



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Intégrer la dimension culturelle en psychiatrie. Une revue de la littérature à propos de l'Entretien de Formulation Culturelle du DSM-5.

Présentée et soutenue publiquement le 19 septembre 2018 à 18h
au Pôle Formation
Par Stéphanie MIANBERE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Maître de Conférence Ali AMAD

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Michael DUFOUR

Avertissement

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

« C'est ça, la culture : c'est tout ce que l'Homme a inventé pour rendre le monde vivable et la mort affrontable. »

Aimé CESAIRE

Liste des abréviations

APA	American Psychiatric Association
CCAT	Cultural Competence Assessment Tool
CIM	Classification Internationale des Maladies
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DCCIS	DSM-5 Cross-Cultural Issues Subgroup
EFC	Entretien de Formulation Culturelle
EMDR	Eye Movement Desentization and Reprocessing
FC	Formulation Culturelle
SLC	Syndromes Liés à la Culture
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale
TSPT	Trouble de Stress Post-Traumatique

Table des matières

INTRODUCTION	2
LA CULTURE. ORIGINES DU CONCEPT ET IMPLICATIONS EN PSYCHIATRIE	6
I. LE CONCEPT MODERNE DE CULTURE	7
A. <i>Définition générale et étymologie.....</i>	7
B. <i>Origine du concept anthropologique de culture</i>	8
C. <i>Représentation contemporaine de la culture.....</i>	10
II. CULTURE ET PSYCHIATRIE.....	12
A. <i>Histoire du concept de culture en psychiatrie</i>	12
B. <i>La psychiatrie culturelle aujourd'hui</i>	16
III. LA CULTURE DANS LES CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES : LE DSM	21
A. <i>Genèse dans le DSM-IV</i>	22
B. <i>Les outils d'évaluation dérivés de la formulation culturelle du DSM-IV.....</i>	30
C. <i>Les études évaluant l'impact diagnostique de la FC du DSM-IV.....</i>	33
D. <i>Le DSM-V.....</i>	36
ILLUSTRATION CLINIQUE	45
I. OBSERVATIONS	46
II. FORMULATION CULTURELLE	52
A. <i>Identité culturelle du patient.....</i>	52
B. <i>Conceptualisations culturelles de la détresse</i>	54
C. <i>Facteurs de stress psychosocial et caractéristiques culturelles de la vulnérabilité et de la résilience.....</i>	56
D. <i>Caractéristiques culturelles de la relation entre le sujet et le clinicien.....</i>	58
E. <i>Synthèse.....</i>	60
III. ANALYSE CRITIQUE DE LA FORMULATION CULTURELLE	61
A. <i>Intérêt diagnostique.....</i>	61
B. <i>Intérêt thérapeutique.....</i>	64
REVUE DE LA LITTÉRATURE	66
I. INTRODUCTION	67
II. MATERIEL ET METHODES	68
III. RESULTATS	72
A. <i>Caractéristiques des études incluses.....</i>	72
B. <i>Perception globale des cliniciens et des patients</i>	75
C. <i>Un outil de contextualisation</i>	76
D. <i>Un outil de communication.....</i>	80
E. <i>Un outil utile à l'acquisition et au développement des compétences culturelles.....</i>	85
IV. DISCUSSION	93
A. <i>Une approche centrée sur l'individu.....</i>	93
B. <i>Sensibiliser le clinicien au concept de culture.....</i>	95
C. <i>Limites de l'étude</i>	96
CONCLUSION	98
BIBLIOGRAPHIE	101
ANNEXES.....	108

Résumé

Contexte : La culture participe à modeler la psychopathologie, les manifestations symptomatiques et les modalités thérapeutiques des troubles psychiatriques, ce qui a un impact sur la démarche du clinicien dans son aptitude à identifier et diagnostiquer de façon exacte les problèmes de santé mentale. L'introduction d'un modèle d'entretien structuré intitulé Entretien de Formulation Culturelle (EFC) dans la cinquième édition du Manuel Statistique et Diagnostique des Troubles Mentaux (DSM-5) est supposée faciliter la collecte des données culturellement pertinentes.

Méthode : Nous avons mené une revue de la littérature afin de déterminer l'intérêt de l'EFC comme outil d'évaluation de la dimension culturelle. Pour cela, un algorithme de recherche associant les mots-clés « entretien de formulation culturelle » et « psychiatrie », « psychiatre » ou « santé mentale », a été utilisé sur les bases de données PubMed, Science Direct, Embase, Springer Link et PsycInfo, ainsi que ClinicalTrials.gov. Les articles en français et en anglais ont été inclus à partir de 2013, date de publication du DSM-5.

Résultats : Vingt-deux articles correspondant aux objectifs de la revue ont été inclus. La littérature montre que les cliniciens au même titre que les patients ont jugé l'EFC utile. L'EFC améliore les compétences culturelles des cliniciens et leur confort à explorer la dimension culturelle. Il favorise le recueil d'informations sur l'environnement socio-culturel du patient, ce qui augmente la validité du diagnostic. En tant que moyen de communication, il a un effet positif sur la qualité de la relation entre le clinicien et le patient, optimisant l'alliance thérapeutique et l'engagement dans les soins.

Conclusion : L'EFC s'inscrit dans une démarche holistique, soucieuse de procéder à une évaluation psychiatrique compréhensive et une prise en charge centrée sur la personne. Les bénéfices mis en évidence sont tels que son utilisation, encore peu répandue, nécessite d'être popularisée auprès des cliniciens afin d'être incorporée à la pratique quotidienne.

INTRODUCTION

L'intérêt de la psychiatrie pour la culture n'est pas un phénomène récent, comme en témoigne le voyage de Kraepelin sur l'île de Java au début du 20^e siècle. Depuis lors, le principe d'une participation de la culture dans les manifestations des maladies mentales et de la souffrance psychique constitue la base à l'élaboration de théories et de recherches, inévitablement influencées par les préoccupations de leur époque.

Actuellement, les psychiatres sont amenés dans leur pratique quotidienne à évaluer des personnes en provenance d'autres régions du monde. Parmi elles, des réfugiés exposés aux souffrances de la guerre et de l'exil, dont la décompensation psychopathologique apparue dans le contexte migratoire ou préexistante à la migration peut dérouter le clinicien. Les questionnements quant à la prise en charge de la santé mentale de ces populations se reflètent d'ailleurs à travers la quantité de publications de cas cliniques qui remettent en cause l'exactitude des diagnostics basés sur les classifications internationales, questionnent la possibilité de particularités psychopathologiques ainsi que l'éventualité de modalités spécifiques de soins.

A l'origine des réflexions sur la culture, le constat fondamental que par l'exercice de son art, le psychiatre se trouve confronté à l'ambiguïté inhérente à toute rencontre de l'altérité ; l'autre lui est à la fois semblable et différent. Et parfois il se heurte à des manières d'être et de faire qui ne lui sont pas familières : croyances et pratiques singulières du patient, incompréhensions mutuelles, conflits de valeurs, sont autant d'obstacles attribuables à des différences culturelles. Ces difficultés ont des conséquences sur le processus diagnostique car elles altèrent l'interprétation de la symptomatologie présentée par le patient, et compromettent ainsi le plan de soins autant que la coopération du patient.

S'appuyant sur le savoir développé par l'anthropologie, les chercheurs en psychiatrie culturelle soutiennent l'idée que l'inclusion d'une dimension culturelle à l'évaluation multiaxiale classique est utile non seulement au diagnostic mais aussi à l'alliance thérapeutique nécessaire au déroulement optimal de la prise en charge du patient. Procéder à ce type d'évaluation requiert cependant une méthode à la fois spécifique et applicable par tout psychiatre.

L'American Psychiatric Association (APA) a répondu aux revendications croissantes des spécialistes en psychiatrie culturelle relatives à la mise au point d'une nosographie adaptée à l'ensemble de la population mondiale, en intégrant dans sa 4^e édition du Manuel Statistique et Diagnostique des troubles mentaux (DSM) une méthode d'évaluation des aspects culturels, intitulée Formulation Culturelle (FC). Cette approche culturelle s'est standardisée dans la cinquième et dernière version du manuel, sous la forme d'un Entretien de Formulation Culturelle (EFC). Rappelons-le, bien que ce n'était pas sa fonction au moment de sa création, le DSM représente aujourd'hui l'outil diagnostique de référence en recherche et en pratique clinique psychiatrique partout dans le monde.

L'objectif de ce travail est d'interroger la pertinence d'un outil d'évaluation culturelle à l'usage du clinicien qui lui permette de contextualiser l'expérience de la maladie de son patient.

Ainsi, nous tenterons de déterminer si les composantes culturelles du DSM-V, matérialisées sous la forme de l'Entretien de Formulation Culturelle, ont une utilité dans la démarche diagnostique et thérapeutique du psychiatre en pratique clinique.

Pour ce faire, après avoir défini le concept moderne de culture, nous verrons de quelle manière la culture a pris place dans le champ de la psychiatrie jusqu'à nos jours. Ces notions permettront alors de rendre compte des innovations culturelles apportées en psychiatrie et notamment par le DSM depuis sa quatrième édition.

Puis, nous illustrerons ce propos par la présentation d'une situation clinique qui a motivé la réalisation de ce travail, suivi au cours duquel a été conduit un EFC. Nous pourrons alors à l'aide de ces éléments, procéder à l'analyse de la formulation culturelle et discuter de l'impact de cette évaluation dans le processus diagnostique et thérapeutique.

Dans la partie suivante, nous réaliserons une revue de la littérature portant sur les travaux qui ont évalué la pertinence de l'EFC du DSM-V dans la prise en charge psychiatrique.

LA CULTURE. ORIGINES DU CONCEPT ET
IMPLICATIONS EN PSYCHIATRIE

I. LE CONCEPT MODERNE DE CULTURE

A. Définition générale et étymologie

La notion moderne de culture paraît difficile à définir tant aujourd'hui il semble en exister d'acceptions. Cependant c'est en partant de ces différentes significations telles qu'elles sont proposées dans le dictionnaire et qui illustrent la diversité des concepts que le terme recouvre, que nous pourrions parvenir à la définition anthropologique de la culture sur laquelle reposent les théories développées en psychiatrie culturelle. Ainsi d'après le Larousse (1) :

- « Action de cultiver une terre, une plante. *Culture biologique.*
- Terrain cultivé pour qu'il produise des récoltes. *Les cultures de maïs.*
- Espèce végétale cultivée. *Les cultures fruitières, maraîchères.*
- Développement de l'humanité de l'homme par le savoir.
- Ensemble des connaissances acquises dans un ou plusieurs domaines. *Avoir une solide culture scientifique.*
- Ensemble des coutumes, des manifestations religieuses, artistiques, intellectuelles qui caractérise un groupe, une société ; civilisation. *La culture humaniste. La culture latino-américaine.*
- Ensemble de convictions partagées, de manière de voir et de faire qui orientent plus ou moins consciemment le comportement d'un individu, d'un groupe. *Une culture laïque. »*

Sur le plan étymologique, le mot culture provient du latin *cultura, -ae*, lui-même dérivé du supin *cultum* du verbe *colo, -ere* signifiant cultiver, soigner. *Cultura* désigne au sens propre l'action de cultiver la terre, c'est-à-dire le soin apporté à la terre afin de la faire prospérer, ce que nous retrouvons dans les premières définitions (2).

B. Origine du concept anthropologique de culture

A partir de la Renaissance au 16^{ème} siècle, le terme de culture acquiert un sens figuré pour désigner l'activité consistant à développer l'esprit d'un individu par l'acquisition de connaissances. La culture est entendue ici comme opposition à la nature, donc preuve de l'élévation de l'Homme au-dessus de la simple animalité, par le biais de l'apprentissage des arts, des sciences et des lettres (3,4). En effet, sous l'influence de la philosophie du siècle des Lumières, la culture s'apparente à la formation et aux productions de l'esprit destinées à sortir de l'obscurantisme et à s'élever au-dessus de la nature.

Ensuite, le développement de l'anthropologie au 20^e siècle mène à l'émergence d'une conception scientifique de la culture dont la définition s'est elle-même avérée extrêmement fluide dans le temps et dans l'espace. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle en 1952 les anthropologues américains Alfred Kroeber et Clyde Kluckhohn ont inventorié dans un souci d'intelligibilité les différentes tentatives de définition de la notion de culture dans le seul champ des sciences humaines. Ils ont alors dénombré plus de 150 définitions qui en reflètent les diverses théories depuis le milieu du 18^{ème} siècle (4).

La définition anthropologique considérée aujourd'hui comme fondatrice est celle du britannique Edward Burnett Tylor, dans son ouvrage *La Civilisation Primitive (Primitive*

Culture en anglais) édité en 1871 (3). Elle se définit comme « *ce tout complexe comprenant à la fois les sciences, les croyances, les arts, la morale, les lois, les coutumes et les autres facultés et habitudes acquises par l'homme dans l'état social* » (5). Ainsi Tylor avance l'idée novatrice que toute société humaine est porteuse d'une culture, entendue comme l'ensemble de ses aptitudes techniques, sociales et symboliques. Ces compétences sont acquises ce qui signifie qu'elles ne se transmettent pas de manière innée et naturelle par l'hérédité, mais sont assimilées par l'individu en tant que membre d'une société (4).

L'idée d'une culture particulière à un groupe humain est née en Allemagne, répondant au souci de constituer au 19^e siècle une nation unifiée par des attributs particuliers qui la différencient des autres peuples (3,6,7). Puis le concept se diffuse dans les milieux intellectuels internationaux, notamment aux Etats-Unis où les recherches concernant la culture se développent particulièrement et s'organisent autour d'une discipline, l'anthropologie. C'est Franz Boas, considéré comme le fondateur de l'anthropologie américaine, qui définit cette discipline comme la science permettant d'étudier une société par le biais de sa culture. Ses travaux donnent d'ailleurs naissance au mouvement culturaliste américain que nous développerons plus loin (4,6,8). En France, le terme de civilisation, au sens de stade idéal d'évolution d'une société, domine jusqu'au début du 20^e siècle (4,7). On préfère aussi plutôt que celui de culture des formulations comme tribus, ethnies, sociétés ou civilisations pour désigner des groupes particuliers (3). Il faut attendre la fin de la Seconde Guerre Mondiale et l'influence américaine pour qu'une nouvelle génération de sociologues et d'anthropologues, dont le célèbre Claude Lévi-Strauss, adopte le terme de culture.

C. Représentation contemporaine de la culture

Ainsi, de ces recherches animées depuis maintenant plus d'un siècle par la volonté de déterminer ce qui fait lien parmi les membres d'un groupe et ce qui fait différence entre les groupes, a abouti le concept de culture. Telle qu'elle est aujourd'hui élaborée par les anthropologues, la culture représente l'ensemble des normes comportementales, des significations, des valeurs partagées par les membres d'un groupe donné pour construire une représentation singulière du monde (4,9,10). Elle est constituée de différents objets tels que la langue, les traditions, les rituels, les croyances religieuses, les tabous, les lois, les valeurs morales qui se reflètent dans les productions culturelles comme les proverbes, les légendes, les mythes, le folklore, les arts, la philosophie et la croyance religieuse (9,10).

La culture se transmet de façon consciente et inconsciente par des apprentissages intériorisés et partagés au sein du groupe social et familial, modelant les croyances et les comportements qui s'illustrent dans différents domaines de la vie personnelle et sociale (9). Elle se matérialise à la fois dans le champ social au travers des institutions qui organisent de façon cohérente les habitudes collectives mais aussi dans le champ individuel par son influence sur la structuration des pensées et des actes (9).

L'individu n'est plus seulement réduit à un cadre culturel statique, unique appartenance dont on pourrait apprendre les règles ou les coutumes (4,11). Son identité culturelle résulte de la combinaison de diverses appartenances issues des multiples interactions avec l'environnement. Qu'il s'agisse de l'origine nationale, régionale ou ethnique, mais aussi de l'identité de genre, l'orientation sexuelle, la langue, la spiritualité, la profession, l'âge ou encore le statut social, la culture est un processus de fabrication de sens faisant intervenir ces multiples

appartenances collectives dont l'individu fait usage de façon modulable en fonction du contexte ou des interlocuteurs (11).

On retiendra donc que la culture n'est pas une réalité concrète et figée qui précède les individus, mais qu'il existe une dynamique d'incorporation, de diffusion et de transmission inhérente qui peut être analysée tant à l'échelle individuelle que collective (12). Les membres d'un groupe produisent collectivement la culture ; pour autant chaque individu a une représentation limitée sur la culture globale de sa société par sa singularité et il ne peut dès lors figurer à lui seul l'ensemble de sa culture d'appartenance.

L'intérêt d'un tel rappel sur la culture se justifie par le fait que parmi les domaines étudiés en anthropologie culturelle, certains chercheurs se sont intéressés tout particulièrement aux connaissances médicales et aux pratiques de soins dans le monde. Ces travaux sont regroupés sous la dénomination d'anthropologie médicale. Considérant que les maladies font l'objet de représentations collectives, ils postulent que l'expérience de la maladie et son interprétation sont influencées par la culture et que l'efficacité des pratiques de soins résulte en partie de ces représentations par le fait que ces dernières sont pourvoyeuses de sens. Comme nous allons le voir, ces concepts concernent également la perception de la santé mentale et des maladies mentales dans les différentes sociétés. Nous allons donc voir à présent comment la psychiatrie depuis ses fondements s'est intéressée à la culture et de quelle manière le savoir anthropologique a imprégné l'élaboration des connaissances en psychiatrie culturelle.

II. CULTURE ET PSYCHIATRIE

La psychiatrie culturelle a pour objectif d'étudier le rôle et l'impact des facteurs culturels et sociaux dans les maladies mentales et leur traitement. Son champ d'étude et les concepts qui en découlent n'ont eu de cesse d'évoluer en fonction du contexte historique qui a accompagné ces changements : de la découverte des maladies mentales des populations exotiques au souci de soigner les troubles provoqués par la migration, la posture du psychiatre s'est modifiée dans son rapport à l'altérité culturelle. Nous allons donc commencer par dérouler l'histoire de la psychiatrie culturelle en rappelant les théories développées par les différentes écoles de pensée qui se sont succédées afin de mieux comprendre ensuite l'espace de réflexions et de recherches qu'elle occupe aujourd'hui.

A. Histoire du concept de culture en psychiatrie

1. Naissance de la psychiatrie comparée

Dominante jusqu'au milieu du 19^e siècle, l'idée d'une étiologie unique des troubles mentaux dénommée aliénation est ensuite abandonnée au profit d'une conception multiple des pathologies mentales. Dès lors une sémiologie médicale se construit par le biais de l'observation clinique fine et vise à établir une classification des troubles mentaux qui permette d'en différencier les diverses entités. C'est dans ce cadre historique que des recherches sont menées dans le but de prouver l'universalité de cette nouvelle classification, parmi lesquelles les travaux du psychiatre allemand Emil Kraepelin. On situe classiquement

la naissance de la psychiatrie culturelle, qu'il nomme alors psychiatrie comparée, à son voyage sur l'île de Java en 1904 (13–16). Son ambition était de parfaire l'élaboration de son *Traité de Psychiatrie*, d'en tester la nosographie auprès des populations étrangères afin de démontrer l'existence d'un invariant biologique dans les pathologies mentales. Néanmoins, il met également en évidence la présence de variations liées à l'environnement culturel non retrouvées dans la nosographie occidentale, qui seront ultérieurement nommées syndromes liés à la culture. A ce stade toutefois, ce n'est pas l'altérité qui se trouve au centre de la recherche, mais le souci d'édifier un savoir psychiatrique œcuménique (13,15). La psychiatrie s'applique à trouver chez l'autre « lointain » une confirmation de l'universalité des pathologies mentales dans une démarche qu'on qualifierait aujourd'hui d'ethnocentrique, puisqu'on recherche chez l'autre des variations de la maladie mentale à partir du référent occidental (13).

2. La psychiatrie dans les colonies

Par la suite, l'expansion coloniale occidentale du début du 20^e siècle marque l'émergence d'une vision racialisée de la psychiatrie. A cette époque d'après Rechtman, « *l'altérité recherchée n'est pas dans la folie et ses variantes locales, mais dans la psychologie de l'indigène, dans son être même, dans ses faiblesses et ses incomplétudes* » (13). Autrement dit, contrairement aux ambitions universalistes de la psychiatrie de Kraepelin, la psychiatrie coloniale s'attache à déterminer les différences supposées de fonctionnement psychique entre l'indigène et l'occidental plutôt que d'apporter un savoir théorique sur les variations culturelles des pathologies mentales(13). Le représentant le plus connu du développement et de l'application des théories raciales de la psychiatrie dite coloniale est incarné par l'Ecole psychiatrique d'Alger, laquelle a contribué à construire des représentations négatives sur l'autre aujourd'hui controversées : théorie de l'impulsivité criminelle du maghrébin,

primitivisme, etc. Ces allégations basées sur de supposés fondements scientifiques justifient alors la pérennisation de la domination de ces populations par l'empire colonial (14). Si l'objet n'est pas ici de faire le procès de la psychiatrie telle qu'elle était pratiquée dans les colonies, cela permet surtout de mettre en exergue au regard de l'histoire le lien existant entre le champ de la psychiatrie et son inscription dans un contexte social, politique et historique. Ce contexte historique et politique a participé à élaborer des manières de se représenter l'altérité culturelle de sorte que l'idée que l'on se fait de l'autre prévaut sur la nature de sa maladie et les éventuelles spécificités culturelles de celle-ci (13,14).

A la même époque, Henri Collomb fonde à l'hôpital de Fann à Dakar une école de psychiatrie nommée « Ecole de Fann ». Réfractaire à une reproduction du modèle asilaire français en Afrique, il soutient le développement d'une psychiatrie ouverte sur la communauté et basée sur le savoir et les traditions locales. Il s'intéresse aux liens existants entre la maladie mentale et la culture, ainsi qu'aux pratiques thérapeutiques locales. D'après ses recherches, les représentations de la maladie s'inscrivent dans un champ symbolique propre à la culture qui conditionne l'élaboration des liens de causalité responsables de l'apparition de la maladie ou encore des pratiques thérapeutiques. Le traitement de la maladie mentale est toujours collectif : il fait intervenir l'entourage familial du patient ainsi que les connaissances des thérapeutes traditionnels afin de réintégrer l'individu dans le groupe social (14,17). Les travaux de l'Ecole de Fann sont ensuite repris par les chercheurs en ethnopsychiatrie.

3. Ethnopsychiatrie et psychiatrie transculturelle

Comme son nom l'indique, cette discipline qui se développe dans la période d'après-guerre à la fin des empires coloniaux naît de l'hybridation entre l'ethnologie et la psychiatrie. Les

chercheurs procèdent à une analyse ethnologique par des observations de terrain dans des sociétés non occidentales. D'abord, ils souhaitent vérifier l'applicabilité des modèles nosologiques occidentaux dans d'autres cultures. Ensuite, ils repèrent les variations sémiologiques des troubles psychiatriques attribuables à la culture afin de démontrer que la culture exerce une influence sur le développement et l'expression de ces maladies (15). Les représentants les plus illustres de l'ethnopsychiatrie sont George Devereux ou Tobie Nathan (14).

Reprenant la suite de ces travaux, Marie Rose Moro a créé une consultation de psychiatrie transculturelle à Paris, d'inspiration analytique, dont le principe a été adopté dans d'autres régions françaises. Elle est basée sur l'accompagnement du patient au travers d'échanges avec un groupe de co-thérapeutes, ce qui permet au patient d'utiliser ses représentations culturelles comme leviers thérapeutiques (14,18).

Le changement de dénomination de « ethnopsychiatrie » à « psychiatrie transculturelle » se justifie par la volonté de se dégager du positionnement ethnocentrique présumé. La psychiatrie transculturelle a pour terrain d'études l'ensemble des groupes humains y compris la population occidentale.

4. Cross-cultural psychiatry ou psychiatrie interculturelle

Cette approche s'appuie sur le courant culturaliste « personnalité et culture » développé aux Etats-Unis dans la première moitié du 20^e siècle. Les chercheurs ont toutefois abandonné l'approche initialement psychanalytique au profit d'une approche cognitiviste ou phénoménologique (15). Leur théorie repose sur l'idée qu'il existe un lien entre le processus de socialisation et la constitution de la personnalité des individus. Chaque individu d'un groupe social se construit par rapport à un modèle de culture - *pattern of culture* – élaboré

selon des normes et valeurs propres à ce groupe et des comportements en adéquation avec ces valeurs. Ce modèle de culture s'inscrit dans chaque individu appartenant au groupe sous la forme de la « personnalité de base » (6). Il en résulte que la personnalité pathologique devient elle aussi culturellement déterminée puisque en édictant des normes, la société définit également ce qui appartient à la déviance, à l'anormal. Donc dans ce modèle, la maladie mentale a une origine sociale (15).

En pratique, les auteurs analysent dans leurs études le lien entre la maladie mentale et la culture au sein d'un groupe culturel donné, mais aussi les conséquences psychiques du contact entre des groupes culturels considérés comme différents.

La critique principale adressée par certains auteurs à l'approche culturaliste est son caractère réducteur dans la mesure où elle n'explique le comportement d'un individu que par le biais de sa culture, au détriment de sa subjectivité. Le risque inhérent est de créer des étiquettes culturelles et en conséquence de se limiter à une appréhension superficielle de la personne (19).

B. La psychiatrie culturelle aujourd'hui

A partir des années soixante-dix, les travaux d'Arthur Kleinman sur la dépression constitue un tournant dans l'étude du lien entre culture et psychopathologie, baptisé « nouvelle psychiatrie transculturelle » (12,20–22). Il ne s'agit pas d'une nouvelle discipline mais bien du résultat de l'évolution historique des concepts de psychiatrie comparée, sociale, interculturelle ou transculturelle, s'appuyant sur les connaissances développées en anthropologie médicale (10). Mais contrairement à la démarche antérieure qui consistait à faire

état de différences stéréotypées entre les groupes culturels, il propose un positionnement plus nuancé par lequel chaque individu est considéré dans le contexte social et culturel dans lequel il évolue (23). Ses travaux questionnent les théories considérées à priori comme universelles alors qu'elles sont elles-mêmes établies dans un contexte particulier (20,21,24).

A ce titre, Kleinman crée le terme de *category fallacy*, c'est-à-dire d'erreur catégorielle, afin de signifier qu'une catégorie nosologique développée pour et à partir d'un groupe culturel particulier n'est pas nécessairement applicable à un individu d'un autre groupe culturel (21,22,24), ce qui peut mener à des erreurs diagnostiques. Ce concept a servi de base à des recherches qui étudient le modelage culturel dans l'apparition et l'évolution de la maladie. Dans cette démarche, l'attention est particulièrement portée à l'expérience de la maladie vécue par le patient - en anglais *illness*, en complément de la représentation objective de la maladie comme dysfonctionnement d'organe ou de système, basée sur le savoir biomédical - *disease* en anglais (12,25). L'*illness* est de fait une construction culturelle car elle est la représentation que le patient se fait de sa maladie. Lorsque le patient se présente en consultation médicale, il relate son vécu de la souffrance et de la maladie à partir des connaissances qu'il possède de son corps et de sa maladie. Ces représentations sont le résultat de ses expériences passées et présentes, des savoirs hérités de son groupe d'appartenance, des idées véhiculées à travers les différents groupes sociaux auxquels il appartient.

Par conséquent, la maladie comme tout évènement de vie humaine est imprégnée de culture. La psychiatrie culturelle ne se restreint pas de ce fait à des minorités ethniques, religieuses ou des populations lointaines, rurales ou exotiques, mais s'intègre à l'évaluation de n'importe quel individu y compris la population majoritaire, urbaine, occidentale. Il faut toutefois

reconnaître que la majorité des écrits et discussions qui s'intéressent à la dimension culturelle est encore réalisée à partir de cas cliniques issus de minorités (10).

Ce nouveau courant de psychiatrie culturelle a donné une nouvelle structure à la discipline, puisqu'il constitue le point de départ de recherches s'articulant désormais selon trois axes, que Kirmayer nomme « triptyque de la psychiatrie culturelle » (16) :

- Les études comparatives transculturelles qui rendent compte de l'aspect clinique et de la prévalence des troubles psychiatriques et décrivent les modalités de soin des médecines dites traditionnelles.

Exemples :

- « *Comparaison de la prévalence et des facteurs de risque d'idéation suicidaire et tentatives de suicide entre deux échantillons de populations amérindiennes par rapport à un échantillon de population générale* »¹.
- « *Troubles de l'humeur et troubles anxieux en période périnatale chez les femmes indigènes d'Australie, Nouvelle-Zélande, Canada et Etats-Unis : une revue critique de la littérature* »².
- « *“Notre mode de vie est basé sur l'échange” : Les thérapeutes traditionnels évoquent le suicide et la prévention du suicide en Afrique du Sud* »³.

¹ Transcultural Psychiatry

² Ibid.

³ Ibid.

- Les modalités de prise en charge et besoins des populations migrantes ou issues de la migration et l'expérience de la maladie de ces populations.

