

**FACULTE DE MEDECINE PARIS-SUD**

**UNIVERSITE PARIS-SUD XI**

Année 2014

**MEMOIRE pour le  
DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES  
DE PSYCHIATRIE**

Présenté par :

Nom : **PONTVERT**

Prénom : **Caroline**

Date de naissance : **11 Juillet 1984**

TITRE :

**Pourquoi et comment prendre en compte  
la culture dans l'évaluation diagnostique  
d'un patient migrant délirant ?**

Directeur de Mémoire : **Mr le Professeur Thierry BAUBET**

Président de Jury : **Mr le Professeur Patrick HARDY**

## REMERCIEMENTS

Au **Professeur Patrick Hardy**, pour m'avoir fait l'honneur de présider le jury de ce mémoire, et pour avoir donné une place aux internes, que j'ai occupé pendant un an, à la commission pédagogique du DES de psychiatrie d'Ile de France.

Au **Professeur Thierry BAUBET**, pour m'avoir fait l'honneur de diriger ce mémoire de spécialité, pour m'avoir accordé sa confiance pendant mon stage dans son service et pour m'avoir initiée aux principes de la psychiatrie transculturelle.

Au **Docteur Sandra FLAQUET** et au **Docteur Elisabeth LAMBERT** pour m'avoir encadrée durant mon stage dans l'unité d'hospitalisation du secteur La Chapelle – Goutte d'Or du XVIIIème arrondissement de Paris, pour avoir guidé mes réflexions cliniques concernant nos patients migrants et pour m'avoir soutenue pendant l'écriture de ce mémoire.

A tous mes maitres de stage depuis le début de mon internat, pour leurs enseignements théoriques et pratiques.

A tous les patients dont j'ai croisé la route pendant mon internat ; chaque rencontre a été un enrichissement.

A ma famille et à mes amis, pour leur soutien pendant ces quelques années d'internat.

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>AAH :</b>	Allocation Adulte Handicapé
<b>BDA :</b>	Bouffée Délirante Aiguë
<b>CASH :</b>	<i>the Comprehensive Assessment of Symptoms and History</i>
<b>CASH-CS :</b>	<i>Cultural Sensitive version of the Comprehensive Assessment of Symptoms and History</i>
<b>CFI :</b>	<i>Cultural Formulation Interview</i>
<b>CIM :</b>	Classification Internationale des Maladies
<b>CMP :</b>	Centre Médico-Psychologique
<b>DSM :</b>	Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux
<b>DSM IV-TR :</b>	Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 4 <sup>ème</sup> édition, texte révisé
<b>DSM 5 :</b>	Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 5 <sup>ème</sup> édition
<b>EMIC :</b>	<i>Explanatory Model Interview Catalogue</i>
<b>GFC :</b>	Guide de Formulation Culturelle
<b>HAV :</b>	Hallucinations Acoustico-Verbales
<b>IDCL :</b>	<i>International Diagnostic CheckLists</i>
<b>IPQ :</b>	<i>Illness Perception Questionnaire</i>
<b>MINI :</b>	<i>McGill Illness Narrative Interview</i>
<b>PANSS :</b>	<i>Positive And Negative Syndrom Scale</i>
<b>SEMI :</b>	<i>Short Explanatory Model Interview</i>
<b>SMIT :</b>	Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
<b>VIH :</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine

# SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	6
CULTURE, MIGRATION, DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE ..._QUELLES INTRICATIONS ?.....	9
<i>LA MIGRATION, LES MIGRANTS : DEFINITIONS</i> .....	9
<i>LA CULTURE : DEFINITION</i> .....	12
<i>DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE ET CULTURE</i> .....	14
<i>DSM ET CULTURE</i> .....	18
LES CAS CLINIQUES .....	23
• MME A., 34 ANS.....	23
• MELLE B., 21 ANS .....	27
• MME C., 36 ANS.....	30
LE DIAGNOSTIC DE SCHIZOPHRENIE OU TROUBLES PSYCHOTIQUES ASSOCIES CHEZ LES MIGRANTS .....	39
<i>UNE INCIDENCE AUGMENTEE</i> .....	39
<i>DES HYPOTHESES EXPLICATIVES</i> .....	41
<i>QUELQUES REFLEXIONS CRITIQUES</i> .....	44
<i>LA NOTION D'ETAT DELIRANT AIGU</i> .....	46
LA NOTION DE MISDIAGNOSIS .....	51
<i>UN TROUBLE MENTAL : PLUSIEURS EXPRESSIONS SYMPTOMATIQUES</i> .....	52
<i>PRENDRE EN COMPTE LA CULTURE DU PATIENT POUR EVITER LES ERREURS DIAGNOSTIQUES</i> .....	55

