumatique, et de son investissement massif de l'espace de consultation (mais finalement, assez peu, du lien). Mon contre-transfert à son égard était donc teinté d'ambivalence.

L'hospitalisation permit une meilleure observation clinique. La symptomatologie interrogea légitimement le psychiatre qui le prit en charge sur un diagnostic différentiel ou comorbide de trouble psychotique, pour plusieurs raisons : les perceptions corporelles étranges, le vécu persécutoire (notamment vis-à-vis des hommes), les consommations de cannabis, les moments de dissociation, l'anesthésie affective, des angoisses massives. Toutefois, la vision d'ensemble du tableau et l'existence d'événements traumatiques multiples dans l'histoire du sujet, ainsi que les stratégies défensives en place confortaient fortement l'hypothèse d'un ESPT. Ce séjour permit d'instaurer, devant l'importance du syndrome de dissociation traumatique, un traitement par Olanzapine progressivement augmenté à 20 mg, et, en traitement de fond de l'ESPT, un traitement par Sertraline progressivement majoré à 100 mg, associé à un traitement symptomatique par 50 mg de Cyamémazine si besoin.

L'hospitalisation amena également une première prise de contact avec l'équipe. Ceci paraissait un préalable essentiel à l'inscription dans un suivi et dans une continuité, chez ce patient au parcours jalonné de ruptures. Le bilan biologique réalisé ne mit pas en évidence d'anomalies. Une IRM cérébrale de principe fut programmée. L'expérimentation des modalités de soins groupales, telles que le repas thérapeutique, permit de faire un peu de lien avec le passé du patient, sa vie pré-migratoire, et de faire exister la dimension culturelle dans les échanges. Ces temps de repas donnèrent l'occasion de mettre un peu plus en récit les souvenirs de temps de partage en famille, en utilisant des aspects culturels comme leviers thérapeutiques. Ce fut également le cas autour de médiations utilisant la musique. D'autre part, une prise en charge en psychomotricité permit de travailler sur le schéma corporel (très perturbé au vu de la représentation graphique que M. S. fit de son propre corps), sur le rapport au corps, l'ancrage, et de découvrir d'autres pistes de gestion des moments d'angoisse. Globalement, la plupart des activités furent toutefois désinvesties assez rapidement, régulièrement annulées dans le discours du patient qui les qualifiait de peu efficaces, et M. S. manifesta rapidement une certaine désinvolture au cours des médiations. Le dispositif de l'HDJ, cadre suffisamment sécurisé, associé à l'instauration du traitement, permit d'obtenir une amélioration symptomatique partielle et fluctuante, avec une persistance des symptômes chronicisés. La prise en charge permit au patient une première étape d'information sur ses troubles. Un dossier fut constitué auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) afin de faire reconnaître le retentissement de l'ESPT. A la suite de deux contrats de soins, il fut convenu avec le patient d'un retour en bâtiment, afin d'expérimenter d'autres modalités de soins en ambulatoire. M. S. se montra cependant assez revendicatif : les traitements ne fonctionnaient pas vraiment, et son état allait se dégrader de nouveau en détention.

En termes de contre-transfert, M. S., dans un premier temps en retrait, suscita d'abord auprès de l'équipe de l'HDJ un vécu assez positif et empathique. Par la suite, le défaut d'investissement du lien et des

activités, et la suspicion d'une dimension utilitaire, majorée par ses attitudes précédemment évoquées (revendication, provocation, position haute), entraînent davantage d'agacement et un vécu d'instrumentalisation. Il est possible que la rémission très partielle des symptômes ait également confronté les soignants à un vécu d'impuissance venu renforcer ce contre-transfert négatif.

Lors de notre dernière rencontre avant mon départ du service, l'amélioration clinique était notable, bien que le contact soit marqué par une relative anesthésie émotionnelle. Il avait pu bénéficier, enfin, d'un transfert en cellule seule, ce qui avait permis un apaisement des angoisses et de la sensation de tension interne. Il persistait une plainte importante de moments de dissociation. M.S. parvenait à se projeter plus concrètement dans un projet de formation ce qui montrait une meilleure disponibilité psychique.

De nombreux aspects de la vie de M. S. ne purent être travaillés lors de ces premiers mois de prise en charge. Il ne fut pas réellement possible de faire la lumière sur les circonstances du choix de la migration. Cette difficulté à mettre en cohérence le récit pouvait être mise en lien d'une part avec la préoccupation au premier plan du patient pour des enjeux de « survie », et d'autre part avec les symptômes traumatiques, rapportés dans le DSM-V, d'altérations émotionnelles et cognitives. L'idée que les sujets atteints puissent être à la fois dans un état d'alerte permanent dans leurs rapports avec autrui et, en même temps, en retrait, incapables de s'investir dans des relations et des projets, me semble correspondre à la situation de ce patient et peuvent également avoir contribué au contre-transfert suscité chez l'équipe soignante. L'acte migratoire, à l'origine d'une perte de repères importants, est venu émailler d'une nouvelle rupture un parcours de vie déjà chaotique marqué par les carences, les faits de violences sexuelles dans l'enfance non reconnues, de violences physiques puis d'un abandon de la part du père.

Au total, ce cas clinique reprend certains aspects essentiels abordés dans notre travail. Il enseigne l'importance de l'exploration des facteurs pré-migratoires. Ici, les événements familiaux ont pu contribuer, consciemment ou non, au parcours migratoire de ce jeune patient. Ce cas montre un tableau d'ESPT complexe ; il met en évidence l'importance de se positionner en témoin et de reconnaître le traumatisme, là où le tiers protecteur a manqué. Il mentionne l'intérêt des leviers culturels (ici, dans les médiations thérapeutiques) qui, bien utilisés, peuvent faire office de potentialisateurs de récits, d'affects ou de transfert, avant de s'effacer lorsqu'ils ne remplissent plus leur rôle (Devereux, 1969). Il illustre également différents aspects du contre-transfert.

