



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**La formation à la psychiatrie transculturelle pour les internes de France
et d'Europe : état des lieux et recherche qualitative**

Présentée et soutenue publiquement le 15 septembre 2017 à 18h
au Pôle Formation
Par Séverine MACHEN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Monsieur le Maître de conférence Ali AMAD

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Mathilde LABEY

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à l'auteur

Table des matières :

Résumé :.....	1
Introduction :	2
1 La formation pour les internes de France et d'Europe	5
1.1 De Kraepelin à aujourd'hui : Historique des concepts	5
1.2 Les axes de formation	11
2 Etat des lieux en France et en Europe	16
2.1 Recueil d'informations	16
2.1.1 Objectif.....	16
2.1.2 Formation pour les internes de France.....	16
2.1.3 Formation pour les internes d'Europe	21
2.2 Revue critique de la littérature contemporaine.....	23
2.2.1 Matériel et méthode	23
2.2.2 Résultats.....	24
2.3 Limites et conclusion de l'état des lieux	36
3 Recherche qualitative : Vécu autour de la formation à la psychiatrie transculturelle durant l'internat à Lille	38
3.1 Grands concepts de la recherche qualitative	38
3.2 Objectif	40
3.3 Matériel	41
3.4 Méthode	43
3.5 Résultats	45
3.5.1 L'expérience comme support à la prise de conscience de l'existence de la transculturalité	46
3.5.2 Une démarche active	51
3.5.3 L'absence de nuances	56
3.6 Discussion de la recherche qualitative.....	60
3.6.1 La réflexivité.....	60
3.6.2 Entre fascination pour l'exotisme et rejet.....	61
3.6.3 Le contre transfert culturel	63
3.6.4 Migration et transculturalité	67
4 Discussion générale.....	70
Conclusion	75
Bibliographie	77
Annexes	82
Annexe 1 : Guide de formulation culturelle.....	83

Annexe 2 : MINI	86
Annexe 3 : Questionnaire pour les internes de France.....	88
Annexe 4 : Questionnaire pour les internes Européens	89
Annexe 5 : Grille thématique initiale.....	90
Annexe 6 : Grille thématique finale	91

Résumé :

Contexte : Il a été établi que ne pas prendre en compte la culture dans les prises en charge en psychiatrie était à risque d'erreurs diagnostiques et thérapeutiques. Cependant il existe encore des situations où les psychiatres se retrouvent en difficultés, n'ayant pas les notions élémentaires de psychiatrie transculturelle.

Objectif : L'objet de ce travail est double, il s'agit de faire un état des lieux des différents enseignements de psychiatrie transculturelle existant pour les internes de France et d'Europe et d'investiguer l'expérience vécue auprès d'internes ou anciens internes s'étant formés à Lille.

Méthode : Pour ce faire nous avons réalisés un état des lieux des formations existantes en France et en Europe à partir d'un questionnaire que nous avons envoyés aux internes référents de chaque ville française et chaque pays européen référencé sur le site de l'EFPT. Nous avons également contactés différents spécialistes de la discipline. Puis nous nous sommes interrogés sur l'expérience vécue des internes s'étant formés à Lille. Nous avons alors utilisés une méthodologie qualitative.

Résultats : 10 villes françaises sur 21 réponses obtenues proposent une formation à la psychiatrie transculturelle. En ce qui concerne l'Europe c'est le cas pour 4 pays parmi les 13 réponses obtenues. La littérature montre que la volonté que se développe ce type de formation est partagée. Celle-ci devrait alors passer par une partie théorique et une partie pratique mais également par la mobilité des étudiants dans différents pays. Les participants à la recherche qualitative partagent ce souhait avec une part affective prépondérante dans les entretiens, ils évoquent que l'expérience, qu'elle soit personnelle, clinique ou partagée par des professionnels de la discipline a été le support de leur prise de conscience de l'existence de la transculturalité, mais également qu'ils ont du s'investir personnellement pour acquérir les compétences nécessaires.

Conclusion : Il semble nécessaire que les étudiants en psychiatrie acquièrent les notions de bases de psychiatrie transculturelle afin d'éviter les erreurs diagnostiques. Cet intérêt pour la discipline est partagé en Europe, cependant la connaissance des formations existantes semble limitée entraînant une insatisfaction des participants interrogés, il y aurait un intérêt à développer des cours de sensibilisation ainsi que diffuser auprès des internes un document exhaustif reprenant les formations existantes dans leur pays.

Introduction :

Depuis le voyage de Kraepelin à Java en 1904, où la psychiatrie Européenne rencontra « la folie des autres », de nombreux travaux ont été effectués de par le monde et dans différents domaines tels que l'anthropologie, la psychologie, la sociologie, la psychiatrie, afin d'étudier le lien entre culture et pathologie.

Différentes théories furent développées, avec parfois des résultats contradictoires, on retrouvait une grande diversité selon les époques et les pays. Au 19^e siècle, les conceptions évolutionnistes tendaient à rattacher les « folies exotiques » à un niveau de développement inférieur. Ce modèle reposait sur la distinction entre les éléments pathogéniques (processus biologiques considérés comme nécessaire et suffisants pour causer le désordre mental) et les éléments pathoplastiques (variations culturelles et personnelles). Ces derniers étant considérés alors comme ayant peu d'importance clinique (1). De ce modèle, Carothers lors d'un voyage en Afrique en 1953 en déduit que la dépression était rare en Afrique, cherchant les signes de dépression décrit en Europe qu'il ne retrouva pas (2). C'est à partir des années 1970 que Kleinman contesta l'idée que la dépression répondait à une description universelle, selon lui, la manière d'expérimenter et de communiquer la souffrance psychique pouvait varier en fonction des contextes et ne pas répondre à la classification occidentale considérée jusqu'alors comme universelle (3).

Depuis les années 2010, l'Europe fait face à une crise migratoire sans précédent. En effet, la population migrante originaire de pays en conflits (guerre civile Syrienne, aggravation du conflit en Lybie, etc) a fortement augmenté. Fin 2014, selon le Haut

Commissariat des Nations unies pour les réfugiés, l'Union européenne accueillait 6 % des réfugiés du monde entier (4).

Chaque psychiatre pourra alors être amené à rencontrer dans sa carrière, des personnes migrantes, réfugiées ou étrangères. Il semble donc primordial de développer la pratique de la psychiatrie dans le sens de la mondialisation avec une prise en compte de la part culturelle dans les prises en charge.

C'est au travers d'une expérience clinique que j'ai pu constater la difficulté des prises en charge en situation interculturelle avec en conséquence une errance diagnostique et thérapeutique potentielle. En a découlé la volonté de me former, j'ai alors pu constater l'investissement nécessaire à une telle démarche.

Il existe à l'heure actuelle des enseignements spécifiques à la psychiatrie transculturelle en France et en Europe.

L'objet de ce travail est double : faire un état des lieux de ces différents enseignements et investiguer l'expérience vécue auprès d'internes ou anciens internes s'étant formés à Lille.

Tout d'abord nous avons repris les grands concepts de psychiatrie transculturelle élaborés au cours de l'histoire ainsi que les axes de formation pour les internes.

Puis nous avons effectués un état des lieux des différentes formations en psychiatrie transculturelle existantes en France et en Europe que nous avons complété d'une revue critique de la littérature.

Enfin nous nous sommes interrogés sur l'expérience vécue des internes s'étant formés à Lille. Nous avons alors utilisés une méthodologie qualitative afin d'explorer ce phénomène complexe.

1 La formation pour les internes de France et d'Europe

1.1 De Kraepelin à aujourd'hui : Historique des concepts

On fait habituellement remonter l'histoire de la psychiatrie culturelle au voyage de Kraepelin à Java de décembre 1903 à avril 1904. Kraepelin (1856-1926) est un psychiatre d'origine Allemande, il a donné des cours au sein de l'Université de Dorpat en Estonie jusqu'en 1890.

A Java, il se rendra dans l'asile de Buitenzorg où il examinera plus d'une centaine de patients d'origines culturelles différentes (malais, européens, chinois). Il en déduira l'existence d'une nosographie universellement valide, des syndromes retrouvés uniquement dans certaines cultures tels que l'Amok ou le Latah seront alors rattachés à la classification occidentale. Il suffirait donc de repérer le noyau invariant pour établir le diagnostic. Les noyaux invariants sont les symptômes les plus souvent retrouvés par pathologie dans le monde, ils ont été recherchés initialement au début du XX^e siècle par les psychiatres coloniaux.

De ce constat, Kraepelin introduira le terme de psychiatrie « comparée » qui vise à repérer ces noyaux invariants, les troubles psychiatriques étant considérés comme des manifestations d'un dysfonctionnement organique, la culture n'a d'influence que sur leur expression (5). Ce modèle reposait sur la distinction entre les éléments pathogéniques (processus biologiques considérés comme nécessaires et suffisants pour causer le désordre mental) et les éléments pathoplastiques (variations culturelles et personnelles), ceux-ci étant considérés alors comme ayant peu d'importance clinique (1).

Un exemple frappant illustrant la psychiatrie comparée a été pour les symptômes de la dépression en Afrique. En effet lors de la période coloniale, les psychiatres européens tel que Carothers ont estimés que la dépression était rare en Afrique. Ils cherchaient les symptômes de dépression les plus fréquents en Occident (tristesse de l'humeur, sentiment d'indignité et de culpabilité) qu'ils ne trouvèrent pas dans la population étudiée (2).

Plus tard Devereux (1908-1985) sera le premier à utiliser les leviers culturels à des fins thérapeutiques et ce, dès 1951, dans le sens où ils sont souvent potentialisateurs de récits, de transfert ou d'affects. Devereux enseigne en tant que professeur de recherches en ethnopsychiatrie à partir de 1956 à la faculté de médecine de *Temple University* à Philadelphie. En 1963 il revient en France où il crée la chaire d'ethnopsychiatrie de la 6^{ème} section de l'Ecole pratique des hautes études (EPHT), désormais École des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS) (6).

Selon lui, l'ethnopsychiatrie repose sur deux principes :

- L'universalité psychique : ce qui définit l'être humain, c'est son fonctionnement psychique, il est le même pour tous. En découle donc la nécessité de donner le même statut à tous les êtres humains, à leurs productions culturelles et psychiques, à leurs manières de vivre et de penser même si elles sont différentes (7).
- La spécificité culturelle : si l'homme tend vers l'universel, il y tend par le particulier de sa culture d'appartenance. Selon Mead, c'est ce codage culturel qui va permettre à l'homme de lire le monde d'une certaine manière (8).

Et comme l'évoque Nathan, chaque homme est un être de culture et c'est peut-être cela qui fonde son humanité et son universalité (9).

De ce postulat, Devereux construit un principe méthodologique : le complémentarisme.

« Le complémentarisme n'est pas une « théorie » mais une généralisation méthodologique. Le complémentarisme n'exclut aucune méthode, aucune théorie valables – il les coordonne » (10). Il s'agit d'utiliser un double discours, anthropologique et psychanalytique, sans les confondre, ils sont complémentaires et ne peuvent être tenus simultanément.

Ce principe implique des thérapeutes qu'ils puissent se décentrer, travailler sur le niveau culturel et le niveau individuel sans les confronter. Cela nécessite un apprentissage difficile, l'humain ayant tendance à ramener les données à ce qu'il connaît déjà et à se méfier de l'altérité (11).

Devereux reconnaît 3 types de thérapies en ethnopsychiatrie (12) :

- Intraculturelle : le thérapeute et le 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.
- Interculturelle : bien que le patient et le thérapeute n'appartiennent pas à la même culture, le thérapeute connaît bien la culture de l'ethnie du patient et l'utilise comme levier thérapeutique.
- Métaculturelle : le thérapeute et le patient appartiennent à 2 cultures différentes. Le thérapeute ne connaît pas la culture de l'ethnie du patient ; il comprend, en revanche, parfaitement le concept de « culture » et l'utilise dans l'établissement du diagnostic et dans la conduite du traitement.

Dans les pays anglo saxons, à partir de cette classification, on distingue la *Cross-Cultural Psychiatry* (interculturelle) et la *Transcultural Psychiatry* (psychiatrie transculturelle ou métaculturelle).

Kleinman (né en 1941), psychiatre américain et professeur d'anthropologie médicale et psychiatrie interculturelle à l'université de Harvard, quant à lui, définira à la fin des années 1970 ce qu'est un système de soin (*Health Care System*). Il s'agit selon lui du « réseau des réponses aux problèmes humains entraînés par la maladie » (3).

Pour un individu présentant une souffrance physique ou psychique, l'entrée dans les soins ne se fait pas toujours par la rencontre avec un médecin. Cet individu (ou son entourage) va d'abord émettre des hypothèses sur sa plainte puis orienter les soins en fonction de ses croyances.

Ces systèmes de soins sont alors composés de trois secteurs qui se chevauchent :

- Le secteur populaire : lieu où la maladie est définie pour la première fois et où les activités de soins peuvent être initiées. C'est à partir de ce secteur que le sujet malade décide ou non de s'adresser à l'un et/ou l'autre des deux autres secteurs.
- Le secteur professionnel : regroupe les professions de santé organisées. Il concerne la médecine scientifique moderne.
- Le secteur traditionnel : formé de spécialistes non professionnels, il peut s'élargir vers le religieux et le sacré.

Ces systèmes de soins dépendent alors de facteurs culturels mais également politiques, sociologiques, économiques, historiques et environnementaux (3).

Ils conditionnent l'expression de la souffrance et de la maladie, la perception des différentes structures de soins et les attentes thérapeutiques et de prises en charge en général. Kleinman rappelle alors la distinction entre la maladie-*disease* et la maladie-*illness* introduite initialement par Eisenberg (13). La maladie-*disease* se réfère à un dysfonctionnement d'un processus biologique et/ou psychologique alors que la maladie-*illness* se réfère à l'expérience psychosociale de la maladie et à sa signification. Un troisième terme existe en anglais, *sickness*, qui lui correspond à la réalité sociale de la maladie, en particulier avec l'entourage du patient (1). Il est important de ne pas négliger ces éléments lors de la rencontre psychiatre/malade au risque d'établir une alliance de mauvaise qualité et de ce fait une adhésion précaire aux soins.

Kleinman a également proposé le concept de *Category fallacy* en 1977 (3) qui désigne l'application à un groupe culturel de critères diagnostiques définis au sein d'un autre et dont la validité transculturelle n'a pas été établie, entraînant alors un risque élevé d'erreurs diagnostiques (*misdiagnosis*).

Un des auteurs français à avoir traité le sujet est Selod (14,15). Elle propose trois causes à l'origine du *misdiagnosis* :

- La distance culturelle, où les comportements, le langage, les croyances sont à l'origine de mauvaises interprétations cliniques ;
- La variabilité symptomatique des troubles où l'expression culturelle peut être source d'erreur : par exemple les troubles dépressifs, anxieux, somatoformes et dissociatifs sont souvent intriqués ;
- La présence de syndromes liés à la culture.

L'échec récurrent à rendre compte avec fidélité des réalités locales par la sémiologie construite sur le modèle universaliste de *Evidence Based Medicine* a rendu nécessaire la théorisation de « *culture bound syndromes* » (CBS), ou syndromes liés à la culture. Il s'agit de tableaux cliniques rencontrés dans certaines cultures au sein desquels ils sont reconnus et compris comme cohérents et porteurs d'un sens. Yap est le premier en 1962 à le définir (16).

Il faut attendre le DSM 5 en 2013 pour que le terme de CBS soit remplacé par 3 concepts : syndrome culturel ; idiome culturel de détresse ; et explication culturelle (17). L'expression de certains symptômes dépendrait donc du contexte socioculturel, la question aujourd'hui est de savoir si ces symptômes sont effectivement équivalents à la manifestation occidentale connue.

Certaines références bibliographiques font part de l'importance de la dimension culturelle y compris des ouvrages qui ne sont pas entièrement dédiés à la transculturalité, c'est le cas de « *Psychothérapies des hallucinations* » de Jardri, Favrod et Laroï (18) où un chapitre entier y est consacré. Dans ce chapitre sont reprises les notions importantes de transculturalité ainsi que les spécificités concernant les hallucinations. Ils retiennent l'attention sur le fait que nous avons tendance à retenir les signes considérés comme pathogéniques et à négliger les signes considérés comme pathoplastiques, alors que la psychiatrie transculturelle a démontré que certaines manifestations peuvent avoir un sens sur le plan anthropologique sans qu'il n'y en ait forcément sur le plan psychopathologique (exemple de la possession pouvant être la manifestation d'un trouble psychotique, anxieux, post traumatique ou même exister sans trouble sous-jacent). En situation

transculturelle, les hallucinations peuvent donc être considérées comme des dons, des compétences et non des expériences anormales, avec une vision différente de concevoir la réalité. D'où la difficulté de distinguer un rêve, une vision, d'une hallucination et la nécessité de prendre en compte ce codage culturel.

1.2 Les axes de formation

Au vu de ces notions spécifiques à la psychiatrie transculturelle, différents outils ont été élaborés pour les praticiens afin d'avoir une prise en charge adaptée et cohérente face à l'altérité.

Afin d'éviter les erreurs diagnostiques, un *Guide de formulation culturelle* (Cf. annexe 1) a été introduit dans le DSM 4 et reconduit dans le DSM 5 (17) afin d'ajouter à la démarche diagnostique une démarche complémentaire d'évaluation prenant en compte les références du patient.

Radjack (19) a effectué une étude qualitative visant à comparer les diagnostics posés avec ou sans l'aide du guide de formulation culturelle du DSM 4. Les résultats démontrent que ce guide permet une réduction du taux d'erreur diagnostique, facilitant l'anamnèse complète et l'alliance clinique. En effet, il incite à la prise en compte de l'environnement du patient, de ses théories étiologiques et de la propre position du clinicien par rapport à la culture du patient.

Le DSM 5 est également différent dans le sens où plutôt qu'une simple liste de syndromes liés à la culture, il tient compte des variations interculturelles

dans les présentations, donne des informations plus détaillées et structurées sur les concepts culturels de détresse.

Cependant, les *Culture Bound Syndromes* ne sont évoqués qu'en annexe.

De plus, pour chaque chapitre diagnostique, quelques phrases mentionnent l'importance de la culture, sans pour autant n'indiquer aucun symptôme devant alerter le psychiatre. La démarche consistant à chercher des exemples concrets est encore très dépendante du clinicien. Le DSM 4 indique par exemple que les « expériences culturelles » doivent être distinguées de véritables hallucinations et idées délirantes mais ne dit rien de la manière d'opérer cette distinction.