<b>LA PLACE DE LA CULTURE DU PATIENT DANS LA REFLEXION DIAGNOSTIQUE DU PSYCHIATRE .....</b>	<b>58</b>
<i>APPROCHE EMIQUE, APPROCHE ETIQUE : DES APPROCHES COMPLEMENTAIRES .....</i>	<b>58</b>
<b>Cas de Mme C. : Le Nyungu, le serpent sorcier au Cameroun .....</b>	<b>62</b>
<i>EVALUATION DIAGNOSTIQUE ET CULTURE, EN PRATIQUE .....</i>	<b>63</b>
<i>L'INTERET DE LA MEDIATION INTERCULTURELLE.....</i>	<b>69</b>
<i>L'INTERET DES CONSULTATIONS SPECIALISEES .....</i>	<b>72</b>
<i>LA NOTION DE COMPETENCE CULTURELLE .....</i>	<b>74</b>
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>79</b>
<i>QUELS SIGNES CLINIQUES POURRAIENT ORIENTER LA REFLEXION DIAGNOSTIQUE DU PSYCHIATRE? .....</i>	<b>80</b>
<i>LE CONTRE TRANSFERT CULTUREL DU CLINICIEN.....</i>	<b>86</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>91</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>93</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>100</b>
• <b>GUIDE DE FORMULATION CULTURELLE (GFC) DSM IV-TR.....</b>	<b>100</b>
• <b>GUIDE DE FORMULATION CULTURELLE (GFC) DSM 5 ET LA <i>CULTURAL FORMULATION INTERVIEW (CFI)</i> ..</b>	<b>102</b>

## INTRODUCTION

La population française d'aujourd'hui est caractérisable par son multiculturalisme, conséquence de l'histoire coloniale du pays et des mouvements migratoires individuels ou de population des dernières décennies liés à aux différents conflits et crises économiques notamment. Près de 10%<sup>1</sup> de la population est immigrée c'est-à-dire née à l'étranger et résidant en France. Ce sont les chiffres officiels, on peut donc imaginer que la proportion est plus importante (immigration illégale, tourisme...). Ce pluriculturalisme de la population générale se retrouve évidemment dans la population clinique à laquelle nous avons affaire tous les jours. Est-ce que la culture du patient est une donnée pertinente à prendre en compte dans la prise en charge des patients migrants en psychiatrie ? Dans la vie quotidienne, elle les expose à des préjugés, parfois du racisme, de la discrimination, en situation clinique, qu'en est-il ? Voici les premières questions que nous nous sommes posée lors des premières prises en charge de patients migrants en hospitalisation ou aux urgences.

L'apprentissage de la psychiatrie nous a aussi amenée à nous interroger sur la construction du concept de diagnostic psychiatrique. Est-il universel, mondialement reconnu ou particulier, localement reconnu ? Pourrions-nous être psychiatre partout dans le monde ou alors est ce que la psychiatrie, telle que nous l'apprenons en France, est une discipline culturellement codée ? La réflexion autour du diagnostic de délire rejoint ces questions. Qu'est ce qui est délirant ? Ce qui est délirant l'est-il de manière universelle ou particulière ? La sorcellerie, le maraboutage, la possession par un *djinn* ou le diable, l'expérience religieuse et plein d'autres choses encore sont elles forcément délirantes, marquant une pathologie

---

<sup>1</sup> 8,6% exactement. Chiffre INSEE 2014.

[http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATTEF02131](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02131)

psychotique? Ou simplement une expression culturellement codée de certains affects, d'une souffrance ou d'une pathologie non forcément psychotique ?

De nombreuses études ont mis en évidence une incidence plus importante de la schizophrénie et des troubles psychotiques associés, chez les migrants, que dans la population locale du pays d'étude (revues de la littérature : [1-4]). De nombreuses explications ont été fournies pour appréhender ces résultats maintes fois retrouvés, l'erreur diagnostique (*misdiagnosis*) est l'une d'entre elle [5, 6]. Cette hypothèse sous entend que la symptomatologie du patient migrant est mal interprétée par le clinicien, parce qu'il se réfère à un corpus culturellement codé non applicable à son patient migrant qui ne partage pas les mêmes référentiels culturels que lui (concept de *category fallacy* de Kleinman [7, 8]). L'évaluation diagnostique d'un patient présentant une symptomatologie d'allure délirante, nécessiterait donc une attention particulière sur ses références culturelles et son statut migratoire.

Pour le psychiatre, quel est l'intérêt de prendre en compte les références culturelles du patient migrant dans son évaluation clinique et sa réflexion diagnostique, mais surtout comment le faire ? Voilà les questions qui sous-tendent ce travail clinique qui redéfinira tout d'abord les notions de migration, migrants et culture et montrera leurs intrications avec la notion de diagnostic psychiatrique. Après la présentation de quelques cas cliniques de patientes migrantes, ce travail exposera les résultats des études parlant de l'incidence de la schizophrénie et des troubles associés dans la population migrante ainsi que leurs hypothèses explicatives et les critiques qui leur sont faites. Il abordera la notion d'erreur diagnostique et les moyens de les éviter, pour ensuite finir sur la place de la culture du

patient migrant et l'intérêt de sa prise en compte dans la réflexion diagnostique. La discussion abordera deux points, les signes cliniques qui orientent le diagnostic du psychiatre face à un patient migrant délirant et la place de la culture du psychiatre dans sa réflexion diagnostique ou autrement appelée contre-transfert culturel du clinicien.

## CULTURE, MIGRATION, DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE...

### QUELLES INTRICATIONS ?

Pour aborder la question de la place de la culture du patient migrant dans l'évaluation diagnostique de ses troubles psychiques, il est au préalable nécessaire de préciser les notions de culture et de migration.