## Guide des associations et dispositifs accompagnant les migrants à Nantes à l'usage des soignants et des patients

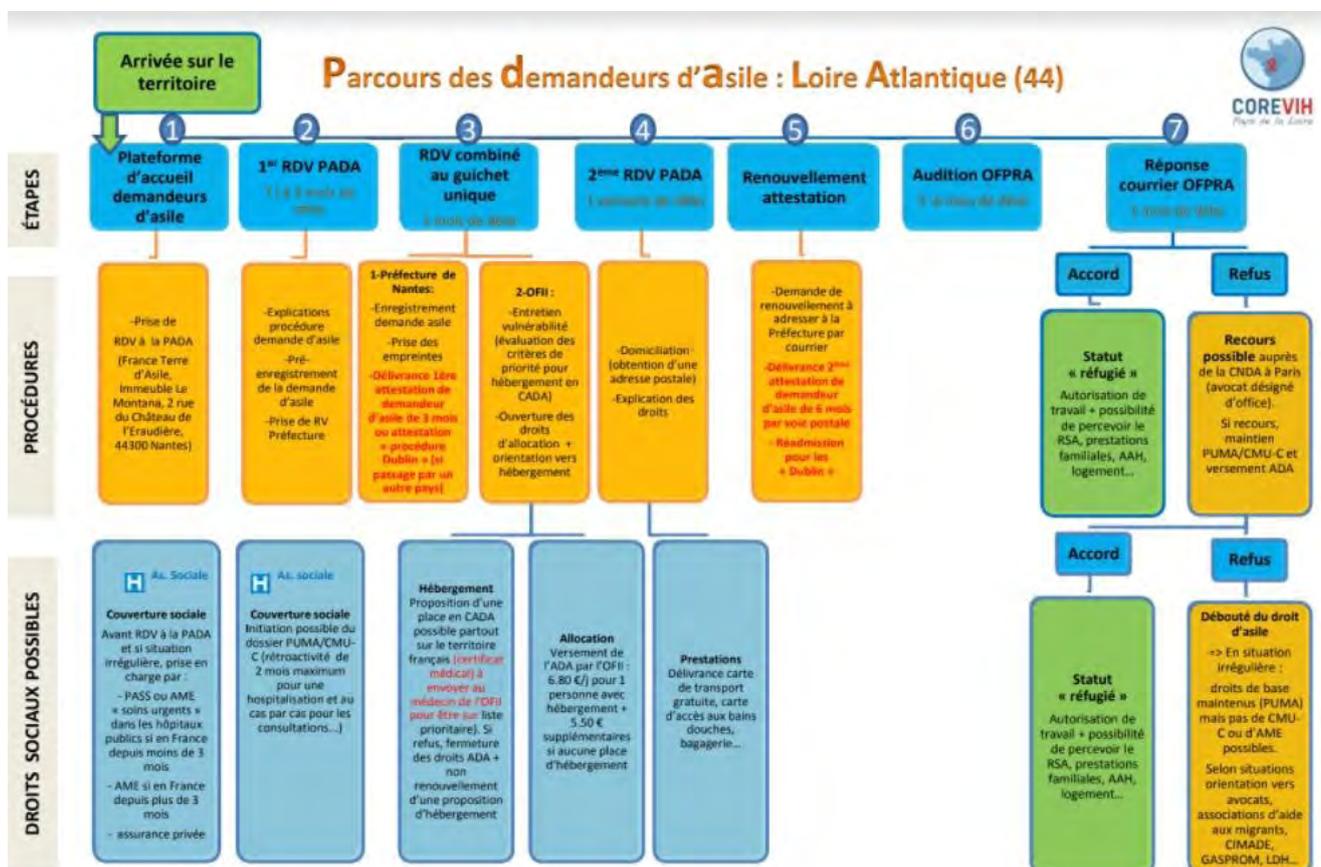
Actualisé en janvier 2021

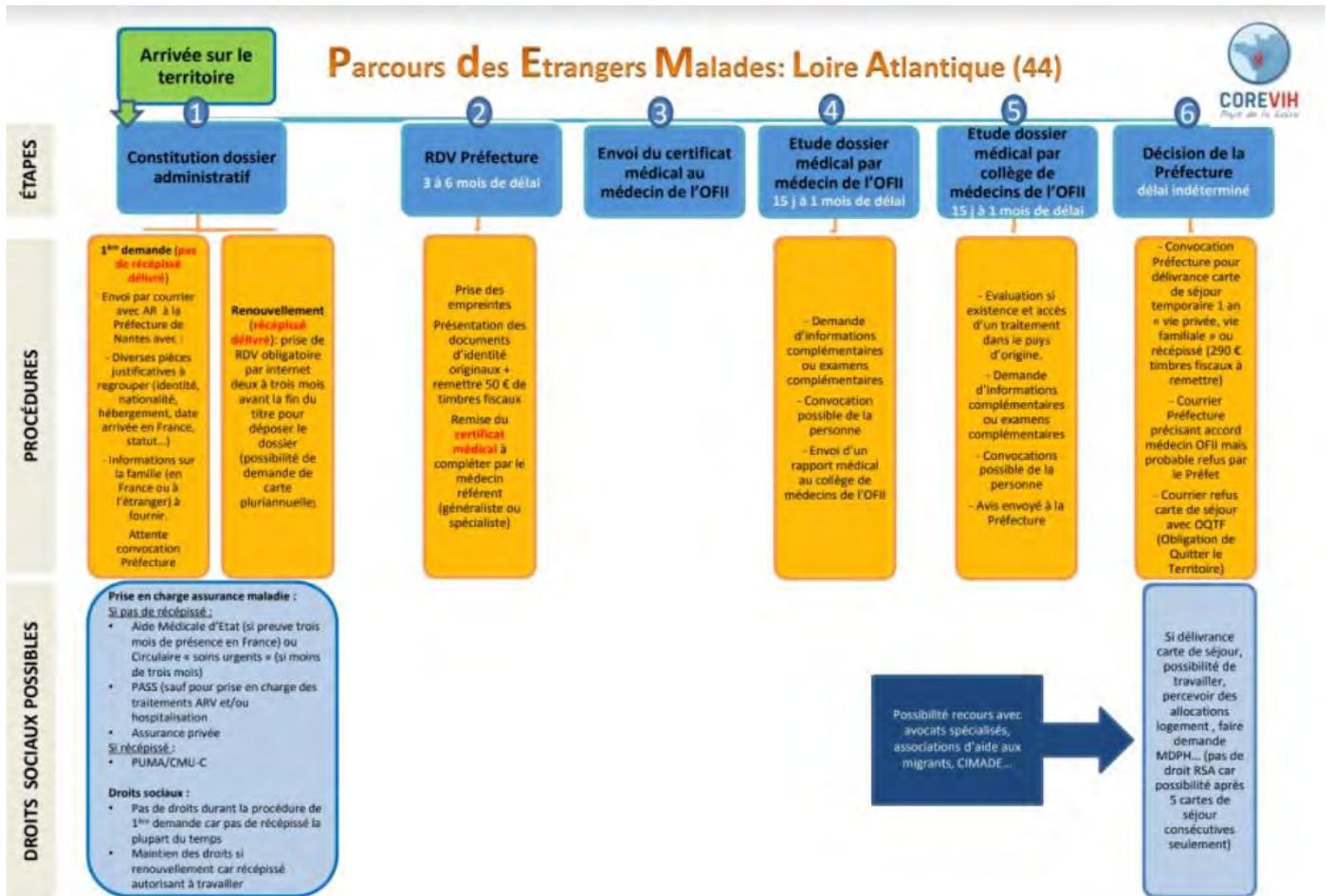
Ce guide a vocation à vous aider à repérer les différents intervenants auprès du public migrant à Nantes et à orienter vos patients. Il dresse la liste des associations et dispositifs qui, pour certains, sont indiqués pour toute personne en situation d'urgence sociale, de danger ou de précarité, et pour d'autres, plus spécifiquement destinés aux personnes migrantes. Cet outil a été rédigé en situation de crise sanitaire liée au Covid-19, ce qui implique des modalités d'accueil et de prise en charge potentiellement amenées à évoluer rapidement en fonction des restrictions.

Ce travail a bénéficié des conseils des assistantes sociales de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de Nantes. Les plaquettes ci-dessous ont été élaborées par le groupe de travail des assistantes sociales du Comité de Coordination Régionale de lutte contre le VIH (COREVIH) Pays de la Loire.

**N.B. :** Quand des informations ont pu être obtenues concernant les modalités actuelles/habituelles, elles sont précisées dans le texte.

### Parcours d'un demandeur d'asile





## Autres situations

### Autres Situations : région Pays de la Loire (44, 49, 53, 72, 85)



#### Liste des sigles et abréviations :

ADA : Allocation Demandeurs d'Asile

ALD : Allocation de Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile

CIMADE : Comité Inter Mouvements Auprès des Evacués

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

CREIC : Centre des Ressortissants Européens Inactifs CMUistes

FTDA : France Terre D'Asile

GASPROM - ASTI : Groupement d'Accueil, de Solidarité, de Partage, de Révolte, pour l'Ouverture du Monde et des Frontières

LDH : Ligue des Droits de l'Homme

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

PADA : Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PUMA : Protection Universelle Maladie

## Point législation : le droit à l'hébergement du demandeur d'asile

L'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés dans notre pays constitue une obligation découlant de la ratification par la France de la convention de Genève du 28 juillet 1951.

**Tout demandeur d'asile a droit à un hébergement.** Or, le nombre de places disponibles est inférieur au nombre de demandeurs d'asile. Des critères de priorisation sont ainsi définis, notamment pour raison médicale. **La rédaction d'un certificat médical OFII attestant des troubles psychiques constatés permet donc d'appuyer la demande de votre patient.**

## Lexique : les différents statuts

**Apatride** : Personne qu'aucun État ne considère comme son ressortissant par application de sa législation.

**Demandeur d'asile** : Personne qui sollicite son admission sur le territoire d'un Etat en qualité de réfugié et qui est en attente que l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA), sous le contrôle de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA), statue sur sa requête.

**Dubliné** : Selon le règlement « Dublin III », un seul État membre est responsable de l'examen d'une demande d'asile dans l'Union européenne (UE). Si la personne a fait une demande d'asile dans un autre État membre de l'UE, ce pays reste responsable de l'examen de la demande d'asile (que la demande soit encore en cours d'examen ou rejetée). La procédure Dublin consiste à rapatrier la personne dans le premier pays d'accueil dans l'espace Schengen.

**Exilé** : Terme évoquant le caractère contraint de la situation de migration, et notamment ses aspects psychologiques.

**Migrant** : Terme générique non défini dans le droit international qui, reflétant l'usage commun, désigne toute personne qui quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons, soit dans une autre région à l'intérieur d'un même pays, soit dans un autre pays, franchissant ainsi une frontière internationale. Il englobe un certain nombre de catégories juridiques de personnes bien déterminées ou non.

**Mineurs non accompagnés (MNA)** : Le terme de mineur non accompagné a remplacé celui de mineur étranger isolé. Il qualifie une personne mineure étrangère qui entre sur le territoire français sans ses parents. Les départements, responsables de l'aide sociale à l'enfance, doivent les prendre en charge, mais un accord doit être trouvé avec l'Etat sur le financement de cet accueil.

**Protection subsidiaire** : Le statut de protection subsidiaire est accordé à une personne qui ne remplit pas les conditions du statut de réfugié mais est exposée dans son pays à des menaces graves, comme la peine de mort, un traitement humain dégradant ou un risque pour sa vie en raison d'un conflit armé. Ce statut donne droit à une carte de séjour pluriannuelle d'une durée maximale de 4 ans.

**Réfugié** : Personne qui, suite à sa demande d'asile, s'est vue octroyer la protection de l'OFPRA, au nom de la convention de Genève ou de la Constitution de 1946. Elle détient une carte de séjour avec la mention « réfugié » valable 10 ans et renouvelable.

**Sans papiers** : Désigne toute personne étrangère vivant en France sans titre de séjour. Il s'apparente à celui de « clandestin » mais s'en distingue cependant en ce qu'il est davantage un terme forgé par les premiers concernés pour dénoncer leur situation.

## Quelques infos complémentaires

**Cour nationale du droit d'asile (CNDA)** : Tribunal administratif qui procède au réexamen des demandes d'asile rejetées par l'OFPRA. Les annulations de la CNDA entraînent l'octroi du statut de réfugié.

**Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA)** : Les CADA accueillent les migrants ayant déposé une demande d'asile auprès de l'OFPRA. Ils assurent l'hébergement, le suivi administratif et social ainsi qu'une aide financière alimentaire. Malgré des créations de place supplémentaires ces dernières années, leurs capacités d'accueil restent très inférieures au nombre de demandes.

**Office français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) :** Gère les procédures d'immigration professionnelle et familiale en délivrant les cartes de séjour qui correspondent. L'OFII est chargé de l'intégration des migrants durant les 5 premières années de leur séjour. L'OFII est aussi responsable de l'accueil des demandeurs d'asile.

**OFPRA : Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) :** Examine les demandes d'asile, ou les réexamine en cas de changement de situation, et décide d'accorder ou non le statut de réfugié ou de protection subsidiaire. Une personne devient déboutée du droit d'asile lorsque sa demande est définitivement rejetée.

**Obligation de quitter le territoire français (OQTF) :** Principale mesure d'éloignement des étrangers en situation irrégulière en France. Elle peut être prise par le préfet dans un certain nombre de cas. Elle peut accompagner le refus de séjour pris à l'encontre d'un étranger ou sanctionner son séjour illégal en France. Elle oblige la personne concernée à quitter la France par ses propres moyens dans un délai de 30 jours ou, dans des situations plus limitées, sans délai.

Source : OIM, OFPRA, COMEDE.

### Quelques points à garder en tête lors de l'orientation des patients vers des associations et structures

=> **Se renseigner régulièrement**, notamment en ces temps de crise sanitaire, sur d'éventuels changements des modalités d'accueil, jours d'ouverture et horaires : cela peut éviter à votre patient des déplacements inutiles.

=> **S'assurer de la bonne compréhension du patient** (qui n'osera pas forcément préciser ce qu'il n'a pas compris) : cette question peut intéresser des informations essentielles telles que l'heure d'un rendez-vous (le patient sait-il lire l'heure ?).

=> Selon les situations (patient non francophone, analphabétisme, illétrisme, patient n'ayant pas de smartphone ou accès à Internet pour retrouver les infos, etc.) : **l'utilisation de plans, d'images ou de pictogrammes, et la remise d'un carton mentionnant des informations précises** peuvent s'avérer utiles voire indispensables. Ne pas hésiter à conseiller au patient d'interpeller des passants pour trouver son chemin.

### A propos de l'interprétariat

L'URML Pays de la Loire propose un service d'interprétariat à l'hôpital mais aussi en médecine libérale. Le service est gratuit pour les patients et les médecins libéraux utilisateurs (financement par l'URML et l'ARS). Il suffit pour cela d'envoyer un mail, en indiquant Service Interprétariat, à : [contact@urml-paysdelaloire.org](mailto:contact@urml-paysdelaloire.org) avec votre NOM-PRENOM-VILLE D'ACTIVITE.

=> Interprétariat téléphonique : **ISM** => appel ISM au 01 53 26 52 62 (code URML fourni après adhésion par mail ; s'identifier NOM-PRENOM-SPECIALITE).

=> Interprétariat physique : **ASAMLA** => nécessité de programmer le rendez-vous (mode d'accès fourni après adhésion par mail).