Exemples :

- « *Validité du dépistage des troubles psychiatriques chez les demandeurs d'asile mineurs non accompagnés : utilisation d'une évaluation assistée par ordinateur* »⁴.
 - « *Pourquoi la population d'origine chinoise des Pays-Bas a peu recours aux services de soins en santé mentale ? Explication par une étude qualitative* »⁵.
- L'analyse et la critique sous un angle culturel des théories et des pratiques en psychiatrie ; cette dernière étant elle-même perçue comme une production culturelle.

Exemples :

- « *Comment la théorie et les méthodes anthropologiques peuvent faire progresser la santé mentale mondiale* »⁶.
- « *Variations culturelles de la perception de la maladie mentale chez les psychiatres : un outil pour enseigner la notion de culture en psychiatrie* »⁷.

Ainsi, la psychiatrie culturelle participe à la définition, la description, l'évaluation et la prise en charge des troubles psychiatriques dans la mesure où les pathologies mentales sont soumises à un modelage culturel qu'elles reflètent (10). L'idée n'est pas de se placer en

⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

⁶ The Lancet

⁷ Asian Journal of Psychiatry

opposition aux théories biomédicales dont les spécialistes en psychiatrie culturelle reconnaissent leur évidente nécessité dans la compréhension des pathologies mentales ; les concepts et instruments utilisés en psychiatrie culturelle sont en effet issus à la fois des sciences sociales et des sciences médicales. Le but est d'intégrer à la démarche étiologique classique un abord socio-culturel des phénomènes mentaux, afin de comprendre au mieux la pathogenèse des événements psychopathologiques (10).

Après avoir relaté l'évolution de la psychiatrie culturelle et les théories sur lesquelles elle repose actuellement, nous pouvons dès lors nous intéresser de façon plus soutenue à la place que s'est faite la culture dans les classifications internationales des maladies. Ceci nous permettra de comprendre de quelle manière et dans quelle mesure son incorporation dans la classification internationale a participé à la diffusion et au développement du savoir en psychiatrie culturelle.

III. LA CULTURE DANS LES CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES : LE DSM

Les classifications permettent de catégoriser les maladies mentales avant tout afin de recueillir des données épidémiologiques dans le monde entier en se basant sur un système de référence. Nous nous focaliserons ici sur le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM) dont l'usage dépasse celui d'une simple nomenclature contrairement à la Classification Internationale des Maladies (CIM).

Concernant cette dernière, nous nous bornerons toutefois à un simple constat, c'est-à-dire la quasi absence de référence à la dimension culturelle dans la dixième et actuelle version de la CIM, la CIM-10. L'exception se situe dans la sous-catégorie F48.8 « Autres troubles névrotiques précisés » de la catégorie F48 « Autres troubles névrotiques ». On y trouve parmi les syndromes : le Latah, le Koro et le syndrome de Dhat, positionnés aux côtés de la névrose professionnelle et de la psychasthénie (26). On peut s'interroger sur les raisons qui ont motivé le choix de ces syndromes en particulier. Il est d'ailleurs fort peu probable que ces catégories culturelles soient connues et couramment utilisées par les psychiatres du monde entier.

Rappelons que le DSM est une classification américaine des troubles mentaux publiée par l'American Psychiatric Association (APA) depuis 1952. Comme son nom l'indique sa volonté est double, à savoir d'une part de constituer un manuel diagnostique destiné à former et imposer un langage commun aux psychiatres, donc une nomenclature de référence, mais aussi d'être un ouvrage statistique utile à des fins administratives (27). Le DSM-III se distingue des

précédentes éditions par la volonté de l'APA de constituer un ouvrage empirique et athéorique (28). Il établit une classification scientifique internationale des maladies mentales, constituée sur la base d'une description rigoureuse des entités à partir de critères considérés comme fiables et objectifs (27). Néanmoins, l'une des critiques à l'encontre du DSM-III concerne la rigidité des critères diagnostiques du manuel, rendant certaines formes cliniques inclassables et laissant peu de place à l'évaluation de l'impact des facteurs culturels dans la manifestation clinique de la maladie mentale. De fait, si fixer des limites entre le normal et le pathologique dans la description des critères diagnostiques semble nécessaire afin d'unifier les catégories diagnostiques, cela entraîne par cet effet une exclusion d'un certain nombre de variants.

A. Genèse dans le DSM-IV

Le concept de culture apparaît pour la première fois dans la quatrième édition du DSM, le DSM-IV, paru en 1994. A l'origine de cette initiative, un groupe de psychiatres et de professionnels en sciences sociales a émis une série de recommandations destinées au développement d'un axe culturel (28–30). L'intérêt croissant porté pour les considérations culturelles en psychiatrie se justifie non seulement par une sensibilisation grandissante à la diversité culturelle de la société nord-américaine, mais aussi par les nombreuses recherches menées en psychiatrie culturelle et dans les autres disciplines des sciences sociales étudiant l'interaction entre culture et psychopathologie (29). Le résultat final est nettement épuré par rapport aux propositions initiales du groupe de travail, ce qui alimente d'ailleurs leur déception (29). Leur travail aboutit toutefois à la création des spécificités suivantes : 1) un chapitre introductif au manuel 2) une « Esquisse d'une formulation en fonction de la culture » située en Annexe i à la fin du manuel ; 3) immédiatement suivie d'un « Glossaire des syndromes

propres à une culture donnée », 4) ainsi que l'adjonction d'un paragraphe « Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe » dans certaines catégories de troubles psychiatriques. Nous allons développer ces différents items et nous focaliser plus particulièrement sur l'Esquisse d'une formulation en fonction de la culture, aussi appelée Formulation Culturelle (FC), dont la compréhension est indispensable pour la suite de ce travail.

1. Chapitre introductif du manuel

Au début du manuel dans le chapitre consacré aux « questions soulevées par l'utilisation du DSM-IV », un paragraphe intitulé « considérations ethniques et culturelles » informe aux lecteurs que l'adjonction de ces éléments culturels est destinée à inciter les cliniciens à prendre acte du biais induit par un positionnement ethnocentrique, sans expliquer toutefois de quelle manière y remédier ; ceci dans le but d'éviter les erreurs de diagnostic et d'augmenter l'applicabilité du manuel (10,28).

2. Les caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

Ce paragraphe fournit des informations épidémiologiques sur les formes cliniques en lien avec ces facteurs ainsi que la prévalence du trouble psychiatrique en fonction de ces facteurs. A titre d'exemple pour le Trouble Anxiété Généralisée : « *il existe une variation culturelle considérable dans l'expression de l'anxiété (p. ex., dans certaines cultures, l'anxiété s'exprime de manière prédominante par des symptômes somatiques, dans d'autres par des symptômes cognitifs). Il est important de considérer le contexte culturel lorsque l'on évalue le caractère excessif des soucis portant sur certaines situations.* » (31)

Le choix de placer les caractéristiques culturelles dans les catégories de trouble spécifique et non en introduction d'un ensemble de troubles est destiné à éviter la démarche qui consisterait à utiliser ces données comme un raccourci culturel systématique au détriment d'une évaluation globale (29). Les troubles ne sont d'ailleurs pas tous dotés d'un encart sur les caractéristiques culturelles. De plus dans la majorité des cas, il est spécifié que les études de prévalence ne concernent que le continent nord-américain (31).

3. Le glossaire des syndromes liés à la culture

Le glossaire des syndromes liés à la culture se veut une liste non exhaustive de « schémas de comportements aberrants (...) considérés par les autochtones comme des maladies » (31). Il s'agit là d'entités cliniques considérées comme inclassables dans une unique catégorie diagnostique du DSM. On dénombre vingt-six syndromes : certains en espagnol issus de l'acculturation de la médecine hispanique et des médecines précolombiennes, d'autres en anglais faisant référence à la population afro-américaine, ou encore des termes en provenance de divers pays d'Asie (26).

Là encore, ce chapitre a entraîné de nombreuses critiques dont celle d'ethnocentrisme. Le DSM étant un ouvrage nord-américain réalisé à partir d'études menées sur ce terrain, les descriptions des troubles psychiatriques généraux ne peuvent pas être représentatives de l'ensemble de la population mondiale (26). De plus, on distingue une forme d'exclusion d'une partie de la population mondiale car les syndromes liés à la culture ne sont pas intégrés à la classification internationale proprement dite mais mis de côté par leur figuration en annexe (14,26). On peut s'interroger sur la raison du choix totalement arbitraire de ces quelques syndromes. Certaines descriptions semblent proches même si leur contenu n'a pas été

suffisamment analysé et il n'a pas été établi de correspondance avec les entités existantes du DSM (26). Enfin, on peut aussi envisager le fait qu'on peut trouver n'importe où dans le monde des syndromes liés à la culture, alors que ce glossaire donne l'impression qu'on ne trouve des syndromes culturels que parmi les minorités ethniques.

4. Esquisse d'une formulation en fonction de la culture

La formulation culturelle se donne pour objectif d'aider le clinicien à évaluer l'impact de la dimension culturelle sur le trouble psychiatrique présenté par un individu. Elle prend la forme d'un récit idiographique et narratif car cela permet de refléter au mieux l'expérience du patient (32) et aussi parce qu'elle est considérée comme un complément à l'évaluation multiaxiale standardisée (30).

La formulation culturelle explore les cinq dimensions suivantes (28,30–32) résumées dans le tableau 1 ci-après :

a. Identité culturelle d'un individu

La culture façonne l'identité d'un individu car elle participe à construire les représentations que celui-ci se fait du monde et la manière dont il se situe dans ce même monde. Elle a une influence notamment sur les cognitions, les comportements ou encore l'expression des affects, éléments recherchés lors d'un entretien psychiatrique (32). La langue en tant que système de codage culturel, permet de symboliser l'expérience de l'individu. Il faut donc tenir compte des imprécisions et des limites inhérentes à l'utilisation d'une langue acquise secondairement (33). La maîtrise ou non d'une ou plusieurs langues, les possibles acculturations peuvent avoir des conséquences sur l'apparition, la pérennisation et la sévérité de la maladie. La formulation

culturelle questionne l'origine culturelle, le rapport à la culture d'origine et à la culture d'accueil en cas de migration.

b. Explications culturelles de la maladie de l'individu

Le patient rapporte son vécu de la maladie et amène ses propres interprétations de la pathologie ou celles de son groupe d'appartenance. Cette section est basée sur les travaux de Kleinman concernant les modèles explicatifs de la maladie. Il s'agit du système auquel se réfère un individu, mais aussi son entourage, afin de donner sens à la maladie. Ce système résulte du contexte social, culturel et historique dans lequel évolue l'individu et conditionne non seulement l'expérience de la maladie, la manière de décrire les symptômes, mais détermine aussi le choix des interventions thérapeutiques jugées les plus appropriées par le patient (25). En général, le récit du patient se distingue du modèle explicatif issu de la culture biomédicale du psychiatre. La place est ici laissée à la forme narrative afin de refléter au mieux l'expérience du patient. Ainsi, le psychiatre qui analyse la maladie selon ces modèles à priori totalement divergents, traiterait chez le patient à la fois la dimension *illness*, vécu subjectif de la maladie, autant que celle de *disease*, pathologie diagnostiquée (32).

c. Facteurs culturels en relation avec l'environnement psychosocial et les niveaux de fonctionnement

Cette dimension explore les modalités de recherche de soins effectuées par le patient, que ce soit auprès de personnes ou d'institutions. En général, celles-ci ne mènent pas en premier lieu aux soins psychiatriques conventionnels. L'identification des démarches antérieures de recherche d'aide, les facteurs de stress et de soutien ainsi que l'impact de la maladie et des

traitements antérieurs apportent des informations sur les efforts du patient dans son parcours de soins (32).

d. Eléments culturels dans la relation entre l'individu et le clinicien

Le psychiatre possède sa propre identité culturelle, constituée de ses différentes appartenances culturelles et sociales qui influent sur la manière dont il perçoit et interprète le problème du patient. La formation médicale transforme notamment sa conception de la maladie, laquelle peut entrer en confrontation avec les représentations du patient. Identifier les différences culturelles et sociales entre l'individu et le clinicien et leurs conséquences éventuelles sur le diagnostic et le traitement du patient permet de mettre à distance les éventuels conflits de valeurs. Il est aussi utile au clinicien de considérer l'impact du transfert et du contre-transfert culturel dans la relation médecin-patient, lesquels sont à envisager dans le cas de différences culturelles mais aussi dans le cas d'identités culturelles communes.

e. Evaluation culturelle globale pour le diagnostic et la prise en charge

Le médecin réalise une synthèse reprenant chaque catégorie afin d'établir un éventuel lien entre la problématique du patient et les facteurs culturels. Ceci permet une réflexion sur l'implication de la formulation culturelle dans le diagnostic et la prise en charge.

<i>Composants de la formulation culturelle</i>	<i>Caractéristiques</i>
Identité culturelle de l'individu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ groupe culturel ou ethnique de référence auquel s'identifie l'individu ▪ langues: maternelle, autres langues acquises, cadres d'usage et préférences linguistiques ▪ pour les personnes ayant migré : relation avec la culture d'origine, relation avec la culture du pays d'accueil, degré de participation à chacun
Explications culturelles de la maladie de l'individu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ dénomination du problème et de ses principales manifestations ▪ signification et perception de la sévérité des symptômes par rapport aux normes du groupe de référence ▪ terminologie médicale locale utilisée par la famille ou le groupe culturel ▪ modèles explicatifs de la maladie : de l'individu et/ou du groupe de référence culturelle ▪ expériences antérieures de traitement, évaluation de la demande actuelle
Facteurs culturels en relation avec l'environnement psychosocial et les niveaux de fonctionnement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ facteurs de stress : identification et évaluation de leur impact ▪ facteurs protecteurs et de support : personne, objet ou activité ressource ; identification et évaluation de leur impact ▪ altération du fonctionnement : impact des symptômes sur le niveau de fonctionnement habituel, social et professionnel
Eléments culturels dans la relation entre l'individu et le clinicien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ identité culturelle du clinicien ▪ transfert et contre-transfert culturel ▪ conflits de valeurs
Evaluation culturelle globale pour le diagnostic et la prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> ▪ synthèse ▪ +/- ajustement du diagnostic et/ou de la prise en charge

Tableau 1. Caractéristiques de la formulation culturelle du DSM-IV, d'après (33).

Ainsi, la formulation culturelle est une méthode d'évaluation complémentaire ayant pour but d'affiner le diagnostic et d'orienter les soins. Ceci permet d'identifier les éléments culturels susceptibles d'être utilisés dans le cadre de la prise en charge afin d'optimiser la qualité des soins, par exemple l'implication de la famille ou le recours à des valeurs ou appartenances considérées comme utiles (30).

Les principales critiques formulées à l'encontre de la formulation culturelle sont son défaut de clarté, le risque d'une dichotomie erronée entre aspects culturels/non culturels (34). On note également une difficulté apparente de son applicabilité en pratique clinique, un manque d'uniformité dans sa mise en œuvre par les différents professionnels et un manque de données prouvant l'utilité et la pertinence de la formulation culturelle (30,34).

Au final, l'adhésion au contenu culturel du DSM-IV n'a pas été manifeste. Même si la FC constitue un progrès conséquent dans la prise en compte de la dimension culturelle dans la démarche du psychiatre, elle a été très peu utilisée en pratique. Globalement les critiques ont considéré la formulation culturelle discutable car trop floue et difficilement reproductible (14,30,34). En effet, la notion de culture demeure vague et l'identité culturelle un concept encore trop fluide dans sa définition. Ceci rend la compréhension et l'application de la formulation culturelle d'autant plus laborieuse pour un clinicien surchargé de travail et dont le temps de consultation n'est pas extensible à l'infini (32). De même dans son application en recherche, la forme narrative complique l'analyse et la reproductibilité des résultats (30,32,34). Certains critiquent aussi l'usage particulier de la formulation culturelle, essentiellement employée pour les minorités ethniques et culturelles et excluant de ce fait les patients occidentaux (10,32). De plus, l'approche exclusivement centrée sur la dimension

culturelle néglige l'impact des facteurs socio-économiques sur l'émergence et la persistance des troubles (32). Ce sont aussi les modalités de son usage qui sont discutées puisque pour certains, la formulation culturelle n'est réalisée qu'une fois dans la plupart des publications, ce qui fige l'évaluation à un instant déterminé de la maladie alors que les modèles explicatifs de la maladie peuvent évoluer chez un même patient (32).

Toutefois malgré ces nombreuses critiques ayant accompagné l'entrée de la dimension culturelle dans le DSM-IV, il n'en demeure pas moins que cela a permis de constituer une solide base de recherche à partir desquelles on a pu approfondir les connaissances sur le sujet. Certaines se sont d'ailleurs concentrées sur le perfectionnement de la FC et l'analyse de sa pertinence sur le diagnostic comme nous allons le voir ci-après.

B. Les outils d'évaluation dérivés de la formulation culturelle du DSM-IV

Afin de répondre au flou laissé dans la mise en œuvre de la FC en pratique, des centres de recherches en psychiatrie transculturelle se sont servis de la FC du DSM-IV comme trame à l'élaboration de questionnaires plus structurés. Selon les centres, ces outils que nous allons exposer sont destinés soit à un usage en centre spécialisé de psychiatrie culturelle, soit à une diffusion plus générale.

1. Les questionnaires d'entretien culturel canadiens

Il existe deux versions révisées de la formulation culturelle, dites A et B, destinées à être utilisées dans le cadre de consultations spécialisées en psychiatrie transculturelle plus qu'en pratique clinique ordinaire.

La version A élaborée par le Service de consultation culturelle de l'Hôpital général juif, est destinée aux patients adultes (35). Le questionnaire propose une évaluation complète de l'individu selon la trame suivante :

- une description large de l'histoire clinique, correspondant globalement à un entretien psychiatrique classique très détaillé
- la formulation culturelle proprement dite, reprenant les items du DSM-IV et pour chaque item des sous-sections précisant les éléments à explorer
- le plan de traitement, présentant les différentes modalités de traitement du problème auxquelles le patient fait appel : médical, psychiatrique, religieux, judiciaire, communautaire, traditionnel

La version B, adaptée pour les enfants, créée par la Clinique d'ethnopsychiatrie de l'enfant de l'Hôpital de Montréal. Prenant la forme d'un entretien semi-structuré, le questionnaire est destiné à une utilisation rétrospective dans le cadre de la supervision par les spécialistes en psychiatrie transculturelle d'un suivi au long cours du clinicien (35).

2. Le manuel d'aide à l'évaluation culturelle suédois

Le Centre transculturel de Stockholm a créé un manuel d'une cinquantaine de pages basé sur la Formulation Culturelle du DSM-IV, destiné à aider le clinicien à compléter son évaluation et à orienter son diagnostic.

La première partie, après avoir retranscrit à l'identique la FC du DSM-IV, définit le cadre d'usage de la FC et résume les connaissances en psychiatrie culturelle.

La deuxième partie correspond à la formulation culturelle. Cette section reprend chaque item de la FC de façon approfondie, illustré d'un exemple. Elle fournit des explications détaillées concernant chaque domaine exploré, propose des formulations de questions, donne des conseils pratiques. Le manuel inclut également une section sur la migration et l'acculturation, ainsi que des questions explorant l'exposition aux traumatismes et à la violence (36).

La dernière partie, en appendice, dresse une liste condensée de questions d'après la FC, à l'usage direct du clinicien.

3. L'entretien culturel et l'entretien culturel bref des Pays-Bas

Partant du constat que la formulation culturelle n'a presque pas été utilisée en pratique depuis sa publication dans le DSM-IV, une équipe de psychiatrie transculturelle néerlandaise a développé en 2002 un modèle d'Entretien Culturel afin d'en faciliter l'usage. Il est constitué de 48 questions à partir des quatre catégories de la FC : 25 questions ouvertes et 16 questions fermées généralement suivies de questions subsidiaires (37).

Les chercheurs constatent ensuite que l'usage en pratique clinique se trouve limité par la longueur de leur questionnaire et aussi par l'imprécision de certaines questions. C'est pourquoi une version courte a été adaptée avec l'aide d'un anthropologue puis testée sur un échantillon en 2006. C'est en partant de leur expérience clinique que certaines questions ont été reformulées, d'autres supprimées afin d'aboutir à l'Entretien Culturel Bref, composé de 27 questions suivant toujours la trame de la FC du DSM-IV (37).

Ainsi, la trame de fond de la FC a rapidement été adoptée par les différents centres de psychiatrie culturelle. En ce qui concerne la forme, chaque centre l'a adapté à sa manière afin d'offrir à ses chercheurs une base de travail commune, ce qui rend les études réalisées reproductibles et comparables. Il n'en fallait pas plus pour s'attaquer à la question de la fiabilité du diagnostic en situation transculturelle.

C. Les études évaluant l'impact diagnostique de la FC du DSM-IV

Parmi les nombreux travaux de recherches menés sur la FC, la plupart ont été publiés à partir de cas cliniques dans les revues *Culture, Medecine and Psychiatry* et *Transcultural Psychiatry* (38). Ils suggèrent que l'intégration d'une évaluation de la dimension culturelle a un impact sur le diagnostic psychiatrique. Une revue de la littérature montre que dans différents centres de recherche, la réalisation de la FC a entraîné une modification du diagnostic posé initialement, classiquement celui de troubles psychotiques (38). Cette constatation entraîne d'importantes conséquences, tant l'établissement du diagnostic est une étape cruciale de la démarche médicale. Poser un diagnostic, c'est en effet procéder au traitement de l'ensemble des informations complexes recueillies à travers l'anamnèse et l'observation clinique, par

l'objectivation de signes et la caractérisation de symptômes, expériences subjectives du patient (10,39). L'objectif est de pouvoir proposer le traitement optimal au patient afin de restaurer le niveau de fonctionnement du patient, d'améliorer sa qualité de vie et celle de son entourage (10).

Au Canada, les études de cas proviennent du service de consultation culturelle de l'Université McGill à partir d'entretiens menés avec leur questionnaire révisé de la FC, la version A. A titre d'exemple, une étude rétrospective sur une période de 10 ans de 323 patients adressés pour un second avis spécialisé démontre, grâce à l'utilisation de leur questionnaire inspiré de la FC, que les troubles de stress post-traumatiques et troubles de l'adaptation peuvent être identifiés à tort comme des psychoses chez les patients réfugiés ou issus de groupes minoritaires : 34 personnes (49%) des 70 patients diagnostiqués psychotiques ont reçu un autre diagnostic. Par ailleurs, 12 cas (5%) parmi les 253 patients diagnostiqués d'abord non psychotiques se sont vus réassigner un diagnostic de psychose (38,40).

Une autre étude de 400 cas indique que parmi les patients qui leur sont adressés pour réévaluation spécialisée, le diagnostic change après l'utilisation de la FC dans environ 60% des cas (38).

De même aux Pays-Bas, des travaux ont été réalisés à partir du CASH (Comprehensive Assessment of Symptoms and History), entretien semi-structuré destiné au diagnostic de schizophrénie qui a ensuite été adapté à partir de la formulation culturelle en CASH-CS (pour *Cultural Supplement*), afin d'évaluer si les symptômes présentés sont effectivement les témoins d'un trouble psychotique. Ces travaux suggèrent que si les études retrouvent habituellement une incidence plus élevée de psychose chez les immigrés marocains en

comparaison des individus natifs des Pays-Bas, cette disparité est nettement atténuée lorsque est prise en compte la dimension culturelle des symptômes (38,41).

L'ensemble de ces données suggère que l'intégration de la dimension culturelle augmente la fiabilité du diagnostic et réduit le risque de diagnostiquer à tort un trouble psychotique parmi ces patients (38).

Finalement, l'architecture de la FC a très vite fait l'objet d'investigations approfondies de la part des équipes de recherche dans les suites de la publication du DSM-IV. Il semble alors évident que la forme de la FC devait être améliorée pour l'édition suivante du DSM. Les initiatives entreprises par les différents centres de façon individuelle vont alors être concentrées afin de rassembler les connaissances développées isolément et d'ouvrir la réflexion sur l'élaboration d'un outil commun qui servirait de base à des recherches rendues alors comparables à l'échelle internationale.

La FC n'a pas été modifiée dans la version révisée du DSM-IV, le DSM-IV-TR (38). Par contre, dans la perspective de la préparation de la cinquième édition du manuel, le groupe d'experts en question culturelle s'est chargé de revoir la constitution de l'ensemble du manuel, dont le guide de formulation culturelle, afin qu'une place plus claire et plus conséquente soit accordée à la culture (42). Ce sont ces différents changements que nous allons développer dans le chapitre suivant.

D. Le DSM-V

1. Les changements apportés au DSM-V

En préparation depuis 1999, la cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-V) est publiée en mai 2013 (42).

Un groupe d'étude a d'abord été désigné pour travailler à la fois sur les thèmes du genre et des facteurs culturels avant qu'un sous-groupe exclusivement consacré à la question culturelle ne soit mis en place en 2010 (42). Ce sous-groupe, appelé DCCIS pour DSM-5 Cross-Cultural Issues Subgroup, était composé d'une douzaine de personnes provenant de divers pays du monde.

La place accordée à la culture dans le manuel témoigne de la considération progressive apportée à la dimension culturelle au sein de la discipline. Certains concepts ont été améliorés, d'autres remaniés. Les changements les plus significatifs portent sur les Syndromes liés à la culture du DSM-IV et la FC, ce que nous allons maintenant exposer.

2. Devenir du Glossaire des Syndromes liés à la culture

Des éclaircissements sont apportés en introduction du manuel quant à la question de la description de syndromes propres à une culture donnée. En effet, sujet à controverse après la publication du DSM-IV, le concept de SLC est supprimé du manuel au profit de la notion de « concepts culturels de la détresse ». Il regroupe trois entités qu'il convient de définir :

- Les syndromes culturels : un syndrome culturel représente un ensemble de symptômes reconnu comme tel dans un groupe.
- Les idiomes culturels de détresse : ce sont les modalités d'expression de la souffrance, qu'il s'agisse d'un mot, d'une expression ou d'une manière de la décrire. Les idiomes ne se limitent pas nécessairement à la description des symptômes mais font état de la manière commune dont l'individu et les membres de son groupe vont exprimer l'inconfort ou la souffrance.
- Les explications culturelles ou causes perçues : il s'agit du sens apporté à la maladie ou aux symptômes dans un groupe culturel particulier.

Ces différents concepts témoignent des manières très diverses dont un individu se représente et exprime son expérience de la souffrance et de la maladie en tant que membre d'un groupe culturel. Ils permettent aussi de distinguer parmi ces manifestations celles qui au sein du groupe, ne sont pas considérées comme pathologiques.

Toutefois, on constate que les SLC n'ont pas totalement disparu du DSM-V puisqu'un chapitre intitulé « glossaire des concepts culturels de détresse », qui leur est consacré, est disposé en annexe du manuel. On en dénombre neuf, soit trois fois moins que dans le DSM-IV. Ensuite à la différence des SLC du DSM-IV, on sort un peu des descriptions à la fois trop singulières, curieuses et fascinantes. Par la clarification apportée par la distinction de concepts culturels de détresse, la nuance se situe dans la tentative de description et d'analyse de chaque affection, parfois même étayée de statistiques épidémiologiques. Dans sa perspective universaliste, le DSM tente aussi de faire le lien pour chacune de ces présentations cliniques avec d'une part

des troubles retrouvés dans d'autres contextes culturels, et d'autre part avec les catégories générales du DSM.

Par contre, on n'explique toujours pas les raisons de la sélection de ces concepts de détresse parmi la multitude qui doit exister dans le monde. En introduction, il s'agirait de syndromes culturels jugés « répandus ». Pour une partie effectivement, cela semble correspondre aux termes utilisés par les communautés latino-américaines, bien représentées aux Etats-Unis et que les psychiatres nord-américains peuvent donc rencontrer dans leurs consultations. S'il fallait bien sûr utiliser quelques exemples pour faire figurer les nuances entre les différents concepts, on peut tout de même s'interroger sur la supposée profusion en pratique clinique du « Kufungisisa » des Shona du Zimbabwe, à titre d'exemple, et donc sur son utilité dans le manuel. Le risque qui reste véhiculé en filigrane est celui de créer des stéréotypes diagnostiques.

3. Formulation culturelle

En guise d'introduction, le DSM-V aborde les définitions, brèves et utiles, des notions de culture, de race et d'ethnicité qui n'apparaissaient pas dans le DSM-IV. Cela permet de préciser les contours de ces différentes notions dont les significations sont souvent confondues, et de rendre compte de la volonté des chercheurs en psychiatrie culturelle de se départir de l'image d'une psychiatrie spécialiste des populations lointaines et exotiques.

Afin de faciliter l'application de la FC et d'obtenir des informations cliniques précises, le sous-groupe dédié à la question culturelle a non seulement actualisé l'Esquisse de la formulation en fonction de la culture, mais il a également mis au point un instrument d'évaluation, l'Entretien de Formulation Culturelle.