Kirmayer et Minas iront jusqu'à dire que le glossaire des syndromes liés à la culture du DSM 4 est un musée de curiosités exotiques dans un contexte de biologisation croissante de la psychiatrie et que les considérations culturelles ne sont que des qualifications mineures apportées à ce qui est considéré comme des diagnostics indépendants de la culture (20).

Selon Littlewood, reste à savoir si *l'American Psychiatric Association* est prête à choisir entre minimiser la valeur de son manuel en situation transculturelle, ou bien à le transformer radicalement pour en faire un instrument valide sur le plan international (21).

Moro et Baubet, quant à eux, soulignent le fait que le Guide de formulation culturelle est un bon moyen pour le clinicien de saisir l'importance de la prise en compte des aspects culturels de l'acte diagnostique et ses implications pour le traitement (1).

Moro et Baubet sont tous deux psychiatres et professeurs. Moro est née en 1961, elle travaillera avec Tobie Nathan sur les grands principes de l'ethnopsychiatrie. Elle est nommée professeure de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au CHU

Avicenne puis au CHU Cochin (Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité).

Elle est directrice de recherches au laboratoire « Psychologie clinique, psychopathologie, psychanalyse » et responsable du diplôme universitaire (DU) de psychiatrie et compétences transculturelles à l'université Paris Descartes (22).

Thierry Baubet est chef du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie générale et addictologie de l'hôpital Avicenne AP-HP université Paris 13, Sorbonne Paris Cité. Il est vice-président de l'Association Internationale d'EthnoPsychanalyse et rédacteur en chef de la revue L'autre (23).

En parallèle du Guide de formulation culturelle, Moro et Baubet ont décrits 3 niveaux qui doivent être plus particulièrement explorés pour coconstruire un cadre culturellement pertinent (1) :

- le niveau ontologique, l'être : quelle est la représentation de la nature de l'être, de son origine, de son identité, de sa fonction?
- le niveau étiologique, le sens : quel sens donner au désordre qui l'habite?
Comment tenter de répondre aux questions par rapport à la maladie?
Comment penser les conséquences de ce désordre?
- les logiques thérapeutiques, le faire : quelle est la logique de l'action de soins à entreprendre? Comment faire pour réordonner les mondes après la confusion du désordre?

La culture devient ainsi un ensemble dynamique de représentations mobiles en continuelles transformations s'emboitant les unes dans les autres.

Il est important également de notifier que la psychiatrie transculturelle confronte l'approche émiqque versus étique. Le terme étique désigne la perspective professionnelle, extérieure au contexte étudiée, le terme émiqque rend compte des catégories localement signifiantes (1). Cette distinction a permis d'élaborer des instruments de recherche prenant en compte les représentations locales comme l'EMIC (*Explanatory Model Interview Catalog*) (24) ou le MINI (*McGill Illness Narrative Interview*) (25). Les questionnaires standardisés pouvant entraîner un risque de faux négatifs dans les cultures non occidentales.

Le questionnaire EMIC a été développé par Weiss, il s'agit d'un cadre d'entretien semi structuré à adapter en fonction des troubles étudiés et du contexte local. Trois catégories sont explorées : les modes d'expression de la souffrance ; les causes perçues ; et le comportement de recherche d'aide. Les résultats sont alors analysés quantitativement et qualitativement.

Le MINI quant à lui consiste en un entretien semi structuré visant à étudier le discours du patient sur son expérience de la maladie (Cf. annexe 2).

Au-delà du risque de misdiagnosis du clinicien travaillant seul, la connaissance par les jeunes psychiatres de centres experts reste limitée.

Depuis les années 70, des consultations spécifiques se sont développées en France. Un exemple historique est le dispositif de consultation transculturelle d'Avicenne à Bobigny dirigé par le Pr Moro. Cette consultation est assurée par une équipe de cothérapeutes d'origines culturelles et linguistiques multiples, formés à la clinique et pour une majorité d'entre eux à la psychanalyse et l'anthropologie. Ce travail de groupe potentialise les expériences des différents intervenants. Un

interprète-médiateur participe à la séance afin que soit exploré avec précision le récit du patient, que ça soit dans sa langue maternelle ou en Français. Ce dispositif est sollicité en seconde intention. Il peut être demandé pour les situations d'échec des prises en charges classiques ; lorsque le patient erre entre un système de soins occidental et un système traditionnel sans pouvoir faire de lien entre les deux ; ou lorsque la patient a arrêté sa prise en charge, se sentant incompris (1).

Différentes alternatives ont donc été développées afin que les étudiants aient des outils et notions de psychiatrie transculturelle à utiliser dans leur pratique de la psychiatrie.

Qu'en est-il des différentes formations existantes afin de leur transmettre ces outils ?

2 Etat des lieux en France et en Europe

2.1 Recueil d'informations

2.1.1 Objectif

Différents domaines de la psychiatrie ont déjà fait l'objet d'un état des lieux tels que la formation à la psychogériatrie (26) ou encore les formations aux psychothérapies (27). Mais jamais une recherche de ce type n'a été effectuée pour la formation à la psychiatrie transculturelle.

L'objectif de cette recherche était donc de faire un état des lieux sur l'existence ou non de formations à la psychiatrie transculturelle pour les internes de France et d'Europe et les différentes modalités de ces formations.

2.1.2 Formation pour les internes de France

2.1.2.1 Méthode

Les informations ont été recueillies auprès d'internes en psychiatrie et plus particulièrement les représentants de la formation psychiatrique.

Une recherche a été effectuée sur le site de l'AFFEP (Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie) où est répertoriée une partie des formations proposées dans chaque ville universitaire de France.

Un questionnaire a été réalisé, les principaux thèmes recherchés étaient : l'existence ou non d'une formation à la psychiatrie transculturelle ; le type de formation (DU/DIU ; séminaire ; stage orienté ; possibilité pour l'interne de participer à une

consultation spécialisée ; autre) et le caractère obligatoire ou optionnel (Cf. annexe 3).

Ce questionnaire a été envoyé par mail à chaque représentant de ville universitaire. Soit 28 personnes. Des relances ont été effectuées à 3 reprises par mail ou avec l'aide de la référente Lilloise.

Un mail a été envoyé aux coordinateurs de DES des villes pour lesquelles nous n'avions pas obtenu de réponses.

2.1.2.2 Résultats

Sur les 28 villes universitaires, 21 réponses (75%) ont été obtenues :

- 10 villes (47,6%) proposent une formation pour les internes :
 - 4 (19%) sous la forme d'un DU : Amiens ; Bordeaux ; Lyon ; Paris.
 - 5 (23,8%) sous la forme d'un séminaire : Amiens ; Besançon ; Caen ; Nantes ; Paris.
 - 4 (19%) proposent un stage orienté ou la possibilité de participer à des consultations transculturelles : Bordeaux ; Paris ; Lille ; Rouen.
 - 3 (14,3%) proposent un autre type de formation :
 - ✓ Bordeaux : formation de 3 jours sur la clinique transculturelle avec l'association Mana ;
 - ✓ Tours : 2h de cours dans le cadre du DES ;
 - ✓ Paris : formations proposées par les centres Devereux et Minkowska.

- 11 (52,4%) ne proposent aucun dispositif de formation à la psychiatrie transculturelle pour les internes : Angers ; Antilles/Guyane ; Brest ; Saint-Etienne ; Poitiers ; Nancy ; Grenoble ; Clermont Ferrand ; Dijon ; Marseille/Aix ; Toulouse.

En ce qui concerne les 7 villes restantes, des informations partielles ont pu être récoltées via le site de l'AFFEP :

- Pour Limoges ; Montpellier ; Nice ; Reims ; Rennes : absence de DU.
- Pour Océan Indien et Strasbourg : aucune information.

Des informations ont été recueillies sur les types de formations proposées.

4 villes proposent donc un ou plusieurs DU en lien avec la psychiatrie transculturelle et à destination des internes en psychiatrie.

- Amiens : DU d'anthropologie clinique et culturel où sont apprises les bases de la psychiatrie transculturelle ; DU société/santé/violence plus axé sur les psychotraumas.
- Bordeaux : DU médecines et soins transculturels ; DU psychologie interculturelle.
- Lyon : DIU santé, société et migration.
- Paris : DU Santé, maladie, soins, médiation et culture ; DU Pratiques de médiation et de traduction en situation transculturelle ; DU Psychiatrie et compétences transculturelles.

5 villes proposent un séminaire de psychiatrie transculturelle à destination des internes en psychiatrie :

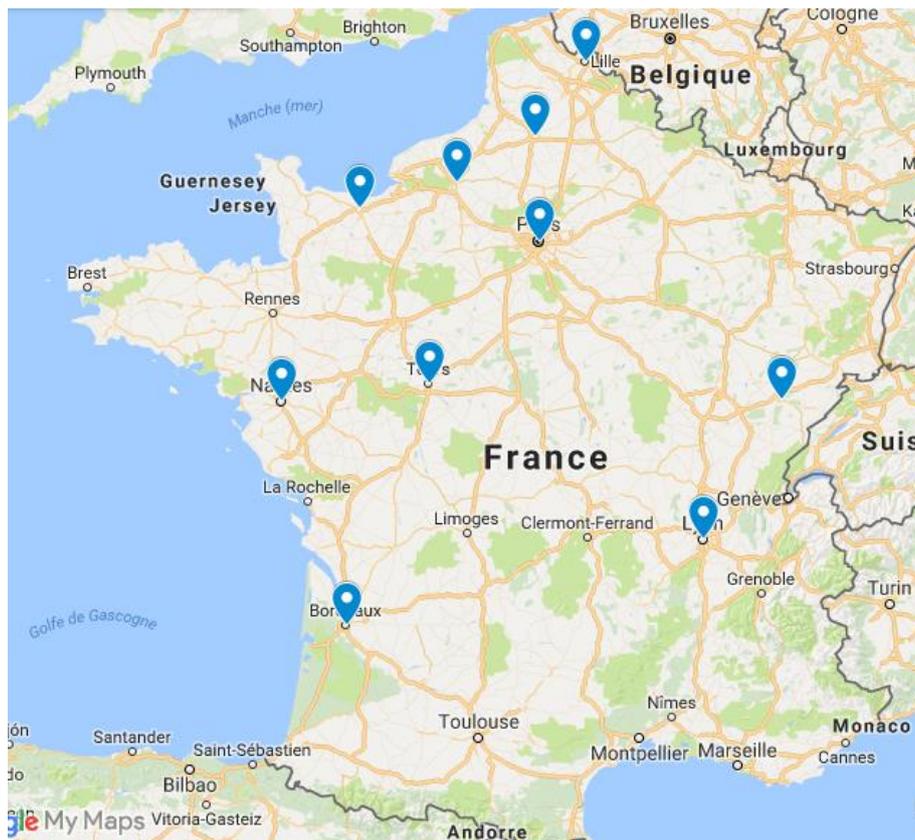
- Amiens : les DU comptent comme séminaire validant.
- Besançon : séminaire de psychiatrie interculturelle.
- Caen : séminaire optionnel nommé « L'anthropopsychiatrie : initiation et développement ».
- Nantes : séminaire optionnel sur l'approche transculturelle du psychotraumatisme chez les migrants.
- Paris : séminaire de psychiatrie transculturelle de l'adulte, l'enfant, l'adolescent et sa famille.

Il existe également à Paris les centres Devereux et Minkowska :

- Le centre George Devereux a été fondé en 1993 par Tobie Nathan. Il s'agit d'un centre universitaire d'aide psychologique aux familles migrantes, au sein de l'UFR Psychologie, Pratiques cliniques et sociales de l'Université de Paris 8. Ce centre est en France le premier lieu universitaire de clinique psychologique au sein d'une UFR ou d'un département de psychologie. Il regroupe, sur le campus de l'Université à Saint-Denis, dans un même espace une clinique spécifique, des recherches universitaires en psychopathologie et en psychothérapie et la formation des étudiants de troisième cycle.
- Le Centre Françoise Minkowska est un établissement de santé mentale certifié par la Haute Autorité de Santé. Il est constitué d'un pôle clinique, d'un pôle Formation agréé qui propose aux professionnels confrontés à la diversité culturelle d'acquérir un savoir-faire et des outils permettant d'améliorer la prise

en charge des personnes migrantes et d'un pôle Enseignement et Recherches dont l'objectif est de transmettre les savoirs autour du soin transculturel par le biais d'enseignements universitaires, de séminaires, de travaux de recherche et de supervisions cliniques.

10 villes proposent donc une formation pour les internes soit 47,6% des villes ayant répondues et 35,7% de l'ensemble des villes françaises universitaires.



Carte 1 : Villes françaises proposant une formation à la psychiatrie transculturelle

On peut apercevoir avec cette carte que le Nord de la France est bien desservi en formation contrairement au Sud.

2.1.3 Formation pour les internes d'Europe

2.1.3.1 Méthode

Comme pour les internes français, un questionnaire a été envoyé aux représentants des internes des différents pays d'Europe mentionnés sur le site de l'EFPT (*European Federation of Psychiatric Trainees*), 17 pays y sont actuellement référencés (en retirant la France). 2 à 3 référents par pays ont été contactés par mail et via les réseaux sociaux et relancés à 3 reprises.

La trame du questionnaire était similaire à celui envoyé aux représentants Français (Cf. annexe 4).

Des mails ont également été envoyés à différents spécialistes de la psychiatrie transculturelle : le Pr Moro ; le Dr Radjack ; le Dr Sibeoni ; le centre Babel ; l'EPA (*European Psychiatric Association*) qui présente une session de psychiatrie transculturelle.

2.1.3.2 Résultats

Sur les 17 pays représentés au sein de l'EFPT une réponse au questionnaire a été obtenue pour 11 (64,7%) : Biélorussie ; Croatie ; Italie ; Kosovo ; Macédoine ; Pays bas ; Roumanie ; Espagne ; Turquie ; Slovénie et Ukraine.

Des réponses des différents spécialistes ont permis d'obtenir des informations pour la Belgique, l'Espagne, l'Italie, les Pays Bas et le Royaume Uni.

Soit 13 pays.

Sur les 13 pays ayant répondu :

- 4 (30,8%) proposent une formation théorique : Belgique (séminaire à Bruxelles) ; Italie (séminaires à Milan, Pise et Bologne) ; Royaume-Uni (formation sur la cross-culturalité) ; Pays Bas (séminaire à Amsterdam).

A noter qu'au Pays-Bas il s'agit d'une formation obligatoire dans le programme d'enseignement.

- 2 (15,4%) proposent une formation pratique par des stages : Italie ; Pays Bas
- 7 (53,8%) ne proposent aucune formation aux internes : Roumanie ; Turquie ; Macédoine ; Croatie ; Biélorussie ; Kosovo ; Slovénie.

En Espagne notion de formation pour les volontaires.

Des réponses contradictoires ont été reçues pour l'Ukraine, sur 7 réponses reçues toutes évoquaient l'absence de formation théorique, et 1 sur les 7 montrait la présence d'une formation pratique à la psychiatrie transculturelle pour les internes.

Les résultats provisoires de cet état des lieux laissent à penser qu'une minorité de pays européens proposent des formations à la psychiatrie transculturelle aux internes, 4 pays plus ou moins 2 sur 13 réponses dont un seul dans le cadre d'une formation obligatoire. Soit 30,7 à 46% des réponses obtenues.

2.2 Revue critique de la littérature contemporaine

2.2.1 Matériel et méthode

Une revue de la littérature a été réalisée selon la méthodologie PRISMA (28) en utilisant les bases de données Pubmed et ScienceDirect, avec l'algorithme de mots clés suivant ["training" AND ("crosscultural" OR "transcultural" OR "culture") AND "psychiatry"]. La sélection s'effectuait sur les 10 dernières années.

Le processus de sélection des articles est présenté dans la figure 1. Tout d'abord, une première sélection des articles à partir des titres a été réalisée. Les articles inclus étaient les articles originaux traitant de la formation à la psychiatrie transculturelle pour les internes de France et d'Europe. Pendant cette sélection, les articles étaient exclus s'ils n'étaient pas écrits en anglais ou en français ou si le titre ne correspondait pas au sujet de l'étude. Un deuxième tour de sélection, comprenant la lecture intégrale de l'article, était ensuite réalisé.

Les critères d'exclusion des articles étaient les suivants :

- absence de rapport direct avec l'objectif de l'étude.
- articles ne concernant pas l'Europe.

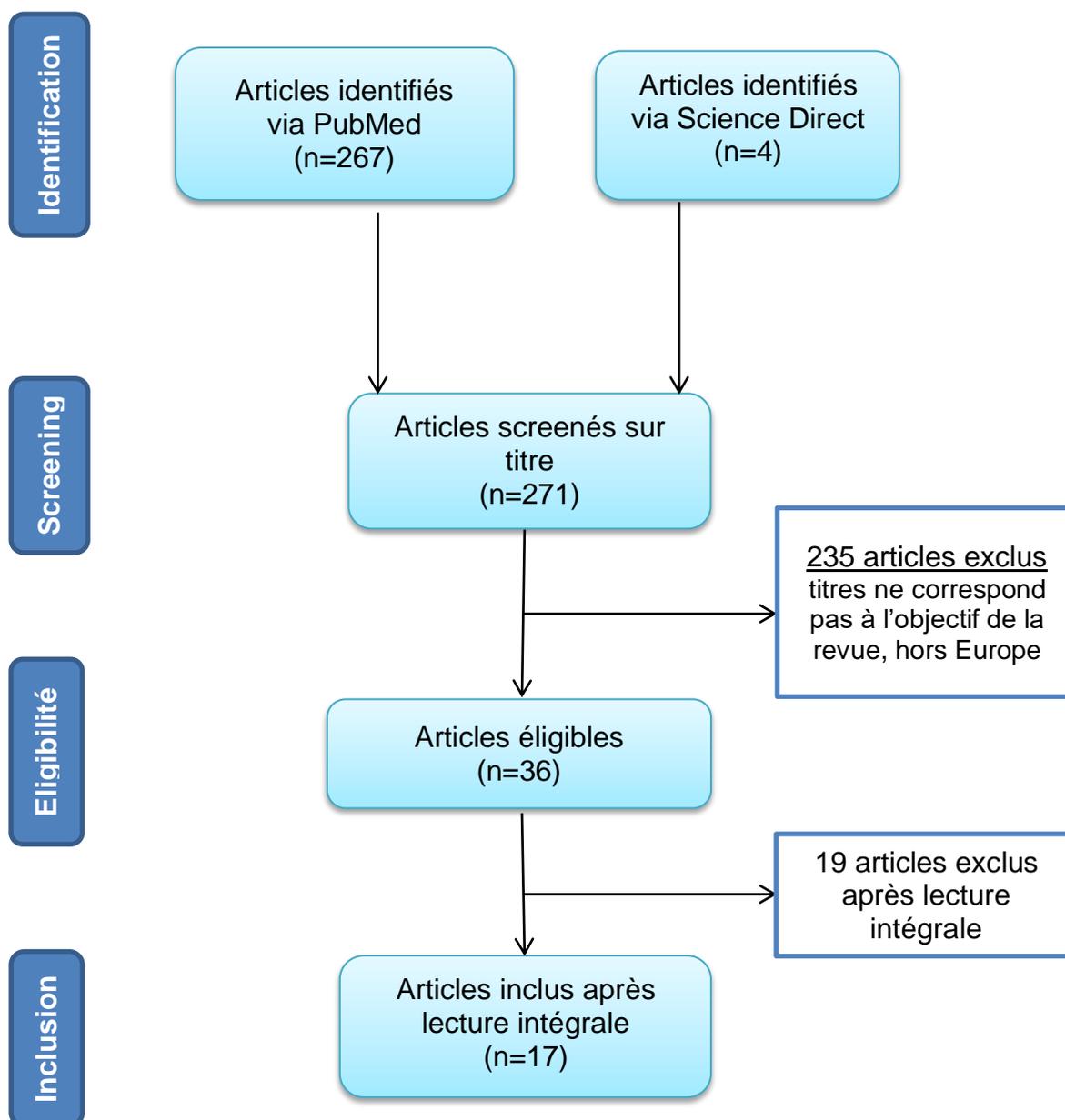


Figure 1. Diagramme de flux représentant le processus de sélection des articles

2.2.2 Résultats

La littérature française et européenne est peu développée concernant la formation à la psychiatrie transculturelle pour les internes. Nous allons reprendre les différents points importants retrouvés dans les articles.