## Liste des associations et dispositifs

### => Par ordre alphabétique :

Accoord  
Abri des Familles  
Accueil de Jour des Familles  
Accueil de jour pour femmes – Les Restos du cœur  
AFEP – Accueil des Familles Etrangères  
Agnès Varda  
AMI – Accompagnement Migrants et Intégration  
Amicale Laïque des Marsauderies  
ANADE  
Aurore (ACT)  
Autre Cantine  
Autre Classe  
ASAMLA

Babel 44  
Babines de l'Espoir  
Bus du cœur – Les Restos du cœur  
CAP Jeunes  
CAARUD  
CSAPA  
CeGIDD  
CIMADE  
Citad'elles  
CMP (Jules Verne et Beaumanoir)  
Croix Rouge  
Entraide – Diaconat Protestant  
Forges (Médiation)  
Fraternité  
ISM  
JRS (Welcome)  
GASPROM – ASTI  
Ligue des Droits de l'Homme  
Logis Saint Jean  
Logis Montjoie (ACT)  
Maison Accueil de Jour – Anef Ferrer  
Médecins du Monde  
MRAP - Mouvement contre le Racisme et pour l'Amitié entre les Peuples  
NOSIG – LGBTQI+  
Paloma  
PASS  
PASS Psy  
Pastorale des Migrants  
Permanence Chaptal  
Saint Benoît Labre  
Samu social (115)  
Secours Populaire  
Solidarité Femmes  
Tinhi Kmou  
Urgences

**=> Par missions principales et public accueilli :**

***N.B. : De nombreuses associations et dispositifs remplissent plusieurs missions. Afin de limiter la redondance, il est possible qu'elles ne soient pas mentionnées dans toutes les catégories dans lesquelles elles interviennent. N'hésitez pas à prendre le temps de lire la présentation des structures. Cette liste n'est pas exhaustive.***

**\* Général :**

Association Saint Benoît Labre (regroupe de nombreuses structures)

**\* Santé :**

Urgences du CHU

Soins somatiques : Si couverture sociale, médecin généraliste. Si pas de couverture : PASS.

Soins psychiques : Si couverture sociale, droit commun : CMP Jules Verne et Beaumanoir. Si pas de couverture :

PASS Psy.

Addictions - CAARUD

Addictions - CSAPA

Dépistage IST - CeGIDD

Contraception, IVG - Planning Familial 44

**\* Interprétariat, médiation culturelle :**

ASAMLA

ISM

**\* Cours de français et alphabétisation :**

Accoord  
AMI – Accompagnement Migrants et Intégration  
Amicale Laïque des Marsauderies  
ANADE – Association Nantaise pour l’Alphabétisation des Etrangers  
L’Autre Classe  
Babel 44  
L’Entraide - Diaconat Protestant de Nantes  
Du Monde Dans La Classe  
GASPROM - ASTI  
Gref  
MRAP  
Secours Catholique

**\* Hébergement, logement :**

115  
CCAS  
DAL  
L’ENTR’ACT – Association Aurore (ACT)  
JRS (Welcome)  
Logis Montjoie (ACT)  
OFII (*certificat médical possible si nécessité d’hébergement pour raisons médicales*)  
Saint Benoît Labre (LHSS, LAM)

**\* Accompagnement juridique et administratif, défense des droits, lutte contre les discriminations :**

AMI – Accompagnement Migrants et Intégration  
Cimade  
GASPROM - ASTI  
LDH - Ligue des Droits de l’Homme  
MRAP  
NOSIG – LGBTQI+

**\* Repas, vêtements, produits d’hygiène :**

Autre Cantine  
Agnès Varda  
Bus du Cœur – Restos du Cœur  
Brin de causette  
Croix Rouge  
Secours Populaire  
Tinh Kmou

**\* Hygiène :**

Etmadouche ?  
Agnès Varda

**\* Bagagerie :**

La Halle aux bagages – Saint Benoît Labre

**\* Soutien, écoute :**

Accueil de Jour pour femmes – les Restos du Coeur  
Pastorale des Migrants

**\* Accueil de Jour :**

Abri des Familles  
Accueil de Jour des Familles  
Accueil de jour pour femmes – les Restos du cœur  
Agnès Varda  
AMI  
Espace TAMO (Jeunes)

Logis Saint-Jean  
Maison Accueil de Jour – Anef Ferrer  
La R'SSOURCE (Jeunes)

**\* Vétérinaire :**

Babines de l'Espoir

**\* Hommes :**

Logis Saint Jean

**\* Femmes :**

Abri des Familles  
Accueil de jour pour femmes – les Restos du coeur  
Citad'elles  
Solidarité Femmes

**\* LGBTQI+ :**

NOSIG – LGBTQI+

**\* Familles :**

Abri des Familles  
Accueil de Jour des Familles  
AFEP – Accueil des Familles Etrangères

**\* Jeunes :**

AEMINA (évaluation minorité et isolement)  
CAP Jeunes  
Espace TAMO  
JRS (Welcome) – Programme Jeunes  
Médecins du Monde  
La R'SSOURCE

**\* Travailleurs/ses du sexe :**

Paloma  
NOSIG – LGBTQI+

**\* Migrants d'Europe de l'Est :**

Forges  
Permanence Chaptal

**\* Recherche de proches disparus :**

Croix Rouge

**Numéros d'urgence et numéros verts**

Urgence sociale (SAMU social : hébergement d'urgence, maraudes) **115**

SAMU **15**

Police **17**

Pompiers **18**

Drogue info service **N° Vert 0 800 23 13 13**

Allo enfance maltraitée **119**

Sida info service **N° Vert 0 800 840 800**

Numéro d'urgence européen **112**

Violences femmes infos **3919**

Urgences du CHU 24h/24 **02 40 08 33 33**

Urgences Médico-Psychologiques **02 40 08 38 71 / 02 40 08 38 70**

CHU, Quai Moncoussu – Nantes

Accès : Bus 26 : arrêt Gaston Veil – Tram lignes 2 et 3 : arrêt Aimé Delrue

08 Victime

Victimes de violence, accident, discrimination, vol...

De 9h à 21h – 7j/7

**08 842 846 37**

**Toilettes gratuites ouvertes 24h/24** : Place Bretagne - 11 rue du Calvaire – Terre-plein Gloriette (proche arrêt Médiathèque) - Square Daviais - Allée Baco (à côté de la gare routière) - Square Elisa Mercoeur (à côté du Feyd'In) - Angle des rues Armand Brossard et Cheval Blanc.

**Toilettes gratuites uniquement ouvertes en journée** : Liste complète sur [www.nantes.fr/toilettes](http://www.nantes.fr/toilettes) ou sur l'application *Nantes dans ma poche*.

## Général

### **Association Saint Benoît Labre**

\* La Ville au Blanc

3 allée du Cap Horn

44 120 VERTOU

02 40 80 02 02

[association@asbl44.com](mailto:association@asbl44.com)

Accueil et accompagnement des personnes et des familles en situation de précarité sociale, financière, affective, d'origine française ou étrangère, majeures ou mineures.

**Regroupe de nombreuses structures**, dont certaines permettent un accompagnement spécifique : Mineurs Non Accompagnés (soutien éducatif, lien familial et accompagnement social), Migrants d'Europe de l'Est (sédentarisation, regroupement et suivi familiaux), personnes en précarité avec des pathologies chroniques et invalidantes (problématiques liées au vieillissement, accompagnement social et soins renforcés) et femmes victimes de violences conjugales (mise à l'abri, accompagnement et suivi psychologique).

## Santé

### **CeGIDD - Centre gratuit de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, VIH et Hépatites (CHU Nantes)**

\* bâtiment Le Tourville (3ème étage)

5 rue du Professeur Yves Boquien

44 000 NANTES

02 40 08 31 19

Accès : Bus 26 : arrêt Gaston Veil - Tram (ligne 1) : arrêt Médiathèque - Chronobus C3 : arrêt Hôtel Dieu.  
Sur rendez-vous.

### **Centre Médico-Psychologique**

\* **CMP Jules Vernes** (secteurs 2 et 3)

169 A boulevard Jules Verne

44 093 NANTES Cedex 1

02 40 73 18 00

[cmp-julesverne@chu-nantes.fr](mailto:cmp-julesverne@chu-nantes.fr)

Accès : Bus C1 : arrêt Platanes ou Chocolaterie.

\* **CMP Beaumanoir** (secteurs 1, 4 et 5)

16 rue Lamoricière, 1<sup>er</sup> étage

44 093 NANTES Cedex 1

02 51 84 38 84

[denis.vigneau@chu-nantes.fr](mailto:denis.vigneau@chu-nantes.fr)

Accès : Tram (ligne 1) : accès Chantiers Navals – Bus 23 ou 56 : arrêt Lamoricière.

Soins ambulatoires (consultation de psychiatre, psychologue, soins infirmiers).

### **Permanence d'Accès aux Soins de Santé – PASS et PASS Psy**

\* Bâtiment Le Tourville  
1er étage  
5 rue Yves-Boquien  
44093 Nantes Cedex 1  
02 40 08 42 16

La PASS et la PASS Psy permettent une permanence des soins pour les personnes n'ayant pas de couverture sociale, dans l'attente de l'ouverture des droits communs (CMU, AME, carte vitale). Un relais vers le droit commun est ensuite organisé.

### **Planning Familial 44**

\* 4 rue Meuris  
44 100 NANTES  
02 40 20 41 51  
contacts@planningfamilial44.com

Questions sur la contraception, l'I.V.G., la sexualité, les droits, etc.  
Conseils pour suivi gynécologique, choix de contraception, dépistage IST-VIH.

### **Le Triangle – CAARUD L'Acôthé**

\* 44000 NANTES  
02 51 72 06 59  
[caarud.letriangle@oppelia.fr](mailto:caarud.letriangle@oppelia.fr)  
[www.oppelia.fr/le-triangle-nantes](http://www.oppelia.fr/le-triangle-nantes)

Accès : Tram (ligne 1) : arrêt Chantiers Navals.

Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues.  
Accueil collectif convivial pour une pause, un café, internet, le téléphone... Des professionnels avec lesquels s'entretenir, des infirmier(e)s pour des soins ou des conseils, du matériel stérile (liste sur demande), etc.  
Accueil inconditionnel et bas seuil d'exigence, gratuité et anonymat.

### **Le Triangle – CSAPA**

\* 18 rue de Bouillé  
44 000 NANTES  
02 40 48 48 58  
[letriangle@oppelia.fr](mailto:letriangle@oppelia.fr)  
[www.oppelia.fr/le-triangle-nantes](http://www.oppelia.fr/le-triangle-nantes)

Accès : Tram (ligne 2) : arrêts Saint-Mihiel ou Motte-Rouge

Tous les matins = accueil pluriprofessionnel 9h30-12h30.  
Les après-midis = Rendez-vous selon conditions.

Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie. Accueil inconditionnel des personnes ayant des troubles addictifs avec ou sans produits, et de leur entourage.  
Services gratuits.

### **Interprétariat et médiation culturelle**

#### **Association Santé Migrants de Loire Atlantique – ASAMLA Interprétariat et Médiation pour l'Intégration**

\* 49-51 Chaussée de la Madeleine  
44 000 Nantes  
02 40 48 51 99  
[contact@asamla.org](mailto:contact@asamla.org)  
Facebook : <https://www.facebook.com/asamla.fr>

Interprétariat médical et social.

Rendez-vous téléphonique uniquement avec professionnels de santé : 02 40 48 51 99.