L'esquisse de la formulation en fonction de la culture, ou formulation culturelle, suit le même plan catégoriel que la version antérieure et les concepts qu'elle recouvre restent sensiblement identiques avec toutefois des modifications ou l'apport de précisions et l'ajout de nuances, à savoir :

a. Identité culturelle du sujet

Conformément aux théories actuelles sur la culture, la définition de l'identité culturelle ne se restreint plus à l'identité ethnique ou raciale de l'individu, mais prend aussi en compte d'autres dimensions de l'identité comme l'appartenance religieuse ou l'orientation sexuelle. Ce type d'informations ne comporte un intérêt que dans la mesure où les données recueillies sont pertinentes dans la compréhension du problème, du fonctionnement social de l'individu ou de ses capacités d'adaptation.

b. Conceptualisations culturelles de la détresse

Etant donné que toutes les expériences de souffrance ne constituent pas une maladie, le terme est abandonné au profit de celui de détresse, *distress* en anglais, plus généraliste. Cela amène à faire la distinction entre les modalités d'expression de la souffrance socialement acceptées dans le groupe d'origine qui ne sont pas forcément considérées comme pathologiques, de celles qui relèvent d'une véritable pathologie. Ces informations doivent donc être recueillies si nécessaire auprès du patient ou de l'entourage ayant connaissance de ces idiomes et de leurs manifestations.

c. Facteurs de stress psychosocial et caractéristiques culturelles de la vulnérabilité et de la résilience

Une attention particulière est accordée à la place de la spiritualité, de la famille et des différents groupes d'appartenance comme éléments de soutien « émotionnel, matériel et informationnel » (43), mais aussi comme facteurs de stress.

Là encore l'accent est mis sur la nécessité de s'informer et de se rapporter aux normes culturelles de référence du sujet avant toute interprétation.

d. Caractéristiques culturelles de la relation entre le sujet et le clinicien

Il n'y a pas dans cette section de changement significatif dans la description de l'expérience de décentrement à laquelle doit se soumettre le clinicien, nécessaire à l'identification d'éventuels transferts et contre-transferts culturels.

e. Evaluation culturelle globale

Il n'y a pas non plus de modifications dans le processus de synthèse.

4. L'Entretien de Formulation Culturelle

L'EFC est un modèle d'entretien semi-structuré qui constitue l'innovation culturelle la plus substantielle qui a été apportée au DSM-V. En effet grâce à l'EFC, le DSM-V fournit un outil concret afin de guider le clinicien dans la collecte d'informations utiles à la réalisation de la formulation culturelle, laquelle s'intègre à l'évaluation psychiatrique du patient comme nous l'avons vu précédemment. Il répond de ce fait à des exigences qui manquaient dans la FC du DSM-IV, telles que la clarté du texte, une longueur appropriée, un instrument facilement

applicable, un temps de réalisation raisonnable (42). Dans sa forme, le questionnaire comporte des instructions précises à destination du clinicien en regard de chaque item, afin de l'accompagner dans la manière de mener l'entretien, diriger, préciser ou reformuler les questions (cf. Annexe). Le clinicien est guidé pas à pas dans son évaluation pour qu'il puisse à la fois comprendre quels sont les objectifs pour chaque catégorie explorée, mais aussi s'appuyer sur des instructions assez précises sur la manière de mener l'entretien. Ceci répond aux remarques effectuées sur les difficultés à mettre en pratique la FC dont les psychiatres n'ont généralement aucune maîtrise surtout en l'absence de formation spécifique en psychiatrie culturelle. Ce modèle d'entretien s'adresse ainsi à tous les cliniciens, qu'ils soient novices ou spécialistes dans l'évaluation culturelle.

L'EFC comprend seize questions au total et se décompose en quatre catégories qui évaluent différents domaines :

- la définition culturelle du problème : 3 questions
- les perceptions culturelles de la cause, du contexte et du soutien : 7 questions
- les facteurs culturels affectant les ressources internes pour faire face et la recherche d'aide dans le passé : 3 questions
- les facteurs culturels affectant la recherche d'aide actuelle : 3 questions

Le plan de l'EFC ne se superpose pas dans sa forme à celui de la formulation culturelle mais permet à l'issue d'obtenir les mêmes informations. Ici, le découpage se fait suivant deux grands axes : une première partie dont les questions permettent de mettre en évidence la perception qu'a le patient de son problème et de son environnement ; une autre partie servant à identifier les facteurs culturels qui ont un impact sur la recherche d'aide actuelle et passée.

Il existe également un modèle d'entretien à destination des membres de l'entourage du patient, la version pour les informateurs, qui permet de recueillir des informations additionnelles. Cet entretien de 17 questions repose sur la même trame catégorielle que l'EFC du patient.

Ensuite afin d'approfondir l'évaluation culturelle du patient, l'entretien peut être complété par des modules complémentaires. Certains reprennent les domaines déjà abordés dans l'entretien de base pour les explorer avec minutie, c'est-à-dire : le modèle explicatif de la détresse, le niveau de fonctionnement de l'individu, l'évaluation du réseau social, les facteurs de stress psychosociaux, l'identité culturelle, les modalités d'adaptation et de recherche d'aide, la relation entre le clinicien et le patient, ainsi qu'un module entièrement consacré au domaine de la spiritualité, de la religion et des traditions morales.

De plus parmi les modules additionnels, certains répondent aussi aux lacunes exposées dans les critiques concernant l'évaluation des besoins spécifiques de certaines catégories de la population que sont les enfants et les adolescents, les personnes âgées, ou encore les personnes en situation de migration et les réfugiés (34).

On peut aussi remarquer l'existence d'un module destiné aux soignants qui vise à recueillir le point de vue des soignants sur l'environnement du patient mais aussi de s'informer sur le contexte culturel dont est imprégnée l'offre de soins.

L'ensemble de ces modules supplémentaires permet d'enrichir les données mais nécessite aussi un temps supplémentaire à la réalisation, ce pourquoi certains auteurs s'accordent à penser que ces modules sont plutôt destinés à un usage en recherche afin de produire des données ensuite comparables, qu'à un usage régulier en pratique courante ordinaire (42). Néanmoins en pratique courante, ils peuvent avoir leur place dans le cadre d'un suivi régulier lorsque le praticien a relevé à la suite de l'EFC des informations pertinentes qui méritent d'être explorées dans le détail.

Ainsi, l'EFC est intéressant dans la mesure où il offre la possibilité de s'appuyer sur des questions concrètes et suffisamment explicites pour évaluer l'impact de la culture dans la présentation clinique du patient et dans sa manière d'appréhender les soins. Non seulement l'EFC permet au clinicien de déterminer si des facteurs culturels entrent effectivement en jeu dans la psychopathologie du patient, mais il a aussi pour rôle d'aider le clinicien à identifier les possibles divergences liées à ses propres représentations et à celles du patient qui peuvent compromettre une alliance qualitative avec son patient. Il est possible de procéder à une évaluation culturelle relativement rapide voire à une analyse plus fine en fonctions des besoins. C'est donc un outil à la fois pratique et didactique au service du psychiatre qui peut être déconcerté par la présentation clinique du patient. L'EFC répond à la volonté des spécialistes en psychiatrie culturelle à la fois de démocratiser le recours à l'évaluation culturelle, autant que la détermination à poursuivre les recherches dans le domaine, afin d'apporter la preuve que cet outil est valide et acceptable.

Il faut noter qu'en complément de la publication des éléments culturels du DSM-5, l'APA a édité en 2016 un manuel sur l'EFC, le « *DSM-5 Handbook on the Cultural Formulation Interview* », rédigé par les membres du sous-groupe sur la question culturelle du DSM-5 et à ce jour exclusivement disponible en anglais. Cet ouvrage de 364 pages contient des informations détaillées sur les différents paramètres qui composent l'EFC et ses modules supplémentaires, ainsi que des conseils pratiques permettant d'apprendre aux cliniciens de quelle manière optimiser leur utilisation de l'EFC. De plus, non seulement le manuel comporte des vignettes cliniques destinées à faciliter la mise en œuvre de l'EFC, mais il est aussi complété par des vidéos accessibles en ligne qui illustrent l'application de certaines composantes de l'EFC par le biais d'entretiens cliniques fictifs (44–46).

Maintenant que nous avons exposé l'ensemble des données théoriques relatives à l'importance de l'intégration de la dimension culturelle dans l'évaluation psychiatrique, nous allons étayer notre propos par la description d'un cas clinique. Cette observation sera suivie d'une proposition de formulation culturelle élaborée à partir des informations recueillies en entretien notamment par l'Entretien de Formulation Culturelle. Ensuite nous procéderons à une analyse critique de la FC en expliquant dans quelle mesure la FC établie à partir de l'EFC a été utile à la démarche diagnostique et à la prise en charge du patient.

ILLUSTRATION CLINIQUE

I. OBSERVATIONS

Monsieur M. est âgé de 34 ans. Il est originaire du Nigéria, pays anglophone qu'il n'a jamais quitté auparavant.

Il est l'aîné de la famille, a deux sœurs. Il vit avec sa mère et ses sœurs. Ses parents se sont séparés en 2013, son père ayant décidé de refaire sa vie. Suite à un conflit, il n'a plus de contact avec son père. Sa mère travaille sur les marchés. Il a financé les études de ses sœurs jusqu'à son départ du Nigéria.

Il a fait des études en ingénierie civile, mais a arrêté les études universitaires en 3^e année faute de moyens financiers car à ce moment son père avait perdu son emploi. Il a été embauché comme manutentionnaire au sein de l'entreprise dans laquelle il avait auparavant réalisé un stage dans le cadre de ses études. Il décrit une dégradation du niveau de vie de la famille depuis le départ de son père du foyer. En plus des revenus liés à son travail, il explique percevoir de l'argent et des présents de la part du fils de son employeur en échange de services sexuels.

Il est célibataire et n'a pas d'enfant.

Il n'a pas d'antécédent psychiatrique personnel ni familial et ne consomme pas de toxiques. Il n'y a pas d'antécédent médico-chirurgical notable ni de prise de traitement médicamenteux.

En juin 2016, il est pris en flagrant délit de relation homosexuelle sur la voie publique avec cette personne et sont tous deux incarcérés pendant cinq jours. Ils y sont victimes de violence physique et de brimades. Son employeur règle leur caution afin qu'ils sortent de prison en attendant la comparution au tribunal. Encourant une peine de quinze années de détention, ils décident de fuir le pays. Son ami meurt noyé lors de la traversée de la Méditerranée. Lui rejoint la France en août où il a obtenu le droit d'asile et est hébergé chez un compatriote dans les

alentours de Lille grâce à un réseau de solidarité. Il perçoit l'allocation pour demandeur d'asile.

Il est vu en consultation au Centre Médico Psychologique en juin 2017, adressé par un médecin généraliste pour évaluation psychiatrique dans un contexte de répétition de « rêves de sang » et de « céphalées » pour lesquelles l'examen somatique s'avère normal.

A l'examen clinique réalisé en anglais, le patient rapporte le début des troubles à juillet 2016. Il décrit une symptomatologie physique : des céphalées diurnes quotidiennes et invalidantes décrites comme « la sensation qu'une partie de sa tête va s'arracher », auxquelles s'associent une photophobie ainsi qu'une symptomatologie évocatrice d'acouphènes, décrite comme un bruit sourd, martelant, de survenue fluctuante et plutôt invalidante, « comme un bruit de vent ». La plainte porte principalement autour du sommeil dont les troubles sont provoqués par ce qui semble consister en des expériences hypnagogiques et hypnopompiques, de type cénesthésique, visuelle et acoustico-verbale et des cauchemars : il dit se réveiller la nuit avec la sensation physique et la perception visuelle de son corps « couvert de sang dans une mer de sang ». Dans la pièce où il se trouve, il voit parfois des gens « morts » semblables à des ombres, dont son ami décédé, qui l'encerclent et l'appellent. La séquence de survenue des troubles a été reformulée avec le patient afin de déterminer s'il s'agit de cauchemars ou d'hallucinations car le patient dit qu'il est parfois éveillé au moment de la survenue de ces symptômes. Au terme du premier échange, il a d'ailleurs été difficile d'en conclure.

Les troubles du sommeil se caractérisent par des difficultés d'endormissement par peur des cauchemars répétitifs très anxiogènes et des expériences survenant au réveil. La résistance au sommeil rentre dans le cadre d'une symptomatologie anxieuse majoritairement vespérale. Le sommeil est décrit comme très agité d'après ce que lui a rapporté son colocataire et Monsieur

M. avoue se réveiller fréquemment allongé sur le sol ; c'est notamment dans ces circonstances qu'il voit son corps maculé de sang.

Aussi, il rapporte durant la journée des hallucinations acoustico-verbales. Il entend parfois des « voix étranges », inconnues, qui s'adressent à lui d'une voix grave, généralement peu intelligible mais il les entend parfois prononcer son nom et lui dire de les rejoindre en anglais ou en edo. Ces hallucinations ne sont pas quotidiennes comparées à la symptomatologie nocturne mais la charge anxieuse qui y est associée est aussi importante que la symptomatologie psycho-traumatique. Dans la séquence de survenue des symptômes, ces hallucinations sont apparues plusieurs semaines après les premiers cauchemars traumatiques. Le phénomène est partiellement critiqué. Elles surviennent de façon assez irrégulière, 1 à 2 fois par semaine environ, sont furtives car il estime qu'elles durent généralement moins de cinq minutes et elles apparaissent quand il est seul. C'est cependant son colocataire qui lui a conseillé de consulter un médecin car il l'a surpris à plusieurs reprises se parlant à lui-même et tenant un discours dénué de sens.

De même durant la journée, le patient admet l'irruption d'images intrusives, principalement celle de la noyade de son ami. Parfois aussi c'est lui-même qu'il voit en train de se noyer et se débattre dans l'eau. Cette symptomatologie n'est pas ramenée spontanément par le patient contrairement aux cauchemars et aux hallucinations. A part le moment de la noyade de son ami et le temps passé en mer qu'il estime à deux ou trois jours, le patient n'a pas relaté sa traversée de la Méditerranée.

L'appétit est diminué, la perte de poids est manifeste d'après le patient mais n'a pu être quantifiée.

Initialement sur le plan thymique, le patient ne fait pas part de façon spontanée de ses affects et ne verbalise pas d'emblée sa tristesse. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur. Les projections dans l'avenir sont faibles du fait de la situation sociale. On mettra en évidence

dans la suite du suivi une anhédonie ainsi qu'un sentiment d'inutilité et surtout de culpabilité : par rapport à la cause de son départ de son pays d'origine, à la noyade de son ami, à sa famille restée au pays sans aide financière de sa part. Il fait part de son isolement social et affectif, renforcé par sa méconnaissance de la langue française. Il bénéficie toutefois de l'étayage amical de son colocataire.

Le patient décrit des idées suicidaires fluctuantes non scénarisées. Plutôt qu'une intention réelle et volontaire de se donner la mort, idée qu'il rejette, il décrit davantage ce trouble comme une phobie d'impulsion, raison pour laquelle il préfère rester au domicile : « quand je sors, mon esprit me dit de me jeter sous une voiture donc j'évite de sortir ». On note un passage à l'acte quelques mois auparavant par tentative de précipitation sous un véhicule, avorté avant l'impact par le patient lui-même. Ce geste est par ailleurs critiqué.

Le contact et la présentation sont adaptés. Il n'y a pas de syndrome de désorganisation, pas d'idées délirantes ni hallucinations objectivées lors de l'entretien. Le comportement est parfaitement adapté et le patient se montre volontiers coopérant.

La symptomatologie clinique observée chez ce patient est évocatrice d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) d'après les critères suivants du DSM-V, associé à un syndrome dépressif : exposition directe à un événement traumatique (critère A) à la suite duquel sont apparus des symptômes intrusifs associés à l'évènement traumatique à type de rêves et souvenirs répétitifs, réactions dissociatives (critère B), un évitement persistant des souvenirs associés à l'évènement traumatique (critère C), des altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à l'évènement traumatique (critère D), une altération de la réactivité représentée par un état d'hypervigilance et des troubles du sommeil (critère E). Ces symptômes sont présents depuis plus d'un mois (critère F) et entraînent une souffrance cliniquement significative ainsi qu'une altération du fonctionnement social (critère G). De

plus, ils ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre condition médicale (critère H).

Il a bénéficié à l'issue de la première consultation d'un traitement antidépresseur par sertraline à 50 mg par jour et d'une anxiolyse par hydroxyzine à la posologie de 25 mg, 3 fois par jour et 50 mg au coucher.

Un traitement des cauchemars traumatiques par prazosine 1 mg est également instauré dans le cadre d'une prescription hors-AMM mais n'est pas régulièrement suivi en raison de la non-gratuité du médicament.

A cinq mois du début du suivi, les hallucinations ainsi que les cauchemars traumatiques ont modérément régressé et les symptômes somatiques ont relativement diminué. Le patient rapporte un sommeil plus constant (5h d'affilée) mais se dit cette fois régulièrement réveillé par des cauchemars dans lequel apparaît son ami défunt. Il effectue donc une distinction entre les phénomènes nocturnes initialement rapportés d'une part et les présents rêves d'autre part. La régression de la symptomatologie psycho-traumatique laisse place par ailleurs à une plus grande dépressivité, raison pour laquelle la posologie du traitement antidépresseur est doublée en fin du suivi. Finalement, du fait de mon départ de la structure, la suite de la prise en charge sera ensuite assurée par un confrère.

Cette histoire clinique pose question sur le plan diagnostique et thérapeutique. En effet, si la symptomatologie présentée est évocatrice d'un trouble de stress post-traumatique, elle peut également suggérer d'autres étiologies, telles qu'une première décompensation psychotique, ou un épisode dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques.

La description faite par le patient des phénomènes hallucinatoires liés ou non au sommeil n'a pas été très claire lors de l'entretien initial, ce qui a laissé un doute sur l'étiologie à rattacher à ces troubles à l'issue de ce premier entretien. De plus, la difficulté à accéder aux affects du patient a questionné l'éventualité d'une modalité de présentation culturelle ou celle d'un émoussement des affects lié à la pathologie.

De ce fait à l'issue de la deuxième consultation, le patient a accepté de répondre aux questions de l'entretien de formulation culturelle. L'objectif était de recueillir des éléments cliniques suffisamment pertinents pour étayer l'orientation diagnostique. Dans le cas présent, il a été proposé au patient de remplir le questionnaire d'abord par écrit car les difficultés de compréhension liées à la langue pouvaient mener à une perte d'informations non négligeable, et le temps de la consultation paraissait insuffisant pour mener à bien le questionnaire. Puis les réponses de Monsieur M. ont été reprises à la consultation suivante afin d'obtenir des explications complémentaires. Dans un souci d'exhaustivité, il lui a été adressé l'entretien de formulation culturelle de 16 questions ainsi que certains modules complémentaires, à savoir : modèle explicatif, niveau de fonctionnement, réseau social, facteurs de stress, spiritualité, identité culturelle, adaptation et recherche d'aide, réfugiés.

Dans le paragraphe qui suit, nous allons tenter d'interpréter les informations recueillies par l'EFC mais aussi celles recueillies lors des différents entretiens cliniques. Nous adoptons la forme narrative et reportons le résultat en suivant le plan catégoriel de la formulation culturelle pour que la méthode soit clairement explicitée.

II. FORMULATION CULTURELLE

A. Identité culturelle du patient

1. Groupe culturel de référence

Le patient est né et a toujours vécu dans une ville de l'état d'Edo, au sud-ouest du Nigéria. Ses parents et ses grands-parents sont originaires de la même ville. Il n'a jamais quitté son pays avant l'exil. D'après lui, sa famille et les membres de sa communauté sont tout autant des bons-vivants que des personnes pieuses et de grande probité. Il partage les mêmes valeurs que sa communauté dans le sens où il se décrit comme une personne humble, respectueuse et intègre. Concernant sa spiritualité, il vient d'une famille chrétienne de confession protestante et se dit lui-même protestant. Avec sa famille, il fréquentait une église pentecôtiste dans laquelle il avait l'habitude de se rendre trois fois par semaine où il participait à toutes les activités religieuses.

Il définit son orientation sexuelle comme exclusivement hétérosexuelle et explique sa participation à une pratique homosexuelle uniquement par intérêt pécuniaire. La motivation venait du fait qu'après le départ de son père du domicile familial le laissant la place de chef de famille, le niveau de vie de la famille s'était sensiblement détérioré.

2. Langues

Sa langue maternelle est l'edo qui est une des langues du Nigéria. Depuis l'enfance, il maîtrise et parle couramment l'anglais et l'edo, qui sont les langues utilisées par la famille et dans la vie courante. Dans le milieu scolaire et professionnel, l'usage est plutôt à l'anglais, de même que pour les soins.

3. Degré de participation à la culture d'origine et la culture d'accueil

Concernant les liens qu'il entretient avec son pays d'origine, il garde contact par téléphone avec sa mère et ses sœurs mais par culpabilité ne les sollicite que très peu, à raison d'une fois par mois environ. Il n'a plus de contact ni avec son père, ni avec ses amis au Nigéria. Il ne participe plus aux offices religieux depuis son arrivée en France mais continue à prier avant le coucher de la manière dont sa mère le lui a appris. Ce lien religieux est décrit comme primordial et permet de rester affilié à sa famille et à son pays d'origine.

Il loge chez un membre de sa communauté d'origine, homme qu'il ne connaissait pas avant son arrivée en France. Parvenu à Paris avec d'autres Nigériens rencontrés pendant la migration, leurs chemins se sont séparés lorsqu'il a fallu trouver un hébergement. Il raconte ensuite avoir été reconnu par une compatriote de façon inopinée, grâce aux scarifications traditionnelles qu'il arbore au visage, et c'est cette rencontre qui lui a permis de bénéficier de l'hébergement à Lille suite à la mobilisation d'un réseau de solidarité. Ce colocataire et désormais ami est le principal étayage dont bénéficie le patient. Par son entremise il a rencontré d'autres Nigériens et de manière plus élargie d'autres Africains. Si les expériences de socialisation avec des pairs lui paraissent nécessaires, les raisons qui l'ont poussé à la

migration et les troubles qu'il présente font cependant obstacle à la pérennisation de ce réseau social.

L'isolement social qui en est la conséquence est majoré par sa méconnaissance de la langue française qu'il n'a jamais entendue ni pratiquée auparavant mais dont il a appris depuis son arrivée quelques rudiments de politesse. De ce fait, il n'y a que très peu d'interactions avec la culture française et il ne s'implique pas pour le moment dans de quelconques activités en lien avec la culture d'accueil.

B. Conceptualisations culturelles de la détresse

1. Etiologie des troubles

Le patient n'apporte pas de dénomination particulière au problème, c'est-à-dire qu'on ne met pas en évidence de syndrome culturel ni d'idiome culturel de détresse. Il a néanmoins son hypothèse quant à l'origine des troubles, qui est selon lui organique. En effet pour le patient, les céphalées, les acouphènes et les voix sont dus à des lésions cérébrales qui ont été provoquées par les violences physiques infligées au Nigéria par les individus qui les ont surpris.

De plus, il perçoit aussi le problème dont il souffre comme la conséquence de ce qu'il a fait au Nigéria, c'est-à-dire l'acte sexuel lui-même, pratiqué avec une personne du même sexe. En ce sens, c'est le souvenir de la faute commise qui reste dans son esprit et ne cesse de se manifester. Il amène d'ailleurs une explication culturelle aux cauchemars traumatiques à la suite desquels il se voit couvert de sang. En effet, dans sa culture d'origine, lorsqu'une personne fait des rêves de sang, il s'agit du sang d'une personne dont on a provoqué la mort.

Il fait là le lien avec la noyade de son compagnon de voyage dont il ressent la culpabilité de son décès.

4. Moment et mode d'apparition des troubles

C'est l'arrivée en France qui marque l'apparition de troubles significativement invalidants, même s'il semble que des premiers symptômes soient apparus en Italie. Les premiers cauchemars et les céphalées se sont manifestés à priori de façon concomitante, alors que les hallucinations sont apparues quelques semaines après. Le patient n'apporte pas d'explication quant à la chronologie de ces symptômes.

5. Mécanisme des troubles et évolution

D'après ses dires, la persistance des céphalées et l'insomnie aggravent les dommages cérébraux et sont également responsables de la perte de poids. A terme, ceci engendre la maladie mentale. Il craint l'irréversibilité des troubles, de « ne plus être normal », « être fou », « instable psychologiquement » et donc de devenir et demeurer un malade mental. Dans son expérience personnelle des troubles psychiatriques qu'il a observés au Nigéria, la consommation de drogues peut être responsable de l'apparition de ces troubles alors même que lui n'en consomme pas. De plus, les maladies mentales sont stigmatisantes et entraînent une exclusion sociale définitive.

Ces propos sont également relayés dans son réseau social, ce qui le conforte dans l'idée que les troubles qu'il présente sont non seulement anormaux mais pathologiques.

6. Traitement

Le premier recours thérapeutique est spirituel. Le patient utilise la prière et la lecture de la Bible comme méthode de soin même si toutefois cela ne suffit pas à apaiser les symptômes. Il attend une intervention divine en réponse à ses prières pour apporter une solution à son problème.

Le patient n'a sinon pas fait recours à des méthodes de médecine alternatives.

Le patient accorde aussi une importance notable à l'avis du médecin, lequel d'après lui représente dans cette situation la principale personne apte à soigner les troubles présentés du fait de ses connaissances pharmacologiques. Il adhère aux explications médicales, dont la notion de psychotraumatisme, ainsi qu'aux propositions thérapeutiques.

On voit donc se superposer deux modèles explicatifs des troubles : un modèle qui se rapproche d'une explication biomédicale pour lequel le patient attend du médecin un traitement médicamenteux afin de l'empêcher de « devenir fou », et un autre plutôt mystico-religieux qui décrit les troubles comme la conséquence de la transgression d'un tabou culturel et religieux.

C. Facteurs de stress psychosocial et caractéristiques culturelles de la vulnérabilité et de la résilience

Le principal facteur de stress identifié par le patient est l'isolement social et affectif qui se traduit par un éloignement de la culture d'origine d'une part mais aussi par des difficultés à s'insérer dans la culture d'accueil d'autre part.

Le patient souffre de la séparation familiale et se sent de surcroît responsable de la baisse du niveau de vie familial qui est la conséquence de son départ. Il faut savoir que le patient n'a

jamais vécu seul, c'est-à-dire sans sa famille ou ses amis. Cependant depuis sa migration, il prend assez peu contact avec sa famille, toujours hanté par des idées de déshonneur. De la même manière, il a coupé tout lien avec ses amis au Nigéria, ne se sentant plus légitime à leur égard. Pour le patient, les raisons qui ont conduit à sa migration ne sont pas compatibles avec un maintien des liens avec le réseau social du pays d'origine. En effet, la société nigériane à laquelle appartiennent ces amis n'est pas favorable à l'homosexualité et encore moins à sa visibilité puisque cette dernière est considérée comme illégale et passible de quatorze années d'emprisonnement.

En France, sa vie sociale reste pauvre. Ses tentatives pour sortir de l'isolement n'ont pas toujours été fructueuses puisqu'il a été victime de moqueries et a été qualifié de fou lorsqu'il a osé raconter le contexte de son exil et les problèmes auxquels il fait face à certains membres de son entourage. Il souffre en plus de l'inactivité notamment professionnelle, ce qui le pousse à se disqualifier davantage. On perçoit là les conséquences des troubles sur le fonctionnement habituel du patient. Non seulement il se coupe de ses soutiens du pays d'origine mais il évite de sortir du domicile et restreint donc la possibilité d'étayer son réseau social et de connaître la culture d'accueil.

Il peut toutefois compter sur le soutien de son ami et colocataire qui constitue son étayage amical principal et auquel il accorde une grande confiance, ainsi que sur le soutien familial représenté essentiellement par sa mère mais aussi par ses sœurs. La religion est identifiée comme un facteur de soutien mais ressort aussi en filigrane comme un facteur de stress. La religion est en effet un facteur de soutien car elle permet de garder un lien avec la communauté d'appartenance par le recours aux prières et chants religieux qu'il entendait sa mère réciter lorsqu'il était encore au Nigéria. A l'opposé, la faute dont il se dit coupable est redondante

dans son récit et elle est jusque-là impossible à dépasser pour le patient car elle entre en contradiction avec ses valeurs religieuses.

D. Caractéristiques culturelles de la relation entre le sujet et le clinicien

Dans ce paragraphe, nous avons choisi d'utiliser le pronom personnel « je » afin d'illustrer au mieux le travail d'analyse personnelle que le clinicien doit lui-même réaliser et qui nécessite de se dégager de la neutralité habituellement admise.

Je n'ai pas choisi de prendre en charge ce patient en raison de son origine géographique puisque j'ignorais cette information jusqu'au premier rendez-vous ; la seule donnée que j'ai reçue avant l'attribution du suivi était le critère de langue imposé au médecin, soit d'être capable de communiquer en anglais. Cet indice suffit néanmoins à supposer que le patient était d'origine étrangère. Faisant partie de la première génération d'enfants issus de la migration, la question des différences culturelles et des métissages ne m'est bien sûr pas étrangère et j'ai probablement développé de ce fait une sensibilité particulière à la question culturelle. S'il est vrai que le métissage dont je suis le résultat est en partie africain et qu'on peut ainsi évoquer dans le cas de ce patient un contre transfert positif de ma part à son égard du fait de mon histoire personnelle, il faut néanmoins souligner que j'en étais parfaitement consciente depuis le début du suivi. J'ai en effet pu m'appuyer sur les connaissances acquises par mes formations complémentaires afin de réaliser le processus de décentrement déjà évoqué plus haut et d'éviter d'effectuer des erreurs en rapport avec une volonté de réparation liée à une histoire personnelle.