#### ***La migration, les migrants : définitions***

Pour définir le concept de migration, nous avons pris comme référence l'écrit du groupe de travail de la *World Psychiatry Association* dirigé par Dinesh Bhugra en 2011 [9], donnant des lignes directrices concernant la santé mentale et les soins de santé mentale pour les migrants. Ils définissent la migration comme le processus de partir d'un lieu de résidence (pays, région, endroit) pour s'installer dans un autre. Ils situent trois moments particuliers dans la migration, la préparation, la migration physique et l'inscription dans la société d'accueil. La migration se définit donc à la fois par une réalité physique, être ici et non plus là bas, et par un travail psychique et social de séparation et d'intégration, afin de trouver sa place dans une nouvelle communauté. Ce travail psychique passe par différents processus, dont le deuil et l'acculturation.

De nombreux deuils sont à élaborer pour un individu migrant, le deuil des personnes et des relations, mais aussi le deuil de son pays et de son statut social. Migrer c'est laisser derrière soi de la famille, des amis, un métier, un statut et un niveau social, la terre des ancêtres vivants et morts, cela implique donc des renoncements et de la nostalgie [10, 11]. A la perte s'ajoute le traumatisme de la migration. Le processus migratoire possède, selon Nathan

(1986 cité par [10, 11]), en lui-même des potentialités traumatiques, du fait de la rupture du contenant culturel qu'il implique. Dans le cas de ceux qui s'exilent (c'est-à-dire fuyant sans espoir de retour) ce double mouvement de traumatisme et de perte vient s'ajouter violemment à celui qui est lié aux événements vécus. L'exil (migration sans projet préalable), nécessite donc un travail d'élaboration encore plus difficile.

Le processus particulier de l'acculturation est le procédé dynamique qui correspond à l'assimilation des valeurs, coutumes, croyances et langage de la nouvelle culture. Le processus d'acculturation n'est pas un processus de déculturation (perdre ses repères culturels), contrairement à ce que l'on peut entendre parfois, mais un processus qui, si il se passe bien, peut mener jusqu'au métissage des affiliations culturelles du sujet migrant, avec une réelle inscription du sujet dans la société d'accueil.

Il est aussi nécessaire de noter que la migration et l'exil privent la personne migrante présentant des troubles, des systèmes collectifs d'élucidation de ses troubles et des logiques thérapeutiques administrées en première intention dans ces cas là. Sans cet entourage familial et sociale, qui face à ces troubles mettrait en place des logiques thérapeutique adaptées, avant tout recours à un médecin, la personne migrante présentant des troubles n'a d'autre choix que de s'adresser aux urgences de l'hôpital le plus proche pour être soulagée.

On comprend donc que le contexte de la migration, sa préparation, sa durée, son cadre légal sont déterminant pour permettre au sujet migrant de s'approprier cette migration, de rentrer dans un processus d'acculturation constructif qui permettra une

inscription dans la société d'accueil. C'est pour cela qu'il est important de spécifier les conditions de migration de nos patients.

#### Résumé des différentes conditions de migration :

- Volontaire :
  - Permanente (regroupement familial, raisons professionnelles...)
  - Transitoire (raisons professionnelles, études, vacances...)
- Forcée :
  - Légale (demandeurs d'asiles, réfugiés)
  - Illégale (demandeurs d'asile déboutés)

Le concept de migrant reste encore flou et mal défini à l'heure actuelle dans les études. Certaines études parlent exclusivement de personnes nées à l'étranger (migrants de 1ère génération), d'autres y incluent aussi leurs enfants (migrants de 2ème génération). Bien qu'elles ne soient pas confrontées aux mêmes difficultés concernant l'acte migratoire et ses conditions (traumatismes, solitude...), ces populations (nées à l'étranger ou issues de parents nés à l'étranger) sont toutes les deux confrontées à la question de l'acculturation, du métissage des affiliations culturelles et de l'inscription dans la société d'accueil. D'autres études ne prennent comme repère que la couleur de peau, ce qui ne donne aucune information sur le contexte migratoire. Enfin, certaines parlent d'« ethnicité ». Les nord-américains distinguent dans leurs études les afro-américains, des euro-américains, des latinos par exemple. L'ethnicité n'est ni la «race» (renvoyant à une conception pseudobiologique erronée), ni le statut de migrant, ni la nationalité, mais un concept complexe et imprécis, par nature fluide et mouvant [12].

## ***La culture : définition***

La culture d'un individu a été définie ainsi par Edward Tylor, anthropologue britannique « *la culture est un ensemble complexe incluant les savoirs, les croyances, l'art, les mœurs, les lois, les coutumes ainsi que toutes autres capacités et habitudes acquises par l'homme en tant que membre d'une société* » (1871) [13]. Cette définition garde valeur de référence de nos jours.

Contrairement au DSM IV-TR [14] qui n'en donne aucune définition, le DSM 5 [15] précise ce qui est entendu par les auteurs comme étant la culture d'un patient « *systèmes de connaissances, concepts, règles et pratiques qui sont apprises et transmises de génération en génération. La culture inclut la langue, la religion et la spiritualité, la structure familiale, les stades de la vie, les rituels et les coutumes, ainsi que le système légal et la morale* » (p.749, Cultural Formulation, [15]). Cette définition, très proche de celle de Tylor, souligne un point fondamental, la culture d'une société s'apprend et se transmet. La transmission de ces valeurs, de ces croyances, de ces représentations culturelles, est appelée l'enculturation [16]. Ce terme définit le processus par lequel le groupe, la société, transmet à l'enfant, dès sa naissance, des éléments culturels, normes et valeurs partagés par cette société. C'est le processus de transmission de la culture du groupe à l'enfant. Cette transmission est à la fois explicite et implicite. Elle se fait dans les gestes de la vie quotidienne, dans les interactions avec la mère notamment (le maternage, les soins) mais aussi avec les proches et les pairs, en partie à leur insu, ainsi que par l'instruction des valeurs et des normes morales de la société. L'enculturation recouvre tout ce qui permet à l'enfant, et par extension à tout individu, de

devenir membre d'une société, d'un groupe, d'incarner sa culture. Un individu n'a pas toujours conscience des normes et des valeurs culturelles qu'il porte et qu'il transmet.