Secrétariat ouvert du lundi au vendredi (hors jours fériés) entre 9h et 12h30 et entre 14h et 16h45.

Favoriser l'intégration par l'accès aux droits, aux soins et à l'éducation des populations immigrées.

Faciliter la communication entre les migrants et les professionnels de la santé, du social et de l'éducation, par la traduction linguistique mais aussi par l'éclairage culturel qu'apporte l'interprète en replaçant un symptôme, un comportement dans son contexte culturel et en l'expliquant au professionnel.

### ISM Interprétariat – Interprétariat par téléphone

\* Demander un interprète (si déjà partenaire) : 01 53 26 52 62 / telephone@ism-mail.fr

Pour les professionnels, l'association met à disposition des interprètes par téléphone, en direct 24h/24 et 7j/7, joignables depuis toute la France. Ce service est adapté aux demandes d'interprétariat urgentes ou ponctuelles.

### Cours et ateliers de français, alphabétisation

#### Accoord

\* 02 40 74 02 52

[www.accoord.fr](http://www.accoord.fr)

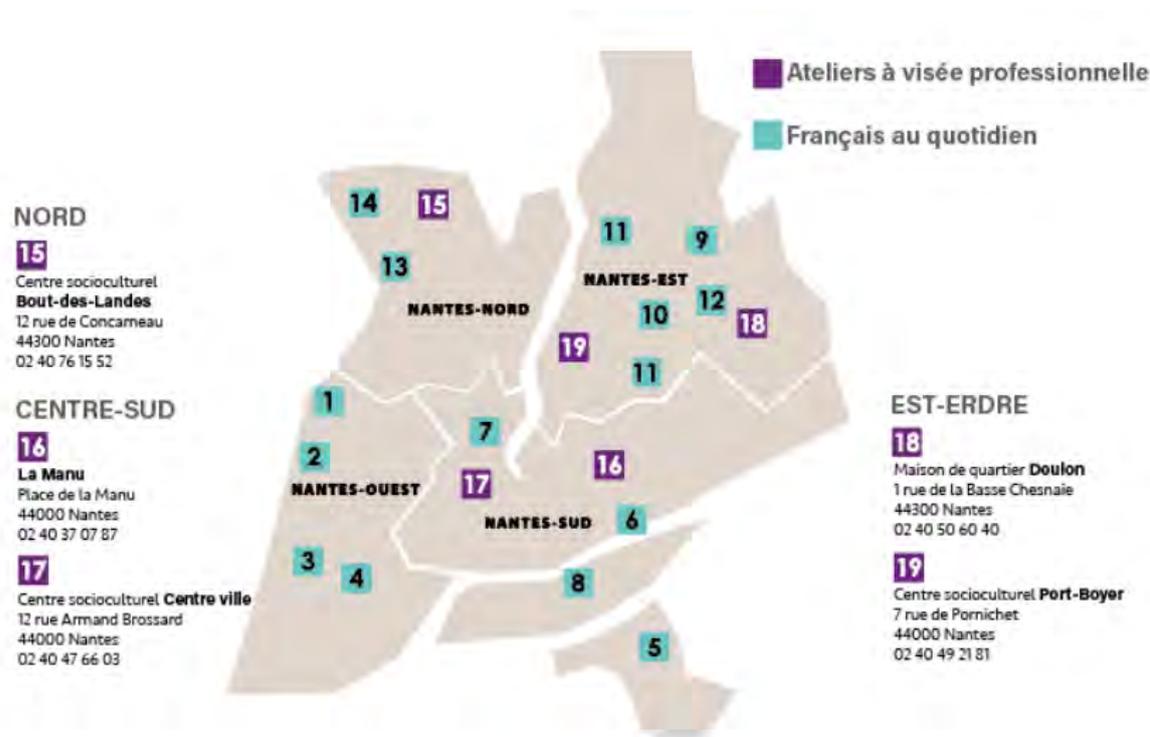
Ateliers de français encadrés par des professionnels dans les équipements socioculturels.

Inscription lors des forums en septembre et janvier. Toute nouvelle personne souhaitant une place se faire enregistrer comme « demandeur » auprès d'un des centres Accoord afin d'être invitée au prochain forum.

Organisés pour accueillir de façon distincte :

- les personnes qui n'ont pas ou peu été scolarisées dans le pays d'origine
- les personnes qui ont bénéficié d'une scolarisation.

Gratuit.



## QUEST

**1**

Maison de quartier **Breil-Malville**  
52 rue du Breil  
44100 Nantes  
02 40 76 08 54

**2**

Maison de quartier **Dervallières**  
5 rue Auguste Renoir  
44100 Nantes  
02 40 46 02 17

**3**

Centre socioculturel **Bellevue**  
25 rue du Jamet  
44100 Nantes  
02 40 46 44 22

**4**

Centre socioculturel **Bourderies**  
2A rue de Saint-Brévin  
44100 Nantes  
02 40 46 41 46

## CENTRE-SUD

**5**

Centre socioculturel **Clos Toreau**  
Maison des Confluences  
4 place du Muguet  
44200 Nantes  
02 40 34 19 27

**6**

Centre socioculturel **Malakoff**  
18bis Boulevard de Berlin  
44000 Nantes  
02 40 47 70 53

**7**

Centre socioculturel  
**Hauts-Pavés Saint-Félix**  
9-11 rue du Trépied  
44000 Nantes  
02 40 35 21 21

**8**

Maison de quartier de l'Île  
2 rue Conan-Mériadec  
44200 Nantes  
02 40 48 61 01

## EST-ERDRE

**9**

Centre socioculturel  
**Halvêque-Beaujoire**  
23 rue Léon Serpollet  
44300 Nantes  
02 40 49 94 10

**10**

Centre socioculturel **Pilotière**  
31 rue des Platanes  
44300 Nantes  
02 40 50 32 44

**11**

Centre socioculturel **Bottière**  
147 route de Sainte-Luce  
44300 Nantes  
02 40 49 74 69

**12**

Centre socioculturel  
**Perray Haluchère**  
1 rue Jules-Grandjouan  
44300 Nantes  
02 40 49 74 69

## NORD

**13**

Centre socioculturel **Boissière**  
9 bis rue Jean-de-la-Bruyère  
44300 Nantes  
02 40 76 96 85

**14**

Centre socioculturel  
**Bout-des-Pavés /  
Chêne-des-Anglais**  
La Mano  
3 rue Eugène Thomas  
44300 Nantes  
02 40 40 19 16

### AMI - Accompagnement Migrants et Intégration

\* 103 rue du Corps de Garde  
44 100 Nantes  
02 40 77 52 63  
ami\_asso@sfr.fr  
<https://asso-ami-nantes.fr/>

Accès : Tram (ligne 1) : arrêt Croix-Bonneau. Marcher 12 minutes jusqu'à l'AMI.

Bus 23 : arrêt Repos de Chasse. Marcher 1 minute jusqu'à l'AMI.

Horaires : Du lundi au vendredi, de 10h à 17h.

Faciliter l'intégration des personnes étrangères par le biais de différentes activités : instruction civique, alphabétisation, cuisine, sport.

Aide dans les démarches administratives concernant les demandes d'asiles et de titres de séjour.

Facilite l'accès à l'emploi quand cela est possible au niveau législatif.

Accompagnement dans le champ de la santé et accompagnement psychologique.

### Amicale Laïque des Marsauderies

\* 1 rue de Koufra (*bâtiment orange*)  
44 300 NANTES  
02 40 50 08 10  
[amicale.laique.marsauderies@wanadoo.fr](mailto:amicale.laique.marsauderies@wanadoo.fr)

Cours de français langue étrangère.

### ANADE – Association Nantaise d'Alphabétisation des Etrangers

\* 42 rue des Hauts Pavés  
44 000 NANTES  
07 61 47 72 65  
[Anade44@free.fr](mailto:Anade44@free.fr)  
<http://www.anade.fr>

Cours d'alphabétisation. Favoriser l'intégration des étrangers dans la vie courante en permettant l'alphabétisation puis l'apprentissage du français par la conversation, la grammaire, la lecture et l'écriture.

### L'Autre Classe

\* Pôle associatif de Mangin-Beaulieu  
12 rue Anatole de Monzie  
44 200 NANTES  
06 73 40 92 11

[lautreclasse44@gmail.com](mailto:lautreclasse44@gmail.com)

Facebook : <https://www.facebook.com/lautreclasse>

Cours de français aux exilé.e.s.

Niveaux : très débutants, intermédiaires, non débutants.

Accueil gratuit sans condition. Sur place au début ou à la fin des cours.

Lieu des cours : pôle associatif de Mangin-Beaulieu, 12 rue Anatole de Monzie (île de Nantes). Tram (lignes 2 et 3) : arrêt Mangin - Busway : arrêt île de Nantes.

(Maison des Citoyens du Monde - 18 rue Lekain, près de la place Graslin. Cours actuellement suspendus en période COVID).

Du lundi au jeudi (horaires susceptibles de varier, soumis aux conditions sanitaires dans les salles municipales).

#### **Babel 44**

\* Pôle Associatif La Palmeraie

19 rue Auguste Renoir

44 100 Nantes

07 87 05 13 94

09 87 74 90 97

[Babel.pm@gmail.com](mailto:Babel.pm@gmail.com)

Accès : Bus C3 : arrêt Jean Ingres - Bus C6 : arrêt St-Laurent - Bus C20 : arrêt Le Nain

L'association est ouverte du lundi au jeudi de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 16h30, le vendredi de 9h00 à 12h00.

Cours de français langue étrangère.

#### **Les Bienveillers 44**

- Maison de quartier de Madeleine Champ de Mars  
22 rue Emile Péhant  
44 000 NANTES  
06 25 05 88 26 ou 07 71 76 33 07  
[bienveillers44@gmail.com](mailto:bienveillers44@gmail.com)

Livraison repas chauds aux personnes exilé.e.s, jeudi, 12h30-14h.

Ecoute psychologique le vendredi, 14h-17h.

Cours de français pour étrangers le jeudi et vendredi matin aux Olivettes et sur l'île de Versailles.

Orientation des exilé.e.s.

Permanence téléphonique et annonce des lieux ouverts actualisés pour les exilés sur notre répondeur au 06 25 05 88 26 (réponse également possible par texto).

#### **Du Monde Dans La Classe**

\* Maison de Quartier de l'île

Rue Conan Meriadec

44 200 NANTES

[dumondedanslaclasse@gmail.com](mailto:dumondedanslaclasse@gmail.com)

Accès : Arrêt de tram (lignes 2 et 3) : Vincent Gâche.

Ecole informelle proposant des cours de français à toutes les personnes migrantes à la Maison du Quartier de l'île de Nantes. Accueil de tous les arrivants et création des ateliers suivant leur niveau.

Cours les lundis, mardis, jeudis et vendredis, de 10h à 12 h, toute l'année, y compris pendant les vacances scolaires.