Etat des lieux :

Une étude de 2008 nommée *Specialist training in psychiatry in Europe* a montré que 17/22 pays d'Europe proposent une formation théorique sur la diversité en psychiatrie c'est à dire la culture et les aspects ethniques. Mais cette formation prend également en compte le « genre, l'invalidité et l'orientation sexuelle ». Devant ces thèmes très différents mais regroupés il est difficile de savoir si les 17 pays proposent effectivement une formation spécifique à la psychiatrie transculturelle (29).

Different areas in which structured theoretical training is offered by the national training scheme	
Areas	Countries (n)
Scientific basis of psychiatry: biological, social and psychological aspects	22
Psychopathology; examination of a psychiatric patient; diagnosis and classification; psychological tests, and laboratory investigations	22
Specific disorders and syndromes	22
Psychiatric aspects of substance misuse	22
Psychopharmacology and other biological treatments	22
Psychotherapies	21
Child and adolescent psychiatry	20
Legal, ethical and human rights issues in psychiatry	20
Social–psychiatric interventions	20
Old-age psychiatry	19
Community psychiatry	18
Research methodology; epidemiology of mental disorders; psychiatric aspects of public health, and prevention	18
Forensic psychiatry	18
Diversity in psychiatry: gender, cultural and ethnic aspects, disability, sexual orientation	17
Mental handicap	14
Leadership, administration, management, and economics	8
Medical informatics and telemedicine	6

Tableau 1 : Formations théoriques proposées dans le programme national des pays Européens

En ce qui concerne les différents pays proposant une formation pour les internes, la littérature montre que les pays nordiques ainsi que l'Allemagne et les Pays bas développent un intérêt particulier pour la spécialité transculturelle (30–32). Une

explication donnée à cet intérêt est alors l'importance du nombre de "nés étrangers" dans ces pays.

- En Allemagne, il existe un grand intérêt pour la formation à la psychiatrie transculturelle avec un souhait de l'intégrer à l'échelle nationale dans la formation médicale en université (30). À l'Université de Giessen par exemple, la «santé des migrants» a été incluse dans le programme de premier cycle. En plus des matières médicales issues des domaines de l'épidémiologie, le programme traite de la sociologie, de l'anthropologie culturelle, de l'histoire ainsi que des aspects juridiques et de la communication transculturelle (y compris la coopération avec les interprètes). Des cas cliniques permettent d'attirer l'attention des étudiants sur les attitudes morales à adopter et la portée de leurs actions. Les évaluations des cours montrent que les étudiants jouissent de la perspective interdisciplinaire et de l'atmosphère ouverte du cours, ce qui stimule la discussion et la réflexion. Les participants se sentent mieux préparés à traiter avec des patients de différentes origines ethniques et beaucoup d'entre eux regrettent que le cours ne soit pas obligatoire pour tous les étudiants en médecine (32).

- Au Danemark, il n'existe pas de formation universitaire de la psychiatrie culturelle mais un *Transcultural Competence Centre* existe dans le cadre des services de santé mentale de Copenhague qui a fusionné avec la *Clinic for Traumatized refugees*. Le contenu est limité dans le cursus médical sur la psychiatrie transculturelle mais il existe un avancement de la recherche sur le sujet (31).

- En Finlande, plusieurs universités (Tempere, Turku, Helsinki, Oulu, Kuopio) assurent des cours de psychiatrie transculturelle pour les étudiants en médecine et

les internes de psychiatrie. Plusieurs conférences nationales sont organisées par l'Association médicale de Finlande et l'association psychiatrique de Finlande (31).

- En Norvège, il existe une formation universitaire de psychiatrie transculturelle à l'université d'Oslo avec la possibilité de faire un master de culture et santé.

L'association médicale de Norvège et l'association de psychiatrie de Norvège ont des sections transculturelles. Une Conférence nationale annuelle est organisée par la NAKMI (*National Academic Institution for Minority Health*), la NMA (*Transcultural Psychiatry/Child and Adolescent Psychiatry Committee of the Norwegian Medical Association*), la NPF (*Norwegian Psychological Association*) et la FIP (*Norwegian Intercultural Psychology Association*). Le *Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies* (NKVTS) quant à lui développe et fournit des connaissances sur les stress traumatiques (31).

- En Suède, beaucoup d'universités proposent des cours non obligatoires aux étudiants en médecine. Le *Karolinska Institutet* propose également aux internes en psychiatrie une formation d'une semaine sur la psychiatrie transculturelle et la psychiatrie des réfugiés. Il est associé au *Harvard program in Refugee trauma*, avec des enseignements et recherches scientifiques. Il existe également un centre transculturel à Stockholm.

En complément, différents congrès et meeting ont inclus des présentations sur la psychiatrie transculturelle : le meeting d'automne de la Société Suédoise de médecine, le congrès de psychiatrie nordique ou encore le *Cultural Psychiatric and Psychological Network* (CPPN) créée en 2004 qui vise à développer des recherches en psychiatrie transculturelle et améliorer la collaboration entre les chercheurs et cliniciens (30,31).

Malgré le développement de cette discipline dans ces pays, il est évoqué que la plupart des professionnels de santé mentale n'ont pas reçus de formation adaptée pour travailler avec des réfugiés (31).

- Quant à Amsterdam, l'école de médecine AMC / UvA vise à intégrer systématiquement la compétence culturelle dans le programme d'études médicales, et ce dans le but de contribuer à la prévention de la stigmatisation et à former les étudiants à considérer la culture dans leur raisonnement médical et leur conduite professionnelle. La compétence culturelle étant décrite comme un moyen d'améliorer les soins de santé en général. Les évaluations de ce programme ont montré que les étudiants ont ressenti une plus grande ouverture et une meilleure compréhension des différentes cultures (32).

Intérêt pour le développement d'une formation :

L'ESCAP (*European Society for Child and Adolescent Psychiatry*) appelle les professionnels de psychiatrie européens à se former à la psychiatrie transculturelle mais également les gouvernements à encourager les professionnels à travailler avec les personnes migrantes. Dans ce sens, en plus de l'approche psychiatrique, il faut une approche de santé publique afin de favoriser le dépistage et le financement des soins (33).

En 2012, une enquête a été réalisée auprès des Professeurs Universitaires-Praticiens Hospitaliers (PUPH) de France sur la formation en psychiatrie. Un questionnaire a été envoyé par mail à 125 PUPH, 79 réponses ont été obtenues. Parmi les réponses, 76% des interrogés jugent que la formation par un séminaire de psychiatrie transculturelle est intéressante (34). Même si il s'agit d'une majorité, il

existe ¼ des PUPH ayant répondu qui ne trouvent pas d'intérêt à ce que se développe la formation à la psychiatrie transculturelle en France. Pourtant le Conseil Européen des Spécialités Médicales reconnaît l'importance d'avoir des connaissances culturelles en psychiatrie, mais fait le constat que peu d'écoles forment (35). En 2010 le Conseil d'Europe a évoqué que les compétences interculturelles devaient être enseignées (36).

C'est une recommandation également de Gijonsanchez et al selon qui tous les professionnels de santé d'Europe devraient pouvoir avoir une formation à la psychiatrie transculturelle avec l'opportunité pour les étudiants de faire des échanges entre les différents états membres dans le but d'une harmonisation européenne des pratiques (37).

Harmonisation européenne :

Ce souhait d'une harmonisation européenne est partagé, 66% des PUPH de France y sont favorables, 18% contre (34). Le compte rendu du 21^e forum de *l'European Federation of Psychiatric Trainees* en 2013 fait part de l'existence d'un groupe d'échange européen d'internes pour se former à la transculturalité dans d'autres pays d'Europe, 7 pays sont hôtes avec dans chacun 1 ou plusieurs terrains de stage (Paris et Grenoble en France) (38).

Le *Statements of the European Federation of Psychiatric Trainees* (EFPT) de 2014-2016 reprend cela et propose des échanges européens pour les internes entre autre dans le but de promouvoir une attention particulière sur les aspects interculturels de la psychiatrie (39).

Une revue de littérature de 2016 a montré qu'il existait des différences dans les formations à la psychiatrie selon les différents pays d'Europe, celles-ci étant dues en partie aux différences culturelles entre chaque pays. Il y a donc un intérêt à développer une compétence cross culturelle pour l'harmonisation européenne, pour que les psychiatres puissent travailler à travers les frontières. Ils font également part de l'importance de prendre en compte la culture lors de la formation pour devenir des cliniciens culturellement compétents. Qu'il faut apprendre à être conscient des ressemblances et des différences avec le patient, et également prendre en compte le contexte environnemental et familial (40).

Les outils pour une bonne formation :

La compétence culturelle chez les professionnels de la santé est considérée comme une stratégie pour assurer l'égalité d'accès aux soins dans divers groupes et pour s'assurer que les patients reçoivent des soins selon leurs besoins. Cependant, de nombreux médecins sont insuffisamment préparés pour répondre aux besoins de populations de plus en plus diversifiées.

En 2008, Qureshi donne quelques pistes pour une bonne formation après avoir repris les modèles nord-américains : celle-ci doit commencer par les concepts clés et termes utilisés, puis l'acquisition de compétences cliniques (35).

Entre mars et décembre 2014, une étude Delphi impliquant 34 experts a été menée pour développer un cadre de compétences culturelles de base pour les enseignants des facultés de médecine. Le cadre comprenait des objectifs d'apprentissage sur les connaissances, les attitudes (par exemple, les enseignants devraient être conscients de leurs origines ethniques et culturelles) et les compétences. Sur la base de l'étude

Delphi, la C2ME (*Culturally Competent in Medical Education*) a créé des lignes directrices pour l'élaboration et la prestation de la formation à la compétence culturelle dans les écoles de médecine. Les lignes directrices proposées ont été présentées en septembre 2015 à Amsterdam lors d'un atelier intitulé «Comment intégrer la compétence culturelle dans l'éducation médicale». Elles sont présentées comme des exigences minimales.

A été suggéré que le personnel enseignant possède les qualifications pertinentes et reflète la diversité de la communauté dans laquelle elle travaille. Si le candidat n'est pas compétent sur le plan culturel, il devrait être prêt à suivre une formation en compétence culturelle. Pour cela la C2ME a également proposé que les écoles de médecine offrent une formation obligatoire pour tous les enseignants afin d'améliorer et de renforcer leurs compétences culturelles.

En ce qui concerne les étudiants le contenu des compétences clés comprend :

- la connaissance sur :
 - a) des concepts clés, tels que «culture» et «ethnicité» ;
 - b) comment les facteurs sociaux et culturels peuvent affecter la santé, les comportements liés à la santé et les soins de santé ;
 - c) les groupes clés de population de patients à identifier dans les sites locaux (antécédents de migration, conditions sociales, besoins spécifiques en soins de santé, données épidémiologiques, facteurs de risque, etc.).
- la conscience de ses attitudes :
 - a) la façon dont ses propres normes, valeurs et préjugés peuvent affecter la fourniture de soins de santé ;
 - b) comment la culture définit le comportement et la pensée.
- la compétence :

- a) travailler efficacement avec un interprète ;
- b) identifier et prendre en compte les facteurs socioculturels qui peuvent influencer les soins aux patients.

Selon la C2ME les écoles de médecine devraient affecter des fonds pour l'élaboration de cours de compétence culturelle, afin d'assurer un accès suffisant aux matériels pédagogiques appropriés et aux outils, ainsi que le soutien des conseillers externes au besoin.

Enfin, la C2ME suggère que les étudiants soient évalués après avoir terminé leurs études (41).

D'autres documents ont également donné des pistes afin d'optimiser la formation à la psychiatrie transculturelle pour les étudiants.

Une étude auprès d'étudiants et de praticiens de santé (en Belgique, Allemagne, Royaume Uni, Bulgarie et Roumanie) de 2008 à 2010 nommée *l'Intercultural Education of Nurses and health professionals in Europe* (IENE) a été réalisée pour évaluer ce qu'il est nécessaire d'apprendre pour travailler en contexte multiculturel. Avec comme exemple donné en début d'étude le modèle PPT/IENE (Papadopoulos Tilki Taylor / International Education for nurses in Europe) Cf figure 2. Irena Papadopoulos, Gina Taylor et Mary Tilki, 3 enseignantes en soins infirmiers, sont à l'initiative d'un projet né en Grande Bretagne de développement de la compétence culturelle à travers l'Europe, elles ont alors créés un modèle aidant à la prise de conscience des différences culturelles et qui permet de les intégrer au cœur du soin. Il a alors été évoqué l'importance de l'expérience pratique pour développer des compétences culturelles et d'une préparation de qualité par les enseignants pour

avoir les connaissances et les compétences sur les valeurs et croyances dans les autres cultures. Pour la plupart, confirmant le modèle de Papadopoulos (42).

Le projet IENE1 s'est focalisé sur les besoins de formation sur la compétence culturelle dans 5 pays européens pour les infirmières et autres professionnels de santé. L' IENE2 (*Intercultural Education of Nurses and health professionals in Europe 2 : training the trainers* en 2013) est axé sur les professeurs en Belgique, France, Allemagne, Roumanie et Royaume Uni (universités privées et publiques). Des questionnaires ont été envoyés par mail et les volontaires ont été reçus en entretien, la méthode de recherche était qualitative. L'objectif était alors de déterminer les besoins des formateurs et les compétences nécessaires pour enseigner la compétence culturelle. Cette étude était constituée majoritairement de formateurs infirmiers (87,3%). Il a été montré une différence dans la formation entre les différents pays, avec plus de moyens mis en Roumanie et en France, moins en Belgique, alors que la Roumanie faisait partie des pays pour lesquels la réponse au questionnaire retrouvait une absence de formation spécifique. Tous ont évoqué avoir déjà introduit des méthodes pour apprendre des aspects de culture dans leur cours. Les connaissances sur la culture et l'influence des croyances sur la santé sont les éléments les plus importants à enseigner selon les participants. Des pistes ont été données pour aider les professeurs à mieux former : avant les cours, leur faire prendre connaissance du modèle de Papadopoulos ; pendant les cours différents types de formations sont évoqués, e-learning, discussions de groupe, introduction à la culture, situations cliniques (43).

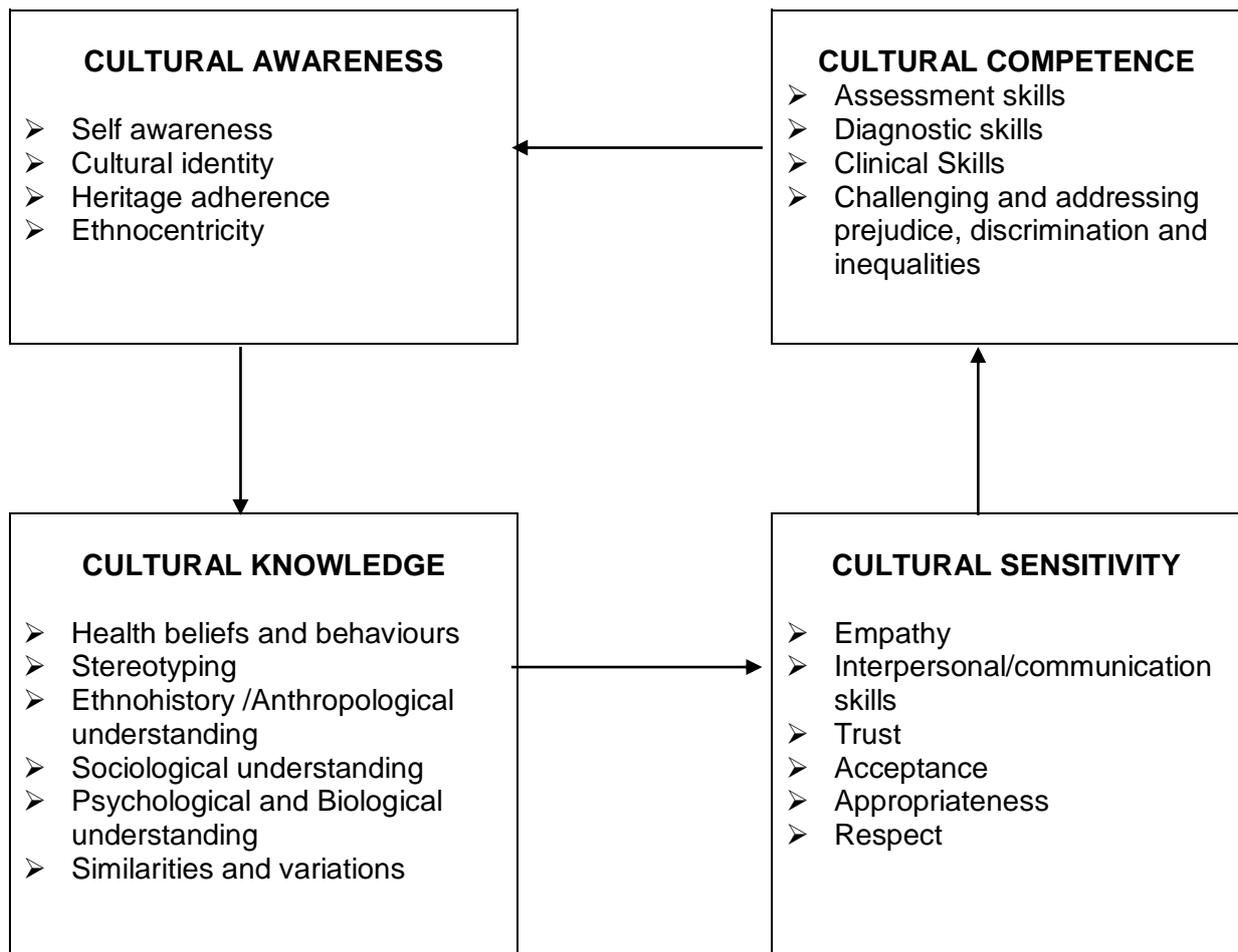


Figure 2 :The Papadopoulos et al.model for the development of cultural compétence (Papadopoulos et al.1998)

Plus récemment en 2015, l'EPA a élaboré le document : *Guidance on cultural compétence training*. Y sont introduits des conseils pour acquérir des compétences culturelles avec une revue de la littérature qui est principalement américaine. Selon les internes américains la formation pour le soin multiculturel est loin derrière d'autres formations et techniques. Les psychiatres acquièrent alors leurs connaissances au lit du patient ou auprès de psychiatres plus âgés. Des recommandations ont donc été faites et validées par l'EPA dont la nécessité d'une formation a la compétence culturelle pour tous les professionnels de santé mentale (44).