Tout individu a donc des références, des valeurs et des normes issues de la société dans laquelle il a grandi. Ce que l'on appelle dans les études épidémiologiques, un migrant de seconde génération - qui a au moins un parent né à l'étranger – est finalement un individu qui a plusieurs références culturelles, parce qu'il a grandi dans plusieurs sociétés. Une société « du dedans », celle de sa famille, et une société « du dehors », celle de son quartier, de son école, de ses activités, de ses amis. Un migrant de deuxième génération est un individu riche d'affiliations culturelles qu'il lui faut arranger, métisser [17] pour en faire son monde culturel, sa culture à lui. On comprend donc que chaque enfant issu de parents ayant migré est dans un processus d'enculturation individualisé, où se construit sa culture personnelle. Ne l'affilier qu'à la culture du pays dans lequel il vit, sous prétexte qu'il y est né et scolarisé, serait le réduire à une seule dimension d'appartenance.

La définition de la culture donnée par Alarcón [18] souligne, quant à elle, que la culture façonne la compréhension du monde pour chaque individu qui s'y réfère, « *la culture est définie comme étant une série de normes de comportement, de sens, de valeurs ou de points de référence, utilisés par les membres d'une société spécifique pour construire leur vision unique du monde et établir leur identité* ». Etre affilié à une culture, c'est avoir une pensée façonnée d'une certaine manière avec, en conséquence, une vision du monde particulière. Vision qui n'est pas forcément celle d'un autre individu, de par ses affiliations culturelles différentes.

Cette définition souligne l'effet des références culturelles d'un médecin sur sa réflexion clinique et son évaluation diagnostique. Tout sens donné à un comportement, un état

psychique ou un fonctionnement relationnel, s'appuie sur la vision du monde de celui qui le donne. Le diagnostic est un sens donné par le médecin à la souffrance d'un patient. Le patient et sa famille peuvent en avoir une toute autre compréhension.

### ***Diagnostic psychiatrique et culture***

Pour penser la souffrance de son patient, le médecin a été formé à la circonscrire dans un diagnostic à partir duquel il peut réfléchir à une thérapeutique pour la soulager. La validité du diagnostic en médecine est la plupart du temps sous-tendue par son substrat physiologique (modification structurelle, déviance par rapport à la norme physiologique...) voire son étiologie (agents infectieux...), malgré de grandes différences dans le pronostic, celui-ci dépendant de nombreux facteurs sociaux et constitutionnels. Le diagnostic de maladie ou trouble mental n'est pas aisé. Il n'y a que très peu de connaissances sur les substrats physiologiques de ces troubles. Les diagnostics en psychiatrie sont basés sur «*des composants cliniques absolus, c'est-à-dire, le dialogue anamnestique entre patient et psychiatre, l'évaluation des états émotionnels subjectifs profonds et l'exploration de questions interpersonnelles et du vécu*» [18]. Leurs valeurs prédictives sont données par des études de suivi de cohorte, par des études sur les traitements... [19]. C'est donc leurs pronostics et leurs implications thérapeutiques qui en sont les facettes les plus importantes.

Les troubles mentaux sont donc des constructions de pensée dont l'utilité est de rendre plus facile à comprendre des phénomènes qui autrement seraient difficile à appréhender [19]. Dans le DSM IV-TR [14], il est écrit que «*chaque trouble mental est conçu comme un modèle ou un syndrome comportemental ou psychologique cliniquement*

*significatif, survenant chez un individu et associé à une détresse concomitante ou à un handicap ou à un risque significativement élevé de décès, de souffrance, de handicap ou de perte importante de liberté [...] Quelle qu'en soit la cause originelle, il doit être considéré comme la manifestation d'un dysfonctionnement comportemental psychologique ou biologique de l'individu ».* Le diagnostic de trouble mental est donc l'interprétation d'un comportement ou d'un état psychologique comme étant hors des normes implicites, et qui serait en lien avec un dysfonctionnement de l'être. On ne peut s'empêcher de souligner la part subjective, individuelle et sociétale, de ce type de diagnostic, de par son rapport à des implicites que l'on sait ne pouvoir être universels. C'est probablement pourquoi le DSM IV-TR [14] précise « *ce modèle ou syndrome ne doit pas être simplement la réponse attendue et culturellement admise à un évènement particulier* ». Cette phrase permet de rappeler au clinicien que son interprétation du comportement ou de l'état psychologique observé, se fait dans un référentiel particulier, celui de sa culture (occidentale, athée, médicale hospitalière... par exemple) qui n'est pas forcément celle de son patient. Il se peut donc que le comportement ou l'état psychologique observé ne soit pas une réponse attendue et culturellement admise pour le clinicien mais qu'il le soit pour le patient et son entourage.