#### **L'Entraide - Diaconat Protestant de Nantes**

\* 15 bis place Edouard Normand

44 000 NANTES

06 86 89 45 05

[lentraide@diaconat-nantes.org](mailto:lentraide@diaconat-nantes.org)

Facebook : <https://www.facebook.com/entraidenantes>

Accès : Tram (ligne 3) : arrêt Viarme. Locaux situés au centre de la place Edouard Normand, derrière le temple protestant.

Accueil et Accompagnement des personnes en situation de grande précarité et plus particulièrement des personnes migrantes (demandeurs d'asile, déboutés, régularisés, réfugiés...) sans discrimination de croyance, ni de statut. Permanences d'accompagnement social, juridique, administratif et financier sans RDV les lundis et jeudis (10h-12h).

Distribution alimentaire.

Cours de français (inscriptions sans RDV les lundis et jeudis 10h-12h).

Salon de beauté (coiffure et soins esthétiques) solidaire sur RDV au 06 86 89 45 05.

Hébergement.

Aide au retour vers l'emploi.

**Pas de modifications pendant la crise sanitaire.**

## **GASPROM – ASTI de Nantes**

### **Groupe d'Accueil, de Solidarité, de Partage, de Révolte pour l'Ouverture du Monde et des Frontières**

\* 24 rue Fouré

44 000 Nantes

02 40 47 00 22

[gasprom.asti@gmail.com](mailto:gasprom.asti@gmail.com)

Facebook : <https://www.facebook.com/Gasprom-ASTI-de-Nantes-115452379847599>

L'association milite pour des papiers pour tous, accompagne les personnes sans-papiers dans les démarches administratives ou pour faire valoir leurs droits, et propose des cours de français : mardi : 17h30-19h30 (radio) ; mercredi : 18h-19h30 (slam) ; jeudi : 14h-15h30.

**Actuellement, les permanences juridiques sont fermées mais le GASPROM reste joignable par téléphone ou mail.**

Prendre rendez-vous : le lundi : 14h-19h au 02 40 47 00 22 ou au GASPROM.

Renseignements et/ou prendre rendez-vous : le mercredi : 14h30-18h au 02 40 47 00 22

Pour obtenir une réponse écrite : [gasprom.asti@gmail.com](mailto:gasprom.asti@gmail.com)

## **Gref**

\* 14 rue de la Barbinais

44 100 NANTES

[grefnantesfle@gmail.com](mailto:grefnantesfle@gmail.com)

Cours de français pour les demandeurs d'asile.

## **JRS Loire-Atlantique**

\* Maison diocésaine Saint Clair

7 chemin de la Censive du Tertre

44 300 NANTES

06 95 73 94 90

[welcome.44@jrsfrance.org](mailto:welcome.44@jrsfrance.org)

[www.jrsfrance.org/nantes/](http://www.jrsfrance.org/nantes/)

Permanence (hors crise sanitaire) : mardi de 14h à 16h.

**Permanences actuellement fermées. Possibilité de RDV téléphonique uniquement.**

Réseau de familles prêtes à offrir une hospitalité et un hébergement provisoire et gratuit à une personne dont la demande d'asile est en cours de procédure et qui est laissée à la rue.

Chaque demandeur d'asile bénéficie d'un suivi individualisé, assuré par un accompagnateur.

L'antenne JRS Loire-Atlantique s'organise autour des programmes de JRS : *Welcome, Ecole de Français, JRS Jeunes, Intégration, Accompagnement juridique, Plaidoyer.*

**Les ateliers (français, JRS Jeunes, informatique...) sont actuellement réduits, mais certains sont possibles individuellement, sur rendez-vous, ou par WhatsApp.**

## **MRAP NANTES - Mouvement contre le Racisme et pour l'Amitié entre les Peuples**

\* Maison des Associations

11 Rue de Prinquiau

44 100 NANTES

02 40 58 08 09

mrapnantes@hotmail.com

Contact par mail et téléphone.  
Accès : Bus 10, 11 : arrêt Convention.

Permanences juridiques pour l'accueil des migrants.  
Accueil des personnes victimes de racisme ou de discriminations.  
Cours de français langue étrangère.

### Espace TAMO

\* CEMEA Pays de La Loire  
104 rue Saint Jacques  
44 200 NANTES  
07 85 78 93 50  
02 51 86 02 60  
[tamo@cemea-pdll.org](mailto:tamo@cemea-pdll.org)

Accès : Tram (lignes 2 et 3) : arrêt Pirmil.  
4<sup>ème</sup> étage, sonner à l'interphone.

Accueil de Jour pour les jeunes exilé.e.s. de 16 à 25 ans. Aucun justificatif, gratuit.  
Ouvert du lundi au vendredi de 14h à 18h : de 14h à 16h aide aux droits communs ; de 16h à 18h accompagnement à la scolarité.  
Nourriture et kit hygiène. Douche. Accès internet.  
Apprentissage du français, aide et soutien scolaire.  
Permettre la rencontre via l'activité.  
Accéder à des découvertes interculturelles.  
Développer l'autonomie et la prise d'initiative des jeunes par des conseils et groupe de vie de Tamo.  
Atelier bois et vélo disponible pour demandes et besoin spécifiques.  
Langues parlées : français, anglais, arabe, espagnol, portugais.

### Secours Catholique

\* NANTES  
02 40 29 04 26  
[polemigrants440@orange.fr](mailto:polemigrants440@orange.fr) ou [loireatlantique@secours-catholique.org](mailto:loireatlantique@secours-catholique.org)

Cours de français pour les demandeurs d'asile et personnes en situation de précarité.

### Hébergement, logement

#### CCAS – Nantes

\* 1 bis place Saint Similien  
44 000 NANTES  
02 40 99 27 01  
Plateforme : [eservices.nantesmetropole.fr](http://eservices.nantesmetropole.fr)

Accès : Tram (ligne 3) : arrêt Bretagne.

Accueil sur rendez-vous du lundi au vendredi 9h-13h / 14h-17h.  
Aide financière, domiciliation, espace numérique, carte blanche.

#### DAL 44 – Droit au Logement 44

\* 24 rue Fouré  
44000 NANTES  
09 53 23 92 07 ou 06 27 06 86 25 (si urgence)  
[nantes.dal44@laposte.net](mailto:nantes.dal44@laposte.net)

Rendez-vous individuels ou par téléphone ou e-mail.

#### L'ENTR'ACT - Association Aurore

\* 29 rue Indre

44 000 NANTES  
02 51 82 60 99  
lentract@aurore.asso.fr

Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT). Favoriser l'accès aux soins et l'insertion sociale de personnes souffrant de pathologies chroniques somatiques invalidantes et en situation de précarité. Certaines personnes accueillies présentent des difficultés associées : difficultés psychologiques ou conduites addictives stabilisées. Hébergement semi-collectif. Dossier d'admission : dossier médical et social, lettre de motivation. L'absence de titre de séjour et/ou de ressources n'est pas un frein à l'admission.

### JRS Loire-Atlantique

\* Maison diocésaine Saint Clair  
7 chemin de la Censive du Tertre  
44 300 NANTES  
06 95 73 94 90  
[welcome.44@jrsfrance.org](mailto:welcome.44@jrsfrance.org)  
[www.jrsfrance.org/nantes/](http://www.jrsfrance.org/nantes/)

Permanence (hors crise sanitaire) : mardi de 14h à 16h.

**Permanences actuellement fermées. Possibilité de RDV téléphonique uniquement.**

Réseau de familles prêtes à offrir une hospitalité et un hébergement provisoire et gratuit à une personne dont la demande d'asile est en cours de procédure et qui est laissée à la rue.

Chaque demandeur d'asile bénéficie d'un suivi individualisé, assuré par un accompagnateur.

L'antenne JRS Loire-Atlantique s'organise autour des programmes de JRS : *Welcome, Ecole de Français, JRS Jeunes, Intégration, Accompagnement juridique, Plaidoyer.*

**Les ateliers (français, JRS Jeunes, informatique...) sont actuellement réduits, mais certains sont possibles individuellement, sur rendez-vous, ou par WhatsApp.**

### Logis Montjoie 44

\* 214 boulevard Robert Schuman  
44 300 NANTES  
02 40 94 31 33  
<http://www.montjoie.asso.fr>

Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT44), sur dossier médical/social. Personnes seules, en couple, avec ou sans enfants, atteintes de pathologies chroniques somatiques non stabilisées et en situation de précarité.

### Office Français de l'Immigration et de l'Intégration – OFII

\* 93 bis rue de la Commune de 1871  
44 400 REZE  
02 51 72 79 39  
[nantes@ofii.fr](mailto:nantes@ofii.fr)

**Tout demandeur d'asile a droit à un hébergement**, et celle-ci est examinée par l'OFII.

Du Lundi au Vendredi : de 9h à 12h30 de 13h30 à 16h30.

### SIAO 44

**\* appeler le 115**  
Centres d'hébergement d'urgence.

### Saint Benoît Labre

\* La Ville au Blanc  
3 allée du Cap Horn  
44 120 VERTOOU  
02 40 80 02 02  
[association@asbl44.com](mailto:association@asbl44.com)

Lits Halte Soins Santé (LHSS) et Lits d'Accueil Médicalisés (LAM).

## **Accompagnement juridique et administratif, défense des droits et lutte contre les discriminations**

### **La CIMADE – Nantes**

\* 33 rue Fouré  
44 000 NANTES  
02 51 82 75 66

[nantes@lacimade.org](mailto:nantes@lacimade.org)

[permanences.nantes@lacimade.org](mailto:permanences.nantes@lacimade.org) (pour les demandes d'aide liées au séjour et à l'asile)

Facebook : <https://www.facebook.com/cimade.nantes>

La Cimade défend la dignité et les droits des personnes réfugiées et migrantes, quelles que soient leurs origines, leurs opinions politiques ou leurs convictions. Elle a pour but de manifester une solidarité active avec les personnes opprimées et exploitées.

Permanence juridique : accueil sans rendez-vous le jeudi de 14h à 18h.

Permanence téléphonique le lundi de 10h à 12h au 02 51 82 75 66.

### **GASPROM – ASTI de Nantes**

#### **Groupe d'Accueil, de Solidarité, de Partage, de Révolte pour l'Ouverture du Monde et des Frontières**

\* 24 rue Fouré  
44 000 Nantes  
02 40 47 00 22

[gasprom.asti@gmail.com](mailto:gasprom.asti@gmail.com)

Facebook : <https://www.facebook.com/Gasprom-ASTI-de-Nantes-115452379847599>

L'association milite pour des papiers pour tous, accompagne les personnes sans-papiers dans les démarches administratives ou pour faire valoir leurs droits, et propose des cours de français : mardi : 17h30-19h30 (radio) ; mercredi : 18h-19h30 (slam) ; jeudi : 14h-15h30.

**Actuellement, les permanences juridiques sont fermées mais le GASPROM reste joignable par téléphone ou mail.**

Prendre rendez-vous : le lundi : 14h-19h au 02 40 47 00 22 ou au GASPROM.