Parmi les nouvelles méthodes pédagogiques évoquées on retrouve la réalité virtuelle.

Depuis les années 1990, les « patients virtuels » se développent pour la formation médicale. Le but étant la facilité d'accès, la formation à des cas rares dans des conditions sûres et standardisées. Le risque étant une diminution de l'intérêt pour la prise en charge des « vrais patients ». Une étude récente de 2015 visait à définir l'intérêt de cette pratique pour former les internes de psychiatrie Suédois à gérer un trauma chez un réfugié. Le but était d'améliorer les compétences cliniques, interpersonnelles et culturelles des internes.

Les résultats sont significatifs et montrent que les internes ont confiance en cette formation par les « patients virtuels » en particulier sur les points suivants : pour identifier et évaluer le trauma et les conséquences ; pour traiter et gérer des patients avec un diagnostic de trauma ; pour traiter et gérer des victimes de torture ; et pour utiliser les éléments de communication interculturelle dans la pratique clinique.

La limite de cette technique est le manque de possibilité de formuler les questions et l'entretien par écrit ou oral. De plus, cette étude ne montre pas l'effet sur l'amélioration des compétences et performances cliniques. La prochaine étape visera à examiner les résultats pré et post formation avec des patients virtuels (45).

De manière générale il a été montré que les formations à la psychiatrie transculturelle améliorent les connaissances, l'attitude et les compétences. Ces formations présentent alors un impact positif pour la satisfaction des patients (46).

Nous constatons qu'il y a un intérêt unanime pour que se développe la formation à la psychiatrie transculturelle pour les enseignants comme les étudiants. Cette formation

devrait alors passer par l'acquisition de connaissances théoriques mais également pratiques en confrontant les étudiants à des situations cliniques.

Critiques :

La formation à la compétence culturelle a cependant été critiquée d'être simpliste et uni dimensionnelle avec le risque de stéréotype et de pauvre qualité de soins. Une des critiques est qu'il s'agit d'un domaine trop abstrait et général ne fournissant pas aux psychiatres des connaissances spécifiques, ce qui expliquerait pourquoi les recherches sur l'impact d'une telle formation sont limitées (35).

Kleinman sous-entend que la culture doit être considérée comme une compétence technique. La culture doit être approchée de manière individuelle et non stéréotypée. Utiliser le concept de « compétence culturelle » dans la formation en santé mentale risque donc d'entraîner une biomédicalisation du terme « culture » (30).

Il est important également de retenir l'attention sur le fait que se focaliser sur les différences culturelles est à risque d'entretenir les discriminations et inégalités (42).

2.3 Limites et conclusion de l'état des lieux

Peu d'études ont été effectuées sur les formations à la compétence culturelle ou à la transculturalité, en particulier en santé mentale, il y a donc un intérêt à valider des questionnaires standardisés et développer les recherches sur l'intérêt d'une formation.

Il s'agit, à notre connaissance de la première étude visant à établir un état des lieux de la formation à la psychiatrie transculturelle.

Selon cette étude, il y aurait au moins 10 pays proposant une formation à la psychiatrie transculturelle pour les internes ou développant les recherches dans ce sens (Allemagne, Danemark, Suède, Norvège, Finlande, Pays bas, France, Italie, Belgique, Royaume Uni) et 7 pays ne proposant aucune formation (Roumanie, Turquie, Macédoine, Croatie, Biélorussie, Kosovo et Slovénie).

On constate qu'en France plusieurs villes proposent une formation de ce type et en particulier dans la moitié nord du pays. Ces formations sont dispensées soit sous la forme de cours (séminaire, DU), soit de manière plus pratique avec la possibilité de participer à des consultations dédiées ou par le biais d'un stage orienté.

La limitation principale fut le faible nombre de réponses au niveau Européen malgré les relances répétées. La question se pose alors de la connaissance de l'existence ou non par les internes de ce type de formation dans leur pays.

En parallèle, les résultats de la littérature concluent de l'intérêt de ces formations, avec pour certains la volonté qu'elles soient incluses systématiquement dans le cursus de psychiatrie. Cependant nous n'avons pas retrouvés d'éléments expliquant pourquoi il est nécessaire de former les étudiants, il semble y avoir un état de fait sur la légitimité de la discipline. Il y avait alors un intérêt à recueillir le point de vue des étudiants eux-mêmes sur le sujet.

3 Recherche qualitative : Vécu autour de la formation à la psychiatrie transculturelle durant l'internat à Lille

3.1 Grands concepts de la recherche qualitative

Les méthodes qualitatives sont utilisées dans divers domaines, initialement issues des sciences sociales, elles se sont développées en anthropologie mais également dans le champ de la médecine et de la psychiatrie en particulier. Kleinman a par exemple développé le concept de *Category Fallacy* à partir de méthodes qualitatives (47).

Comme le décrit Sibeoni (48), la méthode qualitative vise à « décrire, comprendre et approfondir un phénomène observé. Ces méthodes inscrivent la subjectivité au cœur de leur démarche et prennent ainsi également en compte la position du chercheur » et ce dans le but de faire émerger des hypothèses ou des théories nouvelles.

Elles correspondent à une démarche inductive c'est-à-dire où les hypothèses vont émerger de la co-construction entre le sujet participant et le chercheur. Le point de départ d'une recherche qualitative est alors une question ou un contexte.

L'approche la plus exemplaire de cette démarche est la *Grounded Theory* - ou théorie ancrée - conceptualisée par Glaser et Strauss en 1967 (49). Dans la *Grounded Theory*, le chercheur suspend son rapport aux théories préalables et limite sa revue de la littérature. Les théories locales sont secrétées directement par le contexte et le matériel et tout doit être pensé pour que le chercheur puisse être pleinement attentif à l'imprévu et à la nouveauté (51). De même, les étapes du

recueil des données et celles de l'analyse se font en même temps, de façon à effectuer des allers-retours itératifs entre le matériel, sa description et son interprétation. L'analyse va donc impacter le recueil des données dans le but de faire naître du sens à partir du matériel (52).

Les critères de rigueur et de crédibilité sont différents de ceux utilisés en quantitatif, ils sont spécifiques et non superposables aux méthodes quantitatives : il s'agit de la réflexivité, de la validation par les participants, de la triangulation de l'analyse, et de la description fine et détaillée de la méthode (53).

- La réflexivité consiste à analyser sa contre-attitude de chercheur. En pratique, il s'agit pour le chercheur de veiller à toujours clarifier sa position, à analyser en permanence la place qu'il occupe au sein de la recherche (54), à noter avec précision ses émotions, sentiments, intuitions, contre-attitudes, aprioris ce qui va augmenter la force de l'étude.
- La validation par les participants consiste à restituer aux sujets les résultats de l'analyse du matériel. Les participants doivent s'y reconnaître et vont pouvoir ainsi donner leur avis sur la fiabilité de ces résultats.
- La triangulation : l'analyse doit être effectuée par plusieurs chercheurs qui vont pouvoir discuter et comparer les résultats (52). Ainsi, on peut s'assurer que les thèmes identifiés sont bien issus de l'analyse des données et ne se confinent pas à la vision unique d'un seul chercheur.
- La description fine de la méthode et des résultats. Un lecteur extérieur devra pouvoir refaire tout le chemin de l'étude et ainsi vérifier par lui-même la pertinence des choix méthodologiques, la rigueur de l'analyse et la cohérence des interprétations. La présentation des résultats doit également être détaillée

et ordonnée par axes d'expériences, thèmes et sous-thèmes. Chacun des thèmes et sous-thèmes décrit doit être illustré par des extraits du matériel lui-même.

Une étude qualitative est jugée pertinente par la nouveauté de l'information qu'elle apporte au savoir déjà existant et par sa propension à la généralisation des hypothèses émergentes (48).

Afin de compléter notre recherche sur l'état des lieux à la formation transculturelle pour les internes en psychiatrie, il nous semblait intéressant de prendre en compte l'expérience d'individus s'étant eux-mêmes formés. Dans ce sens, la recherche qualitative est la plus adaptée.

3.2 Objectif

Notre étude qualitative veut investiguer l'expérience vécue d'une formation de psychiatrie transculturelle.

Il nous semble fondamental de recueillir ces expériences auprès des sujets s'étant formés à la psychiatrie transculturelle durant leur internat, que ceux-ci nous racontent, avec leurs propres mots la manière dont ils ont vécus la formation qui leur a été apportée et comment ils ont traversés cette expérience.

3.3 Matériel

Contrairement à la recherche quantitative les individus ne sont pas sélectionnés dans le but d'obtenir un échantillon représentatif de la population générale mais sur la pertinence des informations qu'ils peuvent apporter en fonction du thème exploré, il s'agit d'une méthode de recrutement sélective. C'est ce qu'on appelle le *Purposive Sampling* (55). On s'adresse à des personnes pour qui la question de recherche est porteuse de sens. On recherche l'exemplarité et non la représentativité.

En recherche qualitative le nombre de sujets à inclure ne peut donc pas être prédéfini à l'avance avec précision, il sera déterminé par la saturation des données, c'est-à-dire quand l'analyse de nouveau matériel atteint un point de redondance et n'apporte plus de nouveauté. L'atteinte de la saturation des données est un critère majeur de qualité.

Pour notre étude, les sujets sont recrutés parmi les internes ou anciens internes en psychiatrie de Lille ayant fait la démarche de s'inscrire au séminaire de psychiatrie transculturelle de Lille. Il s'agit d'un séminaire ayant été reconduit deux années de suite (2012-2013 et 2013-2014). Les inscriptions ont été ouvertes pour l'année 2014-2015 mais le séminaire n'a pu avoir lieu pour raisons personnelles de l'enseignante. Il était optionnel dans le cadre de la validation du DES de psychiatrie.

Les critères d'inclusion sont :

- avoir accepté de participer à l'étude.

- s'être inscrit au séminaire de psychiatrie transculturelle au moins une des trois années où ont été ouvertes les inscriptions.

Le critère de non-inclusion est :

- ne pas respecter les critères d'inclusion.

Présentation du projet :

L'ensemble des sujets répondant aux critères d'inclusion ont été contactés par mail par le chercheur. Leurs coordonnées ayant été communiquées par la secrétaire s'occupant des séminaires du DES de psychiatrie de Lille. La réponse favorable au mail envoyé fera office d'accord de l'interne pour l'étude. Un rendez-vous sera alors prévu pour donner des informations complémentaires sur le projet (information orale donnée au sujet sur le déroulement de l'étude, les objectifs, les conditions pratiques, le respect de la confidentialité des données personnelles, et la non-conservation des données enregistrées sur un support audionumérique) et faire l'entretien si le sujet maintient son accord.

Les entretiens se font dans une pièce calme là où le participant se sent à l'aise, le lieu est décidé en collégialité entre le sujet et le chercheur.

Entretien :

Une grille thématique a été construite pour servir de fil conducteur. (Cf. annexe 5)

L'entretien évolue en une discussion semi dirigée autour des thèmes prédéfinis.

Tous les entretiens sont enregistrés audio numériquement et retranscrits en Verbatim, y compris les questions. Toutes les données recueillies sont anonymisées.

3.4 Méthode

Etant donné l'objectif de décrire une expérience avec le souci de donner une place centrale au vécu et à la subjectivité des sujets, nous avons eu recours à l'*Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA). Nous avons été particulièrement attentifs aux critères de validité et crédibilité tels qu'ils ont été défini par les auteurs de ces méthodes.

Analyse :

Nous cherchons à décrire une expérience, la méthode d'analyse choisie est donc d'orientation phénoménologique. Nous avons choisi d'utiliser l'IPA (56), associée à l'utilisation du logiciel NVivo.

La démarche est la suivante : les entretiens, retranscrits littéralement et intégralement sont lus plusieurs fois, et pour chaque entretien, le chercheur annote le texte de premiers commentaires. Ces commentaires sont ensuite regroupés en thèmes, qui contiennent succinctement leurs caractéristiques essentielles. Puis des connections sont construites entre les thèmes, jusqu'à obtenir une organisation thématique cohérente de l'entretien. Des métas-connections sont ensuite construites entre les entretiens, de manière à déterminer un jeu de méta-thèmes, décrivant l'ensemble des récits d'expérience. Chaque méta-thème est relié au thème sous-jacent, lui-même relié aux annotations originales et aux extraits d'entretien. Les méta-thèmes sont ensuite explicités dans un rapport écrit où les thèmes sont soulignés, accompagnés de matériel verbal. A chaque étape, le chercheur vérifie dans le matériel que les regroupements qu'il a fait sont cohérents. Il s'agit donc

d'effectuer durant toute l'analyse des va et vient permanents entre les données d'analyse et le matériel. Les entretiens sont analysés au fur et à mesure des passations. Ceci permet de réorienter les questions abordées lors des entretiens suivants, afin d'obtenir le matériel le plus riche possible (Cf. annexe 6). Les entretiens sont analysés par deux chercheurs différents (le docteur Mathilde Labey, psychiatre expérimentée et formée à la méthodologie qualitative, et moi-même), et ce afin d'assurer la meilleure validité des résultats obtenus (48).

NVivo est un logiciel qui supporte des méthodes de recherches qualitatives et combinées. Il est conçu pour permettre d'organiser, analyser et trouver du contenu perspicace parmi des données non structurées ou qualitatives.

NVivo offre une interface pour organiser et gérer le matériel. Il fournit également des outils qui permettent de tirer le maximum d'informations des données collectées de manière plus efficace.

Le logiciel sera utile pour mettre en évidence des thèmes qui n'auraient pas été repérés par l'analyse manuelle. Il sera utilisé en complément à l'analyse du texte par les chercheurs et l'ensemble des résultats sera comparé.

3.5 Résultats

5 entretiens ont été réalisés

	Age	Poste actuel	Date d'inscription au séminaire	A-t-il eu lieu ?	Autres formations
E1	27	Interne	2014	Non	DU de psychiatrie transculturelle Paris 2016
E2	31	Interne	2014	Non	Non
E3	31	Assistant	2012	Oui	Non
E4	31	PHc	2013	Oui	DU de psychiatrie transculturelle Paris 2015
E5	28	Interne	2013	Oui	M2 de psychiatrie transculturelle Paris 2017

Tableau 2 : Données socio-économiques

Afin de conserver l'anonymat des participants, nous avons utilisé le genre masculin pour chacun d'entre eux.

L'analyse phénoménologique des entretiens a mis en évidence 8 thèmes répartis selon 3 axes d'expérience.

Axes	Thèmes
-L'expérience comme support à la prise de conscience de l'existence de la transculturalité	-La confrontation à la différence -Des expériences complexes -Le partage d'expériences
-Une démarche active	-Une énergie d'implication -La construction de connaissances -La mobilité
-L'absence de nuances	-Une charge affective intense -La connaissance face à l'ignorance

Tableau 3 : Axes et thèmes

3.5.1 L'expérience comme support à la prise de conscience de l'existence de la transculturalité

Le premier axe est celui de l'expérience qui a induit chez tous les participants la prise de conscience de l'existence de la transculturalité.

Nous retrouvons 3 thèmes dans cet axe :

- La confrontation à la différence ;
- Des expériences complexes ;
- Le partage d'expérience.

3.5.1.1 La confrontation à la différence

La prise de conscience de l'existence de la transculturalité est passée pour tous les participants par la confrontation à la différence.

Ils ont évoqués avoir été confrontés à la transculturalité au travers d'expériences cliniques. Tous ont en effet dit avoir eus à prendre en charge au cours de leur pratique de la psychiatrie des situations où la part culturelle semblait selon eux avoir son importance.

E1 « c'était une famille d'origine turque (...) ils avaient eu recours euh a d'autres pratiques plus traditionnelles qui faisait qu'il y avait eu un retard diagnostic ».

E2 « on sait pas trop la frontière entre croyance, délire ».

E4 « elle l'exprimait différemment ».

Lors des entretiens ces expériences professionnelles ont été mises en lien avec l'histoire personnelle des participants, renvoyant soit à leur origine culturelle soit à une histoire familiale, soit à des rencontres.

Trois d'entre eux ont expliqués que ces expériences cliniques ont fait lien à leurs origines culturelles et leur propre histoire de migration. L'un évoquera qu'au travers cette prise de conscience de l'existence de la transculturalité, il s'est questionné sur ses propres origines et sur la place qu'il accorde à sa part Kabyle en parallèle de sa part Occidentale. Un autre évoquera une mixité culturelle intrafamiliale ayant aiguïlée sa curiosité et son ouverture à l'autre. Et un autre décrira avoir rapidement pris conscience qu'en fonction de la culture les points de vue pouvaient être différents, en particulier en ce qui concerne la pathologie psychiatrique.