Dans la littérature médicale actuelle, la culture est souvent réduite à la mention de race, d'ethnie, de langue ou de notion de migration sans plus de détails. Pourtant, les constituants culturels du diagnostic psychiatrique sont bien plus vastes et complexes.

Alarcón [18] les décrits ainsi :

- Les variables culturelles : langue, religion, spiritualité, sexe, genre, orientation sexuelle, traditions, croyances, histoire de la migration, niveau d'acculturation...

- Les données familiales : histoire familiale, structure, hiérarchie, rôles, modalités d'éducation, activités d'instruction morale, comportements alimentaires, interactions sociales, habitudes et façons de chercher de l'aide... c'est le micro-environnement du patient.
- Les facteurs pathogéniques (facteurs préventifs ou délétères pour le développement de la condition clinique actuelle) : les données familiales (décrites précédemment), les médias, les structures sociopolitiques, les règles et les valeurs du comportement publique, l'affiliation à un lieu de culte, les calendriers, les rituels, les normes de scolarisation...  
et les facteurs pathoplastiques (facteurs influençant l'expression clinique du symptôme dans sa forme) : moment d'apparition, environnement du patient...  
c'est le macro-environnement du patient.
- Les modèles explicatoires (la perspective idiosyncrasique caractéristique du patient et de sa famille en ce qui concerne l'origine (étiologie culturelle) des symptômes, les raisons de leurs apparitions, et le processus d'évolution (pathogenèse culturelle)).  
Concept à rapprocher des notions de modèles explicatifs<sup>2</sup> de Kleinman [20] et de représentations ontologiques<sup>3</sup>, théories étiologiques<sup>3</sup> et actes thérapeutiques<sup>3</sup> de Moro [21, 22].
- Les forces et faiblesses du patient (ou « *coping styles* » du patient : ses capacités de réaction vis-à-vis des événements adverses à l'origine, ou résultant, ou aggravant les symptômes pathologiques) : image de soi, estime de soi, modes d'interaction, disposition sociale, talents, niveau de performance, envies masquées de changement, objectifs thérapeutiques évidents...

---

<sup>2</sup> Notion explicitée p. 59 de ce mémoire.

<sup>3</sup> Notion explicitée p. 60 de ce mémoire.

La notion de culture est utilisée de différentes manières en psychiatrie [23]. Quand la relation médecin-malade est problématique (difficultés à se comprendre, idées fausses, croyances et pratiques étranges, valeurs différentes...), la culture est alors un obstacle au partage de la compréhension. Elle est utilisée aussi pour caractériser certains groupes ethniques, leurs besoins spécifiques et leurs situations difficiles, la culture se résumant à des stéréotypes dans ce cas là. Mais cette notion est aussi utilisée pour reconnaître que la psychiatrie est le produit d'un monde culturel, ce qui amène à une appréciation critique des suppositions implicites et des fondements historiques de sa théorie et de sa pratique. La psychologie telle qu'elle est pratiquée en France, est une production culturelle du monde occidental [24], par extension, la psychiatrie aussi, se référant aux mêmes normes, au même modèle implicite, au même paradigme de l'être. « *Maladie et thérapeutique ne sont pas pensées dans les mêmes termes dans des univers culturels différents et le lien existant entre modèle psychologique et modèle psychopathologique invite à se référer à un modèle anthropologique qui les rend intelligibles* » [24]. Le discours de la psychiatrie est solidaire d'une représentation du réel véhiculée par la culture occidentale où, contrairement à d'autres cultures, la place de l'invisible est dans le domaine du psychopathologique [25]. La définition de l'hallucination est à la base de la constitution de l'histoire du savoir psychiatrique, postulant une certaine organisation du visible. Le statut des visions et des êtres invisibles qui peuplent le monde depuis toujours est devenu alors problématique. La psychiatrie a dessiné, dans le monde occidental, une certaine organisation du réel dans une hiérarchisation des perceptions [25].

## ***DSM et culture***

En lisant l'historique de la construction du DSM (explicité dans l'Introduction du DSM IV-TR [14]), on s'aperçoit que la prise en compte de la culture du patient comme une information fondamentale dans la relation thérapeutique et l'élaboration diagnostique n'est pas envisagée jusqu'au DSM IV.

Le DSM est né aux Etats-Unis de la nécessité de collecter des informations statistiques. L'Association américaine de psychiatrie avec l'Académie new yorkaise de médecine a élaboré une nomenclature psychiatrique destinée à établir le diagnostic des patients hospitalisés aux Etats-Unis. Une autre nomenclature a été développée par l'armée américaine et l'Administration des vétérans américains pour intégrer les cas de soldats et vétérans de la seconde guerre mondiale consultant en ambulatoire, nomenclature qui influença largement la CIM 6 (Classification Internationale des Maladies, 6<sup>ème</sup> édition, rédigée par l'Organisation Mondiale de la Santé). Le Comité de l'Association américaine de psychiatrie pour la nomenclature et les statistiques développa une variante de la CIM 6, le DSM I. Le DSM II ressembla au DSM I. Le DSM III introduit un certain nombre d'innovations méthodologiques en lien avec les travaux empiriques en cours sur la construction et la validité de critères diagnostiques explicites et le développement d'entretiens semi-structurés. On y retrouve des critères diagnostiques explicites, un système multi axial et une approche descriptive supposée neutre des théories étiologiques. Il avait pour but de fournir une nomenclature médicale pour les cliniciens et les chercheurs. Le DSM IV a bénéficié des résultats des nombreuses recherches en cours à ce moment là. Le groupe de travail qui l'a construit s'est à la fois basé sur des revues complètes et systématiques de la littérature

publiée, des ré-analyses de données déjà collectées et de larges études sur le terrain centrées sur des points de controverses.