Renseignements et/ou prendre rendez-vous : le mercredi : 14h30-18h au 02 40 47 00 22

Pour obtenir une réponse écrite : [gasprom.asti@gmail.com](mailto:gasprom.asti@gmail.com)

### **Ligue des Droits de l'Homme – LDH Nantes**

\* 4 place de la Manu  
44 000 NANTES  
02 51 86 22 39

[nantes@ldh-france.org](mailto:nantes@ldh-france.org)

<http://www.ldh-nantes.org/>

Facebook : <https://www.facebook.com/LDH.Nantes/>

Association qui intervient dans tous les domaines concernant la citoyenneté et les droits et libertés, collectifs ou individuels.

Accès aux droits, défense de droits de personnes étrangères, immigrées, réfugiées.

Accueil, information et défense des droits et libertés des étrangers, tous les lundis de 14h à 19h30, Manufacture des Tabacs 1er étage, salle Commission 1.

Information et défense des droits et libertés des personnes, les 2ème et 4ème mercredis de chaque mois de 17h30 à 19h, au local associatif 4, place de la Manu.

### **MRAP NANTES - Mouvement contre le Racisme et pour l'Amitié entre les Peuples**

\* Maison des Associations  
11 Rue de Prinquiau  
44 100 NANTES  
02 40 58 08 09  
[mrappnantes@hotmail.com](mailto:mrappnantes@hotmail.com)

Contact par mail et téléphone.

Accès : Bus 10, 11 : arrêt Convention.

Permanences juridiques pour l'accueil des migrants.

Accueil des personnes victimes de racisme ou de discriminations.

Cours de français langue étrangère.

### **NOSIG – Centre LGBTQI+ de Nantes**

\* 3 rue Dugast Matifeux  
44 000 NANTES  
02 40 37 96 37  
[contact@nosig.fr](mailto:contact@nosig.fr)  
<http://www.nosig.fr/>

Ouvert au public du mardi au vendredi de 14h à 18h et le samedi de 10h à 13h.

Chaque 3<sup>ème</sup> lundi de 14h à 16h, permanence de conseils juridiques.

Accueil, information, soutien des personnes LGBTQI+.

Aide aux demandeurs d'asile au titre de persécutions LGBTQI-phobes subies dans leurs pays d'origine, autour des démarches administratives (écriture de récit de vie, préparation aux entretiens, etc.).

### **La Pastorale des Migrants**

\* Maison diocésaine Saint Clair  
7 chemin de la Censive du Tertre 44300 Nantes  
06 21 13 33 89  
[pastorale.migrants@nantes.ccf.fr](mailto:pastorale.migrants@nantes.ccf.fr)  
<https://diocese44.fr/les-services-pastoraux/pastorale-des-migrants/>

Accueil et accompagnement social et juridique.

Permanence téléphonique les lundi, mardi et jeudi.

Permanence d'accueil le mardi matin de 9h à 12h.

### **Repas, vêtements, produits d'hygiène**

#### **L'Autre Cantine**

\* Local : 18 rue de Cornulier (quartier gare Sud)  
44 000 NANTES  
[lautre.cantine.nantes@gmail.com](mailto:lautre.cantine.nantes@gmail.com)  
Facebook : <https://www.facebook.com/lautrecaintinenantes>

Préparation et distribution de repas et de vêtements et produits d'hygiène.

Accueil de jour du mercredi au dimanche entre 13 et 17 h au local.

Accès au free shop les samedis de 14h à 17h (vêtements, produits d'hygiène, literie, etc.) au local.

Distribution de repas place Talensac 7 jours sur 7 à 19 h.

#### **Association Tinhi Kmou / TK**

\* Local : 43 Boulevard Gustave Roch  
44 200 NANTES  
07 71 72 15 89  
02 55 54 39 41  
[tinhi.kmou@gmail.com](mailto:tinhi.kmou@gmail.com)  
Facebook : <https://www.facebook.com/tinhiKmou44>

Association folklorique qui lutte contre le gaspillage.

Distributions gratuites de paniers alimentaires (dans les limites des produits invendus récupérés chez les partenaires) : du lundi au vendredi de 17h30 à 18h30 et le samedi de 15h00 à 16h00.

Se présenter avec un sac cabas et un sac isotherme.

#### **Un brin de causette**

\* 1 bis rue Sarrazin  
44 000 NANTES  
02 40 20 31 79 / 06 71 05 80 15  
<https://www.unbrindecausette.fr/>

Accès : près de la place Viarme. Tram (ligne 3) : arrêt Jean Jaurès. Tram (ligne 2) : arrêt 50 Otages. Bus 12 et Chronobus C2 : arrêt Talensac.

Petits déjeuners et accueil du mercredi au samedi 7h-11h.

### **Bus du Cœur – Les Restos du Cœur**

Distribution alimentaire.

Accès : Tram (lignes 2 et 3) : arrêt Pirmil. Du lundi au vendredi : 20h15-21h15.

Accès : Tram (ligne 2) : arrêt Talensac. Du lundi au vendredi : 21h30-22h30.

### **Croix Rouge**

\* 10 rue d'Athènes

44 300 NANTES

02 40 74 66 82

[ul.nantes@croix-rouge.fr](mailto:ul.nantes@croix-rouge.fr)

Tous les samedis. Camion de la Croix Rouge : Distribution d'un repas chaud et de boissons. Selon le stock et le degré d'urgence des besoins, fournissent également des produits de 1ère nécessité tels que duvet/couverture, produits d'hygiène et vêtements.

**Horaires actuellement modifiés : Quai Baco (au niveau de la gare routière) : 19h-19h45 puis place Talensac 20h-21h.**

### **Espace Agnès Varda**

\* 16 rue Pierre Landais

44 200 NANTES

02 40 41 53 00

Accès : Busway 5 : arrêt Gare de l'Etat – Tram ligne 1 : arrêt Chantiers Navals.

**Accueil de jour. Du lundi au samedi, 8h30-16h.**

Pause café, douche, laverie, **paniers repas avec carte du CCAS**, charge de téléphone portable.

Présence de travailleurs sociaux.

Sur orientation sociale auprès du CCAS au 02 40 41 90 00.

### **Secours Populaire Français**

\* 16 rue du Maine

44 000 NANTES

02 40 74 48 41

[contact@spf44.org](mailto:contact@spf44.org)

Accès : Tram (ligne 3) : arrêt Poitou.

Distribution alimentaire sur inscription.

Du lundi au vendredi : 9h30-11h30 / 13h30-16h30.

## **Hygiène**

### **Espace Agnès Varda**

\* 16 rue Pierre Landais

44 200 NANTES

02 40 41 53 00

Accès : Busway 5 : arrêt Gare de l'Etat – Tram ligne 1 : arrêt Chantiers Navals.

**Accueil de jour. Du lundi au samedi, 8h30-16h.**

Pause café, douche, laverie, **paniers repas avec carte du CCAS**, charge de téléphone portable.

Présence de travailleurs sociaux.

Sur orientation sociale auprès du CCAS au 02 40 41 90 00.

### **Etmadouche**

\* [etmadouche@gmail.com](mailto:etmadouche@gmail.com)

<http://etmadouche.simplesite.com/>

Marade le lundi, le mardi et le jeudi à partir de 19h00.

Camping-car aménagé en douche itinérante.

## Bagagerie

### **La Halle aux Bagages – Association Saint Benoît Labre**

14 rue Fouré  
44 000 Nantes  
06 81 67 79 14

Accès : Tram (ligne 1) : arrêt Duchesse Anne – Tram (lignes 2 et 3) : arrêt Aimé Delrue. Busway : arrêt Cité des congrès - Chronobus C3 : arrêt Monteil.

Service gratuit (coffre-fort numérique, ordinateur). Caution de 5 euros demandée pendant la durée d'utilisation. Après 3 mois sans contact, les affaires sont retirées du stockage.

## Accueil de Jour

### **L'Abri des Familles**

\* Locaux : 12 Boulevard Gustave Roch  
44 000 NANTES  
06 35 19 44 42  
[abridesfamilles44@gmail.com](mailto:abridesfamilles44@gmail.com)

Accès : Tram (lignes 2 et 3) : arrêt Vincent Gâche.

Lieu d'accueil de jour destiné aux familles : parent(s) avec au moins un enfant mineur, en situation de migration (aucune condition de statut requise). Salle de jeux, salle de repos et cuisine à disposition.

L'Abri peut recevoir 25 personnes (hors contexte de crise sanitaire ; **actuellement, accueil réduit à 15 personnes**). **Ouvert actuellement le mardi, le mercredi et le jeudi de 9h30 à 16h00. Ouverture le vendredi à partir de fin janvier 2021.**

Modalités d'admission : **Sans rendez-vous, sur orientation** : accueil en journée inscrit dans un dispositif d'accompagnement des familles, en partenariat avec le réseau institutionnel et associatif. Salle de jeux, salle de repos et cuisine à disposition.

Pour orienter une famille à l'Abri, contacter Mme Laetitia Rérolle, coordinatrice de l'Abri des familles, par téléphone ou par mail (ci-dessus).

Les familles peuvent aussi se présenter d'elles-mêmes, et seront orientées sur les dispositifs d'accompagnement en fonction de leurs besoins.

*L'Abri se réserve la possibilité de modifier les modalités d'admission, en fonction du nombre de personnes qui se présenteront.*

### **L'Accueil de Jour des Familles de la ville de Nantes**

**Ouverture à venir.**

### **Accueil de Jour pour femmes – les Restos du Cœur**

\* 2 bis boulevard Boulay Paty  
44 100 NANTES  
02 51 70 02 30  
[ad44.accueildejour@restosducoeur.org](mailto:ad44.accueildejour@restosducoeur.org)

Accès : Tram (ligne 3) : arrêt Rond Point de Vannes. Bus 10 : arrêt Boulay Paty.

Lundi, mardi, jeudi, vendredi, 10h-13h.

Déjeuner, linge, douche... Educatrice spécialisée à temps plein. Psychologue clinicienne 3 heures par semaines.

### **Espace Agnès Varda**

\* 16 rue Pierre Landais  
44 200 NANTES  
02 40 41 53 00

Accès : Busway 5 : arrêt Gare de l'Etat – Tram ligne 1 : arrêt Chantiers Navals.

Accueil de jour. Du lundi au samedi, 8h30-16h.

Pause café, douche, laverie, **paniers repas avec carte du CCAS**, charge de téléphone portable.

Présence de travailleurs sociaux.

Sur orientation sociale auprès du CCAS au 02 40 41 90 00.

### Un brin de caouette

\* 1 bis rue Sarrazin

44 000 NANTES

02 40 20 31 79 / 06 71 05 80 15

<https://www.unbrindecaouette.fr/>

Accès : près de la place Viarme. Tram (ligne 3) : arrêt Jean Jaurès. Tram (ligne 2) : arrêt 50 Otages. Bus 12 et Chronobus C2 : arrêt Talensac.

Petits déjeuners et accueil du mercredi au samedi 7h-11h.