Je n'ai ensuite aucun grief concernant son orientation ou ses pratiques sexuelles et ainsi aucune réticence à aborder le sujet de la sexualité avec le patient. L'absence de jugement émis à cet égard et la liberté ainsi accordée au patient de raconter son histoire dans toute son authenticité participent à construire une alliance de qualité avec le patient.

Enfin, malgré le fait que je n'appartienne à aucune communauté religieuse, je respecte les appartenances religieuses de n'importe quel patient et par là-même le sens qu'il peut conférer à ses expériences même si cela ne correspond pas à mes représentations.

Du côté du patient, celui-ci n'a jamais posé de questions quant à mes origines culturelles. Il est possible qu'il en ait supposé une du fait de mon phénotype ou qu'il ait pu se sentir plus à l'aise et qu'ainsi cela ait facilité la communication. Ceci étant, je n'ai aucune connaissance spécifique de la culture d'origine du patient ni lui de la mienne. Historiquement parlant, le Nigéria est une ancienne colonie britannique et si ce n'est une éventuelle analogie qu'il aurait faite avec l'histoire coloniale française, ce dont il ne m'a pour autant jamais fait part, le patient n'a pas de lien historique avec la France. L'autre aspect qui mérite d'être notifié réside dans la différence de statut social existant entre le patient et le clinicien. Le patient se trouve en effet en situation de précarité, donc d'insécurité et de vulnérabilité. Il est important que le médecin prenne compte du rapport de domination qui peut s'exercer de cette manière avec son patient afin d'éviter par exemple de réduire le patient à son statut social, ici celui de réfugié.

Finalement, nous n'avons pas mis en évidence de conflit de valeur et pouvons présumer que l'alliance était dès lors de bonne qualité.

E. Synthèse

La FC a confirmé l'hypothèse diagnostique initiale de TSPT en apportant des éléments étayant le diagnostic et permettant par là-même d'éliminer les diagnostics différentiels qui auraient conduit à une prise en charge différente. Elle a apporté des précisions concernant la sévérité des troubles présentés par le patient et leur impact sur le fonctionnement de l'individu.

L'évaluation culturelle a mis en évidence des facteurs socio-culturels prenant une place importante non seulement dans la problématique du patient mais aussi dans la perspective de solutions : le sentiment religieux et l'étayage familial et amical.

Nous allons développer ces conclusions dans le paragraphe suivant en procédant à une analyse de la FC réalisée.

III. ANALYSE CRITIQUE DE LA FORMULATION CULTURELLE

A. Intérêt diagnostique

1. Distinction hallucinations / cauchemars

Lors de l'entretien initial, les propos du patient n'étaient pas clairs quant à la caractérisation des expériences nocturnes ou à la critique de ces phénomènes. En effet, il a été difficile de comprendre si le phénomène avait lieu pendant le sommeil ou en phase d'éveil. Aux questions « *are you awake when it happens ?* » (êtes-vous éveillé quand cela arrive), reformulé sous la forme de « *are your eyes opened when it happens ?* » (vos yeux sont-ils ouverts quand cela arrive), le patient confirme qu'il est éveillé, alors qu'il dit tout à la fois qu'il fait des rêves de sang. A la question « *are they coming in your dreams while you're asleep ?* » (est-ce qu'ils viennent dans vos rêves pendant que vous dormez), le patient répond également par l'affirmative. Cela peut semer la confusion pour le psychiatre pour lequel la distinction est importante entre hallucinations et cauchemars en vue du diagnostic étiologique.

Ensuite afin d'évaluer sa critique des symptômes, il lui est demandé : « *do you think it's real or is it a nightmare ?* » (pensez-vous que c'est réel ou que c'est un cauchemar), question à laquelle le patient se montre d'abord hésitant mais statue finalement sur la réalité du phénomène. La représentation du rêve et de sa réalité est singulière, comme si pour le patient il existe une sorte de continuité entre le rêve et la réalité, qui ne l'autorise pas à en effectuer une franche distinction. En tout cas le patient et moi ne nous représentons pas la réalité des

rêves de la même manière : si dans mes représentations les rêves sont par définition en dehors dans la réalité, pour le patient le phénomène est plutôt vécu comme une irruption du rêve dans la réalité.

L'EFC a apporté des renseignements utiles à la caractérisation des troubles : les réponses apportées sont plutôt en faveur de cauchemars traumatiques, dans le sens où dans la séquence de survenue des symptômes, le patient précise à plusieurs reprises qu'il est d'abord bel et bien dans un état de veille et que le phénomène survient dans le sommeil mais persiste après l'éveil. De plus à côté de ce vécu onirique, le patient fait état d'authentiques hallucinations « *hear voices even when not sleeping* » (entendre des voix même quand on ne dort pas).

On peut envisager l'hypothèse que les questions étaient trop imprécises du fait de la barrière de la langue. Toutefois les réponses du patient étaient clairement influencées par ses représentations du rêve et de la réalité et au sens qu'il assigne à ces concepts. Les troubles sont interprétés comme la conséquence de la transgression d'un interdit culturel et religieux et d'une conception de la nuit comme le moment propice au retour des morts.

2. La thymie

Initialement, il n'a pas été facile d'accéder aux affects du patient, qui n'étaient ni formellement identifiables par l'observation de l'expression corporelle de ces affects, ni franchement verbalisés. Le patient se présente aux entretiens de façon calme. Les réponses aux questions évaluant la thymie de type « *are you sad ?* » (êtes-vous triste) ou « *how would you describe your mood ?* » (comment décririez-vous votre humeur) ne sont pas concluantes car le patient n'y répond pas franchement et la plainte revient systématiquement sur le sommeil et les problèmes somatiques. On peut donc être aisément piégé par le peu de démonstrativité dont il

semble faire preuve au cours du suivi. La question se posait alors quant à une possible origine culturelle de ce calme apparent ou d'un éventuel émoussement affectif lié à l'évitement de souvenirs douloureux entrant dans le cadre du TSPT ; ou peut-être même des deux.

La FC a permis d'une part de dégager les liens affectifs importants qui existent avec son entourage familial et les conséquences qu'entraîne cet isolement affectif, mais aussi le rôle qu'il occupait dans la dynamique familiale. D'autre part, le patient y fait état de l'immense sentiment de culpabilité dont il est envahi et des conflits internes qui s'expriment ainsi suite à la trahison de ses valeurs religieuses, culturelles et familiales. On peut donc déduire qu'il y a bien une part culturelle dans l'expression des affects, dans le sens où leur expression est conditionnée par les règles de bienséance édictées par le groupe d'appartenance, notamment de la part d'un individu de sexe masculin.

Cela dit, l'évolution clinique a montré qu'il existait aussi un émoussement affectif en début de suivi car après plusieurs mois de traitement, le patient a su exprimer des sentiments de colère ou de tristesse. D'ailleurs même à ce stade du suivi, les affects ne seront jamais marqués par leur démonstrativité, ce qui corrobore encore l'hypothèse d'une part culturelle dans l'expression des émotions.

3. L'intensité des troubles

De la même manière que ce qui vient d'être développé concernant la thymie, on peut aussi sous-évaluer l'intensité de l'anxiété du patient si l'on ne tient pas compte d'une possible imprégnation d'origine culturelle. Lorsque le patient expose la symptomatologie dont il souffre, on a pu constater une participation anxieuse relativement modérée mais qui contraste néanmoins avec la gravité des symptômes tels qu'ils sont décrits dans la FC. Une interprétation

basée uniquement sur les repères culturels du clinicien peut minimiser l'intensité des troubles présentés par le patient. La FC a permis de rendre compte de l'effroi qui accompagne l'expérience des symptômes et aussi des conséquences des troubles sur le niveau de fonctionnement du patient.

B. Intérêt thérapeutique

La FC a mis en évidence des leviers thérapeutiques utiles au processus de guérison du patient, à savoir la place de la religion ainsi que le rôle du réseau social.

1. Le religieux

L'EFC a permis de mettre en exergue la place du religieux dans les troubles présentés par le patient. En effet, s'il identifie sa spiritualité comme l'un de ses principaux supports, c'est aussi la transgression de l'interdit de l'homosexualité, à la fois culturel et religieux, qui entretient son vécu de culpabilité. La spiritualité est à la fois vécue comme facteur de stress et ressource contre ce stress.

On trouve dans la littérature des écrits soulignant l'importance de considérer la religion dans les soins, que ce soit son influence sur la psychopathologie, sur la qualité de vie ou la possibilité de s'en servir comme ressource thérapeutique (47). Deux approches thérapeutiques intégrant les croyances et pratiques religieuses ont été identifiées : d'une part le courant cognitiviste, qui a identifié les apports de la religion dans les possibilités d'adaptation au stress. Le travail psychothérapeutique est destiné à diminuer les distorsions cognitives soit en consolidant les croyances positives du patient, ou en affaiblissant les croyances négatives.

D'autre part, la démarche thérapeutique de la psychiatrie transculturelle propose d'aider le patient à donner du sens à son expérience en s'appuyant sur le cadre culturel afin de restructurer les représentations du patient (47).

2. Lien familial et social

Le patient a stipulé dans l'EFC qu'il n'avait jamais vécu à distance de sa famille ni quitté son pays auparavant. On peut imaginer une vulnérabilité développementale dans l'idée que le patient n'avait pas été exposé à un éloignement familial avant la migration. De plus, l'éloignement du milieu de vie habituel a fragilisé le sentiment de sécurité interne et altéré les capacités à créer du lien. Par la rupture avec le monde connu de l'individu, la migration entraîne une perte des repères socio-culturels de base, dont un déracinement social et familial. La perte de l'environnement familial et l'isolement social sont des facteurs majeurs de vulnérabilité qu'il est important de reconnaître et de prendre en compte dans le contexte du soin.

Identifier la famille comme facteur majeur de soutien, même à distance, a permis d'orienter l'accompagnement vers une reprise des contacts familiaux afin de favoriser la sortie de l'isolement. Concrètement, les contacts avec sa mère se sont intensifiés durant le suivi à raison de deux à trois appels par semaine après qu'il lui ait fait part de ses difficultés psychiques et de leur gravité.

La prise en charge a également consisté à créer du lien avec la culture d'accueil afin d'aider à reconstruire un sentiment de sécurité. Le lieu-même de la consultation psychiatrique était l'occasion de soutenir les besoins relationnels du patient. Favoriser l'engagement du patient dans la culture d'accueil passant également par l'apprentissage de la langue, le patient a été dirigé vers une association.

REVUE DE LA LITTERATURE

I. INTRODUCTION

Dans la recherche transculturelle, la Formulation Culturelle du DSM-4 a été l'objet de nombreux travaux dont les résultats ont fait état de l'intérêt notable à prendre en compte la dimension culturelle dans l'évaluation psychiatrique. Cela concerne notamment les situations d'incertitudes diagnostiques ou d'impasses thérapeutiques, lorsque le clinicien émet l'hypothèse que des déterminants socio-culturels pourraient être responsables de ces difficultés. Cependant, le retour d'expérience de la FC appliqué sur le terrain a présenté des résultats mitigés car son emploi se limitait aux lieux de consultation spécialisés, en raison de son contenu jugé trop abstrait. L'introduction d'un modèle d'entretien semi-structuré tel que l'EFC donne la possibilité de procéder à une évaluation culturelle en suivant un schéma plus clair donc théoriquement aisément applicable.

Dans ce contexte, nous avons réalisé une revue systématique de la littérature afin de faire la synthèse des connaissances scientifiques actuelles concernant l'utilisation de l'Entretien de Formulation Culturelle du DSM-5, ce qui permettrait de mettre en lumière les avantages d'une telle approche pour le clinicien dans sa pratique quotidienne ainsi que les bénéfices pour le patient.

II. MATERIEL ET METHODES

La revue suit les recommandations de la méthode PRISMA (48), afin de répondre à la question suivante : quel est l'intérêt, pour le clinicien et le patient, d'appliquer l'EFC dans la pratique en psychiatrie ?

Cette revue systématique de la littérature internationale a été réalisée à partir des bases de données PubMed, Science Direct, Embase, Springer Link et PsycInfo, parmi les articles parus depuis la publication du DSM-5, c'est-à-dire entre 2013 et 2018. En raison du peu de publications sur le sujet, nous avons choisi d'intégrer non seulement les articles originaux, mais aussi les données de la littérature grise qui présentaient les résultats d'études récentes présentées lors de conférences et essais cliniques en cours.

L'équation de recherche était constituée des mots-clés suivants : « cultural formulation interview » ET « psychiatry » OU « psychiatrist » OU « mental health ». Nous avons choisi d'utiliser des mots-clés suffisamment vastes devant le peu de publications sur le sujet. La recherche a été effectuée en anglais et en français.

Les articles retenus devaient porter sur l'Entretien de Formulation Culturelle et figurer son application pratique par des professionnels de santé mentale.

Les critères d'inclusion des articles de cette revue de la littérature étaient donc :

- études publiées entre janvier 2013 et mai 2018 : articles originaux et littérature grise, dont les rapports de cas, posters et notes de conférence ;
- de langue anglaise et française ;
- dont l'objet d'étude est l'EFC ;
- par des professionnels de santé mentale, dont psychiatres, internes de psychiatrie
- dans la population de patients atteints de troubles psychiatriques, sans restriction d'âge.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- articles écrits dans d'autres langues que l'anglais et le français ;
- articles et ouvrages didactiques ;
- articles sans rapport avec le sujet de la revue de la littérature ;
- articles utilisant un autre outil que l'EFC ;
- articles indisponibles dans leur version intégrale.

Nous avons également choisi d'inclure les résultats des recherches provenant de la base de données ClinicalTrials.com.

Pour les articles qui n'étaient pas disponibles en ligne et si l'impression n'était pas disponible auprès des universités, les auteurs avaient été contactés directement afin d'obtenir l'article entier.

Nous avons d'abord identifié 273 articles grâce aux mots-clés. Après élimination des doublons, il restait 216 articles qui ont ensuite été sélectionnés selon la pertinence de leur titre. Nous avons exclu les chapitres d'ouvrages et articles didactiques, les revues de la littérature, les commentaires. Après lecture en intégralité des textes restants, nous avons exclu les articles qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Un essai clinique a été exclu car aucune information n'était disponible sur l'objectif et les caractéristiques de l'étude. Cette revue de la littérature inclut finalement 22 articles.

Le processus de sélection des articles est présenté ci-dessous en Figure 1, dans le diagramme de flux reprenant les différentes étapes de sélection.

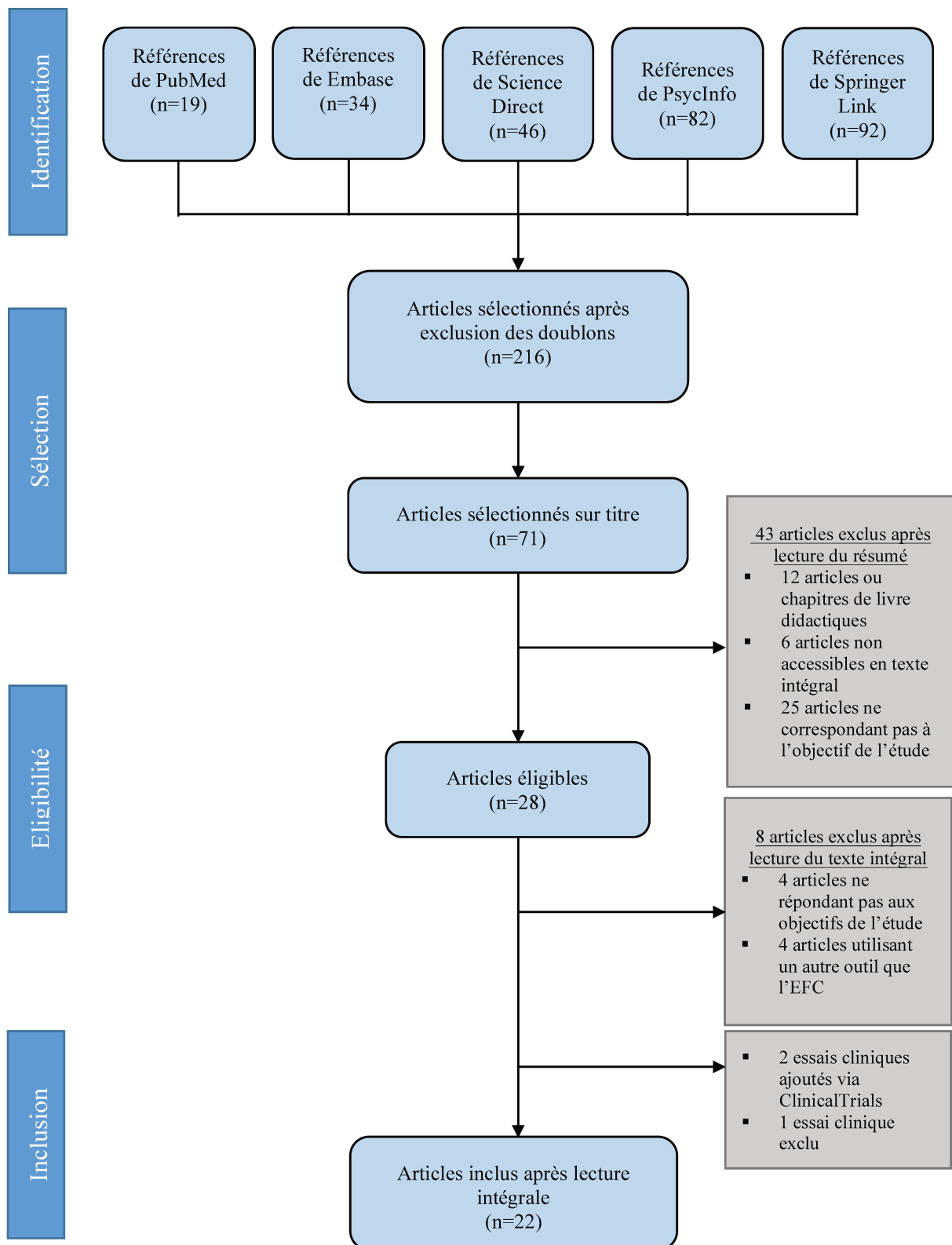


Figure 1. Diagramme de flux représentant le processus de sélection de la revue de la littérature.

III. RESULTATS

A. Caractéristiques des études incluses

Le premier constat s'illustre par la rareté de la littérature existante à ce sujet. S'il existe effectivement de nombreux articles concernant les compétences culturelles en psychiatrie et affirmant bien l'existence de l'EFC ainsi que sa potentielle utilité clinique, très peu font état de son emploi en pratique clinique et des résultats obtenus grâce à son utilisation.

1. Types d'étude

Des 22 études intégrées à la revue de la littérature, on compte 11 articles originaux dont 4 étaient des études quantitatives, 4 des études qualitatives et 3 études utilisaient une méthode mixte à la fois quantitative et qualitative (cf. Tableau 2). Ensuite, 3 articles étaient des rapports de cas (49–51). Nous avons également choisi d'inclure 3 posters avec rapport d'un cas ou série de cas (52–54), 2 lettres à l'éditeur avec rapport d'un cas (55,56), un acte de conférence (57) ainsi que 2 essais cliniques (58,59). Les essais cliniques qui étaient en cours de réalisation étaient des essais randomisés de type interventionnel. Ces éléments ont en effet été jugés pertinents compte tenu des informations substantielles qu'ils apportaient à notre recherche.

Parmi les articles originaux, 4 articles évaluaient l'intérêt de l'EFC uniquement auprès des cliniciens (60–63), 2 articles uniquement auprès des patients (64,65), 1 article uniquement auprès de l'entourage du patient (66). De plus, 3 articles recueillaient le point de vue à la fois des cliniciens et des patients (67–69) et 1 article recueillait à la fois le point de vue des cliniciens, des patients et de leur entourage sur la pertinence de l'EFC (70).

Type d'article	Total, nb	Cliniciens	Patients	Entourage du patient	C + P	C + P + E
Quantitatif	4	3	0	0	0	1
Qualitatif	4	0	2	0	2	0
Méthode mixte	3	1	0	1	1	0

Tableau 2. Distribution des articles originaux selon la méthode et la population cible. (C, cliniciens ; P, patients ; E, entourage du patient).

2. Caractéristiques de la population cible et lieux de déroulement

Les patients avaient reçu un diagnostic de troubles psychiatriques. Dans la grande majorité de ces études, les patients avaient été exclus s'ils souffraient de pathologies psychiatriques décompensées (crise suicidaire), présentaient des comorbidités addictologiques actives ou en cours de sevrage, ou des pathologies interférant avec l'évaluation (démence, retard mental). Les cliniciens étaient des internes de psychiatrie et doctorants en psychiatrie, et aussi dans certains cas des professionnels de santé possédant un diplôme d'études supérieures dans leur spécialité (travailleurs sociaux, psychologues, infirmiers).

Les données sur le pays de déroulement des études étaient disponibles pour 20 études. Pour les recherches mono-sites : 12 ont eu lieu aux Etats-Unis, 2 en Inde, 1 au Mexique, 1 en Australie, 1 en Italie, 1 en Suède. Pour les études multi-sites : 1 article dont les recherches ont été effectuées au Kenya et en Inde, 1 dont les recherches ont été effectuées à la fois aux Etats-Unis, au Canada, au Pérou, aux Pays-Bas, au Kenya et en Inde.

En effet, une partie des études incluses (n=5) exploitait les résultats connexes de l'essai clinique interventionnel international, évaluant la faisabilité, l'acceptabilité et l'utilité clinique

de l'EFC. Cette recherche a été menée par le sous-groupe culturel du DSM-5 avant la publication du manuel, c'est-à-dire entre 2011 et 2012 (64,66,68–70). Ces études avaient été réalisées à partir d'une version préliminaire de l'EFC, de 14 questions, laquelle a ensuite été modifiée suivant les résultats obtenus pour aboutir à la version finale de 16 questions publiée dans le DSM-5.

Cet essai clinique a inclus au total 318 patients et 75 cliniciens de 6 pays différents : 5 sites aux Etats-Unis, 3 au Canada, 1 au Pérou, 3 aux Pays-Bas, 1 au Kenya, 2 en Inde. Une seule des études incluses à partir de cet essai analysait les données issues de la totalité des sites.

Field Trial Sites

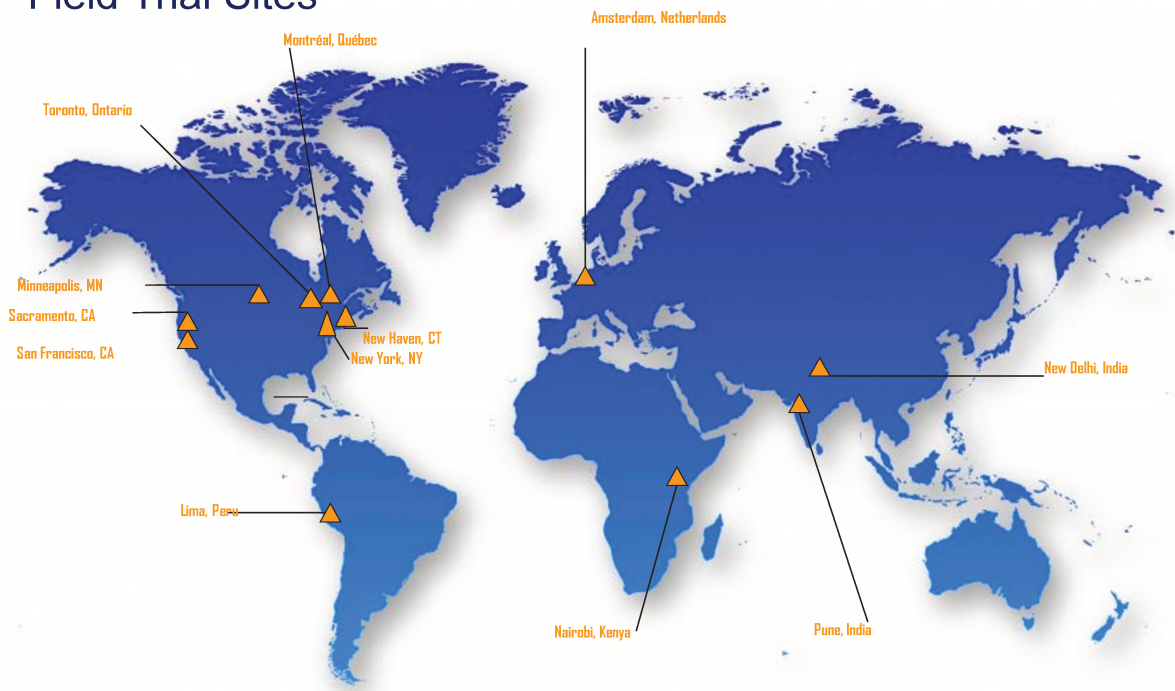


Figure 2. Lieux du test de la version préliminaire de l'EFC.(71)

B. Perception globale des cliniciens et des patients

L'étude multi-site qui a testé la faisabilité, l'acceptabilité et l'utilité clinique de l'EFC réalisée par Lewis-Fernández et al. 2017 (69) a montré des résultats positifs, concordants entre les données quantitatives et qualitatives, tant auprès des cliniciens ($n=75$) que des patients ($n=318$). De façon générale, les patients perçoivent l'EFC de façon plus favorable comparés aux cliniciens. Le questionnaire de débriefing utilisant l'échelle psychométrique de Likert sur une échelle de -2 à 2 retrouve des résultats significatifs pour l'utilité clinique chez les cliniciens, $m=0.93$ ($ds=0.70$) $p<0.001$ et supérieure chez les patients, $m=1.26$ ($ds=0.53$) $p<0.026$. Ces résultats concordaient avec les données qualitatives recueillies auprès des cliniciens et des patients, qui ont trouvé l'EFC utile au diagnostic, à la planification du traitement et à la compréhension de la situation du patient ainsi qu'à la compréhension du rôle de la culture dans la psychopathologie.

Hinton et al. 2015 (66) ont quant à eux étudié ces mêmes variables auprès des accompagnants des patients, conjoint ou membre de la famille pour la plupart, dont les données étaient disponibles seulement pour les sites en Inde et au Kenya ($n=71$). L'entourage du patient a jugé l'EFC réalisé auprès du patient pertinent d'après les résultats du questionnaire sur l'utilité clinique utilisant une échelle de Likert de -2 à 2 : $m=1.11$ ($ds=0.78$) à Pune en Inde, $m=1.09$ ($ds=0.26$) à New Delhi en Inde et $m=1.44$ ($ds=0.35$) à Nairobi au Kenya ($p<0.02$).

C'est aussi ce que l'on retrouve dans l'étude de Paralikar et al. 2015 (70), qui faisait partie de l'étude multi-site, dont on dispose des données à la fois pour les cliniciens ($n=8$) $m=1.26$ ($ds=0.51$), les patients ($n=36$) $m=1.01$ ($ds=0.84$) et l'entourage des patients ($n=12$) $m=1.08$ ($ds=0.85$) mais avec des résultats non significatifs ($p=0.1848$).

C. Un outil de contextualisation

Bien qu'il ne suffise pas à lui seul pour effectuer un diagnostic, plusieurs études démontrent que l'EFC est utile à la résolution des incertitudes diagnostiques, qu'il contribue à améliorer la validité culturelle du diagnostic et qu'il permet d'obtenir des informations essentielles à la compréhension du contexte socio-culturel du patient.

À partir de la description d'un cas clinique, Jani et Scott Johnson (56) ont témoigné de la pertinence de l'EFC pour diagnostiquer un trouble de la personnalité dans n'importe quel contexte culturel. De fait, un trouble de l'adaptation dans un contexte de stress acculturatif peut être interprété à tort comme un trouble de la personnalité, et inversement. L'EFC permet d'identifier les modalités de fonctionnement habituel du patient car il explore les expériences et les comportements antérieurs d'adaptation, ceci en tenant compte des normes socio-culturelles de l'individu.

Un constat similaire a été effectué par Albassam et al. 2017 (52) dans leur présentation d'un cas clinique au 25^e Congrès Européen de Psychiatrie, où ils mettaient en évidence l'utilité de l'EFC dans les situations où il existe une inadéquation entre les symptômes exprimés et les critères diagnostiques, mais aussi lorsque il persiste un doute quant à la gravité des symptômes identifiés. Dans le cas décrit d'un patient schizophrène, l'EFC a permis non pas de modifier le diagnostic, mais de reconsidérer la gravité des symptômes qui avait initialement été minorée et d'identifier le profond sentiment de honte qui habitait le patient et qui n'avait jusqu'alors pu être verbalisé. Ici, l'EFC a servi à explorer les symptômes en profondeur, donc à affiner le diagnostic.

Ramírez Stege et Yarris 2017 (67) ont de même constaté dans leur étude (n=19 patients) que la réalisation d'un EFC pouvait avoir d'importantes conséquences cliniques, étant donné qu'au moins 3 patients ont vu leur diagnostic modifié suite à la passation de l'EFC. Ils ont notamment décrit le cas d'une patiente suivie pour une symptomatologie anxio-dépressive dont les idées suicidaires ont pu être mises en évidence par l'approfondissement de son modèle explicatif de la maladie.