E1 « mon père est Kabyle (...), ma mère est occidentale, (...) et du coup euh ça m'intéresse beaucoup, ce côté, euh, enfin je sais que j'ai cette culture ».

E2 « ça vient du côté de ma mère qui est pied noir ».

E5 « On a tous autour de nous, en tant que Marocain un, une personne qui a déliré complètement et on a dit « elle est endiablée, on lui a jeté un sort ». ».

Certains n'ont cependant pas d'histoire de migration au sein de leur famille mais feront part d'une histoire personnelle en lien. L'un décrira notamment avoir des convictions militantes en parties expliquées par son milieu familial. Un autre a été confrontée de manière intime à la différence culturelle au travers de voyages et de rencontres, ce qui a aiguïlé sa curiosité.

E4 « j'ai toujours eu une famille qui a, je sais pas, été toujours un peu de gauche on va dire ».

E3 « ça m'intéressait de manière un peu plus générale même d'un point de vue plus personnel ».

Les participants ont évoqués que cette prise de conscience a notamment entraîné une modification de leur pratique professionnelle. Ceux-ci ont alors décrits prendre en compte la culture de l'autre, avec une manière d'appréhender la clinique différente en fonction de la culture et une adaptation des entretiens en conséquence. Cette prise de conscience a permis aux participants de se découvrir des compétences utiles pour leurs prises en charge, notamment avec une facilité pour s'ouvrir à l'autre ou par le bilinguisme. La confrontation à la différence a alors questionné chez les participants l'existence d'une spécialité psychiatrique dans ce sens.

E1 « par cette curiosité que t'as envers la culture de l'autre tu mets l'autre en confiance et même si tu ne connais rien de sa culture (...) il y a un lien qui se forme».

E2 « je me mets dans des dispositions particulières ».

E3 « ne pas plaquer notre mode de vie sur celui des autres et essayer de retirer ce qu'on peut retirer ».

E4 « ne pas arriver sans rien connaître du pays de la personne ».

E5 « je me suis rendu compte qu'elle parlait arabe, qu'elle parlait la même langue que moi ».

3.5.1.2 Des expériences complexes

La prise de conscience de l'existence de cette discipline passait également par un vécu difficile de ces expériences interculturelles. La culture pouvant influencer sur la

clinique, cela rendait le diagnostic plus difficile pour les participants. Ils décrivaient que les prises en charge des patients étrangers étaient de manière générale plus compliquées.

E1 « on est passés à côté de diagnostics et de prise en charge. ».

E2 « c'est des problématiques qui ne se voient pas. ».

E5 « on ne comprenait rien, même dans les symptômes, c'est à dire que même sans la langue il y a des choses qu'on peut comprendre, qu'on peut voir, là c'était le fouillis quoi. ».

E5 « les interprètes qui ne sont pas médecins c'est quand même compliqué ».

Ils décrivaient également avoir pu vivre difficilement ces expériences d'un point de vue plus personnel. L'un décrira un sentiment de solitude, et la difficulté de ne pas être supervisé par un psychiatre plus expérimenté. Un autre évoquera la difficulté de mettre en pratique les connaissances qu'elle a pu acquérir sur la psychiatrie transculturelle.

E1 « c'est un stage où j'étais seul (...) t'es au début de l'internat, t'as pas beaucoup de filtre quoi et du fais un peu comme tu peux ».

E4 « moi là où je suis j'ai pas les moyens d'appliquer tout ça donc après c'est touj..fin c'était très bien d'avoir la, d'avoir ces bases là, après c'est un peu dur d'appliquer ça en pratique quoi ».

De ces difficultés ont émergées des interrogations chez les participants sur les différences en fonction des cultures, les manières d'améliorer les prises en charge et d'acquérir les connaissances nécessaires sur la transculturalité.

E3 « ça posait la question de savoir quelle est la part de la culture là-dedans et quelle est la part de la pathologie mentale ».

E4 « je m'étais vraiment posé la question des représentations euh de la pathologie (...) j'imaginai que la maladie mentale, les diagnostics, les prises en charge étaient complètement différentes ».

3.5.1.3 Le partage d'expériences

En plus de leur propre expérience les participants ont décrits l'importance de pouvoir rencontrer des personnes intéressées par le sujet et que celles-ci puissent leur faire partager leur propre expérience.

Ces partages d'expériences ont en effet été décrits comme une part importante dans la prise de conscience de l'existence de la transculturalité.

Tous ont dit avoir rencontrés des personnes, en particulier du corps soignant, intéressées par le principe de transculturalité avec qui ils ont pu partager des informations. Certaines personnes ont alors été désignées comme ayant eu un rôle influent dans leur raisonnement face à la transculturalité.

E2 « j'ai eu la chance pendant mon 3eme stage à Tourcoing, mon 3eme semestre d'être cointerne avec C... G... (...) et qui lui est très branché, très très branché la dessus ».

E3 « j'avais rencontré plein d'étudiants (...) d'origines différentes, euh, il y avait une confrontation culturelle qui était hyper intéressante ».

E4 « j'ai rencontré C... D... qui était infirmière à la PASS de Calais (...) c'est elle qui m'a parlé de ce DU et euh ben fin on a pas mal discutés ».

E5 « il y avait une psychiatre qui avait proposé à un patient de ramener un thérapeute de, de son pays ».

Le partage des expériences a été une des attentes principales dans la formation à la psychiatrie transculturelle, avec le besoin de constater qu'ils ne sont pas les seuls à être intéressés par le sujet. La plupart des participants souhaitent à présent transmettre également leur savoir et leurs connaissances sur le sujet. Le but évoqué étant que d'autres puissent également prendre conscience de ces spécificités et que se développe la psychiatrie transculturelle.

E1 « échanger avec des personnes qui pratiquent dans des situations transculturelles au quotidien ».

E5 « voir si il y avait d'autres personnes qui étaient intéressées par la même chose que moi ».

E1 « j'en parlais de plus en plus autour de moi ».

E4 « c'est à chacun d'en parler à son voisin et de sensibiliser sa famille et de petit à petit changer le regard des gens ».

3.5.2 Une démarche active

Le deuxième axe est celui de la démarche active.

Nous retrouvons 3 thèmes dans cet axe :

- Une énergie d'implication ;
- La construction de connaissances ;
- La mobilité.

3.5.2.1 Une énergie d'implication

Tous les participants ont évoqués la nécessité de s'impliquer personnellement pour se former à la psychiatrie transculturelle. Cette implication passait alors par plusieurs niveaux, que ça soit par l'énergie fournie, le temps passé, l'argent dépensé ou la nécessité de rechercher les informations par soi-même. Ils ont donc décrits la nécessité d'être réellement motivé.

Devant cette énergie à fournir et la difficulté de travailler sur d'autres choses en parallèle, 2 ont alors priorisés d'autres domaines de psychiatrie, et envisagent de se former à la psychiatrie transculturelle dans un second temps.

E1 « il faut les chercher ces portes, on ne te les propose pas. ».

E4 « c'était à mes frais donc il faut être motivé ».

E5 « j'ai été obligé de me pencher sur la question, de lire des bouquins. ».

E3 « prioriser d'autres choses avant parce que en terme de faisabilité c'est compliqué ».

E2 « je n'ai pas eu l'opportunité parce que je devais me réinscrire quand même à certains séminaires. ».

Cette énergie d'implication passe également par l'engagement auprès d'associations.

Trois participants évoqueront être activement engagés auprès d'associations de migrants, un l'a envisagé. Ils diront être intervenus dans des camps de réfugiés où ils se sont questionnés sur la manière dont ils pouvaient être « utiles ». Deux évoqueront également agir au quotidien à travers l'adaptation de leur mode de vie.

E1 « t'es sur le terrain quoi. Tu parles a des gens qui vivent concrètement la transculturalité quoi. C'est palpable quoi, c'est pas juste un peu de fantasque qu'on te dit. ».

E5 « un camp de réfugiés qui s'appelait donc le jardin des Hauts Lieux à Porte d'Arras et donc moi j'étais intervenu là-dessus ».

E4 « en militant au quotidien pour la décroissance, pour des choses comme ça, pour un mode de vie plus simple et tout ça et pour acheter des produits locaux par exemple ».

Ils feront part également de leurs projets ou idées pour le développement de la psychiatrie transculturelle dans les Hauts de France. Ils envisagent le développement de dispositifs tels qu'une formation dans la région, des consultations transculturelles sous la forme d'une équipe mobile évoqué par deux participants avec la possibilité d'avoir accès aux interprètes facilement, un centre de documentation ou encore un site internet. Avec le souhait pour la plupart de s'investir personnellement dans ses projets. L'un évoquera que son projet de carrière est dévoué à ce domaine avec la volonté de devenir professeur ce qui lui permettrait de développer des projets transculturels.

E1 « je veux faire de l'universitaire, ptet un assistanat tout ça, pour pouvoir mettre en place ces projets parce que sans les profs tu peux rien faire. ».

E5 « soit une équipe mobile de personnes qui sont formées à ça (...) et qui ont un carnet d'adresse blindé de noms d'interprètes, (...) soit une consultation dédiée sur place ».

E4 « ça serait bien justement d'avoir un endroit qui existe, où on ait de la documentation, où on ait toutes les adresses de ce qui existe et comme ça voilà on saurait à qui s'adresser ».

E5 « j'aimerais beaucoup travailler dans un endroit comme ça d'ailleurs si ça existait ».

3.5.2.2 La construction de connaissances

La démarche de formation était de la même manière présentée comme active. Elle est alors passée par la recherche de documentation sur le sujet. Les participants ont évoqués avoir recherché les notions importantes de psychiatrie transculturelle ainsi que les formations existantes dans ce domaine. Cette démarche était effectuée de manière autonome par les participants, ils ont pris l'initiative de se documenter afin de pouvoir améliorer leurs connaissances.

E1 « j'ai dû chercher, un peu, des publications ».

E2 « m'a moi poussé a essayé de me renseigner, à m'ouvrir l'esprit, avant d'envisager à commencer à me former ».

E4 « j'ai commencé à chercher un peu de documentation là-dessus ».

La recherche autonome n'étant pas suffisante pour les participants, tous se sont inscrits au séminaire de Lille, pour deux d'entre eux celui-ci n'a pas pu avoir lieu. Ils ont tous également évoqués s'être renseignés pour participer au DU de psychiatrie transculturelle à Paris. Les attentes vis-à-vis de la formation étaient alors la recherche de structure.

E3 « je m'étais renseigné sur le DU transculturel à Paris ».

E4 « j'ai vu qu'il n'y avait pas grand-chose(...) donc j'ai fait à la fois le DU à Paris et le séminaire à la fac de Lille, de psychiatrie. ».

E2 « c'est important (...) de faire ça aussi de manière un peu structurée, ne serait-ce que pour avoir des bonnes références ».

Trois ont pensés à faire un travail de thèse sur le sujet.

E1 « écrire ma thèse la dessus, sur les hallucinations chez les enfants et adolescents en situation transculturelle ».

E4 « le fait d'avoir fait une thèse en rapport ».

E3 « j'avais pensé à un sujet de thèse initial (...) sur la représentation de l'anorexie mentale dans les différents pays et l'impact du côté des représentations culturelles ».

3.5.2.3 La mobilité

La démarche active passe également par la mobilité. Cette démarche de se déplacer a toujours été décrite comme étant à l'initiative des participants.

Les participants ont alors décrits la nécessité de se déplacer dans le cadre de la formation à la psychiatrie transculturelle, ce fut le cas pour deux des participants.

Une des raisons expliquée étant l'absence de formation dans la région.

E1 « c'est important d'appuyer le fait qu'on se forme ailleurs pour apporter des compétences ici. ».

E5 « je prendrais une dispo je pense l'année prochaine de 6 mois pour pouvoir le faire [master] et faire les allers retours tranquillement à Paris quoi. ».

Les participants ont également évoqués l'intérêt de pouvoir voir sur place comment se pratique la psychiatrie. Ils se sont alors déplacés dans d'autres pays par le biais d'associations humanitaires mais également en France dans les camps de réfugiés.

E1 « comment est-ce qu'on pouvait aider, du coup euh, en gros pour faire simple, j'ai pris contact avec des, des assos ».

E3 « ça peut être intéressant d'aller à l'étranger pour voir comment ça se passe dans telle euh, dans telle spécialité parce que euh, ben du coup la psychiatrie ça doit être complètement différent ».

E4 « il y avait la Goutte d'Eau (...) je suis allé au Togo (...) et l'année suivante ça m'intéressait encore de faire des projets internationaux ».

E5 « une association qui s'appelle la SMAO euh qui part au Bénin et maintenant s'ouvre un peu au Togo et, et qui forme les aidants là-bas, les aidants soignants(...) je suis parti avec eux en octobre ».

Ils ont également décrit un attrait pour les voyages à un niveau plus personnel qui ne rentrait ni dans le cadre de la formation ni dans le cadre d'association.

E1 « Je voyage enfin, j'essaye de voyager beaucoup ».

E2 « J'ai passé un mois de l'été 2015, ouais, avec des mormons ».

E3 « je suis allé donc en Égypte plusieurs fois, donc j'ai, j'ai, voilà, la culture on se rend bien compte que la culture est différente ».

3.5.3 L'absence de nuances

Le dernier axe retrouvé est celui de l'absence de nuances.

On retrouve pour cet axe 2 thèmes :

- Une charge affective intense ;
- La connaissance face à l'ignorance.

3.5.3.1 Une charge affective intense

Tous ont montrés beaucoup d'affects dans la description de leur vécu. On retrouve alors une catégorisation dans les affects avec des émotions et opinions positives comme négatives.

D'une part, ils ont décrits un enthousiasme franc pour le sujet. Les participants feront part que cet enthousiasme et cet intérêt pour la transculturalité pouvaient être partagés par d'autres personnes.

E3 « Oh purée ça serait bien quand même d'avoir, euh, une formation là-dessus (...) comme ça si les patients me parlent de ça, je saurais de quoi il s'agit enfin ».

E2 « j'ai eu une espèce d'impression de puissance qui était assez fantastique. ».

E1 « il y a beaucoup de gens qui seraient intéressés qui me suivraient si il y a les moyens pour ».

E3 « c'est une préoccupation qui, qui existe chez la plupart des internes en psy(...) je pense que ça intéresse vraiment tout le monde ».

E5 « moi comme je m'y intéresse ben je rencontre que des gens qui sont intéressés par ça. ».

En opposition à cet enthousiasme les participants ont fait part de leur déception.

En effet, ils décrivaient une intense déception devant soit l'absence de formation soit dans le type de formation en lui-même, notamment en ce qui concerne le séminaire de Lille.

E1 « J'étais hyper déçu que ça ne se fasse pas [le séminaire à Lille], et c'est pour ça que je me suis dirigé vers le DU ».

E4 « Alors en fait je pense que je n'ai même pas fini le séminaire(...) donc, non, ça n'a pas répondu à mes attentes. ».

E3 « c'est quand même con d'être à Lille, d'avoir un méga CHU (...) et d'avoir un manque à ce niveau-là. ».

Le fait également que leur opinion ne soit pas partagée par l'ensemble de la population était alors vécu négativement. On retrouvait dans les entretiens une dichotomie dans le rapport à l'autre. L'autre qui soit comme eux s'y intéresse soit au contraire ne s'y intéresse pas. On ne retrouvait pas de catégorie intermédiaire, plus nuancée. Les participants se distinguent alors d'une partie de la population, mettant en avant leur différence de point de vue.

E1 « ça m'énerve que certains ne peuvent pas penser ça parce que c'est tellement logique ».

E4 « fin je trouve ça inadmissible tout ce qui se passe en ce moment, le racisme et qu'on ne fasse rien ».

E2 « Peut-être que les gens ne sont pas assez intéressés. ».

E5 « je pense que les gens sont fermés juste à une autre vision peut être de la psychiatrie ».

3.5.3.2 La connaissance face à l'ignorance

Cette dichotomie se retrouve également dans le rapport au savoir que ça soit en ce qui concerne les connaissances des autres, ils connaissent ou ne connaissent pas, comme leurs propres connaissances. Aucun des participants ne connaissait le guide de formulation culturelle présent dans le DSM 5, tous ont évoqués le manque de formations mais n'avaient que peu de connaissances sur ce qui existe dans la région et en France.

E1 « putain mais ya personne qui connaît quoi et euh, et c'est fou quoi (...), ya rien, ya pas de personnes référentes, parce que personne ne sait ».

E2 « ne serait-ce que ça, la question du racisme, (...) on en parle tout le temps, comme les politiciens parlent du peuple sans savoir ce que c'est, sans le définir. ».

E3 « j'ai pas du tout prétention à connaître bien toutes ces choses-là ».

E4 « il n'y a pas grand-chose justement, je ne connais que le DU à Paris en fait et il n'y a que Paris en plus. ».

Les participants adoptent un discours politique. Ils évoquent la montée du front national comme illustration d'un manque de connaissance de la transculturalité et font part de l'importance des médias dans la diffusion d'informations négatives.

E2 « quand je vois les réactions pour le coup plutôt nationales ou politique à la question des migrants, ça va un peu dans ce sens-là, ça va un peu dans le sens d'une fermeture ».

E4 « quand on passe le temps à entendre dans les médias des trucs négatifs sur les migrants (...) ben voilà on entend ça et on peut avoir des préjugés, fin, c'est la société en général qui a des préjugés ».

3.6 Discussion de la recherche qualitative

3.6.1 La réflexivité

Un des critères de rigueur de la recherche qualitative est celui de la réflexivité qui consiste à analyser sa contre-attitude de chercheur, à donner la place à sa subjectivité. Cela a été possible grâce à l'élaboration d'un carnet de bord où tous mes ressentis, mes questionnements par rapport à cette recherche ont été notifiés, afin de clarifier continuellement ma position de chercheur.

L'idée d'effectuer cette recherche m'est venue de ma propre expérience. J'ai en effet lors d'un stage, eu à prendre en charge une situation où la culture expliquait en grande partie la symptomatologie. Cependant mon manque de connaissance sur les notions de psychiatrie transculturelle et le désarroi également du reste de l'équipe soignante face à cette situation ont entraînés une errance diagnostique et thérapeutique. Suite à cette expérience, je me suis renseignée sur les formations existantes et ait voulu connaître les ressentis et expériences d'autres personnes s'étant à un moment donné également renseignées pour se former.