### Espace TAMO

\* CEMEA Pays de La Loire

104 rue Saint Jacques

44 200 NANTES

07 85 78 93 50

02 51 86 02 60

[tamo@cemea-pdll.org](mailto:tamo@cemea-pdll.org)

Accès : Tram (lignes 2 et 3) : arrêt Pirmil.

4<sup>ème</sup> étage, sonner à l'interphone.

Accueil de Jour pour les jeunes exilé.e.s. de 16 à 25 ans. Aucun justificatif, gratuit.

Ouvert du lundi au vendredi de 14h à 18h : de 14h à 16h aide aux droits communs ; de 16h à 18h accompagnement à la scolarité.

Nourriture et kit hygiène. Douche. Accès internet.

Apprentissage du français, aide et soutien scolaire.

Permettre la rencontre via l'activité.

Accéder à des découvertes interculturelles.

Développer l'autonomie et la prise d'initiative des jeunes par des conseils et groupe de vie de Tamo.

Atelier bois et vélo disponible pour demandes et besoin spécifiques.

Langues parlées : français, anglais, arabe, espagnol, portugais.

### La Fraternité - Association Les Oeuvres Sociales de la Fraternité

\* 3 rue Amiral Du Chaffault

44 100 NANTES

02 72 74 90 24

[lafraternite44@gmail.com](mailto:lafraternite44@gmail.com)

Accueil et dons tous les jours toute la journée.

Ouverture des magasins VêtiFrat et Bric à Brac : du lundi au vendredi de 14 h à 17 h 30 et les 1er et 3ème samedis du mois de 10 h à 12 h.

Le Rendez-vous de l'Amiral est ouvert les mardis, mercredis et jeudis de 14 h à 16 h 30.

Aider les habitants de Nantes à surmonter les difficultés et combattre les injustices par des actions diverses : alphabétisation, accompagnement scolaire, foyer d'hébergement hommes, animations, et convivialité.

Aide administrative.

### Le Logis Saint Jean

\* 11 rue Chapeau Rouge

44 000 NANTES

02 49 44 36 91

[logissaintjean@gmail.com](mailto:logissaintjean@gmail.com)

<http://lelogissaintjean.fr/>

Accès : bus C1/C3/23/26/54 : arrêt Saint Nicolas. Tram (lignes 1, 2 et 3) : arrêt Commerce.

Accueil de jour pour hommes demandeurs d'asile et déboutés du droit d'asile.

=> **Modalités d'accueil hors crise sanitaire** : du lundi au vendredi, de 13h à 16h. Activités : collation (thé, café, chocolat, brioche, pain, confiture, etc.), ordinateurs (wifi), salle de détente (babyfoot, ping-pong, TV,...) et soutien administratif pour les accueillis qui le souhaitent.

=> **Actuellement** : Distribution de colis alimentaires, lundi et vendredi, 13h-15h.

### **Maison Accueil de Jour Anef-Ferrer**

\* 2 rue Francisco Ferrer  
44 000 NANTES  
02 40 29 21 00

Accès : Tram (ligne 1) : arrêt Moutonnerie.

Lundi, mardi, jeudi, vendredi, 9h30-12h.

Accueil de jour, s'inscrivant dans le dispositif de Veille Sociale, et orientation des personnes.

### **La R'SSOURCE**

\* 124 boulevard Dalby  
44 000 NANTES  
06 43 11 04 27  
mnovert@solidarite-estuaire.fr

Accès : arrêt de tram Moutonnerie (ligne 1).

Accueil de jour pour jeunes de 16 à 25 ans sans hébergement stable et à risque d'installation dans l'errance, quel que soit leur statut. Présence de travailleurs sociaux pour les démarches ; jeux de société, collation, coin repos.

Sans rendez-vous. **Lundi et mardi 14h-16h30 ; jeudi 10-12h30. Nombre de jeunes accueillis restreint actuellement.**

### **Vétérinaire**

#### **Babines de l'Espoir**

\* 06 45 86 72 80  
[lesbabines44@gmail.com](mailto:lesbabines44@gmail.com)

Parking square Daviais : vendredi de 14h à 15h30.

Distribution de nourriture animale et aide vétérinaire.

Action d'aide éducation canine et aide sur l'administratif lié à l'animal.

### **Hommes**

#### **Le Logis Saint Jean**

\* 11 rue Chapeau Rouge  
44 000 NANTES  
02 49 44 36 91  
[logissaintjean@gmail.com](mailto:logissaintjean@gmail.com)  
<http://lelogissaintjean.fr/>

Accès : bus C1/C3/23/26/54 : arrêt Saint Nicolas. Tram (lignes 1, 2 et 3) : arrêt Commerce.

Accueil de jour pour hommes demandeurs d'asile et déboutés du droit d'asile.

=> **Modalités d'accueil hors crise sanitaire** : du lundi au vendredi, de 13h à 16h. Activités : collation (thé, café, chocolat, brioche, pain, confiture, etc.), ordinateurs (wifi), salle de détente (babyfoot, ping-pong, TV,...) et soutien administratif pour les accueillis qui le souhaitent.

=> **Actuellement** : Distribution de colis alimentaires, lundi et vendredi, 13h-15h.

### **Femmes**

#### **L'Abri des Familles**

\* Locaux : 12 Boulevard Gustave Roch  
44 000 NANTES  
06 35 19 44 42  
[abridesfamilles44@gmail.com](mailto:abridesfamilles44@gmail.com)

Accès : Tram (lignes 2 et 3) : arrêt Vincent Gâche.

Lieu d'accueil de jour destiné aux familles : parent(s) avec au moins un enfant mineur, en situation de migration (aucune condition de statut requise). Salle de jeux, salle de repos et cuisine à disposition.

L'Abri peut recevoir 25 personnes (hors contexte de crise sanitaire ; **actuellement, accueil réduit à 15 personnes**). **Ouvert actuellement le mardi, le mercredi et le jeudi de 9h30 à 16h00. Ouverture le vendredi à partir de fin janvier 2021.**

Modalités d'admission : **Sans rendez-vous, sur orientation** : accueil en journée inscrit dans un dispositif d'accompagnement des familles, en partenariat avec le réseau institutionnel et associatif. Salle de jeux, salle de repos et cuisine à disposition.

Pour orienter une famille à l'Abri, contacter Mme Laetitia Rérolle, coordinatrice de l'Abri des familles, par téléphone ou par mail (ci-dessus).

Les familles peuvent aussi se présenter d'elles-mêmes, et seront orientées sur les dispositifs d'accompagnement en fonction de leurs besoins.

*L'Abri se réserve la possibilité de modifier les modalités d'admission, en fonction du nombre de personnes qui se présenteront.*

### Accueil de Jour pour femmes – les Restos du Cœur

\* 2 bis boulevard Boulay Paty  
44 100 NANTES  
02 51 70 02 30  
ad44.accueildejour@restosducoeur.org

Accès : Tram (ligne 3) : arrêt Rond Point de Vannes. Bus 10 : arrêt Boulay Paty.

Lundi, mardi, jeudi, vendredi, 10h-13h.

Déjeuner, linge, douche... Educatrice spécialisée à temps plein. Psychologue clinicienne 3 heures par semaines.

### Citad'elles

\* 8 boulevard Vincent Gâche  
44 000 NANTES  
02 40 41 51 51  
[contact@nantescitadelles.fr](mailto:contact@nantescitadelles.fr)  
<https://www.nantescitadelles.fr>

Accès : Chronobus ligne C5 : arrêt Fonderies – Busway ligne 4 : arrêt Tripode – Tram lignes 2 et 3 : arrêt Vincent Gâche.

Ouvert 7j/7 et 24h/24.

Lieu d'accueil pour les femmes victimes de violences (verbales, psychologiques, physiques, sexuelles, économiques et administratives) et pour les enfants co-victimes.

### Solidarité Femmes Loire-Atlantique

\* 23 rue Jeanne d'Arc  
44 000 NANTES  
02 40 12 12 40  
contact@solidaritesfemmes-la.fr

Ecoute, accueil, accompagnement et mise en sécurité des femmes victimes de violences conjugales et/ou familiales.

### LGBTQI+

#### NOSIG – Centre LGBTQI+ de Nantes

\* 3 rue Dugast Matifeux  
44 000 NANTES  
02 40 37 96 37

[contact@nosig.fr](mailto:contact@nosig.fr)  
<http://www.nosig.fr/>

Ouvert au public du mardi au vendredi de 14h à 18h et le samedi de 10h à 13h.

Chaque 3<sup>ème</sup> lundi de 14h à 16h, permanence de conseils juridiques.

Accueil, information, soutien des personnes LGBTQI+.

Aide aux demandeurs d'asile au titre de persécutions LGBTQI-phobes subies dans leurs pays d'origine, autour des démarches administratives (écriture de récit de vie, préparation aux entretiens, etc.).

## **Familles**

### **L'Abri des Familles**

\* Locaux : 12 Boulevard Gustave Roch

44 000 NANTES

06 35 19 44 42

[abridesfamilles44@gmail.com](mailto:abridesfamilles44@gmail.com)

Accès : Tram (lignes 2 et 3) : arrêt Vincent Gâche.

Lieu d'accueil de jour destiné aux familles : parent(s) avec au moins un enfant mineur, en situation de migration (aucune condition de statut requise). Salle de jeux, salle de repos et cuisine à disposition.

L'Abri peut recevoir 25 personnes (hors contexte de crise sanitaire ; **actuellement, accueil réduit à 15 personnes**).

**Ouvert actuellement le mardi, le mercredi et le jeudi de 9h30 à 16h00. Ouverture le vendredi à partir de fin janvier 2021.**

Modalités d'admission : **Sans rendez-vous, sur orientation** : accueil en journée inscrit dans un dispositif d'accompagnement des familles, en partenariat avec le réseau institutionnel et associatif. Salle de jeux, salle de repos et cuisine à disposition.

Pour orienter une famille à l'Abri, contacter Mme Laetitia Rérolle, coordinatrice de l'Abri des familles, par téléphone ou par mail (ci-dessus).

Les familles peuvent aussi se présenter d'elles-mêmes, et seront orientées sur les dispositifs d'accompagnement en fonction de leurs besoins.

*L'Abri se réserve la possibilité de modifier les modalités d'admission, en fonction du nombre de personnes qui se présenteront.*

### **L'Accueil de Jour des Familles de la ville de Nantes**

**Ouverture à venir.**

### **AFEP – Accueil des Familles Etrangères**

\* 14 rue Fouré

44 000 NANTES

02 28 00 04 88

Accès : Tram (lignes 2 et 3) : arrêt Hôtel Dieu.

Du lundi au vendredi, sur rendez-vous.

Accueil, écoute, accompagnement social, soutien administratif familles (femmes enceintes, ou avec enfants à charge) en situation de précarité hors demandeurs d'asile.