Le DSM I était un outil de recherche, sa IV<sup>ème</sup> édition est largement devenue un outil clinique. Mais cette nouvelle perspective n'a pas réellement été prise en compte dans son élaboration, dans le sens où la population clinique à laquelle le DSM IV-TR s'applique maintenant, de par l'évolution des sociétés et les mouvements migratoires individuels et de population, n'est pas toujours celle des études sur lesquelles il base sa construction. La culture et les implicites qui en découlent, dans laquelle est né le DSM est bien américaine, voire occidentale mais définitivement pas universelle. Il y a néanmoins dans le DSM IV, une ébauche de sensibilisation à ces nouvelles données, de par une discussion timide dans le texte des variations culturelles pouvant être observées dans les présentations cliniques des troubles, une description incomplète de syndromes spécifiques d'une culture donnée et une esquisse de formulation culturelle destinée à aider le clinicien à évaluer et à rendre compte systématiquement de l'impact du contexte culturel de l'individu ; le tout afin de tenter de permettre applicabilité interculturelle au DSM IV. Le DSM 5 sorti en mai 2013, n'a pas fait beaucoup plus de place aux questions soulignées par la psychiatrie transculturelle, ne les prenant en compte que dans l'introduction et les annexes [26] avec une formulation culturelle étoffée, accompagnée de son entretien semi-structuré en 16 questions, et d'un glossaire des concepts culturelles du désarroi.

Le glossaire des syndromes propres à une culture donnée (pp. 1016-1022, Annexes, [14]), est une liste de 25 syndromes (Amok, Ataque de nervios, Hwa-byung, Latah, Susto...) définis comme « *la survenue répétée de schémas de comportements aberrants et*

*d'expérience perturbantes qui sont spécifiques d'une région* ». Les auteurs précisent qu'il existe « *rarement une équivalence univoque entre un syndrome lié à la culture et une entité diagnostique du DSM* ». Ils précisent que certains troubles ont été considérés comme propre à la culture industrialisée, l'anorexie mentale par exemple, mais ils ne s'aventurent pas à donner d'explications sur son absence dans ce glossaire et sa présence dans le corps du manuel. Néanmoins, une précision est faite « *ce glossaire dresse la liste des quelques syndromes les mieux étudiés propres à une culture donnée, et des idiotismes de la souffrance que l'on peut rencontrer en pratique clinique en Amérique du Nord* », cela montre l'étendue du codage culturel de ce manuel. Dans le DSM 5, il n'y a plus le glossaire des syndromes propres à une culture donnée, il y a un glossaire des concepts culturels du désarroi (p. 833-837, Appendix, [15]), ne regroupant que 9 syndromes, sans aucune explication sur le choix de garder ces neuf là. Les concepts culturels du désarroi sont définis dans la section III (p. 758, [15]) comme étant la façon dont des groupes culturels expérimentent, comprennent et communiquent la souffrance, les comportements problématiques, les pensées et émotions troublantes. Trois types de concepts culturels sont distingués : les syndromes culturels, les modalités culturelles du désarroi et les explications culturelles [27].

- *Les Syndromes culturels* : regroupements ou *clusters* de symptômes et les attributions causales qui ont tendance à survenir de façon concomitantes chez des individus de groupes ou communautés ou contextes culturels spécifiques, et qui sont reconnus localement comme des modèles cohérents d'expériences.

On peut rapprocher ce concept de ce que Moro [21, 22] décrit comme les représentations ontologiques<sup>4</sup>, c'est-à-dire que les syndromes culturels sont des représentations ontologiques du désordre psychique.

---

<sup>4</sup> Notion explicitée p. 60 de ce mémoire.

- *Les modalités culturelles du désarroi* : modalités d'expression du désarroi pouvant ne pas s'accompagner de symptômes ou de syndromes spécifiques mais relevant des formes communes et partagées pour ressentir et décrire des difficultés psychologiques personnelles ou des préoccupations sociales.

Ce sont les différents codages culturels de l'expression des affects.

- *Les explications culturelles* : toutes étiquettes, attributions ou caractéristiques d'un modèle explicatif qui renvoient à une étiologie ou à des significations issues de conceptions culturelles permettant de reconnaître des symptômes, des maladies ou des désarrois.

Concept qui rappelle les notions de modèles explicatifs<sup>5</sup> de Kleinman [20] et de théories étiologiques<sup>6</sup> des troubles de l'enfant de Moro [21, 22].

Abandonner les syndromes propres à une culture donnée pour les concepts culturels du désarroi est un choix argumenté par les auteurs comme un moyen de reconnaître que toutes les formes de souffrance sont façonnées localement, même les troubles du DSM. Ils précisent de plus, que les concepts culturels sont nécessaires à la pensée psychiatrique pour éviter les *misdiagnosis*, pour obtenir des informations cliniques utiles, pour améliorer la relation thérapeutique et l'efficacité thérapeutique, pour guider la recherche clinique et pour clarifier l'épidémiologie culturelle. Néanmoins, après avoir précisé l'universalité des concepts culturels et la nécessité d'une pensée psychiatrique envisageant les troubles psychiques comme culturellement codés dans leur présentation et leur mise en sens, les auteurs ne citent que neuf concepts culturels dans le glossaire, maintenant ainsi le caractère exotique et anecdotique de cette réflexion.