Je me suis rendue compte lors des entretiens que l'expérience professionnelle et personnelle avait été pour les participants comme pour moi le support à un questionnement sur l'existence de la psychiatrie transculturelle. Et que ces expériences avaient pour la plupart été vécues comme difficiles.

Je partageais avec une partie des participants les mêmes ressentis et également le fait que ce vécu avait été moteur dans l'implication portée à cette discipline.

Je me suis posée la question des attentes que j'avais par rapport à cette recherche. En est ressortie lors des entretiens, la volonté que cette énergie fournie pour acquérir

les connaissances nécessaires puisse être utile à d'autres et que puisse ressortir l'importance de la prise en compte de la culture de l'autre.

Chaque entretien était différent avec plus ou moins d'implication et de spontanéité dans les réponses. Trois participants se sont montrés très intéressés et impliqués par ce sujet, on retrouvait alors une charge émotionnelle importante dans le récit, me donnant l'impression de vouloir transmettre un message, ils s'écartaient alors régulièrement des questions posées. Ce qui m'a interrogé sur les attentes que les participants pouvaient également avoir vis-à-vis de cette étude, l'un des participants souhaitant au travers cette recherche que puisse se développer la formation.

Un participant s'est montré peu à l'aise au cours de l'entretien, les réponses étaient peu spontanées, il me donnera plus d'informations lorsque le dictaphone sera éteint, m'expliquant ne pas souhaiter que cela paraisse dans l'étude car il s'agissait pour lui de situations trop personnelles, m'interrogeant alors sur l'authenticité du discours. Le fait d'interroger les expériences personnelles a permis de réduire la possibilité d'un discours stéréotypé.

Est également ressorti des entretiens une certaine confusion entre la psychiatrie transculturelle et le soin aux migrants voire aux personnes précaires.

3.6.2 Entre fascination pour l'exotisme et rejet

Cette étude a pu mettre en évidence une charge affective intense lorsqu'était évoquée la transculturalité avec pour tous les participants un intérêt pour le sujet et la verbalisation d'un manque d'intérêt quasi-total pour d'autres. Ils évoqueront alors un sentiment d'isolement, se retrouvant seuls face à des situations cliniques

complexes et confrontés aux réticences et aux réactions de rejet de la part de leurs collègues ou partenaires.

Les différentes descriptions des réactions des professionnels concernant les personnes étrangères évoquées sont alors soit un rejet total ou au contraire une fascination pour leur exotisme.

L'exotisme a été défini par Stazcak, selon lui « L'exotisme constitue une invitation au voyage et à considérer l'Autre et l'Ailleurs comme des objets de curiosité. », « On est fasciné par l'autre et l'ailleurs, dont on dit le plus grand bien, mais sans se départir des privilèges inhérents à l'ici. L'admiration pour les sauvages et les barbares, aussi sincère qu'elle soit, se fait toujours sur la base de valeurs occidentales et s'actualise dans des pratiques que seule la domination occidentale autorise. Et il y a bien souvent de la condescendance dans la démarche ». Selon lui, pour que l'exotisme fascine, il faut y être préparé, que cette altérité soit « cadrée ». Si cette rencontre à l'«exotique» n'est pas reconnue, elle sera alors teintée d'inquiétude et de rejet (57). Le risque de cette fascination étant que la personne soit perçue en tant que produit de sa culture et ne soit pas appréhendée comme sujet pris dans les mouvements de l'histoire et les globalisations contemporaines (58).

Ces réactions de rejet ou de fascination peuvent s'expliquer par ce que cet autre renvoie à l'étranger qui est en nous. Kristeva (59) explique que l'étranger peut paraître menaçant, car il réveille des craintes que nous avons refoulées. Elle explique que « de le reconnaître en nous, nous nous épargnons de le détester en lui-même ». Trois des participants ont expliqués que les situations interculturelles rencontrées durant leur parcours professionnel les ont renvoyés à leur propre origine culturelle ou leur propre histoire de migration. Dans ces cas, la différence culturelle

était alors partagée par le patient et le soignant et reconnaître « l'étranger qui est en soi » a pu s'avérer plus facile pour ces participants, ce qui pourrait en partie expliquer leur intérêt pour la transculturalité. Pour les deux autres participants, leur histoire personnelle leur a permis d'appréhender la notion de différence culturelle et ainsi d'aiguiser leur curiosité envers « l'autre » et sa culture. Ainsi, l'altérité n'était pas perçue comme menaçante pour les participants.

Il y aurait donc un travail à réaliser sur nous-mêmes, pour éviter les réactions de rejet de l'autre, ou pour analyser l'attirance envers l'étranger.

Il y a un intérêt à ce que développe la formation à la psychiatrie transculturelle pour les étudiants afin que soit appréhendée cette dimension. Cela permettrait alors d'éviter les réactions extrêmes de fascination ou de rejet qui s'avèrent délétères dans les prises en charge.

3.6.3 Le contre transfert culturel

Dans une conception psychanalytique, ce travail sur nous-mêmes passe par l'analyse du contre transfert culturel.

Devereux, dans son ouvrage « De l'angoisse à la méthode », explique que, si les sciences étudiant l'homme suscitent de l'angoisse, il ne faut pas chercher à la diminuer à tout prix, mais plutôt essayer de savoir ce qu'elle signifie : l'observateur doit donc chercher à se comprendre lui-même en tant que sujet-observateur (56).

Devereux a ensuite reconsidéré la notion de contre-transfert. Il applique ce concept psychanalytique au domaine général des sciences du comportement. Pour lui, la

confrontation à une autre culture, parce qu'elle a ses moyens de sublimation et de refoulement propres, peut engendrer de l'anxiété, et donc des mécanismes de défense (56). La conséquence est l'accroissement de la distance entre soi et l'autre. Les soignants qui travaillent auprès des personnes de cultures différentes ou métissées peuvent donc réagir différemment, en fonction de ce que cet autre renvoie en eux, des réactions de rejet, de protection, ou d'empathie.

Pour Devereux, l'analyse du contre-transfert est alors un outil nécessaire à la compréhension du patient. L'altérité dans toute rencontre clinique et notamment interculturelle est à prendre en compte et permet de « mieux appréhender ce qui relève de l'histoire du sujet, de sa subjectivité à travers ses croyances qui sont interrogées, et de ce qui est de ses propres projections » (56).

Nathan quant à lui, a introduit le terme de contre transfert culturel, comme « l'ensemble des réactions d'un homme qui rencontre un autre homme d'une autre culture et entre en relation avec lui » (56).

Pour Moro, le contre-transfert culturel concerne la manière dont le thérapeute se positionne intérieurement par rapport à l'altérité du patient (ses manières de dire, de faire, de penser sa maladie etc., culturellement codés). Autrement dit, il s'agit des réactions explicites et implicites, conscientes et inconscientes du clinicien aux affiliations de son patient, en situation clinique (56). L'analyse du contre transfert culturel est donc nécessaire pour ne pas rester à son insu dans des jugements ethnocentrés et des attitudes intérieures qui constituent un véritable obstacle à la

communication, comme l'abrasion des différences, la non reconnaissance de l'altérité ou encore la fascination de l'exotisme (60).

Selon Rouchon, les réactions de contre transfert culturel sont d'abord éveillées par la perception du « différent » chez l'autre. Cette perception est susceptible d'éveiller une forte fantasmatique, dans laquelle les représentations de « l'autre étranger » jouent un grand rôle. Ces représentations véhiculées par notre société sont faites d'images plus ou moins figées, de stéréotypes que chacun incorpore et retravaille à partir de sa personnalité et de ses propres conflits. De manière générale, les réactions de contre transfert culturel se situent sur un axe rejet/fascination de la différence autrement dit sur un axe déni/réification de la différence (61).

Le contre transfert culturel est ici à la fois un outil pour comprendre « l'altérité en soi », mais aussi un outil clinique auprès des patients.

C'est ce qu'explique Lachal dans « Le partage du traumatisme. Contre-transferts avec les patients traumatisés » (57). Pour lui, quelque chose se transmet entre le patient et le soignant. Cela peut être utilisé pour mieux comprendre le patient, et se servir de ses propres réactions pour l'aider. L'analyse du contre transfert culturel nous permet de réfléchir à nos représentations, sur l'image que l'on peut se faire d'une personne à partir de sa couleur de peau ou sa nationalité. Dans le même temps, il informe de ce qui se joue dans la relation thérapeutique et permet une meilleure prise en charge du patient.

Nous avons pu remarquer dans cette étude que les participants adaptaient tous leurs prises en charge en fonction de la culture du patient, et que les plus engagés et investis personnellement allaient parfois jusqu'à dépasser leurs fonctions de

soignants en psychiatrie. Ils évoquaient s'être engagés dans des actions humanitaires ou d'aide aux réfugiés ou aux personnes précaires en dehors de leur temps de travail. Les professionnels se retrouvaient en difficulté devant des situations complexes, dépassant parfois leurs compétences. Inversement, ils évoquaient la possibilité d'erreurs diagnostiques ou thérapeutiques si un soignant était peu investi, voir rejetant.

Même si la rencontre avec une personne d'une autre culture peut dérouter le soignant, elle est aussi source d'enrichissement pour lui. Il s'agit de prendre la personne en considération, sans tomber dans les écueils du culturalisme, ni de l'universalisme abstrait, ni de l'ethnocentrisme. C'est-à-dire ne pas enfermer l'autre dans sa culture, ni nier sa différence, sa singularité. Dans l'étude « Les professionnels de la psychiatrie face à la culture de leurs patients étrangers ou d'origine étrangère. Enquête exploratoire sur trois quartiers de Bordeaux, Grenoble, Toulouse » (59) le constat a été fait que les soignants avaient comme préoccupations d'être bienveillants, de ne pas réduire l'autre à sa culture et de le respecter avec ses différences. La connaissance de la culture n'est donc pas nécessaire à l'écoute. Ecouter l'autre semble toujours possible et permet de créer un lien avec la personne. Et ce lien en soi est déjà du soin. Comme l'explique Martin «chaque échange n'est pas vain, il laisse des traces» (59).

Cette volonté d'échange et de compréhension de la culture de l'autre était retrouvée dans les entretiens « *par cette curiosité que t'as envers la culture de l'autre tu mets l'autre en confiance et même si tu ne connais rien de sa culture (...) il y a un lien qui se forme* ».

Apprendre à analyser ses propres réactions et ressentis lors des entretiens est une dimension qu'il est également importante de transmettre aux étudiants lors de formations. Cela permettrait une adaptation constante des prises en charge en fonction du patient afin d'éviter les erreurs diagnostiques et thérapeutiques.

3.6.4 Migration et transculturalité

On a pu constater au travers cette analyse qualitative, que de par la charge affective intense et l'implication forte, en particulier avec l'engagement auprès d'associations, il existait une envie de se « sentir utile ». On retrouvait alors une confusion entre la transculturalité et l'aide aux réfugiés.

La question se pose effectivement des besoins en soins psychiatriques dans les camps de réfugiés et en particulier les soins avec une approche transculturelle. Il va de soi qu'un soutien psychologique peut s'avérer utile dans des contextes de fuite d'un pays, de séparation des proches ou de conditions d'accueil difficiles mais cela ne relève pas spécifiquement des missions de l'approche transculturelle.

Moro et Baubet (1) évoquent que la question de l'existence de tableaux spécifiques liés à la migration se confond souvent avec celle de tableaux liés à la culture des patients mais ils soutiennent qu'il n'y a pas de pathologie « spécifique » liée à la migration. Deux situations peuvent être distinguées pour les pathologies apparaissant après la migration. Soit la migration révèle une pathologie antérieure qui était compensée ou tolérée par l'environnement familial et social et comprise dans le cadre culturel du pays d'origine. Soit c'est l'élaboration que nécessite la migration qui va donner lieu à l'apparition de troubles, ceux-ci étant modulés par des

facteurs personnels et collectifs, pré, per et post migratoires. La prise en charge de troubles susceptibles de survenir dans un tel contexte nécessite avant tout que les cliniciens se débarrassent d'un certain nombre de stéréotypes (1).

Pour répondre à cette question des besoins pour les réfugiés, l'OMS en collaboration avec l'UNHCR (Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés) a créé un document visant à évaluer les besoins et ressources en santé mentale et soutien psychosocial lors de crise humanitaire. Ce document a pour objectif de fournir toute une gamme d'outils d'évaluation afin d'établir des recommandations pour proposer une aide et des interventions plus efficaces aux personnes touchées par des crises humanitaires (62).

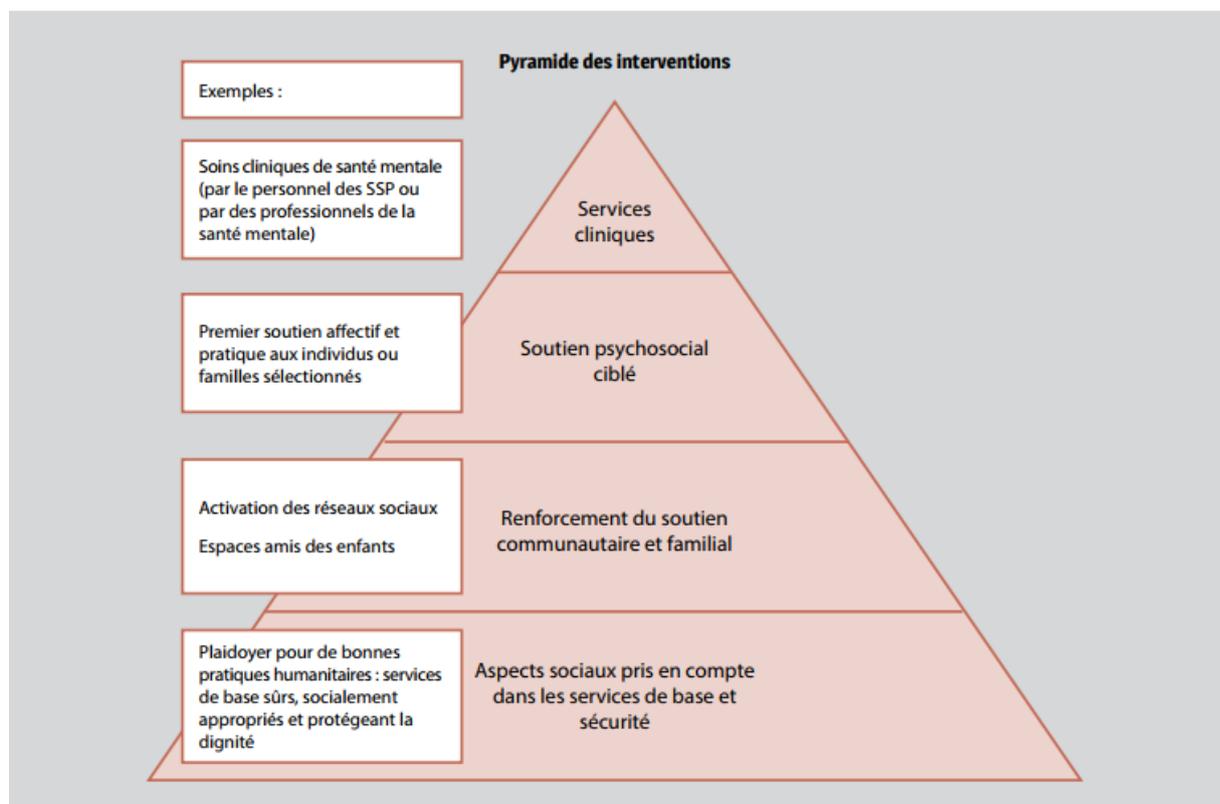


Figure 3 : Pyramide d'interventions établie par le CPI (Comité Permanent Interorganisations)

L'aide aux réfugiés était pour la plupart des participants une préoccupation majeure. Ils défendent une cause bien au-delà de leur fonction soignante. En effet, cette préoccupation ne concernait pas uniquement leur rôle de psychiatre auprès des réfugiés mais avait également une dimension plus générale et politique. Les participants questionnaient alors l'influence de certains partis politiques. On sait que la question de l'accueil des migrants et l'ouverture des frontières est très actuelle et anime les débats politiques depuis plusieurs années, encore il y a peu avec les élections présidentielles de 2017.

La transmission des informations par les médias était également remise en cause, les participants évoquant alors la diffusion de préjugés vis-à-vis des migrants, pouvant influencer l'opinion publique.

Politique et médias entretiendraient donc la divergence de points de vue vis-à-vis de l'aide aux réfugiés. Les participants à l'étude se distinguent alors d'une partie de la population de par leurs idées différentes. Le combat des stéréotypes serait alors une première étape pour une meilleure prise en charge des réfugiés et permettrait aux étudiants de se focaliser sur les besoins psychiatriques.

4 Discussion générale

Les deux études de ce travail ont permis de faire ressortir des idées similaires. Il existait en effet un intérêt partagé pour cette discipline que ça soit pour les internes Lillois comme dans la revue de littérature, avec le souhait que se développent les formations à la psychiatrie transculturelle.

L'expérience :

Le 1^{er} axe de l'analyse des entretiens dans la recherche qualitative était celui de l'expérience comme support à la prise de conscience de l'existence de la transculturalité, nous avons pu alors constater que la confrontation à la différence lors de la pratique de la psychiatrie ainsi que le partage d'expériences avec d'autres étaient des points clés dans le développement d'un intérêt pour la discipline.

L'attrait pour le transculturel viendrait-il alors de la confrontation clinique ou de rencontres avec des personnes s'étant déjà interrogées sur la question ? Ce questionnement suite à une expérience ou un partage d'expérience est-il nécessaire pour que la volonté de se former apparaisse ?

Nous avons pu constater que la littérature était unanime sur l'intérêt qu'il y ait dans une formation des modules pratiques avec des présentations de cas cliniques afin que les étudiants puissent être confrontés à des situations qu'ils pourraient rencontrer dans leur pratique de la psychiatrie. Cette expérience clinique a été décrite comme primordiale dans ce type de formation et pourrait permettre aux étudiants de prendre conscience de l'importance de la part culturelle dans certaines

situations et les spécificités de ces prises en charge. De plus, il a été mis en évidence qu'une formation des enseignants à cette discipline était indispensable afin que l'enseignement soit de bonne qualité.

L'enjeu du développement d'une formation obligatoire à la psychiatrie transculturelle est l'acquisition d'une compétence pour tous les psychiatres à travailler en situation transculturelle.

La mobilité :

Un autre point commun retrouvé dans ces 2 études était la mobilité.