*L'AFEP n'accompagne pas les familles dans les démarches suivantes :*

- *Accès aux dispositifs d'hébergement d'urgence (les familles doivent contacter elles-mêmes le 115),*
- *Démarches juridiques liées au séjour (les familles doivent s'adresser directement aux associations concernées).*

## **Jeunes**

### **AEMINA – Saint Benoît Labre**

\* 21 boulevard des Martyrs Nantais de la Résistance

44 100 NANTES

02 40 80 02 02 (Saint Benoît Labre)

Accès : Tram (lignes 2 et 3) : arrêt Wattignies.

Lundi, vendredi : 9h-12h30 et 14h-17h / Mardi, mercredi, jeudi : 9h-12h30.  
Service d'évaluation de la minorité et de la situation d'isolement des mineurs non accompagnés.  
Délégation du conseil départemental – association Saint Benoît Labre.

### **CAP Jeunes – Adelis**

\* 23 rue Louis Joxe  
44 200 NANTES  
02 40 12 24 12  
[capjeunes@adelis.asso.fr](mailto:capjeunes@adelis.asso.fr)

Accès : Tram (lignes 2 et 3) : arrêt Vincent Gâche. Chronobus C5 : arrêt Fonderies.

Cap Jeunes est un service socio-éducatif et d'insertion dédié aux jeunes de 16 à 25 ans, notamment ceux fragilisés dans leur parcours de vie. 3 grandes missions : accueillir, accompagner, héberger.

L'accueil social y est inconditionnel, sans RDV et gratuit. L'accompagnement social est global et personnalisé. Inclusion par le logement, médiation numérique (espace numérique avec médiateur, accès libre et gratuit), remobilisation et les actions collectives, Médiation sociale et partenariale.

**Horaires Covid : les Permanences d'accueil social sans rdv ainsi que l'Espace de Médiation Numérique réouvrent en demi-journées selon les horaires suivants : lundi, mardi, mercredi et vendredi : 10h-13h. Jeudi : 14h-17h.**

### **Espace TAMO**

\* CEMEA Pays de La Loire  
104 rue Saint Jacques  
44 200 NANTES  
07 85 78 93 50  
02 51 86 02 60  
[tamo@cemea-pdll.org](mailto:tamo@cemea-pdll.org)

Accès : Tram (lignes 2 et 3) : arrêt Pirmil.  
4<sup>ème</sup> étage, sonner à l'interphone.

Accueil de Jour pour les jeunes exilé.e.s. de 16 à 25 ans. Aucun justificatif, gratuit.  
Ouvert du lundi au vendredi de 14h à 18h : de 14h à 16h aide aux droits communs ; de 16h à 18h accompagnement à la scolarité.  
Nourriture et kit hygiène. Douche. Accès internet.  
Apprentissage du français, aide et soutien scolaire.  
Permettre la rencontre via l'activité.  
Accéder à des découvertes interculturelles.  
Développer l'autonomie et la prise d'initiative des jeunes par des conseils et groupe de vie de Tamo.  
Atelier bois et vélo disponible pour demandes et besoin spécifiques.  
Langues parlées : français, anglais, arabe, espagnol, portugais.

### **Médecins du Monde – Mineurs Non Accompagnés**

Les mineurs étrangers non accompagnés peuvent joindre le 06 99 89 09 76 et le 07 51 22 96 23 (n° Lyca).  
**Accueil physique fermé.**

### **La R'SSOURCE**

\* 124 boulevard Dalby  
44 000 NANTES  
06 43 11 04 27  
[mnovert@solidarite-estuaire.fr](mailto:mnovert@solidarite-estuaire.fr)

Accès : arrêt de tram Moutonnerie (ligne 1).

Accueil de jour pour jeunes de 16 à 25 ans sans hébergement stable et à risque d'installation dans l'errance, quel que soit leur statut. Présence de travailleurs sociaux pour les démarches ; jeux de société, collation, coin repos.  
Sans rendez-vous. **Lundi et mardi 14h-16h30 ; jeudi 10-12h30. Nombre de jeunes accueillis restreint actuellement.**

### **Travailleur.ses du sexe**

## Paloma

\* Local : 33 rue Fouré  
44 000 NANTES  
09 54 40 97 43  
06 63 52 56 63  
[contact@paloma-asso.org](mailto:contact@paloma-asso.org)  
<https://www.paloma-asso.org/>

Facebook : <https://www.facebook.com/assopalomanantes>

Programme de réduction des risques, accès aux droits et aux soins auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés à Nantes.

=> **Hors crise sanitaire** : Accueil de 9h à 18h sans RDV du mardi au vendredi.

En dehors des permanences d'accueil sans RDV, permanence téléphonique tous les jours de 9h à 18h au 09 54 40 97 43 | 06 63 52 56 63.

Tournées les jeudis et vendredis de 22h à 3h du matin pour faire de la réduction des risques auprès des travailleurs.sex du sexe de rue.

=> **Pendant la crise sanitaire** : Accueil sur rdv (prise de rdv par téléphone ou mail) du mardi au vendredi de 9h à 18h.

## Mouvement du NID, Loire Atlantique

\* 8 rue Arsène Leloup  
44 000 NANTES  
06 32 57 66 41

Accès : Tram (ligne 1) : arrêt Chantiers Navals.

Permanence pour les victimes de prostitution, le mardi 15h-18h.

Ecoute téléphonique déléguée : 06 32 57 66 41.

## NOSIG – Centre LGBTQI+ de Nantes

\* 3 rue Dugast Matifeux  
44 000 NANTES  
02 40 37 96 37  
[contact@nosig.fr](mailto:contact@nosig.fr)  
<http://www.nosig.fr/>

Ouvert au public du mardi au vendredi de 14h à 18h et le samedi de 10h à 13h.

Chaque 3<sup>ème</sup> lundi de 14h à 16h, permanence de conseils juridiques.

Accueil, information, soutien des personnes LGBTQI+.

Aide aux demandeurs d'asile au titre de persécutions LGBTQI-phobes subies dans leurs pays d'origine, autour des démarches administratives (écriture de récit de vie, préparation aux entretiens, etc.).

## Migrants d'Europe de l'Est

### Les Forges Médiation

\* 68, rue de la Haluchère  
44 300 NANTES  
09 72 31 44 09  
[contact@lesforgesmediation.fr](mailto:contact@lesforgesmediation.fr)

Missions de médiation dans le champ des politiques publiques (du logement, de la santé, du social...) au profit des personnes en situation de précarité et/ou de vulnérabilité, notamment celles issues de la communauté des gens du voyage.

Travaille aussi avec le public "Migrants d'Europe de l'Est" sur la thématique de la santé : faciliter l'accès aux soins aux patients.

### Permanence Chaptal (association Saint Benoît Labre)

\* Association Saint Benoît Labre

La Ville au Blanc  
3 allée du Cap Horn  
44 120 VERTOOU  
02 40 80 02 02

La Permanence Chaptal fait partie du dispositif MEE (Migrants d'Europe de l'Est).

Il s'agit d'un service d'accueil, d'orientation et d'accompagnement.

Permanence d'accompagnement et d'accès au droit commun des familles de nationalité roumaine et bulgare vivant en bidonvilles (scolarisation des enfants, aide dans les démarches administratives, droit à la protection sociale, orientation vers les dispositifs logement et hébergement de droit commun, etc.).

## Recherche de proches disparus

### Croix Rouge

\* <https://www.croix-rouge.fr/Nos-actions/Action-sociale/Retablissement-des-liens-familiaux/Vous-recherchez-un-membre-de-votre-famille>

Il est possible, quel que soit le statut de la personne (réfugié, demandeur d'asile, de nationalité française ou étrangère, personne en situation irrégulière au regard du droit français ...), de contacter la Croix Rouge pour **rechercher un membre de la famille suite à une séparation involontaire et brutale** : conflits armés, catastrophes, crises humanitaires, migration...

Une personne en France qui recherche un membre de sa famille à l'étranger peut contacter le service RLF de la Croix-Rouge française.

## Où se maintenir informé des initiatives ?

- ⇒ [Soliguide.fr](http://Soliguide.fr)
- ⇒ Nantes Métropole : Guide Urgence Sociale :  
<https://metropole.nantes.fr/services/egalite-solidarite-sante>
- ⇒ Renseignements apprentissage du français :  
<https://www.nantes.fr/files/PDF/Guides-pratiques/Accueil%20r%C3%A9sidents%20C3%A9trangers/Apprentissage%20français.pdf>
- ⇒ <https://solidairesaveclesmigrantsdenantes.fr/agir/>

NOM : SAVIGNY

PRENOM : Aurore

**Titre de Thèse : Spécificités dans la prise en charge des patients migrants en psychiatrie : analyse et propositions à partir du vécu, des pratiques et des besoins des psychiatres à Nantes.**

---

## RESUME

Les psychiatres sont amenés à rencontrer de plus en plus de patients migrants. Ceux-ci présentent, selon la littérature, un risque accru de troubles psychiques comparativement à la population générale. Le terme « migrant » regroupe en réalité des situations et des statuts très hétérogènes. Chaque sujet se caractérise par une singularité et une histoire propres. On repère néanmoins des spécificités dans la prise en charge des personnes migrantes intéressant plusieurs dimensions. La précarité fréquente de ces patients, l'allophonie et le recours à l'interprétariat, l'intrication avec les demandes administratives en font partie. Les spécificités peuvent également se rencontrer dans la clinique, en lien notamment avec la dimension transculturelle et la fréquence élevée de symptômes post-traumatiques. Ces questions ne sont pas sans incidence sur le vécu des psychiatres et la qualité globale des soins, comme le rapporte la littérature. Au cours de mon internat, j'ai été confrontée à ces questions, mais nous ne disposons pas de données sur ce sujet à Nantes.

Dans ce contexte, nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle descriptive et transversale, multicentrique, par auto-questionnaire en ligne. L'objectif principal de l'étude était d'établir un état des lieux de la pratique, du vécu et des besoins des psychiatres concernant la prise en charge des patients migrants. L'étude s'adressait à tout médecin exerçant en psychiatrie adulte et exerçant en métropole nantaise, dès l'internat, hospitalier ou libéral. 55 psychiatres ont participé à notre enquête.

Les résultats ont mis en évidence un vécu d'impuissance, d'isolement et d'instrumentalisation, et des obstacles dans le soin pour les psychiatres, liés à une méconnaissance des spécificités de la prise en charge et du réseau accompagnant les personnes migrantes. Ces problématiques ont été explorées dans la littérature internationale et française. Des besoins ont été exprimés : ils concernaient notamment la formation, les échanges entre professionnels et intervenants, le réseau.

Ces résultats permettent de dégager des axes d'amélioration à Nantes en réponse aux besoins cités. Nous avons choisi de proposer un guide du réseau des associations et dispositifs accompagnant les migrants à Nantes, afin d'aider les psychiatres dans l'orientation de leurs patients. Par ailleurs, d'autres travaux plus ciblés seraient utiles pour approfondir les différentes dimensions explorées.

---

## MOTS-CLES

**Psychiatrie ; Migrants ; Spécificités ; Prise en charge ; Nantes ; Besoins ; Vécu ; Pratique ; Psychiatres.**