D'autre part dans cette étude, l'EFC a été jugée pertinente par les cliniciens (n=11) car elle a permis d'évaluer le support social des patients. Les données sur l'environnement social du patient ne sont habituellement pas explorées de façon aussi approfondie et se sont avérées utiles pour comprendre le fonctionnement du patient, dans le sens où la perception qu'a le patient de sa maladie est aussi influencée par les représentations des membres de son entourage avec des conséquences sur les démarches de recherche d'aide ainsi que sur l'engagement du patient dans les soins. Ainsi, l'exploration de l'environnement du patient a apporté des informations essentielles à la compréhension de l'expérience de la maladie du patient dans son contexte socio-culturel.

On retrouve ce rôle de contextualisation de l'EFC dans l'article de Drozdek sur la prise en charge de patients réfugiés présentant un état de stress post-traumatique, dans lequel il a insisté sur l'importance pour le clinicien d'obtenir une perspective la plus globale possible de la situation du patient. Pour cela, il doit non seulement explorer les dimensions intrapsychique et biologique, mais aussi les dimensions interpersonnelles et socio-politiques participant à l'expérience du patient (50).

Pour comprendre et évaluer la symptomatologie psychotraumatique dans les situations où le patient n'est pas encore prêt à se confronter aux souvenirs traumatiques, lorsque le TSPT est

associé à de graves comorbidités et/ou à des difficultés psycho-sociales ou quand le modèle explicatif de la maladie du patient est éloigné des références culturelles du pays d'accueil, Drozdek et al. 2015 ont conceptualisé le Modèle Contextuel Intégratif, qui est une adaptation hybride entre le modèle écosystémique de Bronfenbrenner et la théorie de conservation des ressources (cf. Figure 3). Il s'agit de se représenter le patient dans l'environnement social au sein duquel il se développe, ce à toutes les niveaux interactionnels allant du micro au macrosystème, ainsi que les ressources personnelles, matérielles et situationnelles qu'il a pu acquérir dans son existence et utiliser face à des événements stressants ou traumatisants afin d'en analyser la dynamique en période de stress.

Pour l'auteur, l'EFC est un outil efficace pour accéder à ces informations afin de comprendre l'impact du psychotraumatisme sur la santé mentale des réfugiés, en complément de la prise en charge du psychotraumatisme fondée sur les preuves (thérapie narrative, EMDR, TCC). Il prend l'exemple d'une situation d'errance diagnostique et thérapeutique chez un patient réfugié présentant un TSPT avec symptomatologie psychotique pour illustrer les résultats bénéfiques d'une approche globalisante dans la compréhension de l'expérience et de la pathologie du patient.

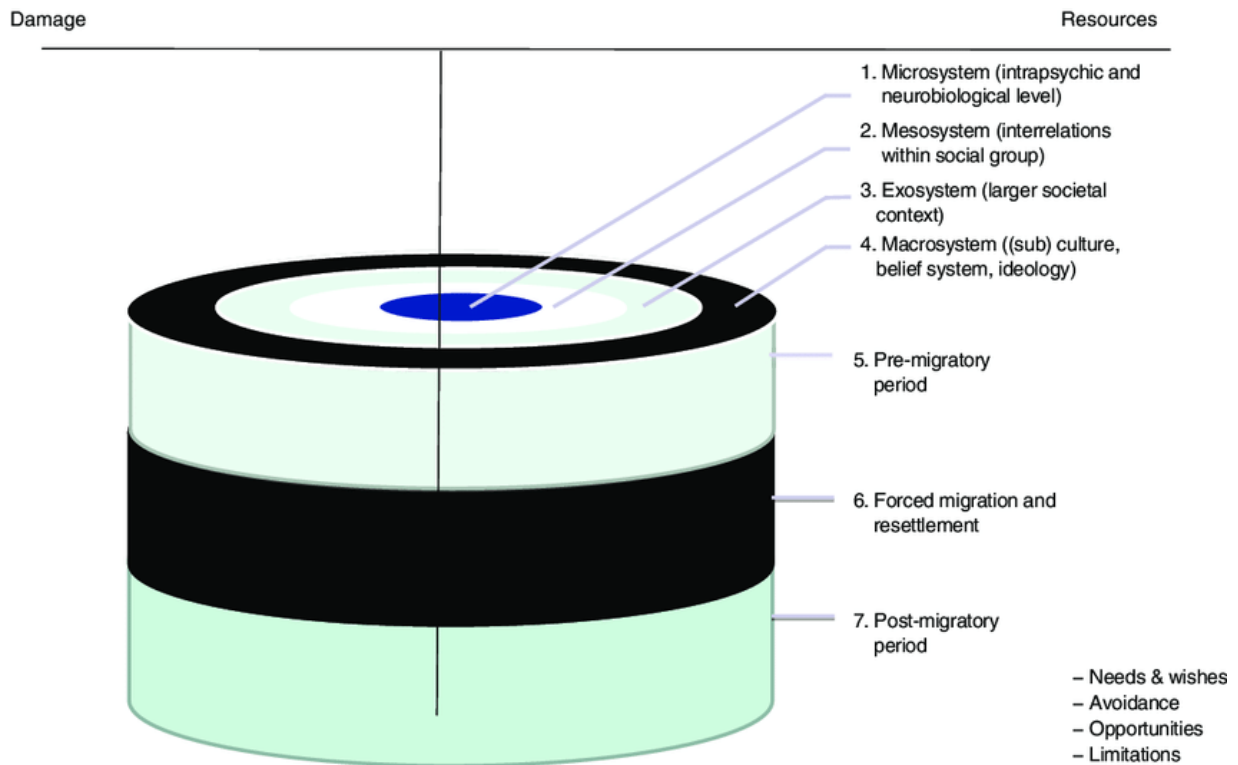


Figure 3. Modèle Contextuel Intégratif (Drozdek 2015). (50)

Dhanasekaran et al. 2017 (55) ont rapporté le cas d'une patiente diagnostiquée schizophrène paranoïde dont le délire mystique évolue depuis 2 ans. L'EFC leur a permis de comprendre l'évènement déclencheur des troubles (conversion religieuse à l'origine de conflits familiaux) ainsi que les motifs de retard d'accès aux soins (recours aux soins traditionnels) et de mauvaise adhésion aux soins. Pour ces auteurs, il faut considérer le contexte culturel des patients à partir d'une évaluation culturelle en profondeur basée sur l'EFC, y compris chez les patients présentant un trouble mental sévère, afin d'avoir un aperçu le plus complet possible de l'expérience du patient, et non se contenter d'une évaluation culturelle superficielle relevant simplement l'identité culturelle du patient, c'est-à-dire sa religion, son origine ethnique et sa langue.

Le travail de contextualisation s'avère ainsi nécessaire à une compréhension globale du vécu du patient : l'EFC permet une approche holistique du problème du patient.

D. Un outil de communication

1. Utile à l'annonce diagnostique

En Australie, une étude a montré que 22% des cliniciens ne communiquaient pas le diagnostic de maladie mentale à leurs patients d'origine culturelle différente de peur de renforcer leur stigmatisation avec de ce fait un impact sur l'engagement et la durabilité des soins. Partant de ce constat, Kayrouz et al. 2017 (49) ont adapté le protocole SPIKES destiné initialement à guider le praticien dans l'annonce d'un cancer en y intégrant l'EFC de telle sorte que le patient puisse mettre des mots sur ses inquiétudes quant à la stigmatisation d'un diagnostic de maladie mentale mais aussi pour que le clinicien puisse se sentir à l'aise dans l'annonce du diagnostic. Le protocole SPIKES est un protocole en 6 étapes, traduit par EPICES en français pour « Environnement – Perception – Invitation – Connaissances – Empathie – Synthèse » (cf. Tableau 3).

	Etape	Consigne
S	Setting up	Préparer l'entretien afin d'instaurer un climat de confiance et une alliance thérapeutique
P	Perception	Savoir ce que le patient connaît de son problème → EFC
I	Invitation	Essayer de s'informer sur ce que veut connaître le patient de son diagnostic
K	Knowledge	Annonce du diagnostic en évitant les termes techniques
E	Emotional reaction	Accueil empathique des réactions émotionnelles
S	Summary	Synthèse sur le diagnostic et les possibilités thérapeutiques

Tableau 3. Protocole SPIKES de Buckman adapté à l'annonce d'un trouble psychiatrique, d'après Kayrouz et al.

L'EFC permet de sensibiliser le clinicien sur le fait que le patient n'est pas disposé à se voir assigner un diagnostic psychiatrique mais plutôt à avoir connaissance d'un ensemble de symptômes sans nommer la pathologie, ceci afin d'éviter d'effrayer le patient et donc de le perdre de vue. L'EFC a été intégré à l'étape 2 du protocole SPIKES afin de s'enquérir des représentations que le patient a des maladies mentales. A partir de la description d'un cas clinique, Kayrouz et al. ont conclu que la combinaison du protocole SPIKES et de l'EFC en CFI-SPIKES a permis de cibler explicitement la stigmatisation qui peut être associée à la communication d'un diagnostic de pathologie mentale en faisant émerger les modèles explicatifs de la maladie. En plus, cette méthode améliore l'engagement du patient dans le processus de soins et la prise de décision éclairée de la part du patient. Il s'agit là encore de montrer l'efficacité d'une approche personnalisée centrée sur l'individu.

2. Utile pour l'alliance thérapeutique et l'adhésion aux soins

L'étude qualitative d'Aggarwal et al. 2015 (68), effectuée dans le cadre de l'étude multi-site, a analysé l'impact de l'EFC sur la communication médicale du point de vue du clinicien (n=7) et du patient (n=32). Parmi les patients et les cliniciens, 73.4% ont estimé que l'EFC améliore la qualité de la relation thérapeutique car elle est source de satisfaction pour chacun des protagonistes. L'EFC est un moyen pertinent d'obtenir le point de vue du patient sur son expérience de la maladie, méthode qui diffère d'un entretien standard centré sur le symptôme, ce qui contribue au sentiment de satisfaction à la fois des patients et des cliniciens dans 68.8% des cas. Ensuite pour 71.2% des interviewés, l'EFC s'avère également source importante de renseignements pour déterminer et évaluer la nature du problème du fait de la quantité

d'informations qu'il révèle. En effet, il facilite le déroulement de l'entretien car non seulement il permet au patient de narrer son expérience mais il permet aussi au clinicien, par la forme de l'EFC et par la quantité de renseignements produits, de faciliter le recueil d'informations. De cette manière, l'EFC accroît le niveau de compréhension global du patient et de son problème en aidant le clinicien à obtenir des informations à tous les niveaux de communication, le verbal comme le non-verbal (67.2%). Il aide aussi le clinicien à communiquer des émotions positives telles que l'empathie d'après 54.7% des débriefings. Il autorise également pour 31.2% des interviewés, à aborder les différences culturelles dans la relation, aidant par cette démarche à reconnaître et à dépasser les barrières dans la communication.

Dans la même perspective, l'étude de Díaz et al. 2017 (64) avance que l'EFC permet d'identifier les besoins des patients (n=30 patients) en favorisant la compréhension de l'individu dans le contexte de sa culture. Ils ont mis en évidence que l'EFC aide à réduire la stigmatisation liée à la maladie mentale, élément récurrent dans le récit des patients. Laisser la place à la narration du patient a été d'une part l'occasion pour certains patients de faire part de traumatismes psychiques jamais verbalisés auparavant et cela a d'autre part amélioré la qualité de l'alliance thérapeutique. Le clinicien peut ainsi identifier certaines valeurs auxquelles le patient accorde de l'importance et s'en servir pour engager les capacités d'adaptation du patient dans le cadre de la psychothérapie, de même qu'il peut identifier et répondre à certains besoins psychosociaux.

En plus de renseignements directs sur le patient, l'EFC recueille des informations sur l'environnement social du patient. L'EFC aide le clinicien à identifier le rôle de la famille dans les soins afin de mettre en place des soins adaptés car l'entourage du patient joue un rôle, actif ou passif selon les cas, dans le rapport qu'entretient le patient vis-à-vis du médecin et des soins d'après Hinton et al. 2015 (66).

Partant du constat que l'alliance thérapeutique est un élément déterminant dans le processus d'engagement et de maintien des soins et dans l'adhésion au traitement, Muralidharan et al. 2017 (65) ont mis en évidence les effets bénéfiques de l'EFC dans leur étude qualitative menée auprès de 14 patients présentant un trouble psychiatrique sévère (schizophrénie, trouble schizoaffectif, trouble bipolaire, état dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques). L'EFC facilite la communication car il s'est avéré valorisant et thérapeutique pour le patient, contrairement aux résultats. Ces patients ont apprécié le fait que l'EFC était centré sur leur ressenti et non focalisé sur les symptômes, de même que le collage du clinicien à leur langage en lieu et place du jargon médical ainsi que les questions ouvertes qui ouvrent les possibilités de réflexion. Le clinicien est perçu comme empathique, prévenant, ce qui favorise le dévoilement des patients dans un espace jugé sûr et ainsi autoriser une libération émotionnelle et une profonde introspection. L'EFC est vu comme un outil de co-construction dans le rapport médecin/patient du fait de l'effet de renforcement positif qu'il provoque chez le patient : prise de conscience de leurs propres compétences, valorisation de leurs ressources, de leurs parcours et des progrès effectués.

Cette situation peut s'illustrer par le cas clinique de Gonzalez et al. 2017, qui évoquent un patient bipolaire âgé de 70 ans dont l'histoire d'errance et de ruptures de soins régulières entre les Etats-Unis et le Mexique compromettait le rétablissement. Ils ont pris en considération les différences culturelles dans leur évaluation. Le projet de soins a été reconstruit avec le patient à partir des informations recueillies avec l'EFC et en tenant compte de son point de vue sur sa maladie et sur les traitements.

De même dans l'article de Callegari et al. 2016 (51) qui décrit 2 cas cliniques, la compréhension des éléments socio-culturels qui influencent la construction

psychopathologique et qui ont émergé grâce à l'EFC, a favorisé l'acceptation de la maladie, une adaptation sur-mesure des modalités de soins, permettant ainsi une meilleure acceptation des soins par le patient : alliance et adhésion optimales, maintien du suivi à long terme.

Ce renforcement de l'alliance thérapeutique par le recours à l'EFC, on le retrouve dans le poster de Ioannou et al. 2017 (54) à propos de 3 patients présentant un trouble bipolaire, auquel ces derniers préfèrent le diagnostic de « personnalité hypersensible ». Faire preuve de souplesse, ne pas rejeter les références culturelles du patient voire même utiliser le langage du patient, ont eu un effet positif sur l'engagement aux soins de ces 3 patients, l'un ayant d'ailleurs accepté un traitement thymorégulateur à l'issue de l'entretien.

Patients et cliniciens ont donc considéré que l'EFC est utile pour déterminer la nature du problème, mais aussi pour favoriser l'instauration et le maintien de l'alliance thérapeutique nécessaire à une adhésion durable aux soins.

Par ailleurs, 2 études contrôlées randomisées sont actuellement en cours afin de vérifier si les résultats des études précédemment citées se confirment dans des essais cliniques à plus haut niveau de preuve :

- à Miami, l'équipe de Sanchez et Comer (59) teste les effets de l'EFC auprès de parents d'enfants de 2 à 7 ans présentant des troubles du comportement, afin de déterminer si l'évaluation des problèmes des enfants complétée par un EFC améliore la satisfaction des parents vis-à-vis de l'entretien et du projet de soin, l'engagement des parents dans les soins (adhésion aux sessions de guidance parentale) et les résultats cliniques sur les enfants.

- Partant du postulat que les patients issus de minorités qui participent activement au processus de soin ont 3 fois plus de chance de continuer les soins au long cours, l'équipe d'Aggarwal (58) à New York compte créer et tester une intervention de communication transculturelle basée sur l'EFC, le Cultural Formulation Interview Engagement Aid, qui permettrait d'améliorer l'adhésion au traitement des patients présentant des troubles psychiatriques et appartenant à une minorité ethnique.

E. Un outil utile à l'acquisition et au développement des compétences culturelles

1. La formation des internes

Aux Etats-Unis, l'intégration d'une approche culturelle fait partie des compétences professionnelles de base à acquérir par les internes de psychiatrie au cours de leur cursus. Cependant, les méthodes d'enseignement de psychiatrie et compétences transculturelles sont aussi nombreuses et diversifiées que le nombre de facultés de médecine. C'est pourquoi les universités ont réfléchi aux possibilités d'enseignement et ont testé des modalités d'apprentissage transculturel qui intègrent l'EFC dans le programme pédagogique.

Les études réalisées avaient pour but de tester l'effet d'un enseignement en psychiatrie culturelle sur les compétences d'internes de psychiatrie.

Par exemple, l'étude de Díaz et al. 2016 (61) observait les effets d'une nouvelle méthode d'apprentissage basée sur la sensibilisation à la culture, destinée à faire rendre compte aux

étudiants des stéréotypes dont ils pouvaient faire usage de façon inconsciente, ce qui peut non seulement affecter leur diagnostic mais aussi la relation thérapeutique. Ce programme d'enseignement en 4 modules, proposé à des internes de 2^e année, est basé sur le modèle d'apprentissage expérientiel selon lequel le clinicien développerait mieux ses connaissances à partir de réflexions sur son expérience concrète et par l'expérimentation active et non par seule application de théories. L'EFC y est intégré en tant que méthode d'évaluation culturelle permettant le développement de compétences pratiques. Ce programme d'enseignement a donné des résultats favorables puisque les auto-questionnaires utilisant une échelle psychométrique de Likert de 1 à 7, réalisés avant puis après enseignements (n=8 internes) ont montré une amélioration significative de l'assurance et des aptitudes des internes et notamment : confort à parler de culture avec des patients (avant $m=3.75$, après $m=5.75$) ; aptitude à parler de culture avec des patients (avant $m=4.25$, après $m=5.75$) ; aptitude à discuter des différences culturelles entre clinicien et patient (avant $m=3$, après $m=5.75$), $p=0.031$.

C'est ce que montre également l'étude de Padilla et al. 2016 (60) réalisée auprès d'internes de psychiatrie américains (n=16) dans le cadre d'exercices de préparation à l'examen clinique objectif structuré (OSCE en anglais, pour Objective Structured Clinical Examination) qui correspond à un examen final de validation des compétences cliniques, parmi lesquelles l'acquisition de compétences culturelles. Cet exercice comprenait une simulation d'entretien à partir d'un cas clinique standard, par petits groupes, sous l'observation d'un expert en psychiatrie culturelle, suivie d'une présentation élaborée d'une section de la FC. L'utilisation de l'EFC sur des patients standardisés améliore l'aisance à réaliser un entretien culturellement approprié, c'est-à-dire une évaluation qui prenne en compte les origines culturelles et le contexte socio-culturel du patient, ses croyances, son attitude envers les soins (60). En effet, le niveau de confort des étudiants, autoévalué, avait significativement augmenté de 0.5 point

($t=3.16$, $ddl=15$, $p<0.01$, IC 95%) après entraînement et ce quel que soit le niveau de compétences culturelles antérieur à l'entraînement.

Face au même constat d'absence de recommandations nationales homogènes concernant l'enseignement des compétences culturelles aux internes américains, Mills et al. 2017 (62) ont voulu vérifier si un cours didactique d'une heure sur l'EFC, comprenant des exercices interactifs destinés à sensibiliser les étudiants à leurs propres références culturelles, améliorait ces compétences. L'impact de l'enseignement auprès des internes ($n=22$) a été évalué au moyen du CCAT (Cultural Competence Assessment Tool) qui est un questionnaire d'auto-évaluation des compétences culturelles, ce qui a montré une amélioration globale significative de leurs aptitudes : le score moyen est passé de 206.41 à 218.77 points après entraînement [$t(21) = -3.65$, $p < 0.01$]. A l'intérieur de ce score, la communication non verbale [$t(21) = -4.33$, $p < 0.01$] et les connaissances culturelles [$t(21) = -3.58$, $p < 0.01$] présentaient des résultats significatifs.

Dans les suites de cette étude pilote et afin de vérifier les résultats obtenus sur un plus grand échantillon, Mills et al. 2016 (63) ont effectué la même étude sur un échantillon de 74 internes de 6 facultés des Etats-Unis et du Canada. Ils ont par contre utilisé un questionnaire d'auto-évaluation différent de cohérence interne élevée, le CCAT pour les étudiants en pharmacie, et qui là encore met en exergue la progression des internes $F(1, 71) = 28.29$, $p<0.001$, avec un score moyen passé de 37.51 avant ($ds=6.70$) à 43.94 après ($ds=43.94$), sans influence du site sur les résultats.

2. Modification des pratiques des psychiatres en exercice

Les réflexions menées par ces différentes équipes visent à modifier la pratique des psychiatres dès le début de leur formation. Cependant, des initiatives sont également prises dans le but de faire évoluer les pratiques des praticiens déjà en exercice. Aux Etats-Unis, des ateliers de travail sont organisés durant les congrès, à l'exemple de celui des géro-psycho-geriatriques lors de leur rassemblement annuel de 2018, comme le stipulent Ali et al. dans un extrait de conférence (57). Ces ateliers interactifs ont pour objectif de présenter aux praticiens expérimentés une approche intégrative, centrée sur la personne et utile pour les patients âgés. En effet, non seulement il existe un module spécifique pour les personnes âgées dans l'EFC interrogeant l'expérience et les représentations du patient sur le vieillissement, mais ils insistent aussi sur la pertinence d'un outil tel que l'EFC par les informations qu'il apporte d'une part grâce au module pour informateur lorsque le patient n'est pas capable de donner lui-même des renseignements, d'autre part grâce au module pour les soignants qui donne un point de vue global de la situation du patient.

Tableau 4 : récapitulatif des études incluses

Auteurs et année	Type d'article	Population	Objectif principal	Résultats
Aggarwal et al. 2015	Etude qualitative	Patients, n=32 et cliniciens, n=7	Analyser de quelle manière l'EFC influence la communication médecin-patient	Outil source de satisfaction ce qui améliore la qualité de la relation thérapeutique : manifeste de l'intérêt pour le point de vue du patient Favorise le recueil d'informations de contextualisation améliorant la compréhension globale des troubles
Albassam et al. 2017	Poster avec rapport de cas	Patient schizophrène	Comprendre la psychopathologie dans un environnement culturel particulier	L'EFC permet une meilleure compréhension des troubles et augmente la validité culturelle du diagnostic
Ali et al. 2018	Note de conférence	Patient âgé	Comprendre l'intérêt et mettre en pratique l'EFC en géro-psi-chiatrie	Les informations recueillies constituent une base utile à la réalisation d'une évaluation approfondie et à une prise en charge globale centrée sur le patient
Callegari et al. 2016	Rapport de cas	Patients n=2	Montrer que les facteurs spirituels sont des éléments récurrents interférant dans l'interprétation des troubles mentaux	L'EFC permet de comprendre l'environnement global et les relations sociales existants lors de l'apparition de troubles psychiatriques. Il est possible de se servir de la dimension spirituelle dans le projet de réhabilitation pour restructurer l'identité du patient
Dhanasekaran et al. 2017	Lettre à l'éditeur avec rapport de cas	Patient n=1	Montrer l'intérêt de considérer le contexte culturel chez les patients présentant un trouble psychiatrique sévère	Une exploration approfondie du contexte socio-culturel permet d'établir un plan de soin individuel adapté, favorise l'alliance thérapeutique et la durabilité des soins

Díaz et al. 2016	Etude mixte quantitative avant/après et qualitative	Internes de psychiatrie n=8	Développer un programme d'enseignement culturel	L'EFC est utile au développement des compétences culturelles pratiques des étudiants. Il améliore leur confort et leur assurance à effectuer ce genre d'évaluation avec des résultats significatifs ($p=0.031$)
Díaz et al. 2017	Etude qualitative	Patients, n=30	Décrire la particularité des informations recueillies par l'EFC	Outil utile à l'identification des attentes et les besoins singuliers du patient, permettant une meilleure compréhension de l'individu placé dans le contexte de sa culture
Drozdek 2015	Rapport de cas	Patient réfugié avec TSPT	Montrer l'utilité d'associer une approche contextuelle au traitement « evidence-based » du TSPT	Le Modèle Contextuel Intégratif dans lequel s'intègre l'EFC favorise l'identification des facteurs responsables de l'apparition ou de la persistance d'un TSPT, ce qui permet d'établir un plan de soins multimodal
Gonzalez et al. 2017	Poster avec rapport de cas	Patient âgé bipolaire	Montrer l'utilité de l'EFC dans l'engagement aux soins	Les informations recueillies par l'EFC aident à contextualiser les troubles présentés, à identifier les barrières culturelles et à mieux les considérer dans l'évaluation et dans la stratégie thérapeutique
Hinton et al. 2015	Etude mixte quantitative avant/après et qualitative	Entourage du patient, n=71	Explorer comment l'entourage du patient perçoit l'évaluation culturelle	<u>Quantitatif</u> : EFC jugé utile Pune $m=1.11(ds=0.78)$, New Delhi $m=1.09(ds=0.26)$, Nairobi $m=1.44(ds=0.35)$, $p<0.02$ <u>Qualitatif</u> Aide le patient à s'exprimer et évoquer son problème en profondeur, permet à la famille de mieux comprendre la pathologie du patient et modifier leur comportement, et donne l'opportunité à l'entourage de donner son opinion
Ioannou et al. 2017	Poster avec rapport de cas	Patients, n=3	Explorer le concept de personnalité hypersensible auprès de la population s'y référant	L'EFC permet d'améliorer la validité du diagnostic et l'engagement aux soins, arguments en faveur d'une approche anthropologique intégrée à la réflexion du clinicien

Jani et al. 2015	Lettre à l'éditeur avec rapport de cas	Patient n=1	Montrer que l'EFC réduit le biais diagnostique transculturel	Outil de contextualisation qui aide au diagnostic de trouble de la personnalité
Kayrouz et al. 2017	Rapport de cas	Patient avec trouble psychiatrique	Proposer un protocole d'annonce diagnostique chez les patients d'origines culturelles diverses	Le protocole CFI-SPIKES est un outil de communication basé sur l'EFC utile à l'annonce d'un diagnostic de maladie mentale
Lewis-Fernández et al. 2017	Etude mixte qualitative et quantitative	Patients n=318 et cliniciens n=75	Evaluer la faisabilité, l'acceptabilité et l'utilité clinique de l'EFC	<u>Quantitatif</u> : outil jugé utile - patients, $m=1.26$ ($ds=0.53$), $p<0.026$ - cliniciens, $m=0.93$ ($ds=0.70$), $p<0.001$ <u>Qualitatif</u> - patients et cliniciens : favorise le recueil d'informations générales utiles, la compréhension du rôle de la culture dans la maladie mentale et à établir un plan de soins adapté à chaque patient - cliniciens : aide au diagnostic
Mills et al. 2016	Etude quantitative avant/après	Internes de psychiatrie, n=74	Evaluer à plus grande échelle si un cours didactique d'une heure améliore les compétences culturelles	Les scores moyens des auto-questionnaires montrent une amélioration significative des compétences culturelles des étudiants ($p<0.001$)
Mills et al. 2017	Etude quantitative avant/après	Internes de psychiatrie, n=22	Evaluer si un cours didactique d'une heure sur l'EFC améliore les compétences culturelles	L'EFC améliore significativement les aptitudes culturelles des internes ($p<0.01$)
Muralidharan et al. 2017	Etude qualitative semi-structurée	Patients psychotiques, n=14	Analyser la perception de patients soumis à l'EFC	Outil valorisant, thérapeutique et favorisant l'introspection Améliore la relation thérapeutique et permet de recueillir des informations utiles aux soins par la narration

Padilla et al. 2016	Etude quantitative avant/après	Internes de psychiatrie américains, n=17	Evaluer si l'EFC est utile au contrôle des connaissances culturelles pratiques des internes	Le niveau de confort des étudiants s'est amélioré de façon significative après utilisation de l'EFC intégré à un apprentissage en groupe ($p < 0.01$)
Paralikar et al. 2015	Etude quantitative avant/après	Patients, n=36, entourage, n=12 et cliniciens, n=8	Evaluer la faisabilité, l'acceptabilité et l'utilité clinique de l'EFC	Outil jugé utile - patients, $m=1.01$ ($ds=0.84$) - entourage patient, $m=1.08$ ($ds=0.85$) - cliniciens, $m=1.26$ ($ds=0.51$) $p=0.1848$, résultats non significatifs
Ramírez Stege et al. 2017	Etude qualitative semi-structurée	Patients, n=19 et cliniciens, n=11	Evaluer la faisabilité, l'utilité clinique et l'acceptabilité de l'EFC	Outil perçu par tous comme un moyen d'établir une relation de confiance, et pour le clinicien, d'améliorer la compréhension des facteurs socio-culturels influençant le trouble mental
Aggarwal et al.	Essai clinique interventionnel contrôlé randomisé	Patients, n=33	Créer et tester une intervention de communication transculturelle afin d'améliorer l'adhésion au traitement, le CFI-Engagement Aid	En cours, hypothèse : L'EFC est un outil de communication favorisant l'engagement dans les soins, évalué à 2 mois
Sanchez et al.	Essai clinique interventionnel contrôlé randomisé	Patients pédopsychiatrie, (n=non défini)	Evaluer les effets préliminaires d'une évaluation psychiatrique centrée sur la personne tenant compte des spécificités culturelles	En cours, hypothèse : L'EFC améliore la satisfaction des parents, l'engagement dans les soins et les résultats cliniques

IV. DISCUSSION

L'objectif de cette revue de la littérature était de déterminer si l'EFC du DSM-5 avait une utilité en pratique clinique et dans cette perspective, d'identifier quelle plus-value cet outil pouvait apporter en complément de l'entretien psychiatrique standard. L'analyse des 22 articles inclus a montré que l'EFC est une approche de soins centrée sur l'individu dont le rôle est d'affiner l'évaluation du clinicien en apportant des informations sur l'écosystème de l'individu et par sa fonction de communication d'améliorer la qualité des soins. L'EFC est une approche utile pour sensibiliser le clinicien au concept de culture, et ainsi améliorer ses compétences culturelles.