L'analyse qualitative a permis de faire ressortir que les étudiants prenaient l'initiative de se déplacer dans le cadre de la formation, d'un engagement auprès d'association ou alors de manière plus personnelle. Cela leur permettait d'être au contact de cultures différentes et d'appréhender des pratiques différentes de la psychiatrie. Dans ce sens, la revue de littérature a également montré l'importance que des étudiants puissent se déplacer dans d'autres pays. Le but de développer cette mobilité étant d'une part pour découvrir d'autres pratiques de la psychiatrie et d'autre part travailler dans un milieu culturel différent de celui connu habituellement. Il a été décrit que cela permet une ouverture à la différence culturelle et une intégration plus facile de la part culturelle dans les prises en charge.

Moro et Baubet expliquent que ce qui importe lorsque l'on souhaite faire de l'ethnopsychanalyse c'est d'avoir fait l'expérience du décentrage et de s'être familiarisé avec certains systèmes culturels. Cette qualité de décentrage s'acquiert avant tout par le travail quotidien avec les personnes étrangères, par le travail régulier avec des anthropologues spécialistes des cultures, au sein de séminaires

mais aussi en s'expatriant soi-même et en se mettant en situation de soigner ailleurs que dans son pays (1).

Les connaissances :

Nous avons constatés lors des entretiens que les participants faisaient une distinction entre deux catégories de personnes : ceux qui comme eux s'intéressent et connaissent la psychiatrie transculturelle et ceux qui ne s'y intéressent pas et n'ont aucune connaissance sur le sujet. On ne retrouvait pas d'intermédiaires, pas de nuances.

Cette dichotomie peut être expliquée par la charge affective intense retrouvée dans le discours. Les participants avaient en effet des attentes importantes en ce qui concerne le développement de la psychiatrie transculturelle ou la formation, peut-être secondaires à leur expérience qui a parfois été vécue comme difficile.

N'ayant pas trouvé réponse satisfaisante à leurs attentes, ils ont fait part de leur déception devant l'absence de formation dans la région et que cela nécessitait alors qu'ils fournissent une énergie importante pour pouvoir acquérir les connaissances nécessaires ailleurs.

Cependant, on a pu constater avec l'état des lieux de la formation en France que plusieurs villes proposent une formation à la psychiatrie transculturelle (par des séminaires, DU, stage ou consultations transculturelles), dont une grande partie dans la moitié nord de la France. Les participants évoquaient n'avoir connaissance que de l'existence du DU proposé à Paris par le Pr Moro alors qu'un DU est également proposé à Amiens et qu'il y a la possibilité pour les internes intéressés de participer à des consultations transculturelles à Lille.

La question se pose alors de la connaissance des internes sur l'existence de ce type de formation dans les différentes villes. Auquel cas il y aurait un intérêt à diffuser de manière plus efficace les informations concernant les formations existantes. Il existe sur le site de l'AFFEP un recensement des différentes formations proposées par ville, cependant celui-ci est incomplet. Il serait alors intéressant de le compléter et que cette rubrique soit présentée à tous les internes de manière systématique au début de leur internat afin qu'ils aient accès à un document exhaustif reprenant l'ensemble des formations existantes. Ce type de document pourrait également être développé dans chaque pays d'Europe.

De plus, aucun n'avait notion de ce qui est proposé dans le DSM 5 pour aider à la prise de conscience de la culture de l'autre dans les prises en charge.

L'acquisition de bases théoriques pourrait passer par une sensibilisation de quelques heures dans le tronc commun du DES de psychiatrie afin que les étudiants puissent connaître les principales notions et les références importantes.

Perspectives :

La volonté que se développe la formation à la psychiatrie transculturelle est partagée. Plusieurs études visent à établir les axes importants nécessaires à une bonne formation, des recherches sont également en cours concernant les nouvelles technologies. Les participants à la recherche qualitative ont fait part quant à eux de leurs projets, avec pour certains une implication importante et la volonté de dévouer leur carrière à cette discipline.

Au fur et à mesure de cette étude et des différents contacts obtenus, j'ai pu avoir accès aux différents travaux de recherches effectués par l'EFPT PAB (*psychiatry accross borders*), qui est un groupe de travail créé lors du forum EFPT en Belgique en 2016. L'objectif de ce groupe de travail est d'améliorer la formation à la psychiatrie transculturelle en Europe en particulier en ce concerne les soins aux réfugiés. Lors d'un groupe de discussion qui a eu lieu le 1^{er} juillet 2017, le représentant Israélien a évoqué le manque de formations à la psychiatrie transculturelle ce qui a été approuvé par l'ensemble des membres. A alors été évoqué la possibilité de créer une vidéo courte, simple et pratique de formation à la psychiatrie transculturelle, les modalités de cette vidéo devant encore être discutées.

Cela montre bien l'intérêt qui est porté à cette discipline de par la création de ce type de groupe avec des internes Européens se réunissant régulièrement pour que s'améliorent les prises en charge en contexte transculturel mais également par les différentes recherches et études en cours allant dans le sens d'une ouverture et d'une diffusion des informations.

Conclusion

La prise en compte de la culture dans les prises en charge psychiatriques est une préoccupation qui existe depuis de nombreuses années. Il a été établi que l'utilisation exclusive de pratiques occidentales était à risque d'erreurs diagnostiques et thérapeutiques. Nous avons en effet appris au travers nos enseignements que telle pathologie se manifeste par tels symptômes. Cependant, nous avons vu que la symptomatologie pouvait être différente en fonction des cultures et ce pour une même maladie.

Il y a donc un intérêt à ce que les étudiants puissent acquérir les notions de bases de psychiatrie transculturelle.

En France, différents types de formations sont proposées aux internes et ce dans plusieurs villes, malgré cela, les étudiants interrogés ont évoqués ne pas être satisfaits, évoquant la difficulté d'accessibilité aux formations en France et en particulier dans les Hauts de France.

Il y avait une différence entre ce qu'a montré l'état des lieux et le ressenti des participants. Cette différence pouvant être expliquée par le fait que l'existence des formations transculturelles n'est pas diffusée dans le corpus commun d'enseignement. Cette formation nécessite alors un investissement de la part des internes - qui ont du se renseigner eux-mêmes. Ce système ne sélectionne que les psychiatres qui y sont déjà sensibilisés.

Il y aurait alors un intérêt à une meilleure diffusion des informations concernant les formations proposées aux internes.

Il est difficile de conclure en ce qui concerne les autres pays d'Europe au vu du faible nombre de réponses obtenues. Cependant pour certains pays, il existe une volonté franche que se développe la formation à la psychiatrie transculturelle, de par une formation théorique et une formation pratique. Nous avons également constatés le souhait que se développe une harmonisation Européenne qui passerait par des échanges entre internes dans les différents pays.

Cette étude révèle donc une volonté que se développe la psychiatrie transculturelle. Pour ce faire, une mesure simple existe : proposer dans chaque tronc commun d'enseignement du DES de psychiatrie une sensibilisation de quelques heures à la psychiatrie transculturelle. Afin que même en l'absence de formation complète, les psychiatres puissent avoir quelques clés de compréhension et réinterroger leurs prises en charge.

Bibliographie

1. Baubet T, Moro MR, Bouaziz N, Bennabi M, Blanchet C. Psychopathologie transculturelle. Elsevier-Masson, DL 2013; 2013.
2. Carothers JC, Organization WH. The African mind in health and disease : a study in ethnopsychiatry. 1953;
3. Kleinman AM. Depression, somatization and the « new cross-cultural psychiatry ». Soc Sci Med 1967. 1 janv 1977;11(1):3-9.
4. UNHCR Population Statistics - Data - Overview [Internet]. Disponible sur: <http://popstats.unhcr.org/en/overview>
5. Kraepelin E. Vergleichende Psychiatrie. Centralbl Nervenheilk Psychiatr 1904;27:433-7.
6. Georges Devereux, sa vie, son oeuvre, la naissance de l'ethnopsychiatrie moderne [Internet]. Disponible sur: <http://www.ethnopsychiatrie.net/actu/GBGD.htm>
7. Devereux G. Essais d'ethnopsychiatrie générale. Gallimard; 1970. 394 p.
8. MEAD M, CHEVASSUS G. Moeurs et sexualité en Océanie. Paris: Plon; 1980. 526 p.
9. Nathan T. La folie des autres: traité d'ethnopsychiatrie clinique. Dunod; 1986. 241 p.
10. Devereux G. Ethnopsychanalyse complémentariste. Paris: Flammarion; 1972.
11. Moro MR. Enfants d'ici venus d'ailleurs: Naître et grandir en France. Hachette Pluriel Editions; 2011. 191 p.
12. Devereux G. Ethnopsychiatrie. 1978.
13. Eisenberg L. Disease and illness. Distinctions between professional and popular ideas of sickness. Cult Med Psychiatry. avr 1977;1(1):9-23.
14. SELOD S. Relations interethniques et classifications : de l'emploi des diagnostics dans la littérature psychiatrique au XXe siècle : Penser/Classer/Soigner. AUTRE GRENOBLE. 2001;481-94.
15. Selod S. Difficultés diagnostiques chez les patients d'une autre culture : pourquoi certains patients dépressifs sont-ils diagnostiqués comme psychotiques ? Lille 2, 1998.; 1998.
16. Yap PM. Words and things in comparative psychiatry with special reference to exotic psychosis. Acta Psychiat. Scand. 1962; 38: 157–182.

17. American Psychiatric Association. (2013). DSM 5. American Psychiatric Association.
18. Jardri R, Favrod J, Laroï F. Psychothérapies des hallucinations. Elsevier Masson; 2016. 328 p.
19. Radjack , El-Hage W, Baubet T, Université François-Rabelais (Tours), Université François Rabelais (Tours), UFR de médecine. Peut-on objectiver et éviter les erreurs diagnostiques en situation transculturelle ? 2009.
20. Kirmayer LJ, Minas H. The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* juin 2000;45(5):438-46.
21. Littlewood R. Nosologie et classifications psychiatriques selon les cultures : les « syndromes liés à la culture », Nosology and psychiatric classifications: the persisting case of « culture-bound », Resumen. *L'Autre.* me 2(3):441-66.
22. Moro MR. Biographie [Internet]. [cité 14 août 2017]. Disponible sur: http://www.transculturel.eu/marierosemoro/Biographie_a3.html
23. Thierry BAUBET, Auteur à L'autre - Cliniques, Cultures et Sociétés [Internet]. Disponible sur: <https://revuelautre.com/auteur/thierrybaubet/>
24. Weiss M. Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC): Framework for Comparative Study of Illness. 1 juin 1997;34(2):235-63.
25. Groleau D, Young A, Kirmayer LJ. The McGill Illness Narrative Interview (MINI): An Interview Schedule to Elicit Meanings and Modes of Reasoning Related to Illness Experience. 1 déc 2006;43(4):671-91.
26. Hanon C, Camus V. Formation à la psychiatrie du sujet âgé : quels enjeux ? *Inf Psychiatr.* 15 nov 2012;me 86(1):15-20.
27. EFPT Posters. European Federation of Psychiatric Trainees. 2017.
28. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLOS Med.* juil 2009;6(7).
29. Lotz-Rambaldi W, Schäfer I, ten Doesschate R, Hohagen F. Specialist training in psychiatry in Europe – Results of the UEMS-survey. *Eur Psychiatry.* avr 2008;23(3):157-68.
30. Bäärnhielm S, Mösko M. Cross-cultural training in mental health care – challenges and experiences from Sweden and Germany. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues09249338v27sS2S0924933812757115](http://www.em-premium.com/doc-Distantuniv-Lille2frdatarevues09249338v27sS2S0924933812757115). 8 janv 2012;
31. Ekblad S, Kastrup MC. Current research in transcultural psychiatry in the Nordic countries. *Transcult Psychiatry.* déc 2013;50(6):841-57.

32. Knipper M, Seeleman C, Essink-Bot M-L. How should ethnic diversity be represented in medical curricula? A plea for systematic training in cultural competence. *GMS Z Für Med Ausbild.* 22 avr 2010;27(2).
33. MENTAL HEALTH OF CHILD AND ADOLESCENT REFUGEES - ESCAP [Internet]. Disponible sur: <http://www.escap.eu/care/position-statement-announcement/position-statement>
34. Effenterre A van, Hanon C, Llorca P-M. Enquête auprès des PU-PH sur la formation en psychiatrie en France. 7 mars 2014;
35. Qureshi A, Collazos F, Ramos M, Casas M. Cultural competency training in psychiatry. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* janv 2008;23 Suppl 1:49-58.
36. White Paper on Intercultural Dialogue « Living together as equals in dignity ». Council of Europe Publishing.
37. María-Teresa Gijón-Sánchez, Sandra Pinzón-Pulido, Riitta-Liisa Kolehmainen-Aitken, Jacqueline Weekers,, Daniel López Acuña, Roumyana Benedict and María-José Peiro. Better health for all in Europe: Developing a migrant sensitive health workforce [Internet]. Disponible sur: [http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/VOL16No1/Gijon Sanchez.pdf](http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/VOL16No1/GijonSanchez.pdf)
38. Pontarollo A, Lasfar M, Feteanu C, Mugnier G. La formation en psychiatrie en Europe. Compte-rendu du 21e forum de l'European Federation of Psychiatric Trainees, Psychiatric Training in Europe : Report of the 21st Forum of the European Federation of Psychiatric Trainees. *Inf Psychiatr.* 18 févr 2014;(1):79-83.
39. Statements [Internet]. European Federation of Psychiatric Trainees. 2014. Disponible sur: <http://efpt.eu/training/statements/>
40. Brittlebank A, Hermans M, Bhugra D, Pinto da Costa M, Rojnic-Kuzman M, Fiorillo A, et al. Training in psychiatry throughout Europe. 2016;
41. Sorensen J, Norredam M, Dogra N, Essink-Bot M-L, Suurmond J, Krasnik A. Enhancing cultural competence in medical education. *Int J Med Educ.* 26 janv 2017;8:28-30.
42. Taylor G, Papadopoulos I, Dudau V, Maerten M, Peltegora A, Ziegler M. Intercultural education of nurses and health professionals in Europe (IENE). *Int Nurs Rev.* 1 juin 2011;58(2):188-95.
43. Papadopoulos I, Taylor G, Dudau V, Droit YGL en, Martin V, Messelis M, et al. Intercultural Education of Nurses and health professionals in Europe 2 (IENE2): training the trainers. *Divers Equal Health Care.* 2013;
44. Schouler-Ocak M, Graef-Calliess IT, Tarricone I, Qureshi A, Kastrup MC, Bhugra D. EPA guidance on cultural competence training. 3 déc 2015;

45. Pantziaras I, Fors U, Ekblad S. Innovative Training with Virtual Patients in Transcultural Psychiatry: The Impact on Resident Psychiatrists' Confidence. PLoS ONE. 2015;10(3).
46. Beach MC, Price EG, Gary TL, Robinson KA, Gozu A, Palacio A, et al. Cultural Competency: A Systematic Review of Health Care Provider Educational Interventions. Med Care. avr 2005;43(4):356.
47. Kleinman A, Good B. Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-cultural Psychiatry of Affect and Disorder. University of California Press; 1985. 558 p.
48. theses.fr – Jordan Sibeoni, L'apport des méthodes qualitatives dans la recherche sur les soins en psychiatrie de l'adolescent.
49. Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Aldine; 1967. 292 p.
50. The Discovery of Grounded Theory (Glaser and Strauss, 1967).
51. Strauss A, Corbin JM. Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. SAGE Publications; 1998.
52. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. BMJ. 8 juill 1995;311(6997):109-12.
53. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. BMJ. 1 janv 2000;320(7226):50-2.
54. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. Lancet Lond Engl. 11 août 2001;358(9280):483-8.
55. Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, Wisdom JP, Duan N, Hoagwood K. Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. Adm Policy Ment Health. sept 2015;42(5):533-44.
56. Smith JA. Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. Psychol Health. 1 févr 1996;11(2):261-71.
57. Staszak J-F. Qu'est-ce que l'exotisme ? Globe Rev Genevoise Géographie. 2008;148(1):7-30.
58. Douville O, Absi P. À propos de la formation en anthropologie des professionnels du soin psychique. J Anthropol Assoc Fr Anthropol. 15 déc 2011;(126-127):293-310.
59. Julia Kristeva - Réflexions sur l'étranger.
60. Moro MR. Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent. Dunod; 2011. 214 p.

61. Rouchon J-F, Reyre A, Taïeb O, Moro MR. clinique - Le contre-transfert culturel, une notion nécessaire pour soigner. 1 août 2009;
62. OMS U. évaluation des besoins et ressources en santé mentale et soutien psychosocial Vade-mecum pour les situations humanitaires [Internet]. 2013. Disponible sur:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97944/1/9789242548532_fre.pdf?ua=1

Annexes

Annexe 1 : Guide de formulation culturelle :

Entretien de formulation culturelle (EFC) – Version informateur

GUIDE DE L'INTERVIEWEUR

LES INSTRUCTIONS À L'INTERVIEWEUR SONT EN ITALIQUES.