---

<sup>5</sup> Notion explicitée p.59 de ce mémoire.

<sup>6</sup> Notion explicitée p.60 de ce mémoire.

**En conclusion,** la place de la culture du patient dans l'évaluation diagnostique des troubles psychiques est majeure, de par le simple fait que ce diagnostic repose sur une pensée psychiatrique, elle-même culturellement codée. La relation médecin-malade est donc, la rencontre de deux univers culturels, impliquant « *les origines personnelles et professionnelles du clinicien et le contexte social de sa pratique, au moins autant que les origines ethnique du patient* » [23]. Prendre en compte la culture des patients, leurs statuts migratoires et d'acculturation dans la réflexion clinique est aujourd'hui nécessaire dans la pratique de la psychiatrie auprès des nombreux migrants comme ceux qui sont présentés par la suite.

## LES CAS CLINIQUES

Les cas cliniques présentés ci-après sont ceux de trois femmes nées au Congo, au Mali et au Cameroun qui ont migré en France dans le courant des années 2000. Elles ont présenté des troubles psychiques qui les ont amenées à être prises en charge aux urgences où elles ont toutes reçu le diagnostic de décompensation délirante aigue. Elles ont toutes été prises en charge par la suite dans le service hospitalier du secteur psychiatrique 75G24, rattaché au secteur géographique du quartier La chapelle-Goutte d'or du XVIIIème arrondissement de Paris. Leurs histoires, leurs symptomatologies, leurs discours ainsi que celui de leurs entourages ont entraîné une remise en question du diagnostic fait aux urgences et ont amené à une nouvelle réflexion diagnostique à leur égard, comme cela est plus particulièrement présenté pour le cas clinique de Mme C.

Dans la présentation des trois situations cliniques, les noms ainsi que certains éléments anamnestiques ou contextuels ont été modifiés afin de préserver l'anonymat des patientes.

- **Mme A., 34 ans**

### ***Quelques informations biographiques***

Mme A. est originaire du Mali. Ses parents sont cousins, de l'ethnie des Bobos<sup>7</sup>. Elle est l'aînée de 5 enfants, dont quelques uns vivent maintenant en région parisienne. Ses parents ont divorcés lorsqu'elle avait 20 ans. Elle est mariée depuis 13 ans à un homme plus âgé

---

<sup>7</sup> Peuple d'Afrique de l'Ouest, organisé en lignages dont les membres les plus âgés forment le conseil des anciens chargé de prendre les décisions. Ils croient en un dieu Wuro, créateur de la terre et des animaux.  
[http://fr.wikipedia.org/wiki/Bobo\\_\(peuple\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Bobo_(peuple))

qu'elle, d'ethnie Malinké<sup>8</sup>, de religion musulmane. Elle est arrivée en France en 2001 pour rejoindre son mari, et a obtenu la nationalité française en 2006. Monsieur est venu en France en 1971 pour étudier. Elle a d'abord exercé comme femme de ménage, elle a arrêté à la naissance de sa fille ainée. Monsieur est enseignant.

Elle a trois enfants, deux filles Coumba 7 ans et Bentadia 22 mois et un garçon Salif 3 ans, qu'elle a eu naturellement après un long parcours de procréation médicalement assistée.

Monsieur a de plus, un fils de 31 ans, d'un premier mariage, qui vit en région parisienne.

Mme est retournée deux fois au Mali depuis son arrivée en France, en 2007 et en 2010 au moment de la mort de sa grand-mère qui l'a élevée.

Monsieur a été emprisonné pendant 6 mois fin 2011, pour « séquestration d'enfant ». Suite à cela, une prise en charge des enfants par l'ASE a été instaurée, aboutissant dans le contexte des hospitalisations de Mme à un placement des enfants en foyer.

### ***Antécédents médico-chirurgicaux***

Seul un diabète gestationnel est rapporté.

Pas de traitement au long cours.

### ***Histoire des troubles***

Aucun antécédent psychiatrique n'a été retrouvé avant la première hospitalisation en psychiatrie en janvier, sous contraintes (Soins psychiatriques en Péril Imminent), sur le secteur, dans un contexte de changement brutal de comportement depuis 2 jours avec bizarrerie du contact et du comportement, mutisme, sursauts, violences physiques sur les

---

<sup>8</sup> Peuple d'Afrique de l'Ouest dont l'organisation sociale repose sur la famille élargie, à tendance matrilineaire, mais devenu patrilinéaire sous l'influence de l'Islam. La polygamie est une pratique courante, en particulier chez les nobles. Ils sont essentiellement de religion musulmane.  
<http://fr.wikipedia.org/wiki/Malink%C3%A9s>

objets et les enfants (3 télévisions, le lit des enfants et la poubelle cassés et une tentative de morsure sur les enfants...).

Pas de prise de toxique retrouvée à l'interrogatoire.