Dans cette section, nous allons aborder les implications de ces résultats, mais aussi les limites de la recherche.

A. Une approche centrée sur l'individu

L'EFC n'est pas un outil diagnostique en tant que tel. Par contre, par la richesse et l'exhaustivité des informations qu'il apporte, il contribue à améliorer la validité du diagnostic. Les informations rassemblées concernent les dimensions sociales et culturelles de l'expérience vécue de la maladie. A côté de la lecture biomédicale des symptômes du patient qui aboutit à la formulation du diagnostic, le clinicien étaye son évaluation par des informations se rapportant à l'environnement social de l'individu, ainsi que ses ressources et ses aptitudes antérieures et actuelles d'adaptation. La problématique du patient peut alors être analysée selon un angle différent, ce qui peut mener dans certains cas à revoir son diagnostic, ou à le préciser. Les différentes études montrent que le recours à l'EFC peut conduire à une

modification du diagnostic de trouble de la personnalité, de TSPT, ou mettre en évidence un trouble de l'adaptation. On peut donc affirmer que l'EFC participe à une démarche holistique qui intervient en complément de l'évaluation standard, apportant une compréhension plus complète et centrée sur l'individu.

L'approche narrative centrée sur l'individu invite le patient à parler de sa souffrance à partir de ses propres références. Ces connaissances supplémentaires sont l'occasion pour le clinicien d'améliorer les possibilités d'échange avec le patient dans la mesure où le clinicien va pouvoir apporter son expertise dans le cadre d'un dialogue sensiblement équilibré, personnalisé et compréhensif. Sachant les conséquences d'un diagnostic psychiatrique pour un patient, eu égard des représentations socio-culturelles, se référer uniquement à la nosologie peut être source de confusion pour le patient. Le recours à l'EFC informe le clinicien non seulement du savoir et des représentations qu'a le patient sur le trouble qu'il présente, mais aussi des capacités actuelles du patient à s'accommoder d'un diagnostic psychiatrique biomédical. Il est d'ailleurs établi que les personnes vivant avec une pathologie psychiatrique sont à risque de se désengager des soins et que la qualité de l'alliance thérapeutique est un élément déterminant de la durabilité des soins. Dans ce contexte, l'EFC a montré qu'il est source de satisfaction pour les patients : il contribue à établir et maintenir l'adhésion aux soins car le patient s'estime entendu et compris par son interlocuteur, et inclus dans le processus de soin. L'attention particulière portée par le clinicien et le plan de traitement singulier qu'il propose sont jugés plus accessibles, centrés sur les besoins du patient et moins stigmatisants (72). L'EFC constitue donc une méthode innovante, collaborative, qui favorise l'engagement durable aux soins en améliorant la qualité de l'expérience du patient dans la dynamique de soins.

B. Sensibiliser le clinicien au concept de culture

Depuis les années 90 outre-Atlantique, une attention particulière est portée à l'acquisition de compétences culturelles dans la formation des psychiatres. Cette revue de la littérature nous a montré qu'un enseignement centré sur la culture, reposant sur des bases théoriques solides et mis en pratique par l'utilisation de l'EFC, permettait aux cliniciens d'aborder et d'intégrer la notion de culture avec aisance. En effet, il est plus facile pour le clinicien d'engager la démarche de rechercher des éléments cliniques culturellement pertinents chez son patient s'il maîtrise les concepts théoriques sur la culture.

Parallèlement à cela, le clinicien prend aussi conscience de ses propres références culturelles, issues de son parcours à la fois professionnel mais aussi personnel, et de la manière dont celles-ci vont influencer sa pratique professionnelle, y compris la relation thérapeutique. En effet, la psychiatrie elle-même doit être comprise comme le produit d'une construction culturelle qui conditionne la manière dont le clinicien interprète les symptômes de la maladie (73). De ce fait, il existe un processus d'acculturation inhérent à l'apprentissage de la médecine et de la psychiatrie qui doit être reconnu par le clinicien.

Ces connaissances acquises, le clinicien s'autorise à se décentrer de ses représentations afin d'accueillir le monde de l'Autre, étant donné que l'expérience des symptômes est ancrée dans un système de représentations et d'attribution de sens influencé par la culture. Améliorer la sensibilité des professionnels de santé mentale au concept de culture, qui s'illustre dans les croyances, les valeurs et les pratiques de leurs patients, mais aussi dans les attentes de ces derniers vis-à-vis des soins, est bénéfique non seulement par la qualité des renseignements que le clinicien peut recueillir mais aussi dans la qualité de la relation thérapeutique engagée. L'EFC, en tant qu'approche centrée sur l'expérience de l'individu, permet d'éviter toute

tendance à la généralisation de stéréotypes. C'est la perception qu'a l'individu sur sa culture qui a de l'importance et non l'idée que le clinicien se fait de son groupe d'appartenance.

C. Limites de l'étude

Il existe un biais de sélection inhérent au mode de sélection des articles, qui repose sur l'algorithme de mots-clés, sans double lecture, malgré le recours à 5 bases de données différentes. Des articles ont pu être omis par la sélection par titre et résumé ou par les mots-clés.

La nature des articles inclus dans cette revue constitue également une limite de l'étude, du fait de leur faible niveau de preuves. En effet, si nous avons choisi d'inclure la littérature grise dans cette revue de la littérature afin d'éviter un biais méthodologique dans la recherche, les inconvénients de ce type de document ne sont pas négligeables. Les rapports de cas ne peuvent être généralisés et génèrent un biais de sélection dans la mesure où les rapports de cas publiés sont ceux dont l'issue s'avère favorable. Ils ont toutefois le mérite d'ouvrir la voie aux innovations et à la recherche clinique.

Ensuite, on constate l'absence de données issues d'études contrôlées randomisées, ce qui affecte également le niveau de preuve de la revue. L'absence de groupe contrôle ne permet pas d'affirmer que les résultats obtenus étaient spécifiquement liés à l'EFC. Toutefois, nous avons choisi d'inclure 2 études de ce type, actuellement en cours et pour lesquelles nous ne disposons pas encore des résultats, afin de mettre en valeur la volonté des chercheurs de tester l'EFC en évitant les biais de sélection, et ce afin d'obtenir des résultats à plus haut niveau de preuve scientifique. Les études qualitatives peuvent donner aussi des biais de publication dans la mesure où les données publiées sont en général celles dont les résultats sont significatifs.

Cependant, elles trouvent leur utilité dans cette revue car elles explorent et donnent un sens aux résultats quantitatifs.

La taille des échantillons constitue également une limite à cette mesure car exceptée l'étude de terrain antérieure à la publication du DSM-5 qui regroupait 318 patients et 75 cliniciens, toutes les études étaient de petite taille. Par ailleurs, l'inclusion des études antérieures à la publication du DSM-5 est discutable car il s'agit d'une version différente de celle publiée dans le DSM-5, ce qui entraîne un biais dans la validité des résultats. Cependant, le contenu de l'EFC, même modifié, reste sensiblement le même, ce qui en réalité ne devrait pas changer la nature des résultats.

Ensuite, si l'utilisation de l'EFC est source d'enthousiasme de la part des patients, cet enthousiasme est un peu plus mesuré venant des cliniciens. En effet, le principal frein à l'application de l'EFC est le temps nécessaire à son application, ce que montre l'étude de Aggarwal et al. 2013. La durée de passation est de 25 à 30 minutes, soit environ la moitié du temps total de l'entretien. Les études montrent toutefois que ce temps se raccourcit lorsque le clinicien s'est familiarisé avec l'outil (74).

Malgré le fait que l'EFC est supposé s'adresser à n'importe quel individu, et ce peu importe son pays d'origine, on constate néanmoins que l'origine ethnique reste le critère principal du recours à l'EFC, entrant d'ailleurs en contradiction avec la volonté du DCCIS d'éviter l'amalgame entre culture et origine ethnique. On remarque aussi la disparité de la population cible des patients de leur étude : si 99% des patients au Canada inclus dans l'essai clinique test sont nés à l'étranger ou encore 67% aux USA, dans la même étude aucun patient inclus au Pérou n'était né à l'étranger, 1% en Inde et 3% au Kenya. Cela montre en tout cas que l'EFC peut être utile y compris quand le clinicien et le patient ont la même origine ethnique.

CONCLUSION

Nous sommes partis du constat que la question de l'altérité culturelle des patients est une véritable préoccupation de la part des soignants car elle soulève des interrogations quant à la place de la culture dans la psychopathologie et son influence possible sur le comportement du patient vis-à-vis des soins.

Cette revue de la littérature soutient l'idée selon laquelle la prise en compte de la dimension culturelle, reposant sur un outil pratique ici représenté par l'EFC, trouve pleinement sa place dans la prise en charge psychiatrique. Nous avons mis en évidence la quantité et la qualité des informations que l'EFC a la capacité de rassembler, ainsi que son rôle manifeste dans la progression des compétences culturelles des cliniciens.

Cet outil novateur est facile d'usage, clarifie un concept généralement flou, ce qui rend accessible l'évaluation culturelle à tout clinicien. L'objectif n'est pas de faire de tous les psychiatres des spécialistes en psychiatrie culturelle, ni des anthropologues, mais de les sensibiliser au concept de culture et d'accroître leur assurance dans l'exploration de la dimension culturelle. Nous partageons l'idée que l'identité culturelle et le contexte socio-culturel dans lequel l'individu évolue déterminent la manière dont il perçoit sa maladie, le traitement qu'on lui propose et son adhésion aux soins. Le contexte socio-culturel doit être considéré comme dynamique et propre à chaque individu : l'évaluation ne pouvant être généralisée, cela évite la construction d'éventuels stéréotypes.

Cette nouvelle approche nécessite d'intégrer une réflexion anthropologique dans la démarche du clinicien et exige de sa part une ouverture d'esprit et de la souplesse. Nous l'avons vu, les bénéfices d'une telle approche ne sont pas négligeables, surtout en ce qui concerne l'engagement dans les soins des patients vivant avec une pathologie psychiatrique. Les résistances individuelles du patient, ou celles de son écosystème, peuvent empêcher le

clinicien de prodiguer des soins de qualité optimale. Cette stratégie d'engagement du patient dans les soins se concentre sur un outil pratique qui entraîne chez le clinicien un changement de posture, une modification de son attitude et de son approche générale vis-à-vis du traitement de la personne vivant avec une maladie mentale. Le temps consacré à l'application d'une telle méthode, en apparence long et fastidieux, doit être envisagé comme un investissement de temps rentable à plus long terme pour le patient.

En raison des bénéfices que nous avons exposés, ce travail plaide en faveur d'une approche individuelle globale et compréhensive d'ailleurs généralisable à l'ensemble des spécialités médicales. Des études complémentaires sont nécessaires afin d'étayer les résultats et leur donner plus de probité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Le grand Larousse illustré 2017 [Internet]. Editions Larousse. 2018 [cité 17 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.editions-larousse.fr/le-grand-larousse-illustre-2017-9782035901361>
2. Novara A. I. Cultura : Cicéron et l'origine de la métaphore latine. Bull Assoc Guillaume Budé. 1986;1(1):51-66.
3. JOURNET N. Penser la culture [Internet]. Sciences Humaines. [cité 10 janv 2018]. Disponible sur: https://www.scienceshumaines.com/penser-la-culture_fr_901.html
4. Journet N. La culture. De l'universel au particulier : la recherche des origines, la nature de la culture, la construction des identités. Auxerre : Éditions "Sciences humaines, impr. 2002.; 2002.
5. Tylor EB, Brunet P, Barbier E. La civilisation primitive [Internet]. C. Reinwald et ce.; 1876. (La civilisation primitive). Disponible sur: <https://books.google.fr/books?id=ad6fAAAAMAAJ>
6. Meyran R. Genèse de la notion de culture : une perspective globale. J Anthropol Assoc Fr Anthropol. 1 déc 2009;(118-119):193-214.
7. Vinsonneau G. Le développement des notions de culture et d'identité : un itinéraire ambigu. Carrefours Léducation. 2002;(14):2-20.
8. Teixido S. Le père de l'anthropologie culturelle [Internet]. Sciences Humaines. [cité 16 févr 2018]. Disponible sur: https://www.scienceshumaines.com/le-pere-de-l-anthropologie-culturelle_fr_3162.html
9. Narayan Chowdhury A. Culture, Psychiatry and Cultural Competence. In 2012.
10. Alarcón RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. World Psychiatry. 2009;8(3):131–139.
11. Society for the Study of Psychiatry and Culture
39th Annual Meeting. What Does “Culture” Mean? Evolving Definitions in Mental Health Service, Training, and Research [Internet]. [cité 28 févr 2018]. Disponible sur: <https://psychiatryandculture.org/#!event/2018/4/19/society-for-the-study-of-psychiatry-and-culture39th-annual-meeting>
12. López SR, Guarnaccia PJ. Cultural psychopathology: uncovering the social world of mental illness. Annu Rev Psychol. 2000;51:571-98.
13. Rechtman R. La psychiatrie à l'épreuve de l'altérité. In 2010. p. 101-26.

14. Sturm G, Guerraoui Z, Raynaud J-P. Approches transculturelles et interculturelles dans la psychiatrie française. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatatraitesps37-65114](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/article/1055945/resultatrecherche/4) [Internet]. 18 mai 2016 [cité 15 févr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/1055945/resultatrecherche/4>
15. Rechtman R, Raveau F-H-M. Fondements anthropologiques de l'ethnopsychiatrie. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatatraitesps37-07854](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/article/4233) [Internet]. [cité 15 févr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/4233>
16. Kirmayer LJ, Minas H. The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* juin 2000;45(5):438-46.
17. Boussat S, Boussat M. À propos de Henri Collomb (1913-1979) : de la psychiatrie coloniale à une psychiatrie sans frontières, From colonial psychiatry to psychiatry without borders : about Henri Collomb (1913-1979), Resumen. *L'Autre.* 2002;me 3(3):409-24.
18. Baubet T, Moro MR, Bouaziz N praticien hospitalier), Bennabi M, Blanchet C. Psychopathologie transculturelle. [Texte imprimé]. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, DL 2013, cop. 2013.; 2013. (Les âges de la vie : psychopathologie).
19. Rozin P. Le concept de culturalisme dans les sciences anthropologiques : de Tylor à Lowie. *Le Philosophoire.* 2006;(27):151-76.
20. Baubet T. Évolutions et perspectives de la psychiatrie culturelle. In: *Psychopathologie transculturelle* [Internet]. Elsevier; 2009 [cité 16 mars 2018]. p. 23-9. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294704345000071>
21. Kirmayer LJ. Beyond the 'new cross-cultural psychiatry' : Cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization / Au-delà de la 'nouvelle psychiatrie transculturelle' : la biologie culturelle, la psychologie discursive et les ironies de globalisation. *Transcult Psychiatry.* 2006;(1):126.
22. Kleinman AM. Depression, somatization and the « new cross-cultural psychiatry ». *Soc Sci Med.* janv 1977;11(1):3-10.
23. Kirmayer LJ, Ryder AG. Culture and psychopathology. *Curr Opin Psychol.* 2016;143.
24. Jardri R, Favrod J, Larøi J, Thomas P psychiatre). *Psychothérapies des hallucinations.* 2016. (Pratiques en psychothérapie).
25. TaA[macron]eb O, Heidenreich F, Baubet T, Moro M r. Donner un sens a la maladie : de l'anthropologie medicale a l'epidemiologie culturelle. *Med Mal Infect.* 2005;(4):173.
26. Garrabe J, La nosographie en pédopsychiatrie. La nouvelle version de la Classification

française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA). Séance(2001-10-22), Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA). La dimension culturelle des classifications des maladies mentales. *Cult Dimens Ment Disord Classif.* 2002;(3):253.

27. Demazeux S. Qu'est-ce que le DSM ? [Texte imprimé] : genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie. Paris : Les Éditions d'Ithaque, impr. 2013, cop. 2013 (impr. en Bulgarie); 2013. (Philosophie, anthropologie, psychologie: 5).

28. Baubet T, Taïeb O, Heidenreich F, Moro M-R, Abdelfattah, Houillon P, et al. Culture et diagnostic psychiatrique : l'utilisation du « guide de formulation culturelle » du DSM-IV en clinique. Discussion. *Cult Diagn Using DSM-IVs « Cult Formul » Clin Setting Discuss.* 2005;(1):38.

29. Mezzich JE, Kirmayer LJ, Kleinman A, Fabrega HJ, Parron DL, Good BJ, et al. The Place of Culture in DSM-IV. *J Nerv Ment Dis.* août 1999;187(8):457.

30. Mezzich JE, Caracci G, Fabrega H, Kirmayer LJ. Cultural Formulation Guidelines. *Transcult Psychiatry.* sept 2009;46(3):383-405.

31. Crocq M-A, Guelfi J-D. DSM-IV-TR. [Texte imprimé] : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris : Masson, 2004, cop. 2003.; 2004.

32. Aggarwal NK. The Psychiatric Cultural Formulation: Applying Medical Anthropology in Clinical Practice. *J Psychiatr Pract.* mars 2012;18(2):73-85.

33. Lewis-Fernández R, Díaz N. The Cultural Formulation: A Method for Assessing Cultural Factors Affecting the Clinical Encounter. *Psychiatr Q.* 1 déc 2002;73(4):271-95.

34. Caballero Martínez L. DSM-IV-TR Cultural Formulation of Psychiatric Cases: Two Proposals for Clinicians. *Transcult Psychiatry.* sept 2009;46(3):506-23.

35. Formulation culturelle [Internet]. MMHRC. 2013 [cité 16 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.multiculturalmentalhealth.ca/fr/clinical-tools/cultural-formulation/>

36. Bäärnhielm S, Åberg Wistedt A, Rosso MS. Revising psychiatric diagnostic categorisation of immigrant patients after using the Cultural Formulation in DSM-IV. *Transcult Psychiatry.* juin 2015;52(3):287-310.

37. Groen SPN, Richters A, Laban CJ, Devillé WLJM. Implementation of the Cultural Formulation through a newly developed Brief Cultural Interview: Pilot data from the Netherlands. *Transcult Psychiatry.* févr 2017;54(1):3-22.

38. Lewis-Fernández R, Aggarwal NK, Bäärnhielm S, Rohlf H, Kirmayer LJ, Weiss MG, et al. Culture and Psychiatric Evaluation: Operationalizing Cultural Formulation for DSM-5.

Psychiatry. 2014;77(2):130-54.

39. Geoffroy P-A, Fovet T, Benard V, Amad A. Examen clinique de l'adulte en psychiatrie. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatatraitessps37-60724](http://www.em-premium.com/doc-Distantuniv-Lille2frdatatraitessps37-60724) [Internet]. 10 févr 2017 [cité 18 mars 2018]; Disponible sur: [http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/1103589](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/article/1103589)

40. Adeponle AB, Thombs BD, Groleau D, Jarvis E, Kirmayer LJ. Using the Cultural Formulation to Resolve Uncertainty in Diagnoses of Psychosis Among Ethnoculturally Diverse Patients. *Psychiatr Serv.* févr 2012;63(2):147-53.

41. Zandi T, Havenaar JM, Limburg-Okken AG, van Es H, Sidali S, Kadri N, et al. The need for culture sensitive diagnostic procedures: A study among psychotic patients in Morocco. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* mars 2008;43(3):244-50.

42. Alarcón RD. Les composantes culturelles dans le DSM-5 : contenus fondamentaux ou concessions purement cosmétiques ? *Cult Factors DSM-5 Subst Inputs Cosmet Concess.* janv 2014;79(1):39-53.

43. Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull-Erpelding M-C. *DSM-5® : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, DL 2015, cop. 2015 (61-Lonrai : Impr. par Normandie Roto s.a.s.); 2015.

44. Kelly Cobb A, Pumariega AJ. *DSM-5 ® Handbook on the Cultural Formulation Interview.*: Roberto Lewis-Fernández, MD, MTS, Neil Krishan Aggarwal, MD, MBA, MA, Ladson Hinton, MD, Devon E. Hinton, MD, PhD, and Laurence J. Kirmayer, MD, Eds. (2016) Arlington, VA. *J Nerv Ment Dis.* août 2016;204(8):640-1.

45. Radhakrishnan R. *DSM-5® Handbook on the Cultural Formulation Interview.* *Am J Psychiatry.* 1 févr 2016;173(2):196-7.

46. M.T.S E by RL-FMD, M.A NKAMD MBA, M.D LH, Ph.D DEHMD, F.R.C.P.C LJKMD. *DSM-5® Handbook on the Cultural Formulation Interview.* American Psychiatric Pub; 2015. 366 p.

47. Devos A, Abadie P. Abord du phénomène religieux dans la pratique psychiatrique, The approach to religious phenomenon in psychiatric practice, Abordaje del fenómeno religioso en la práctica psiquiátrica. *Inf Psychiatr.* 2010;me 86(5):439-46.

48. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie Rev.* janv 2015;15(157):39-44.

49. Kayrouz R, Senediak CI, Laube R. Building a bridge: A case report on communicating mental-health diagnoses to patients of a culturally and linguistically diverse background.

Australas Psychiatry Bull R Aust N Z Coll Psychiatr. oct 2017;25(5):478-80.

50. Droždek B. Challenges in treatment of posttraumatic stress disorder in refugees: towards integration of evidence-based treatments with contextual and culture-sensitive perspectives. *Eur J Psychotraumatology*. 2015;6:24750.

51. Callegari C, Diurni M, Bianchi L, Aletti FA, Vender S. L'Entrevue pour la vue d'ensemble culturelle (DSM-5) et Cultural Formulation de deux cas cliniques : interférence de la spiritualité et de la religion au début du processus psychopathologique. *L'Évolution Psychiatr*. 1 janv 2016;81(1):191-201.

52. Albassam A, Ameen A, Chiappetta V, Hanif A, Gonzalez L. The impact of shame and cultural beliefs on mental illness and treatment adherence: A case report. *Eur Psychiatry*. avr 2017;41:S511.

53. Gonzalez VM, Lopez PA, Lamb AR, Garcia-Pittman EC. Poster Number: EI 31 - The Role of Cultural Competency in Geriatric Psychiatry: A Case of Bipolar II in a Latino Patient Complicated by Cultural Barriers. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1 mars 2017;25(3, Supplement):S90.

54. Ioannou M, Dellepiane M, Olsson S, Steingrimsson S. Understanding the cultural concept of “highly sensitive person” among bipolar patients. *Eur Psychiatry*. avr 2017;41:S514.

55. Dhanasekaran S, Loganathan S, Dahale A, Varghese M. Cultural considerations in the diagnosis and treatment of schizophrenia: A case example from India. *Asian J Psychiatry*. juin 2017;27:113-4.

56. Jani S, Johnson RS. Educating Residents on Diagnosing Personality Disorders Across Cultures. *Acad Psychiatry*. 1 févr 2016;40(1):190-1.

57. Ali AA, Hinton L, Shteinlukht T, Ahmed I. Session 111 - CFI in Action: An Interactive Workshop on the use of the Cultural Formulation Interview. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1 mars 2018;26(3, Supplement):S10-1.

58. Aggarwal NK. The Cultural Formulation Interview-Engagement Aid - ClinicalTrials.gov [Internet]. [cité 10 juin 2018]. Disponible sur: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03044145>

59. Sanchez A, Comer JS. Improving Satisfaction, Engagement and Clinical Outcomes Among Traditionally Underserved Children Through Cultural Formulation - ClinicalTrials.gov [Internet]. [cité 10 juin 2018]. Disponible sur: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03499600>

60. Padilla A, Benjamin S, Lewis-Fernandez R. Assessing Cultural Psychiatry Milestones

Through an Objective Structured Clinical Examination. *Acad Psychiatry*. août 2016;40(4):600-3.

61. Díaz E, Armah T, Linse CT, Fiskin A, Jordan A, Hafler J. Novel Brief Cultural Psychiatry Training for Residents. *Acad Psychiatry*. 1 avr 2016;40(2):366-8.

62. Mills S, Xiao AQ, Wolitzky-Taylor K, Lim R, Lu FG. Training on the DSM-5 Cultural Formulation Interview improves cultural competence in general psychiatry residents: A pilot study. *Transcult Psychiatry*. avr 2017;54(2):179-91.

63. Mills S, Wolitzky-Taylor K, Xiao AQ, Bourque MC, Rojas SMP, Bhattacharya D, et al. Training on the DSM-5 Cultural Formulation Interview Improves Cultural Competence in General Psychiatry Residents: A Multi-site Study. *Acad Psychiatry*. oct 2016;40(5):829-34.

64. Díaz E, Añez LM, Silva M, Paris M, Davidson L. Using the Cultural Formulation Interview to Build Culturally Sensitive Services. *Psychiatr Serv*. févr 2017;68(2):112-4.

65. Muralidharan A, Schaffner RM, Hack S, Jahn DR, Peeples AD, Lucksted A. “I Got to Voice What’s in My Heart”: Participation in the Cultural Formulation Interview— Perspectives of Consumers with Psychotic Disorders. *J Psychosoc Rehabil Ment Health*. 1 juin 2017;4(1):35-43.

66. Hinton L, Aggarwal N, Iosif A-M, Weiss M, Paralikar V, Deshpande S, et al. Perspectives of family members participating in cultural assessment of psychiatric disorders: findings from the DSM-5 International Field Trial. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl*. févr 2015;27(1):3-10.

67. Ramírez Stege AM, Yarris KE. Culture in *la clínica* : Evaluating the utility of the Cultural Formulation Interview (CFI) in a Mexican outpatient setting. *Transcult Psychiatry*. août 2017;54(4):466-87.

68. Aggarwal NK, Desilva R, Nicasio AV, Boiler M, Lewis-Fernández R. Does the Cultural Formulation Interview for the fifth revision of the diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) affect medical communication? A qualitative exploratory study from the New York site. *Ethn Health*. 2 janv 2015;20(1):1-28.

69. Lewis-Fernández R, Aggarwal NK, Lam PC, Galfalvy H, Weiss MG, Kirmayer LJ, et al. Feasibility, acceptability and clinical utility of the Cultural Formulation Interview: mixed-methods results from the DSM-5 international field trial. *Br J Psychiatry*. avr 2017;210(4):290-7.

70. Paralikar VP, Sarmukaddam SB, Patil KV, Nulkar AD, Weiss MG. Clinical value of the cultural formulation interview in Pune, India. *Indian J Psychiatry*. mars 2015;57(1):59-67.

71. Mathai C, Lewis-Fernández R, Jiménez-Solomon O. Using Cultural Formulation

Interview To Support Recovery [Internet]. Samsha.gov. [cité 11 juin 2018]. Disponible sur: https://www.samhsa.gov/sites/default/files/programs_campaigns/recovery_to_practice/using-cultural-formulation-interview-support_recovery.pdf

72. Dixon LB, Holoshitz Y, Nossel I. Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update. *World Psychiatry*. févr 2016;15(1):13-20.

73. Rohlf H, Knipscheer JW, Kleber RJ. Use of the Cultural Formulation with Refugees. *Transcult Psychiatry*. sept 2009;46(3):487-505.

74. Aggarwal NK, Nicasio AV, DeSilva R, Boiler M, Lewis-Fernández R. Barriers to Implementing the DSM-5 Cultural Formulation Interview: A Qualitative Study. *Cult Med Psychiatry*. sept 2013;37(3):505-33.

ANNEXES

ENTRETIEN DE FORMULATION CULTURELLE (EFC)

Recommandations pour la mise en œuvre de l'EFC

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Entretien de formulation culturelle (EFC)

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

GUIDE DE L'INTERVIEWEUR :

LES INSTRUCTIONS À L'INTERVIEWEUR SONT EN ITALIQUES.

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

INTRODUCTION POUR LE PATIENT :

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

DÉFINITION CULTURELLE DU PROBLÈME

DÉFINITION CULTURELLE DU PROBLÈME

Modèle explicatif, Niveau de fonctionnement

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

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

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

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

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

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

2. Parfois les gens décrivent différemment leur problème à leur famille, leurs amis ou aux autres membres de leur communauté. Comment leur décririez-vous votre problème?
3. Qu'est-ce qui vous préoccupe/inquiète le plus à propos de votre problème?