<p>Les questions suivantes visent à préciser les principaux aspects de la présentation clinique du problème, envisagé à partir de la perspective de l'informateur. Cela inclut notamment la signification du problème, les sources potentielles d'aide, et les attentes à l'égard des services.</p>	<p>INTRODUCTION POUR L'INFORMATEUR : J'aimerais comprendre les problèmes qui amènent le membre de votre famille/ami(e) ici afin que je puisse l'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 et le membre de votre famille/ami(e) y faites face. Sachez qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.</p>
---	---

Relation avec le patient

<p>Veuillez préciser la relation de l'informateur avec l'individu concerné et/ou sa famille.</p>	<p>1. Comment décriez-vous votre relation à [INDIVIDU OU FAMILLE]? <i>VEUILLEZ INVESTIGUER, SI INCERTAIN :</i> À quelle fréquence voyez-vous [INDIVIDU]?</p>
--	--

DÉFINITION CULTURELLE DU PROBLÈME

<p>Veuillez recueillir le point de vue de l'informateur sur les principaux problèmes et préoccupations dominantes. Veuillez mettre l'accent sur comment l'informateur comprend le problème de l'individu. Dans les questions subséquentes, veuillez employer le terme, expression, ou brève description obtenu en réponse à la question 1 afin d'identifier le problème (p. ex., «le conflit avec son fils»).</p> <p>Veuillez demander à l'informateur comment il présente le problème aux membres de son réseau social.</p> <p>Veuillez mettre l'accent sur les aspects du problème qui revêtent le plus d'importance pour l'informateur.</p>	<p>2. Qu'est-ce qui amène le membre de votre famille/ami(e) ici aujourd'hui? <i>SI L'INFORMATEUR FOURNIT PEU DE DÉTAILS OU MENTIONNE SEULEMENT DES SYMPTÔMES OU UN DIAGNOSTIC MÉDICAL, VEUILLEZ INVESTIGUER :</i> 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 décriez-vous le problème de [INDIVIDU]?</p> <p>3. Parfois les gens décrivent différemment leur problème à leur famille, leurs amis ou aux autres personnes de leur communauté. Comment leur décriez-vous le problème de [INDIVIDU]?</p> <p>4. Qu'est-ce qui vous préoccupe/inquiète le plus à propos du problème de [INDIVIDU]?</p>
--	---

Perceptions culturelles de la cause, du contexte et du soutien

CAUSES

<p>Cette question vise à préciser le sens que l'informateur donne au problème, lequel peut s'avérer pertinent au regard des soins cliniques. Veuillez noter que les informateurs peuvent identifier plusieurs causes selon l'aspect du problème qu'ils envisagent.</p> <p>Veuillez mettre l'accent sur les perspectives des membres du réseau social de l'individu. Celles-ci peuvent être variées et différer de celles de l'informateur.</p>	<p>5. Pourquoi pensez-vous que cela arrive à [INDIVIDU]? À votre avis, quelles sont les causes de son [PROBLÈME]? <i>VEUILLEZ ÉLABORER D'AVANTAGE, SI NÉCESSAIRE :</i> 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.</p> <p>6. Qu'est-ce que d'autres membres de la famille de [INDIVIDU], ses amis, ou d'autres personnes dans la communauté pensent être la cause du [PROBLÈME] de [INDIVIDU]?</p>
---	---

Source : DSM 5

Entretien de formulation culturelle (EFC) – Version informateur

STRESSEURS ET SOUTIEN	
<p><i>Veillez recueillir des renseignements sur le cadre de vie de l'individu, en mettant l'accent sur les ressources, le soutien social et la résilience. Vous pouvez aussi examiner d'autres formes de soutien (p. ex., de collègues, de pratiques religieuses ou spirituelles).</i></p> <p><i>Veillez mettre 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.</i></p>	<p>7. Y a-t-il des formes de soutien qui améliorent son [PROBLÈME], telles que le soutien de sa famille, d'amis ou d'autres personnes?</p> <p>8. Y a-t-il des formes de stress qui aggravent son [PROBLÈME], telles que des soucis financiers, ou des problèmes familiaux?</p>

RÔLE DE L'IDENTITÉ CULTURELLE	
<p><i>Veillez demander à l'informateur de réfléchir aux éléments les plus marquants de l'identité culturelle de l'individu. Utilisez cette information pour adapter les questions 10 à 11, le cas échéant.</i></p> <p><i>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).</i></p> <p><i>Veillez tenter d'obtenir des précisions, au besoin, (p. ex., problèmes migratoires; conflits intergénérationnels ou liés au rôle des genres).</i></p>	<p>Certains aspects des antécédents ou de l'identité d'une personne peuvent parfois améliorer ou aggraver leur [PROBLÈME]. Par antécédents ou identité j'entends, par 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 foi ou religion.</p> <p>9. Selon vous, quels sont les aspects les plus importants des antécédents ou de l'identité de [INDIVIDU]?</p> <p>10. Y a-t-il des aspects des antécédents ou de l'identité de [INDIVIDU] qui ont une incidence sur son [PROBLÈME]?</p> <p>11. Y a-t-il des aspects des antécédents ou de l'identité de [INDIVIDU] qui lui causent d'autres préoccupations ou difficultés?</p>

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

AUTO-ADAPTATION	
<p><i>Veillez préciser quels sont les mécanismes d'auto-adaptation au problème.</i></p>	<p>12. Les gens ont parfois recours à différents moyens pour faire face à leurs problèmes tels que [PROBLÈME]. Qu'a fait [INDIVIDU] pour faire face à son [PROBLÈME]?</p>

ANTÉCÉDENTS DE RECHERCHE D'AIDE	
<p><i>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).</i></p> <p><i>Veillez tenter d'obtenir des précisions, au besoin (p. ex., « À quelles autres sources d'aide a-t-elle eu recours? »).</i></p> <p><i>Veillez préciser l'expérience et l'appréciation qu'a l'individu de l'aide obtenue antérieurement.</i></p>	<p>13. Souvent les gens recherchent aussi de l'aide de nombreuses sources différentes, incluant différents types de médecins, aidants, ou guérisseurs. Dans le passé, à quels types de traitement, d'aide, de conseils, ou techniques de guérison [INDIVIDU] a-t-il eu recours pour son [PROBLÈME]? VEUILLEZ INVESTIGUER SI AUCUNE MENTION N'EST FAITE DE L'UTILITÉ DE L'AIDE OBTENUE : Quels formes d'aide ou types de traitement ont été les plus utiles? Étaient inutiles?</p>

Source : DSM 5

Entretien de formulation culturelle (EFC) – Version informateur

OBSTACLES

<p><i>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.</i></p> <p><i>Veillez tenter d'obtenir des précisions, au besoin (p. ex., « Qu'est-ce qui a fait obstacle? »).</i></p>	<p>14. Y a-t-il quelque chose qui a empêché [INDIVIDU] d'obtenir l'aide dont il/elle a besoin?</p> <p><i>VEUILLEZ INVESTIGUER, AU BESOIN :</i></p> <p>Par exemple, l'argent, le travail ou les obligations familiales, la stigmatisation ou la discrimination, ou l'absence de services comprenant sa langue ou ses antécédents?</p>
--	--

FACTEURS CULTURELS INFLUENÇANT LA RECHERCHE D'AIDE ACTUELLE

PRÉFÉRENCES

<p><i>Veillez préciser la perception des besoins et des attentes actuels de l'individu en matière d'aide, au sens large, de la perspective de l'informateur.</i></p> <p><i>Veillez tenter d'obtenir des précisions si l'informateur ne mentionne qu'une source d'aide (p. ex., « Quels autres formes d'aide seraient utiles à [INDIVIDU] en ce moment? »).</i></p> <p><i>Veillez mettre l'accent sur les perspectives du réseau social concernant la recherche d'aide.</i></p>	<p>Maintenant, si vous le voulez bien, parlons de l'aide dont [INDIVIDU] a besoin.</p> <p>15. Quels types d'aide lui seraient le plus utile actuellement pour son [PROBLÈME]?</p> <p>16. Sa famille, ses amis ou d'autres personnes ont-ils suggéré que d'autres formes d'aide lui seraient utiles maintenant?</p>
--	--

RELATION CLINICIEN-PATIENT

<p><i>Veillez tenter de cerner les préoccupations potentielles concernant la clinique ou de la relation clinicien-patient, incluant les perceptions de racisme, les barrières linguistiques, les différences culturelles pouvant compromettre la bonne volonté, la communication ou la prestation des soins.</i></p> <p><i>Veillez tenter d'obtenir des précisions, au besoin (p. ex., « De quelle manière? »).</i></p> <p><i>Veillez aborder d'éventuels obstacles aux soins ou les préoccupations concernant la clinique et la relation clinicien-patient soulevées précédemment.</i></p>	<p>Des malentendus surviennent parfois entre les médecins et les patients parce qu'ils sont issus de milieux différents ou ne partagent pas les mêmes attentes.</p> <p>17. Êtes-vous préoccupé par cela et y a-t-il quoi que ce soit que nous puissions faire pour fournir à [INDIVIDU] les soins dont il/elle a besoin?</p>
---	--

Dans ce document, la forme masculine est utilisée sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le contenu.

Source : DSM 5

Annexe 2 : MINI :

McGill Illness Narrative Interview (MINI)
Generic Version for Disease, Illness or Symptom
Danielle Groleau, Allan Young, & Laurence J. Kirmayer ©2006

Section 1. INITIAL ILLNESS NARRATIVE

1. When did you experience your health problem or difficulties (HP) for the first time? [Substitute respondent's terms for 'HP' in this and subsequent questions.] [Let the narrative go on as long as possible, with only simple prompting by asking, 'What happened then? And then?']
2. We would like to know more about your experience. Could you tell us when you realized you had this (HP)?
3. Can you tell us what happened when you had your (HP)?
4. Did something else happen? [Repeat as needed to draw out contiguous experiences and events.]
5. If you went to see a helper or healer of any kind, tell us about your visit and what happened afterwards.
6. If you went to see a doctor, tell us about your visit to the doctor/hospitalization and about what happened afterwards.
- 6.1 Did you have any tests or treatments for your (HP)? [The relevance of this question depends on the type of health problem.]

Section 2. PROTOTYPE NARRATIVE

7. In the past, have you ever had a health problem that you consider similar to your current (HP)? [If answer to #7 is Yes, then ask Q.8]
8. In what way is that past health problem similar to or different from your current (HP)?
9. Did a person in your family ever experience a health problem similar to yours? [If answer to #9 is Yes, then ask Q.10]
10. In what ways do you consider your (HP) to be similar to or different from this other person's health problem?
11. Did a person in your social environment (friends or work) experience a health problem similar to yours? [If answer to #11 is Yes, then ask Q.12]
12. In what ways do you consider your (HP) to be similar to or different from this other person's health problem?
13. Have you ever seen, read or heard on television, radio, in a magazine, a book or on the Internet of a person who had the same health problem as you? [If answer to #13 is Yes, then ask Q.14]
14. In what ways is that person's problem similar to or different from yours?

Section 3. EXPLANATORY MODEL NARRATIVE

15. Do you have another term or expression that describes your (HP)?
16. According to you, what caused your (HP)? [List primary cause(s).]
- 16.1 Are there any other causes that you think played a role? [List secondary causes.]
17. Why did your (HP) start when it did?
18. What happened inside your body that could explain your (HP)?
19. Is there something happening in your family, at work or in your social life that could explain your health problem? [If answer to #19 is Yes, then ask Q.20]
20. Can you tell me how that explains your health problem?
21. Have you considered that you might have [INTRODUCE POPULAR SYMPTOM OR ILLNESS LABEL]?

22. What does [POPULAR LABEL] mean to you?
23. What usually happens to people who have [POPULAR LABEL]?
24. What is the best treatment for people who have [POPULAR LABEL]?
25. How do other people react to someone who has [POPULAR LABEL]?
26. Who do you know who has had [POPULAR LABEL]?
27. In what ways is your (HP) similar to or different from that person's health problem?
28. Is your (HP) somehow linked or related to specific events that occurred in your life?
29. Can you tell me more about those events and how they are linked to your (HP)?

Section 4. SERVICES AND RESPONSE TO TREATMENT

30. During your visit to the doctor (healer) for your HP, what did your doctor (healer) tell you that your problem was?
31. Did your doctor (healer) give you any treatment, medicine or recommendations to follow?
[List all]
32. How are you dealing with each of these recommendations? [Repeat Q. 33 to Q. 36 as needed for every recommendation, medicine and treatment listed.]
33. Are you able to follow that treatment (or recommendation or medicine)?
34. What made that treatment work well?
35. What made that treatment difficult to follow or work poorly?
36. What treatments did you expect to receive for your (HP) that you did not receive?
37. What other therapy, treatment, help or care have you sought out?
38. What other therapy, treatment, help or care would you like to receive?

Section 5. IMPACT ON LIFE

39. How has your (HP) changed the way you live?
40. How has your (HP) changed the way you feel or think about yourself?
41. How has your (HP) changed the way you look at life in general?
42. How has your (HP) changed the way that others look at you?
43. What has helped you through this period in your life?
44. How have your family or friends helped you through this difficult period of your life?
45. How has your spiritual life, faith or religious practice helped you go through this difficult period of your life?
46. Is there anything else you would like to add?

Annexe 3 : Questionnaire pour les internes de France :

Etat des lieux de la formation à la psychiatrie transculturelle pour les internes de France

Dans le cadre de ma thèse, je fais un état des lieux de ce qui existe comme formation à la psychiatrie transculturelle ou ethnopsychiatrie pour les internes. Le but étant d'évaluer l'attrait ou non pour cette discipline de la psychiatrie et de comparer ce qui existe ou non dans chaque ville. Il s'agit d'un questionnaire court qui vous prendra moins de 5 min à remplir

1. Ville de France :
2. Existence d'une formation à la psychiatrie transculturelle pour les internes :
 - Oui
 - Non
3. Type de formation :
 - *Séminaire :*
 - Séminaire obligatoire dans le cadre du DES :
 - Oui
 - Si oui, principaux thèmes abordés :
 - Non
 - Séminaire optionnel dans le cadre du DES :
 - Oui
 - Si oui, principaux thèmes abordés :
 - Non
 - *DU/DIU :*
 - Oui
 - Si oui, principaux thèmes abordés :
 - Non
 - *Stage orienté*
 - Oui
 - Non
 - *Possibilité de participer à une consultation transculturelle :*
 - Oui
 - Non
 - *Autre :*

Merci pour votre participation

Annexe 4 : Questionnaire pour les internes Européens :

Training of transcultural psychiatry in Europe for residential students

This short survey focuses on the theoretical formation and clinical practice of transcultural (or cross-cultural) psychiatry during psychiatric training in each European country. It will only take you 5 minutes.

1. Which country do you represent ?

2. In your country, is there a specific transcultural (or cross-cultural) psychiatric training for residential students ?
 - Yes
 - No
 - I don't know

3. If yes :
 - What kind of training is it ?
 - What are the main themes evoked ?
 - Is it mandatory for the completion of the trainees psychiatric ?
 - Yes
 - No

4. Is transcultural psychiatry available to trainees in clinical practice (in dedicated internship/residency) ?
 - Yes
 - No
 - I don't know

5. Free commentary

You can leave any information or any remark that could assist us in this study

Thank you for your participation

Annexe 5 : Grille thématique initiale :

Vécu autour de la formation à la transculturalité durant l'internat

1. **Emergence d'une préoccupation sur la transculturalité :**

- Comment en avez-vous entendu parler pour la première fois?
- Quelle a été votre première expérience dans ce domaine?
- Décrivez votre expérience personnelle de migration/voyages

2. **Avant la formation :**

- Comment avez-vous acquis des notions sur la transculturalité?
- Transmission médicale/lectures/autres?

3. **La démarche de se former :**

- Pourquoi avez-vous ressenti le besoin de vous former?
- Quelles étaient vos attentes par rapport à une formation sur la transculturalité?
- Comment avez-vous eu connaissance de la (des) formation(s) transculturelle que vous avez suivi?
- Quelles ont été les démarches pour y accéder?

4. **La formation :**

- Quelle(s) est (sont)-elles?
- Cette formation a-t-elle répondu à vos attentes? Pourquoi?
- Comment être formé à la transculturalité vous sert au quotidien?

Annexe 6 : Grille thématique finale :

Vécu autour de la formation à la transculturalité durant l'internat

1. Emergence d'une préoccupation sur la transculturalité :

- Comment en avez-vous entendu parler pour la première fois?
- Quelle a été votre première expérience dans ce domaine?
- Décrivez votre expérience personnelle de migration/voyages
- Qu'est-ce qui dans ton histoire personnelle fait que tu te sois intéressé à la transculturalité ?

2. Avant la formation :

- Comment avez-vous acquis des notions sur la transculturalité?
- Transmission médicale/lectures/autres?
- Que connais-tu du DSM 5 sur la prise en compte de la culture ?

3. La démarche de se former :

- Pourquoi avez-vous ressenti le besoin de vous former?
- Quelles étaient vos attentes par rapport à une formation sur la transculturalité?
- Comment avez-vous eu connaissance de la (des) formation(s) transculturelle que vous avez suivie?
- Quelles ont été les démarches pour y accéder?
- Qu'est-ce qui selon toi, fait que ça ne soit pas plus développé dans le Nord ?

4. La formation :

- Quelle(s) est (sont)-elles?
- Cette formation a-t-elle répondu à vos attentes? Pourquoi?
- Comment être formé à la transculturalité vous sert au quotidien?

AUTEUR : Nom : MACHEN

Prénom : Séverine

Date de Soutenance : 15 septembre 2017

Titre de la Thèse : La formation à la psychiatrie transculturelle pour les internes de France et d'Europe : état des lieux et recherche qualitative

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : « transculturalité » « internes » « formation » « Europe » « France »

Résumé :

Contexte : Il a été établi que ne pas prendre en compte la culture dans les prises en charge en psychiatrie était à risque d'erreurs diagnostiques et thérapeutiques. Cependant il existe encore des situations où les psychiatres se retrouvent en difficultés, n'ayant pas les notions élémentaires de psychiatrie transculturelle.

Objectif : L'objet de ce travail est double, il s'agit de faire un état des lieux des différents enseignements de psychiatrie transculturelle existant pour les internes de France et d'Europe et d'investiguer l'expérience vécue auprès d'internes ou anciens internes s'étant formés à Lille.

Méthode : Pour ce faire nous avons réalisés un état des lieux des formations existantes en France et en Europe à partir d'un questionnaire que nous avons envoyés aux internes référents de chaque ville française et chaque pays européen référencé sur le site de l'EFPT. Nous avons également contactés différents spécialistes de la discipline. Puis nous nous sommes interrogés sur l'expérience vécue des internes s'étant formés à Lille. Nous avons alors utilisés une méthodologie qualitative.

Résultats : 10 villes françaises sur 21 réponses obtenues proposent une formation à la psychiatrie transculturelle. En ce qui concerne l'Europe c'est le cas pour 4 pays parmi les 13 réponses obtenues. La littérature montre que la volonté que se développe ce type de formation est partagée. Celle-ci devrait alors passer par une partie théorique et une partie pratique mais également par la mobilité des étudiants dans différents pays. Les participants à la recherche qualitative partagent ce souhait avec une part affective prépondérante dans les entretiens, ils évoquent que l'expérience, qu'elle soit personnelle, clinique ou partagée par des professionnels de la discipline a été le support de leur prise de conscience de l'existence de la transculturalité, mais également qu'ils ont du s'investir personnellement pour acquérir les compétences nécessaires.

Conclusion : Il semble nécessaire que les étudiants en psychiatrie acquiert les notions de bases de psychiatrie transculturelle afin d'éviter les erreurs diagnostiques. Cet intérêt pour la discipline est partagé en Europe, cependant la connaissance des formations existantes semble limitée entraînant une insatisfaction des participants interrogés, il y aurait un intérêt à développer des cours de sensibilisation ainsi que diffuser auprès des internes un document exhaustif reprenant les formations existantes dans leur pays.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Monsieur le Maître de conférence Ali AMAD

Directrice de thèse : Madame le Docteur Mathilde LABEY