PERCEPTIONS CULTURELLES DE LA CAUSE, DU CONTEXTE ET DU SOUTIEN

CAUSES

Modèle explicatif, Réseau social, Adultes âgés

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

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

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

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

VEUILLEZ ÉLABORER DAVANTAGE, SI NÉCESSAIRE :

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

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

STRESSEURS ET SOUTIEN

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

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

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

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

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

RÔLE DE L'IDENTITÉ CULTURELLE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AUTO-ADAPTATION

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

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

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

RECHERCHE D'AIDE ANTÉRIEURE

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

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

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

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

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

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

OBSTACLES

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

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

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

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

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

FACTEURS CULTURELS AYANT UNE INCIDENCE SUR LA RECHERCHE D'AIDE ACTUELLE

PRÉFÉRENCES

Réseau social, Soignants, Religion et spiritualité, Adultes âgés, Adaptation et recherche d'aide

Veillez préciser la perception des besoins et des attentes actuels du patient en matière d'aide, au sens large.

Veillez tenter d'obtenir des précisions si seulement une forme d'aide est mentionnée (p. ex., « Quelles autres formes d'aide vous seraient utiles actuellement? »)

Veillez mettre l'accent sur les points de vue des membres du réseau social en regard à la recherche d'aide.

Maintenant, si vous le voulez bien, parlons de l'aide dont vous avez besoin.

14. Selon vous, quelles formes d'aide vous seraient les plus utiles actuellement pour votre [PROBLÈME]?

15. Votre famille, amis ou d'autres personnes ont-ils suggéré que d'autres formes d'aide vous seraient utiles maintenant?

RELATION CLINICIEN-PATIENT

Relation Clinicien-Patient, Adultes âgés

Veillez tenter de cerner les préoccupations potentielles concernant la clinique ou la relation clinicien-patient, incluant les perceptions de racisme, les barrières linguistiques ou les différences culturelles pouvant compromettre la bonne volonté, la communication ou la prestation de soins.

Veillez tenter d'obtenir des précisions, au besoin (p. ex., « De quelle manière? »)

Veillez aborder la question d'éventuels obstacles aux soins ou les préoccupations concernant la clinique et la relation clinicien-patient soulevées précédemment.

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.

16. Êtes-vous préoccupé par cela et y a-t-il quoi que ce soit que nous puissions faire pour que vous receviez les soins dont vous avez besoin?

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

Modules complémentaires de l'Entretien de formulation culturelle de base (EFC)

1. Modèle explicatif

Questions connexes de base de l'EFC : 1, 2, 3, 4, 5. Certaines questions de base de l'EFC répétées ci-dessous sont marquées d'un astérisque (*). On indique qu'une question de l'EFC est répétée en la mettant entre crochets.

GUIDE DE L'INTERVIEWEUR : Ce module vise à préciser la compréhension qu'a l'individu de son problème en fonction de ses idées au regard de la cause et du mécanisme (modèles explicatifs) et de ses expériences antérieures d'avoir eu, ou la connaissance de quelqu'un ayant, un problème similaire (prototypes de la maladie). L'individu peut identifier le problème comme un symptôme, un terme ou une expression spécifique (p. ex., «les nerfs», «être à cran»), une situation (p. ex., la perte d'un emploi), ou des difficultés de nature relationnelle (p. ex., un conflit avec les autres). Dans les exemples ci-dessous, les propres mots de l'individu devraient être utilisés pour remplacer le/la «[PROBLÈME]». S'il y a plusieurs problèmes, chaque problème pertinent peut être exploré. Les questions suivantes peuvent être utilisées afin d'obtenir des informations sur la compréhension et l'expérience qu'a l'individu de ce problème ou situation difficile.

INTRODUCTION POUR LA PERSONNE INTERVIEWÉE : J'aimerais comprendre les problèmes qui vous amènent ici afin que je puisse vous aider plus efficacement. Je vais vous poser quelques questions afin d'en savoir davantage sur vos propres idées au sujet des causes de vos problèmes et la manière dont ils affectent votre vie quotidienne.

Compréhension générale du problème

1. *Pouvez-vous m'en dire davantage sur la façon dont vous comprenez votre [PROBLÈME]? [RELIÉE À L'EFC Q#1-2.]
2. Que saviez-vous de votre [PROBLÈME] avant qu'il vous affecte?

Prototypes de la maladie

3. Avez-vous déjà eu quelque chose comme votre [PROBLÈME] auparavant? Veuillez m'en dire davantage.
4. Connaissez-vous quelqu'un d'autre, ou entendu parler de quelqu'un d'autre, ayant ce [PROBLÈME]? Dans l'affirmative, veuillez décrire le [PROBLÈME] de cette personne et comment cela l'a affecté. Pensez-vous que cela va aussi vous arriver?
5. Avez-vous vu à la télévision, entendu à la radio, lu dans un magazine, ou trouvé sur Internet quelque chose au sujet de votre [PROBLÈME]? Veuillez m'en dire davantage.

Explications causales

6. *Pouvez-vous me dire ce que vous pensez être la cause de votre [PROBLÈME]? (INVESTIGUEZ AU BESOIN : Y a-t-il plus d'une cause qui peut l'expliquer?) [RELIÉE À L'EFC Q#4.]
7. Vos idées sur la cause du [PROBLÈME] ont-elles changées? De quelle façon? Qu'est-ce qui a changé vos idées sur la cause?
8. *Qu'est-ce que les membres de votre famille, vos amis ou d'autres personnes dans votre communauté pensent être la cause de votre [PROBLÈME]? (INVESTIGUEZ AU BESOIN : Leurs idées sur le sujet sont-elles différentes des vôtres? En quoi différent-elles?) [RELIÉE À L'EFC Q#5.]
9. De quelle manière pensez-vous que votre [PROBLÈME] affecte votre corps? Votre esprit? Votre bien-être spirituel?

Évolution de la maladie

10. Qu'arrive-t-il habituellement aux gens qui ont ce [PROBLÈME]? Dans votre propre cas, que pensez-vous qui est susceptible de se produire?
11. Considérez-vous que votre [PROBLÈME] est sérieux? Pourquoi? Que pourrait-il vous arriver de pire?
12. Dans quelle mesure les autres membres de votre famille, vos amis ou votre communauté sont-ils préoccupés par le fait que vous ayez ce [PROBLÈME]? Veuillez m'en dire davantage.

Recherche d'aide et attentes à l'égard du traitement

13. Que pensez-vous être la meilleure façon de traiter ce genre de problème?
14. Qu'est-ce que votre famille, vos amis ou d'autres personnes dans votre communauté pensent être le meilleur moyen de traiter ce genre de problème?

Modules complémentaires de l'Entretien de formulation culturelle de base (EFC)

2. Niveau de fonctionnement

Question connexe de base de l'EFC : 3

GUIDE DE L'INTERVIEWEUR : Les questions suivantes visent à préciser le niveau de fonctionnement de l'individu en fonction de ses propres priorités et de celles du groupe de référence culturelle. L'entretien commence par une question générale à propos des activités quotidiennes qui revêtent de l'importance pour l'individu. On enchaîne ensuite avec des questions sur les domaines importants qui touchent à la santé positive (relations sociales, travail/école, viabilité économique et résilience). Les questions devraient être aussi larges et ouvertes que possible de façon à obtenir des informations sur les perspectives et priorités de l'individu. Pour une évaluation plus détaillée d'un domaine spécifique de fonctionnement, un instrument standard tel que l'OMS-DAS II peut être utilisé conjointement avec l'entretien de formulation culturelle.

INTRODUCTION POUR LA PERSONNE INTERVIEWÉE : J'aimerais savoir quelles sont les activités quotidiennes les plus importantes pour vous. J'aimerais mieux comprendre de quelle façon votre [PROBLÈME] a affecté votre capacité à effectuer ces activités, et comment votre famille et d'autres personnes autour de vous ont réagi à cela.

1. De quelle façon votre [PROBLÈME] a-t-il affecté votre capacité à pouvoir accomplir les choses que vous devez accomplir chaque jour, c'est-à-dire vos activités quotidiennes et responsabilités?
2. De quelle façon votre [PROBLÈME] a-t-il affecté votre capacité d'interagir avec votre famille et les autres personnes dans votre vie?
3. De quelle façon votre [PROBLÈME] a-t-il affecté votre capacité à travailler?
4. De quelle façon votre [PROBLÈME] a-t-il affecté votre situation financière?
5. De quelle façon votre [PROBLÈME] a-t-il affecté votre capacité à prendre part à des activités sociales et communautaires?
6. De quelle façon votre [PROBLÈME] a-t-il affecté votre capacité à jouir de la vie au quotidien?
7. Lesquelles de ces préoccupations sont les plus troublantes pour vous?
8. Lesquelles de ces préoccupations sont les plus troublantes pour votre famille et les autres personnes dans votre vie?

Modules complémentaires de l'Entretien de formulation culturelle de base (EFC)

3. Réseau social

Questions connexes de base de l'EFC : 5, 6, 12, 15

GUIDE DE L'INTERVIEWEUR : Les questions suivantes identifient les influences du réseau social informel sur le problème de l'individu. Par **réseau social informel** on entend la famille, les amis et d'autres liens sociaux tissés par l'intermédiaire du monde du travail, des lieux de prière/culte ou d'autres types d'activités ou affiliations. La Question #1 identifie les personnes importantes au sein du réseau social de l'individu, et le clinicien devrait adapter les questions subséquentes en conséquence. Ces questions visent à obtenir des informations sur la réaction du réseau social, l'interprétation de l'individu de son incidence sur le problème, et les préférences de l'individu quant à l'implication des membres du réseau social au niveau de ses soins.

INTRODUCTION POUR LA PERSONNE INTERVIEWÉE : J'aimerais savoir en quoi votre famille, vos amis, collègues, compagnons de travail et autres personnes qui vous sont chères ont influencé votre [PROBLÈME].

Composition du réseau social de l'individu

1. Qui sont les personnes les plus importantes dans votre vie actuellement?
2. Y a-t-il quelqu'un en particulier à qui vous faites confiance et à qui vous pouvez parler de votre [PROBLÈME]? Qui? Y a-t-il quelqu'un d'autre?

Compréhension du problème par le réseau social

3. Qui parmi les membres de votre famille, vos amis ou d'autres personnes importantes dans votre vie sont au courant de votre [PROBLÈME]?
4. Quelles idées votre famille et vos amis se font-ils de la nature de votre [PROBLÈME]? Comment comprennent-ils votre [PROBLÈME]?
5. Y a-t-il des gens qui ne sont pas au courant de votre [PROBLÈME]? Pourquoi ne sont-ils pas au courant de votre [PROBLÈME]?

Réaction du réseau social au problème

6. Quels conseils les membres de votre famille et vos amis vous ont-ils donnés concernant votre [PROBLÈME]?
7. Est-ce que votre famille, vos amis et d'autres personnes dans votre vie vous traitent différemment en raison de votre [PROBLÈME]? En quoi vous traitent-ils différemment? Pourquoi vous traitent-ils différemment?
8. (SI IL/ELLE N'A PAS INFORMÉ LA FAMILLE OU LES AMIS DU PROBLÈME) : Pouvez-vous m'en dire davantage sur les raisons pour lesquelles vous avez choisi de ne pas informer votre famille ou vos amis de votre [PROBLÈME]? Selon vous, comment réagiraient-ils s'ils étaient informés de votre [PROBLÈME]?

Réseau social en tant qu'atténuateur de stress

9. Qu'est-ce que les membres de votre famille, amis et autres personnes dans votre vie ont-ils fait pour améliorer ou faciliter la gestion de votre [PROBLÈME]? (SI INCERTAIN : En quoi cela a-t-il amélioré votre [PROBLÈME]?)
10. Quels types d'aide ou de soutien vous attendiez-vous de la part de la famille ou des amis?
11. Qu'est-ce que les membres de votre famille, amis et autres personnes dans votre vie ont-ils fait pour aggraver ou rendre plus difficile la gestion de votre [PROBLÈME]? (SI INCERTAIN : En quoi cela a-t-il aggravé votre [PROBLÈME]?)

Implication du réseau social dans le traitement

12. Y a-t-il des membres de votre famille ou des amis qui vous ont aidé à obtenir un traitement pour votre [PROBLÈME]?
13. Que penseraient votre famille et vos amis de votre venue ici pour recevoir un traitement?
14. Souhaiteriez-vous que votre famille, vos amis ou d'autres personnes prennent part à votre traitement? Dans l'affirmative, qui souhaiteriez-vous voir s'impliquer et de quelle manière?
15. En quoi l'implication de membres de votre famille ou d'amis ferait une différence dans votre traitement?

Modules complémentaires de l'Entretien de formulation culturelle de base (EFC)

4. Facteurs de stress psychosociaux

Questions connexes de base de l'EFC : 7, 9, 10, 12

GUIDE DE L'INTERVIEWEUR : Ces questions visent à préciser davantage les facteurs de stress (agents stressants) qui ont aggravé le problème ou autrement affecté la santé de l'individu. (Les facteurs de stress qui ont initialement causé le problème sont couverts dans le module Modèle explicatif.) Dans les exemples ci-dessous, les propres mots de l'individu devraient être utilisés pour remplacer les «[FACTEURS DE STRESS]». S'il y a de multiples facteurs de stress, chaque facteur de stress pertinent peut être exploré.

INTRODUCTION POUR LA PERSONNE INTERVIEWÉE : Vous m'avez parlé de certaines choses qui aggravent votre [PROBLÈME]. J'aimerais en savoir davantage à ce sujet.

1. Y a-t-il des choses qui ont aggravé votre [PROBLÈME], par exemple, des difficultés avec la famille, le travail, vos finances personnelles ou autre chose? Veuillez m'en dire davantage à ce sujet.
2. De quelle façon les gens autour sont-ils affectés par ces [FACTEURS DE STRESS]?
3. Comment vous-adaptez à ces [FACTEURS DE STRESS]?
4. Qu'est-ce que d'autres personnes ont suggéré que vous fassiez pour vous adapter avec ces [FACTEURS DE STRESS]?
5. Quoi d'autre pourrait être fait à propos de ces [FACTEURS DE STRESS]?

GUIDE DE L'INTERVIEWEUR : Les patients peuvent être réticents à discuter des aspects de leur vie qu'ils considèrent comme sensibles, ce qui peut varier selon les groupes culturels. Poser des questions précises peut amener le patient à discuter plus volontiers de ces facteurs de stress. Veuillez insérer des questions sur les facteurs de stress pertinents ici. Par exemple :

7. Avez-vous subi de la discrimination ou été maltraité en raison de vos antécédents ou de votre identité? Par antécédents ou identité j'entends, par exemple, les communautés auxquelles vous appartenez, les langues que vous parlez, votre pays d'origine ou celui de votre famille, votre origine raciale ou ethnique, votre sexe ou orientation sexuelle, et votre foi ou religion. Est-ce que ces expériences ont eu une incidence sur les [FACTEURS DE STRESS] ou votre [PROBLÈME]?

Modules complémentaires de l'Entretien de formulation culturelle de base (EFC)

5. Spiritualité, religion et traditions morales

Questions connexes de base de l'EFC : 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15

GUIDE DE L'INTERVIEWEUR : Les questions suivantes visent à préciser l'influence de la spiritualité, la religion, et d'autres traditions morales ou philosophiques sur les problèmes de l'individu et autres stress connexes. Les gens peuvent avoir de multiples appartenances ou pratiques spirituelles, morales et religieuses. Si l'individu déclare avoir des croyances ou pratiques spécifiques, veuillez vous renseigner sur son degré d'implication dans cette tradition et son incidence sur l'adaptation au problème clinique. Dans les exemples ci-dessous, les propres mots de l'individu devraient être utilisés pour remplacer « [NOM(S) DE LA/DES TRADITION(S) SPIRITUELLE(S), RELIGIEUSE(S) OU MORALE(S)] ». Si l'individu identifie plus d'une tradition, chacune peut être explorée. Si l'individu ne décrit pas une tradition spécifique, veuillez utiliser l'expression « la spiritualité, la religion ou d'autres traditions morales » au lieu du nom exact d'une tradition (par exemple, Q#5 : « Quel rôle exercent la spiritualité, la religion ou d'autres traditions morales dans votre vie quotidienne? »)

INTRODUCTION POUR LA PERSONNE INTERVIEWÉE : Afin de pouvoir vous aider plus efficacement, j'aimerais vous poser quelques questions sur le rôle qu'exercent la spiritualité, la religion ou d'autres traditions morales dans votre vie et en quoi elles ont pu influencer votre adaptation aux problèmes qui vous amènent ici.

Identité spirituelle, religieuse et morale

1. Vous identifiez-vous à une tradition spirituelle, religieuse ou morale particulière? Pouvez-vous m'en dire davantage à ce sujet?
2. Faites-vous partie d'une congrégation ou d'une communauté associée à cette tradition?
3. Quelles sont les convictions spirituelles, morales ou religieuses des membres de votre famille?
4. Parfois, les gens se réclament de plusieurs traditions. Y a-t-il d'autres traditions spirituelles, religieuses ou morales auxquelles vous vous identifiez ou participez?

Rôle de la spiritualité, de la religion et des traditions morales

5. Quel rôle exerce(ent) le/la/les [NOM(S) DE LA/DES TRADITION(S) SPIRITUELLE(S), RELIGIEUSE(S) OU MORALE(S)] dans votre vie quotidienne?
6. Quel rôle exerce(ent) le/la/les [NOM(S) DE LA/DES TRADITION(S) SPIRITUELLE(S), RELIGIEUSE(S) OU MORALE(S)] au sein de votre famille, par exemple, les célébrations de famille ou les choix de mariage ou d'éducation scolaire?
7. Quelles activités en lien avec le/la/les [NOM(S) DE LA/DES TRADITION(S) SPIRITUELLE(S), RELIGIEUSE(S) OU MORALE(S)] pratiquez-vous à la maison, par exemple, la prière, la méditation, ou des préceptes alimentaires particuliers? À quelle fréquence pratiquez-vous ces activités? Quelle importance revêtent ces activités dans votre vie?
8. Quelles activités en lien avec le/la/les [NOM(S) DE LA/DES TRADITION(S) SPIRITUELLE(S), RELIGIEUSE(S) OU MORALE(S)] pratiquez-vous à l'extérieur de la maison, par exemple, assister à des cérémonies ou fréquenter un/une [ÉGLISE, TEMPLE OU MOSQUÉE]? À quelle fréquence y assistez-vous? Quelle importance revêtent ces activités dans votre vie?

Relation au [PROBLÈME]

9. De quelle manière le/la/les [NOM(S) DE LA/DES TRADITION(S) SPIRITUELLE(S), RELIGIEUSE(S) OU MORALE(S)] vous a aidé à vous adapter à votre [PROBLÈME]?
10. Avez-vous parlé à un dirigeant, un enseignant ou d'autres personnes dans votre communauté [NOM(S) DE LA/DES TRADITION(S) SPIRITUELLE(S), RELIGIEUSE(S) OU MORALE(S)] de votre [problème]? En quoi cela vous a-t-il été utile?
11. Avez-vous trouvé la lecture ou l'étude de la/du/des [LIVRE(S) DE TRADITION(S) SPIRITUELLES, RELIGIEUSE(S) OU MORALE(S), (P. EX. LA BIBLE, LE CORAN)], ou l'écoute de programmes en lien avec le/la/les [NOM(S) DE LA/DES TRADITION(S) SPIRITUELLE(S), RELIGIEUSE(S) OU MORALE(S)] à la télévision, à la radio, l'internet ou d'autres médias (p. ex., DVD, bande vidéo) utiles? De quelle façon?
12. Avez-vous trouvé que des pratiques en lien avec le/la/les [NOM(S) DE LA/DES TRADITION(S) SPIRITUELLE(S), RELIGIEUSE(S) OU MORALE(S)], telles que la prière, la méditation, des rituels ou des pèlerinages vous ont aidé à faire face au [PROBLÈME]? De quelle façon?

Stress ou conflits éventuels liés à la spiritualité, la religion et la morale traditionnelle

13. Des questions en lien avec le/la/les [NOM(S) DE LA/DES TRADITION(S) SPIRITUELLE(S), RELIGIEUSE(S) OU MORALE(S)] ont-elles contribué au [PROBLÈME]?
14. Avez-vous connu des défis personnels ou la détresse en raison de votre identité ou de vos pratiques en lien avec votre/vos [NOM(S) DE LA/DES TRADITION(S) SPIRITUELLE(S), RELIGIEUSE(S) OU MORALE(S)]?
15. Avez-vous subi de la discrimination en raison de votre identité ou de vos pratiques en lien avec votre/vos [NOM(S) DE LA/DES TRADITION(S) SPIRITUELLE(S), RELIGIEUSE(S) OU MORALE(S)]?
16. Avez-vous été en conflit avec d'autres à propos de questions de nature spirituelle, religieuse ou morale?

Modules complémentaires de l'Entretien de formulation culturelle de base (EFC)

6. Identité culturelle

Questions connexes de base de l'EFC : 6, 7, 8, 9, 10. Certaines questions de base de l'EFC répétées ci-dessous sont marquées d'un astérisque (*). On indique qu'une question de l'EFC est répétée en la mettant entre crochets.

GUIDE DE L'INTERVIEWEUR : Ce module vise à préciser davantage l'identité culturelle de l'individu et en quoi elle a influencé sa santé et son bien-être. Les questions suivantes explorent l'identité culturelle de l'individu et en quoi elle a pu informer son problème actuel. Nous employons le mot **culture** au sens large pour désigner toutes les façons dont l'individu comprend son identité et son expérience en termes de groupes, de communautés ou autres collectivités, incluant l'origine nationale ou géographique, la communauté ethnique, les catégories raciales, le genre, l'orientation sexuelle, la classe sociale, la religion/spiritualité, et la langue.

INTRODUCTION POUR LA PERSONNE INTERVIEWÉE : Parfois les antécédents ou l'identité des gens influencent leur expérience de la maladie et le type de soins qu'ils reçoivent. Afin de mieux vous aider, j'aimerais connaître vos antécédents ou identité. Par antécédents ou identité j'entends, par exemple, les communautés auxquelles vous appartenez, les langues que vous parlez, votre pays d'origine et celui de votre famille, votre origine raciale ou ethnique, votre genre ou orientation sexuelle, et votre foi ou religion.

Origine nationale et ethno-raciale

1. Où êtes-vous né?
2. Où sont nés vos parents et grands-parents?
3. Comment décririez-vous l'origine nationale, ethnique et/ou raciale de votre famille?
4. En termes de vos antécédents, comment vous décrivez-vous habituellement aux personnes de l'extérieur de votre communauté? Parfois les gens se décrivent de façon quelque peu différente aux membres de leur propre communauté. Comment vous décrivez-vous à ceux-ci?
5. Qu'est-ce qui dans vos antécédents personnels vous caractérise le mieux? Parfois cela varie en fonction de l'aspect de votre vie dont il est question. Qu'en est-il à la maison? Dans le milieu du travail? Ou avec vos amis?
6. Éprouvez-vous des difficultés en lien avec vos antécédents, tels que de la discrimination, des stéréotypes, ou le fait d'être mal compris?
7. *Y a-t-il quoi que ce soit à propos de vos antécédents qui pourrait avoir une incidence sur votre [PROBLÈME] ou votre santé, ou vos soins de santé d'une manière générale? [RELIÉE À L'EFC Q#9.]

Langue

8. Quelles langues parlez-vous couramment?
9. Quelles langues avez-vous apprises à la maison?
10. Quelles sont les langues parlées à la maison? Laquelle/lesquelles de celle(s)-ci parlez-vous?
11. Quelles langues utilisez-vous au travail ou à l'école?
12. Quelle langue préférez-vous utiliser lorsque vous recevez des soins de santé?
13. Quelles langues pouvez-vous lire? Écrire?

Migration

GUIDE DE L'INTERVIEWEUR : Si la personne est née dans un autre pays, veuillez poser les questions 1 à 7. [Pour les réfugiés, veuillez vous reporter au module sur les **Immigrants et réfugiés** afin d'obtenir plus de détails à propos de l'histoire de migration.]

14. Quand êtes-vous arrivé dans ce pays?
15. Qu'est-ce qui vous a décidé à quitter votre pays d'origine?
16. Votre vie a-t-elle changé depuis votre arrivée ici?
17. Qu'est-ce qui vous manque à propos du lieu ou de la communauté dont vous êtes issu?
18. Quelles sont vos préoccupations quant à votre propre avenir et celui de votre famille ici?
19. Quelle est votre situation actuelle dans ce pays (p. ex., demandeur de statut de réfugié, citoyen, visa d'étudiant, permis de travail)?
Il convient d'être conscient que cela peut s'avérer être une question délicate ou confidentielle pour l'individu, s'il possède un statut précaire.
20. De quelle manière la migration a-t-elle influencé votre santé ou celle de votre famille?
21. Y a-t-il quelque chose au sujet de votre expérience migratoire ou de votre statut actuel dans ce pays qui a fait une différence concernant votre [PROBLÈME]?
22. Y a-t-il quelque chose au sujet de votre expérience migratoire ou de votre statut actuel qui pourrait avoir une incidence sur votre capacité d'obtenir l'aide appropriée pour votre [PROBLÈME]?

Modules complémentaires de l'Entretien de formulation culturelle de base (EFC)

Spiritualité, religion et traditions morales

23. Vous identifiez-vous à une tradition religieuse, morale ou spirituelle particulière?

GUIDE À L'INTERVIEWEUR : Dans la prochaine question, les propres mots de l'individu devraient être utilisés pour remplacer la/le(s) «[NOM(S) DE LA/DES TRADITION(S) SPIRITUELLE(S), RELIGIEUSE(S) OU MORALE(S)]».

24. Quel rôle exerce(ent) la/le(s) [NOM(S) DE LA/DES TRADITION(S) SPIRITUELLE(S), RELIGIEUSE(S) OU MORALE(S)] dans votre vie quotidienne?

25. Est-ce que les membres de votre famille partagent vos traditions spirituelles, religieuses ou morales? Pouvez-vous m'en dire davantage à ce sujet?

Identité de genre

INTRODUCTION POUR LA PERSONNE INTERVIEWÉE : Certaines personnes ont le sentiment que leur genre [p. ex. les rôles sociaux et les attentes qu'ils ont du fait d'être masculin, féminin, transgenre, *genderqueer*, ou intersexué] influence leur santé et les soins de santé dont ils ont besoin.

GUIDE DE L'INTERVIEWEUR : Dans les exemples ci-dessous, les propres mots de l'individu devraient être utilisés pour remplacer «[GENRE]». L'intervieweur pourra, au besoin, illustrer ou expliquer le terme «genre» à l'aide d'une formulation pertinente (p. ex., «le fait d'être un homme», «être une femme transgenre»).

26. De façon générale, avez-vous le sentiment que votre [GENRE] a influencé votre [PROBLÈME] ou votre santé?

27. Avez-vous le sentiment que votre [GENRE] a influencé votre capacité d'obtenir le type de soins de santé dont vous avez besoin ?

28. Avez-vous le sentiment que les membres du personnel soignant entretiennent des préjugés ou des attitudes à votre endroit ou à l'égard de votre [PROBLÈME] en raison de votre [GENRE]?

Orientation ou identité sexuelle

INTRODUCTION POUR LA PERSONNE INTERVIEWÉE : L'orientation sexuelle peut aussi s'avérer importante pour les individus et s'ils sont à l'aise lorsqu'ils cherchent à obtenir des soins de santé. J'aimerais vous poser quelques questions sur votre orientation sexuelle. Êtes-vous à l'aise de répondre à des questions à propos de votre orientation sexuelle?

29. Comment décririez-vous votre orientation sexuelle (p. ex., hétérosexuelle, homosexuelle, lesbienne, bisexuelle, allosexuelle (queer), pansexuelle, asexuelle)?

30. De façon générale, avez-vous le sentiment que votre orientation sexuelle a influencé votre [PROBLÈME] ou votre santé?

31. Avez-vous le sentiment que votre orientation sexuelle influence votre capacité d'obtenir le type de soins de santé dont vous avez besoin pour votre [PROBLÈME]?

32. Avez-vous le sentiment que les membres du personnel soignant entretiennent des préconceptions ou adoptent des attitudes à votre endroit ou votre [PROBLÈME] en raison de votre orientation sexuelle?

Résumé

33. Vous avez évoqué différents aspects de vos antécédents et de votre identité, et en quoi cela avait influencé votre santé et votre bien-être. Y a-t-il d'autres aspects de votre identité que je devrais connaître afin de mieux comprendre vos besoins en soins de santé?

34. Quels sont les aspects les plus importants de vos antécédents ou de votre identité en ce qui concerne votre [PROBLÈME]?

Modules complémentaires de l'Entretien de formulation culturelle de base (EFC)

7. Adaptation et recherche d'aide

Questions connexes de base de l'EFC : 6, 11, 12, 14, 15. Certaines questions de base de l'EFC répétées ci-dessous sont marquées d'un astérisque (*). On indique qu'une question de l'EFC est répétée en la mettant entre crochets.

GUIDE DE L'INTERVIEWEUR : Ce module vise à préciser les moyens mis en œuvre par individu pour s'adapter à son problème actuel. L'individu peut avoir identifié le problème comme un symptôme ou mentionné un terme ou une expression (p. ex., «les nerfs», «être à cran», «être possédé par un esprit»), ou une situation (p. ex., la perte d'un emploi), ou des difficultés de nature relationnelle (p. ex., un conflit avec les autres). Dans les exemples ci-dessous, les propres mots de l'individu devraient être utilisés afin de remplacer «[PROBLÈME]». S'il y a plusieurs problèmes, chaque problème pertinent peut être exploré. Les questions suivantes peuvent être utilisées afin d'en apprendre davantage sur la compréhension et l'expérience qu'a l'individu de ce problème.

INTRODUCTION POUR LA PERSONNE INTERVIEWÉE : J'aimerais comprendre les problèmes qui vous amènent ici afin que je puisse vous aider plus efficacement. Je vais vous poser des questions qui portent sur les moyens que vous avez mis en œuvre pour tenter de vous adapter à vos problèmes et obtenir de l'aide pour ceux-ci.

Auto-adaptation

1. *Pouvez-vous m'en dire davantage sur les moyens que vous mettez en œuvre actuellement pour tenter de vous adapter au [PROBLÈME] ? Est-ce que ces moyens de vous adapter se sont avérés utiles? Dans l'affirmative, en quoi? [RELIÉE À L'EFC Q#11.]
2. *Pouvez-vous m'en dire davantage sur les moyens que vous avez mis en œuvre dans le passé pour tenter de vous adapter au [PROBLÈME] ou à des problèmes similaires? Est-ce que ces moyens de vous adapter se sont avérés utiles? Dans l'affirmative, en quoi? [RELIÉE À L'EFC Q#11.]
3. Avez-vous recherché de l'aide pour votre [PROBLÈME] sur l'internet, en lisant des livres, en regardant des émissions télévisées, ou en écoutant des bandes sonores, des vidéos ou d'autres sources? Dans l'affirmative, lesquels parmi ceux-ci? Qu'avez-vous appris? Était-ce utile?
4. Vous livrez-vous par vous-même à des pratiques en lien avec une tradition spirituelle, religieuse ou morale afin de vous aider à vous adapter à votre [PROBLÈME]? Par exemple, la prière, la méditation ou d'autres pratiques que vous auxquelles vous vous livrez par vous-même?
5. Avez-vous recherché de l'aide pour votre [PROBLÈME] en ayant recours à des remèdes naturels ou des médicaments que vous prenez sans l'ordonnance d'un médecin, tels que des médicaments en vente libre? Dans l'affirmative, quels-sont ces remèdes naturels ou médicaments? Ont-ils été utiles?

Réseau social

6. *Avez-vous parlé de votre [PROBLÈME] à un membre de la famille? Est-ce que des membres de votre famille vous ont aidé à vous adapter au [PROBLÈME]? Dans l'affirmative, de quelle façon? Que vous ont-ils suggéré de faire pour vous adapter au [PROBLÈME]? Était-ce utile? [RELIÉE À L'EFC Q#15.]
7. *Avez-vous parlé à un ami ou collègue de votre [PROBLÈME]? Est-ce que des amis ou collègues de travail vous ont aidé à vous adapter au [PROBLÈME]? Dans l'affirmative, de quelle façon? Que vous ont-ils suggéré de faire pour vous adapter au [PROBLÈME]? Était-ce utile? [RELIÉE À L'EFC Q#15.]

Recherche d'aide et de traitement au-delà du réseau social

8. Prenez-vous part à des activités en lien avec une tradition spirituelle, religieuse ou morale impliquant d'autres personnes? Par exemple, fréquentez-vous des lieux de culte ou assistez-vous à des cérémonies religieuses, ou échangez-vous avec d'autres personnes au sein de votre groupe religieux ou vous confiez-vous à un chef religieux ou spirituel? Est-ce que certaines de ces activités vous ont aidé à vous adapter au [PROBLÈME]? De quelle façon?
9. Avez-vous déjà essayé d'obtenir de l'aide pour votre [PROBLÈME] auprès de votre médecin généraliste? Dans l'affirmative, qui et quand? Quel traitement vous a-t-il prescrit? Était-ce utile?
10. Avez-vous déjà essayé d'obtenir de l'aide pour votre [PROBLÈME] auprès d'un clinicien en santé mentale, comme un conseiller, un psychologue, un travailleur social, un psychiatre ou un autre professionnel ? Dans l'affirmative, qui et quand? Quel traitement vous a-t-il prescrit? Était-ce utile?
11. Hormis le fait d'aller chez le médecin, avez-vous sollicité de l'aide auprès de n'importe quel autre type d'aidant afin de vous adapter à votre [PROBLÈME], par exemple, un chiropraticien, acupuncteur, homéopathe ou tout autre genre de guérisseur? Quelle sorte de traitement vous ont-ils recommandé pour résoudre le problème? Était-ce utile?

Épisode actuel de traitement

12. Quelles sont les circonstances vous ont amenées à venir ici afin de recevoir un traitement pour votre [PROBLÈME]? Quelqu'un vous a-t-il suggéré de venir ici pour un traitement? Dans l'affirmative, qui, et pourquoi vous a-t-il suggéré de venir ici?
13. Quelle aide espérez-vous obtenir ici [à cette clinique] pour votre [PROBLÈME]?

Modules complémentaires de l'Entretien de formulation culturelle de base (EFC)

8. Relation clinicien-patient

Question connexe de base de l'EFC : 16. Certaines questions de base de l'EFC répétées ci-dessous sont marquées d'un astérisque (*). On indique qu'une question de l'EFC est répétée en la mettant entre crochets.

GUIDE DE L'INTERVIEWEUR : Les questions suivantes traitent du rôle de la culture dans la relation clinicien-patient au regard des préoccupations exprimées par l'individu et l'évaluation du problème de l'individu par le clinicien. Le mot **culture** est employé au sens large pour désigner toutes les manières dont l'individu comprend son identité et son expérience en termes de groupes, communautés ou autres collectivités, incluant l'origine nationale ou géographique, la communauté ethnique, les catégories raciales, le sexe, l'orientation sexuelle, la classe sociale, la religion/spiritualité, et la langue.

La première série de questions évalue quatre domaines touchant la relation clinicien-patient, à partir de la perspective du patient : les expériences, les attentes, la communication, et la possibilité de collaboration avec le clinicien. La deuxième série de questions s'adresse au clinicien pour guider sa réflexion sur le rôle qu'exercent les facteurs culturels sur la relation clinique, l'évaluation et la planification du traitement.

INTRODUCTION POUR LE PATIENT : J'aimerais savoir ce que vous avez retiré d'avoir parlé avec moi et d'autres cliniciens de votre [PROBLÈME] et, de façon plus générale, de votre santé. Je vais vous poser quelques questions sur vos opinions, vos préoccupations et vos attentes.

QUESTIONS POUR LE PATIENT :

1. Quels types d'expériences avez-vous eues avec des cliniciens dans le passé? Qu'est-ce qui a été le plus pour vous?
2. Avez-vous éprouvé des difficultés avec des cliniciens dans le passé? Qu'avez-vous trouvé difficile ou inutile?
3. Parlons maintenant de l'aide que vous aimeriez obtenir ici. Certaines personnes préfèrent des cliniciens ayant des antécédents similaires aux leurs (par exemple, l'âge, la race, la religion, ou une autre caractéristique) parce qu'elles pensent que cela peut faciliter la compréhension mutuelle. Avez-vous des préférences ou des idées sur le genre de cliniciens qui pourraient le mieux vous comprendre?
4. *Parfois des différences entre patients et cliniciens font en sorte qu'il est difficile de se comprendre. Avez-vous des préoccupations à ce sujet? Dans l'affirmative, quelles sont-elles? [RELIÉE À L'EFC Q#16.]

GUIDE DE L'INTERVIEWEUR : La Question #5 porte sur l'évolution de la relation clinicien-patient en rapport au traitement. Elle tente d'obtenir des informations sur les attentes des patients à l'égard du clinicien et peut être utilisée afin d'amorcer une discussion sur la manière dont les deux peuvent collaborer aux soins de l'individu.

5. Ce que les patients s'attendent de leurs cliniciens est important. À mesure que nous progressons dans la prestation de vos soins, quelle est la meilleure manière de travailler ensemble?

QUESTIONS POUR LE CLINICIEN APRÈS L'ENTRETIEN :

1. Quel est votre sentiment à propos de votre relation avec le patient? Est-ce que des similitudes ou des différences culturelles influencent votre relation? De quelle manière?
2. Quelle était la qualité de la communication avec le patient? Est-ce que des similitudes et des différences culturelles influencent votre communication? De quelle manière?
3. Si vous avez eu recours à un interprète, en quoi la présence d'un interprète ou sa façon d'interpréter a-t-il influencé votre relation ou votre communication avec le patient et les renseignements que vous avez reçus?
4. En quoi le contexte culturel du patient ou identité, sa situation de vie, et/ou le contexte social influencent-ils votre compréhension de son problème et votre évaluation diagnostique?
5. En quoi le contexte culturel du patient ou identité, sa situation de vie, et/ou le contexte social influencent-ils votre plan de traitement ou vos recommandations?
6. Est-ce que la rencontre clinique a permis de confirmer ou remettre en question vos idées antérieures à propos du contexte culturel ou l'identité du patient? Dans l'affirmative, de quelle façon?
7. Y a-t-il des aspects de votre propre identité qui peuvent influencer votre attitude envers ce patient?

Modules complémentaires de l'Entretien de formulation culturelle de base (EFC)

9. Enfants d'âge scolaire et adolescents

Questions connexes de base de l'EFC : 8, 9, 10

GUIDE DE L'INTERVIEWEUR : Ce complément est destiné aux adolescents et enfants matures d'âge scolaire. Il doit être utilisé en conjonction avec les évaluations normalisées de santé mentale de l'enfant qui évaluent les relations familiales (incluant les enjeux intergénérationnels), les relations avec les pairs, et l'environnement scolaire. Ces questions visent à identifier, selon la perspective de l'enfant/du jeune, le rôle des attentes culturelles liées à l'âge, d'éventuelles divergences culturelles entre l'école, la maison, et le groupe des pairs, et si cela a une incidence sur la situation ou le problème qui a amené le jeune à demander des soins. Les questions explorent indirectement les défis culturels, les facteurs de stress et la résilience, et des enjeux touchant l'hybridité culturelle, et la mixité ethnique et les identifications ethniques multiples. L'appartenance au groupe des pairs est important pour les enfants et les adolescents, et les questions qui touchent à l'ethnicité, l'identité religieuse, le racisme ou la différence entre les sexes devraient être abordées à l'initiative de l'enfant. Certains enfants peuvent être incapables de répondre à toutes les questions; les cliniciens doivent sélectionner et adapter les questions de façon à s'assurer qu'elles tiennent compte du stade développemental de l'individu. On ne devrait pas utiliser les enfants comme des «informateurs» afin d'obtenir des renseignements sociodémographiques sur la famille ou une analyse explicite des dimensions culturelles de leurs problèmes. Un Addendum énumère les aspects culturels du développement et du parentage qui peuvent être évalués lors des entretiens avec les parents.

INTRODUCTION POUR L'ENFANT/LE JEUNE : Nous avons parlé des préoccupations de ta famille. Maintenant, j'aimerais en savoir davantage sur comment tu te sens d'avoir ___ ans.

Sentiments appropriés à l'âge dans différents milieux

1. As-tu le sentiment que tu es comme les autres enfants/jeunes de ton âge? De quelle façon?
2. As-tu parfois le sentiment d'être différent des autres enfants/jeunes de ton âge? De quelle façon?
3. *SI L'ENFANT/LE JEUNE RECONNAÎT SE SENTIR PARFOIS DIFFÉRENT :* Est-ce que tu éprouves ce sentiment d'être différent le plus souvent à la maison, à l'école, au travail, et/ou dans un autre endroit?
4. As-tu le sentiment que ta famille est différente des autres familles?
5. Utilises-tu différentes langues? Avec qui et quand?
6. Ton nom a-t-il une signification spéciale pour toi? Ta famille? Ta communauté?
7. Y a-t-il quelque chose de spécial à ton sujet que tu aimes ou dont tu es particulièrement fier?

Facteurs de stress liés à l'âge et soutien

8. Qu'est-ce que tu aimes dans le fait d'être un enfant ou un jeune à la maison? À l'école? Avec tes amis?
9. Qu'est-ce que tu n'aimes pas dans le fait un enfant ou un jeune à la maison? À l'école? Avec tes amis?
10. Qui est là pour t'aider lorsque tu en ressens le besoin ? À la maison? À l'école? Parmi tes amis?

Attentes liées à l'âge

GUIDE DE L'INTERVIEWEUR : Les concepts d'enfance et de comportement approprié à l'âge varient considérablement d'une culture à l'autre. Ces questions visent à obtenir des informations à propos du/des cadre(s) normatif(s) de l'enfant /la famille et préciser en quoi cela est susceptible de différer d'autres environnements culturels.

11. Qu'est-ce que tes parents ou grands-parents s'attendent d'un enfant/jeune de ton âge? (VEUILLEZ PRÉCISER : Par exemple, les corvées domestiques, les travaux scolaires, le jeu, l'observance religieuse.)
12. Qu'est-ce que tes enseignants s'attendent d'un enfant/jeune de ton âge?
13. *SI L'INDIVIDU A DES FRÈRES ET SŒURS :* Qu'est-ce que tes frères et sœurs s'attendent d'un enfant/jeune de ton âge? (VEUILLEZ PRÉCISER : Par exemple, le gardiennage, l'aide aux devoirs, les fréquentations amoureuses, l'habillement.)
14. Qu'est-ce que les autres enfants/jeunes de ton âge s'attendent d'un enfant/jeune de ton âge?

Transition vers l'âge adulte/maturité (POUR ADOLESCENTS SEULEMENT)

15. Y a-t-il des cérémonies, rites de passage ou événements importants dans ta communauté marquant la transition vers l'âge adulte ou le fait de grandir?
16. Quand un jeune est-il considéré prêt à devenir adulte dans ta famille ou dans ta communauté?
17. Quand un jeune est-il considéré prêt à devenir adulte selon tes enseignants?
18. Qu'y a-t-il de bon ou de difficile dans le fait de devenir une jeune femme ou un jeune homme dans ta famille? Ton école? Ta communauté?
19. Quel est ton sentiment sur le fait de « grandir » ou devenir un adulte?
20. En quoi ta vie et tes responsabilités différent-elles de la vie et des responsabilités de tes parents?

Modules complémentaires de l'Entretien de formulation culturelle de base (EFC)

10. Adultes âgés

Questions connexes de base de l'EFC : 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16

GUIDE DE L'INTERVIEWEUR : *Les questions suivantes s'adressent aux adultes plus âgés. Ces questions visent à identifier le rôle qu'exercent les conceptions culturelles du vieillissement et les transitions liées à l'âge sur l'épisode de la maladie.*

INTRODUCTION POUR LA PERSONNE INTERVIEWÉE : J'aimerais vous poser quelques questions afin de mieux comprendre votre problème et savoir de quelle manière on peut vous aider à composer avec celui-ci, en tenant compte de votre âge et d'expériences spécifiques.

Conceptions du vieillissement et identité culturelle

1. De quelle façon décririez-vous une personne de votre âge?
2. En quoi votre expérience du vieillissement se compare-t-elle à celle de vos amis et de membres de votre famille d'âge similaire?
3. Y a-t-il quelque chose à propos de votre âge qui vous aide à vous adapter à votre situation de vie personnelle actuelle?

Conceptions du vieillissement en lien avec les attributions de la maladie et l'adaptation

4. En quoi le fait d'être plus âgé influence-t-il votre [PROBLÈME]? Auriez-vous été affecté différemment lorsque vous étiez plus jeune?
5. Y a-t-il des choses dans le fait d'être plus âgé qui influencent votre façon d'affronter votre [PROBLÈME]? L'auriez-vous affronté différemment lorsque vous étiez plus jeune?

Influences des problèmes de comorbidité médicale et des traitements sur la maladie

6. Avez-vous éprouvé des problèmes de santé en raison de votre âge?
7. En quoi vos ennuis de santé ou les traitements pour vos ennuis de santé affectent-ils votre [PROBLÈME]?
8. Vos ennuis de santé ou vos traitements influencent-ils en quoi que ce soit la manière dont vous affrontez votre [PROBLÈME]?
9. Y a-t-il des choses importantes pour vous que vous êtes incapable de faire en raison de votre état de santé ou de votre âge?

Qualité et nature du soutien social et de la prestation de soins

10. De façon générale, sur qui comptez-vous pour obtenir de l'aide ou du soutien dans votre vie quotidienne? Est-ce que cela a changé depuis que vous êtes aux prises avec ce [PROBLÈME]?
11. En quoi ce [PROBLÈME] affecte-t-il vos relations avec votre famille et vos amis?
12. Recevez-vous le niveau et le type de soutien dont vous vous attendiez?
13. Est-ce que les gens sur qui vous comptez partagent vos idées sur votre [PROBLÈME]?

Transitions supplémentaires liées à l'âge

14. Vivez-vous d'autres changements liés au vieillissement qu'ils seraient importants pour nous de connaître afin de pouvoir vous aider avec votre [PROBLÈME]?

Attitudes positives et négatives à l'égard du vieillissement et de la relation clinicien-patient.

15. En quoi votre âge affecte-t-il la manière dont les membres du personnel soignant vous traitent?
16. Est-ce que des gens, incluant les membres du personnel soignant, font preuve de discrimination à votre égard ou vous ont mal soigné en raison de votre âge? Pouvez-vous m'en dire davantage à ce sujet? En quoi cette expérience affecte-t-elle votre [PROBLÈME] ou la manière dont vous l'affrontez?
17. [S'IL Y A UNE IMPORTANTE DIFFÉRENCE D'ÂGE ENTRE L'INTERVENANT ET LE PATIENT :] Pensez-vous que la différence d'âge entre nous influencera notre travail d'une quelconque manière? Dans l'affirmative, de quelle façon?

Modules complémentaires de l'Entretien de formulation culturelle de base (EFC)

11. Immigrants et réfugiés

Questions connexes de base de l'EFC : 7, 8, 9, 10, 13

GUIDE DE L'INTERVIEWEUR : Les questions suivantes visent à recueillir des informations auprès de réfugiés et d'immigrants sur leurs expériences de migration et de réinstallation. De nombreux réfugiés ont subi des interrogatoires/entretiens stressants de fonctionnaires ou professionnels de la santé dans leur pays d'origine, que ce soit pendant le processus de migration (ce qui peut inclure des séjours prolongés dans des camps de réfugiés ou d'autres situations précaires), ou dans le pays d'accueil, de sorte que cela peut prendre plus de temps que d'habitude pour la personne interviewée se sente à l'aise et fasse confiance au processus d'entretien. Lorsque le patient et le clinicien ne possèdent pas une très bonne maîtrise d'une langue commune, une traduction fidèle et précise s'avère essentielle.

INTRODUCTION POUR LA PERSONNE INTERVIEWÉE : Quitter son pays d'origine et se réinstaller ailleurs peuvent entraîner d'importantes répercussions sur la santé et la vie des gens. Pour mieux comprendre votre situation, j'aimerais vous poser quelques questions sur votre périple de votre pays d'origine jusqu'ici.

Renseignements généraux

1. Quel est votre pays d'origine?
2. Combien de temps avez-vous vécu ici au/en _____ (PAYS D'ACCUEIL)?
3. Quand et avec qui avez-vous quitté le/la _____ (PAYS D'ORIGINE)?
4. Pourquoi avez-vous quitté le/la _____ (PAYS D'ORIGINE)?

Difficultés pré-migratoires

5. Avant d'arriver au/en _____ (PAYS D'ACCUEIL), y avait-il des défis dans votre pays d'origine que vous ou votre famille avez trouvés particulièrement difficiles?
6. Certaines personnes éprouvent des difficultés, subissent des persécutions, ou même de la violence avant de quitter leur pays d'origine. Est-ce que cela a été le cas pour vous ou des membres de votre famille? Pouvez-vous me parler de vos expériences?

Pertes liées à la migration et défis

7. Des êtres chers ou des proches sont-ils restés derrière?
8. Souvent, les gens qui quittent un pays subissent des pertes. Est-ce que vous ou un des membres de votre famille ont subi des pertes au moment de quitter leur pays? Dans l'affirmative, quelles sont-elles?
9. Y a-t-il eu des défis lors de votre périple vers le/la _____ (PAYS D'ACCUEIL) que vous ou votre famille avez trouvés particulièrement difficiles?
10. Y a-t-il quelque chose qui vous manque, à vous ou votre famille, au sujet du votre mode de vie que vous aviez au/en (PAYS D'ORIGINE)?

Maintien du lien avec le pays d'origine

11. Avez-vous des inquiétudes au sujet de parents qui sont demeurés au/en (PAYS D'ORIGINE)?
12. Vos parents au/en (PAYS D'ORIGINE) ont-ils des attentes à votre égard?

Réinstallation et nouvelle vie

13. Vous ou votre famille avez-vous eu des difficultés avec votre visa, citoyenneté ou statut de réfugié au/en _____ (PAYS D'ACCUEIL)?
14. Y a-t-il d'autres défis ou problèmes auxquels vous ou des membres de votre famille êtes confrontés en raison de votre réinstallation ici?
15. Est-ce que le fait de venir au/en [PAYS D'ACCUEIL] s'est avéré positif pour vous ou votre famille? Pouvez-vous m'en dire davantage à ce sujet?

Relation au problème

16. Y a-t-il quelque chose au sujet de votre expérience de migration ou statut actuel dans ce pays qui a fait une différence concernant votre [PROBLÈME]?
17. Y a-t-il quelque chose au sujet de votre expérience de migration ou statut actuel qui pourrait rendre plus facile ou difficile d'obtenir de l'aide pour votre [PROBLÈME]?

Attentes futures

18. Quels sont vos espoirs et projets, pour vous et votre famille, dans les années à venir?

Modules complémentaires de l'Entretien de formulation culturelle de base (EFC)

12. Soignants

Questions connexes de base de l'EFC : 6, 12, 14

GUIDE DE L'INTERVIEWEUR : Ce module est conçu pour être administré aux personnes qui fournissent des soins (ci-après « soignants ») à l'individu évalué à l'aide de l'EFC. Le module vise à explorer la nature et le contexte culturel de la prestation de soins, ainsi que le soutien social et le stress sur l'environnement immédiat de l'individu recevant des soins, à partir de la perspective du soignant.

INTRODUCTION POUR LE SOIGNANT : Les gens comme vous qui prennent soin des patients occupent un rôle très important dans le processus de traitement. J'aimerais comprendre votre relation avec [PERSONNE RECEVANT DES SOINS] et de quelle façon vous l'aidez avec ses problèmes et ses préoccupations. Par *aide*, j'entends le soutien fourni à domicile, dans la communauté ou à la clinique. En savoir davantage à ce propos nous aidera à planifier ses soins de façon plus efficace.

Nature de la relation

1. Depuis combien de temps prenez-vous soin de [PERSONNE RECEVANT DES SOINS]? Comment en êtes-vous venu à assumer ce rôle?
2. Quel est votre relation avec [PERSONNE RECEVANT DES SOINS]?

Activités de soignant et perceptions culturelles de la prestation de soins

3. De quelle manière lui venez-vous en aide avec son [PROBLÈME] ou dans ses activités quotidiennes?
4. Qu'y a-t-il de plus gratifiant dans le fait de lui fournir de l'aide?
5. Qu'y a-t-il de plus difficile dans le fait de lui fournir de l'aide?
6. En quoi, le cas échéant, son [PROBLÈME] a-t-il changé votre relation?

Parfois, les soignants comme vous sont influencés dans leurs façons de faire par des traditions culturelles sur la manière d'aider les autres, telles que les croyances et les pratiques en vigueur au sein de votre famille ou de votre communauté. Par *traditions culturelles* j'entends, par exemple, ce qui se fait dans les communautés auxquelles vous appartenez, d'où vous ou votre famille êtes issus, ou parmi les personnes qui parlent votre langue ou partagent votre race ou origine ethnique, votre sexe ou orientation sexuelle, ou votre foi ou religion.

7. Y a-t-il des traditions culturelles qui influencent votre approche dans la façon d'aider [PERSONNE RECEVANT DES SOINS]?
8. Est-ce que le niveau ou le type d'aide que vous lui apportez diffère en quoi ce soit de ce que l'on s'attendrait dans la communauté dont vous êtes issu ou celle dont il/elle est issu(e)? Est-ce différent de ce à quoi on pourrait s'attendre dans la société en général?

Contexte social de la prestation des soins

9. [SI L'AIDANT/SOIGNANT EST UN MEMBRE DE LA FAMILLE :] De quelle façon, en tant que famille, vous êtes-vous adaptés à ce [PROBLÈME]?
10. Y a-t-il aussi d'autres personnes, tels que des membres de la famille, amis ou voisins, qui l'aident avec son [PROBLÈME]? Dans l'affirmative, que font-ils?
11. Comment vous sentez-vous par rapport à l'aide plus ou moins inégale fournie par les autres en lien avec son [PROBLÈME]?

Soutien clinique au niveau de la prestation de soins

12. Comment pensez-vous pouvoir aider à fournir des soins à [PERSONNE RECEVANT DES SOINS] maintenant et dans le futur?
13. [SI INCERTAIN :] Comment pensez-vous pouvoir aider au niveau des soins qu'il/elle reçoit dans cette clinique?
14. Comment pouvons-nous faire en sorte qu'il soit plus facile pour vous de pouvoir aider [PERSONNE RECEVANT DES SOINS] avec son [PROBLÈME]?

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>Veillez préciser la relation de l'informateur avec l'individu concerné et/ou sa famille.</p>	<p>1. Comment décririez-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>Veillez recueillir le point de vue de l'informateur sur les principaux problèmes et préoccupations dominantes. Veillez 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>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 décririez-vous le problème de [INDIVIDU]?</p>
<p>Veillez demander à l'informateur comment il présente le problème aux membres de son réseau social.</p>	<p>3. Parfois les gens décrivent différemment leur problème à leur famille, leurs amis ou aux autres personnes de leur communauté. Comment leur décririez-vous le problème de [INDIVIDU]?</p>
<p>Veillez mettre l'accent sur les aspects du problème qui revêtent le plus d'importance pour l'informateur.</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. Veillez noter que les informateurs peuvent identifier plusieurs causes selon l'aspect du problème qu'ils envisagent.</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>Veillez 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>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>

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>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><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>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.</i></p> <p><i>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-il/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]?</p> <p>VEUILLEZ INVESTIGUER SI AUCUNE MENTION N'EST FAITE DE L'UTILITÉ DE L'AIDE OBTENUE :</p> <p>Quels formes d'aide ou types de traitement ont été les plus utiles? Étaient inutiles?</p>

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>VEUILLEZ INVESTIGUER, AU BESOIN : Par exemple, l'argent, le travail ou les obligations familiales, la stigmatisation ou la discrimination, ou l'absence de services comprenant 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.

AUTEUR : Nom : MIANBERE

Prénom : Stéphanie

Date de Soutenance : 19 septembre 2018

Titre de la Thèse : Intégrer la dimension culturelle en psychiatrie. Une revue de la littérature à propos de l'Entretien de Formulation Culturelle du DSM-5.

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : Entretien de Formulation Culturelle • Formulation culturelle • Culture • DSM-5 • Psychiatrie culturelle • Revue de la littérature

Résumé

Contexte : La culture participe à modeler la psychopathologie, les manifestations symptomatiques et les modalités thérapeutiques des troubles psychiatriques, ce qui a un impact sur la démarche du clinicien dans son aptitude à identifier et diagnostiquer de façon exacte les problèmes de santé mentale. L'introduction d'un modèle d'entretien semi-structuré intitulé Entretien de Formulation Culturelle (EFC), dans la cinquième édition du Manuel Statistique et Diagnostique des Troubles Mentaux (DSM-5), est supposée faciliter la collecte des données culturellement pertinentes.

Méthode : Nous avons mené une revue de la littérature afin de déterminer l'intérêt de l'EFC comme outil d'évaluation de la dimension culturelle. Pour cela, un algorithme de recherche associant les mots-clés « entretien de formulation culturelle » et « psychiatrie », « psychiatre » ou « santé mentale », a été utilisé sur les bases de données PubMed, Science Direct, Embase, Springer Link et PsycInfo, ainsi que ClinicalTrials.gov. Les articles en français et en anglais ont été inclus à partir de 2013, date de publication du DSM-5.

Résultats : Vingt-deux articles correspondant aux objectifs de la revue ont été inclus. La littérature montre que les cliniciens au même titre que les patients ont jugé l'EFC utile. L'EFC améliore les compétences culturelles des cliniciens et leur confort à explorer la dimension culturelle. Il favorise le recueil d'informations sur l'environnement socio-culturel du patient, ce qui augmente la validité du diagnostic. En tant que moyen de communication, il a un effet positif sur la qualité de la relation entre le clinicien et le patient, optimisant l'alliance thérapeutique et l'engagement dans les soins.

Conclusion : L'EFC s'inscrit dans une démarche holistique, soucieuse de procéder à une évaluation psychiatrique compréhensive et une prise en charge centrée sur la personne. Les bénéfices mis en évidence sont tels que son utilisation, encore peu répandue, nécessite d'être popularisée auprès des cliniciens afin d'être incorporée à la pratique quotidienne.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA, Monsieur le Maître de Conférence Ali AMAD

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Michael DUFOUR