Mme A. expliquera son comportement *a posteriori* comme le fait d'avoir été « hypnotisée par son mari qui souhaitait se venger d'elle suite à son emprisonnement ». Elle rapporte une très grande jalousie de la part de son mari, qui la soupçonne d'avoir de nombreux amants, ce que M. confirmera penser lors d'un entretien familial. Mme reprocherait à M. de ne pas lui donner d'argent, M. reprocherait à Mme de trop dépenser... un conflit de couple sous-jacent est largement remarqué et pointé.

La première hospitalisation de Mme A. se terminera fin janvier 2012 avec une orientation sur le CMP (Centre Médico-Psychologique) et sur une association ethnopsychologique qu'elle fréquentait déjà auparavant, pour une prise en charge psychologique et une médiation de couple. Mme honorera tous ses rendez-vous dans ces deux structures.

Suite à une visite à domicile d'infirmiers du CMP demandée par son mari devant une recrudescence des troubles du comportement de Mme, Mme sera hospitalisée une deuxième fois en psychiatrie sur le secteur. Le contexte, similaire au précédent, sera celui de propos délirants de persécution et de comportements inadaptés. Cliniquement, Mme A. présentera des troubles mictionnels, un refus de s'alimenter mais s'hydratera abondamment, une dissociation idéo affective et idéo motrice majeure, avec un mutisme par moment, des propos compréhensibles mais incohérents entre eux, déambulant dans les couloirs et dans les chambres. Elle sera sthénique au moment du traitement, le refusant et le

jetant. Elle dira avoir peur que son mari parte avec ses enfants au Mali. Elle paraîtra angoissée et triste. Mme reproche toujours à son mari de la maraboutiser et dira ne pas se sentir en sécurité. Elle avait depuis quelques semaines, du mal à maintenir ses activités habituelles, et n'allait pas tout le temps chercher ses enfants à l'école par exemple. Contrairement à habituellement où elle a de nombreuses activités communautaires, des réunions de femmes, elle participe à une tontine...

La sœur de Mme A. sera reçue pendant l'hospitalisation et confirmera à la fois, la jalousie de M. qui fait barrage à la famille pour les visites à l'hôpital notamment, et les références culturelles partagées par Mme, M. et leur entourage concernant le maraboutage.

La deuxième hospitalisation de Mme se terminera en juin 2012, avec une sortie non pas au domicile familial mais chez une amie de la communauté malienne. Mme souhaitant se séparer de son mari, ce qu'elle ne pouvait envisager jusqu'à présent, se refusant à valider l'adage qui disait qu'une fille de divorcés ne pouvait pas rester mariée. Une prise en charge au CMP et dans l'association ethnopsychologique est poursuivie. Le responsable de l'association a joué le rôle d'intermédiaire et de médiateur dans le couple, informant M. de la sortie de Mme chez une amie. M. se retournera néanmoins vers l'hôpital par la suite reprochant au service de ne pas avoir fait son travail.

**En conclusion,** Mme A. souffre-t-elle d'un trouble psychotique aigu comme les urgences l'ont dit ou d'une tristesse empreinte d'angoisse dans un contexte de conflit conjugal majeur dont elle n'arrive pas pour le moment à se sortir ? Se dire maraboutée par son mari avec qui on ne s'entend pas, est-ce un délire ou une façon de parler de ses

difficultés conjugales, pour une femme malienne ? Les troubles du comportement de Mme A. relèvent-ils de la possession, de la transe, de la dissociation ou du délire ? Voilà toutes les questions que nous nous sommes posées autour de cette situation clinique.

- **Melle B., 21 ans**

### ***Quelques informations biographiques***

Melle B. est originaire du Congo, elle est née à Brazzaville, elle parle le lingala. Elle a été élevée par sa mère jusqu'à l'âge de dix ans puis par ses grands-parents maternelles jusqu'à l'âge de quinze ans. Ensuite, elle viendra rejoindre sa mère, son beau-père et ses deux sœurs en France.

Elle a vécu trois conflits armés congolais avant de venir en France, ce dont elle garde des traces mnésiques importantes de peur et d'angoisse.

Elle n'a que très peu connu son père. Elle ne l'a que peu vu, la première fois à l'âge de cinq ans, mais elle est en contact avec lui. Ses parents ne s'entendent pas, et communiquent seulement à travers elle. Elle reçoit une pension alimentaire de son père, ce qu'il lui reproche, lui demandant d'y mettre un terme. La procédure est en cours au moment de l'hospitalisation. Elle rapporte les entrevues avec son père comme difficiles, lui insultant beaucoup sa mère, la traitant de « pute ».

Après son arrivée en France, elle a été violentée et abusée par son beau-père. Elle a du quitter le domicile parental, non soutenue par sa mère qui lui reprochait de mentir. Elle est partie vivre chez des amis, puis en résidence universitaire, puis à Emmaüs. Elle vit actuellement dans une résidence universitaire du CROUS. Elle a porté plainte contre son beau père mais la plainte n'a pas abouti.

### ***Antécédents médico-chirurgicaux***

Non retrouvé. Pas de traitement au long cours.

### ***Antécédents psychiatriques***

Une hospitalisation en psychiatrie à l'hôpital de Fontainebleau en 2008 pour un épisode psychotique aigu.

### ***Histoire des troubles***

Sa première hospitalisation sur ce secteur (2<sup>ème</sup> dans les faits) a été à sa demande. Elle avait appelé les pompiers se sentant mal, faisant des malaises et des vertiges depuis 10 jours. Elle a pu dire se sentir débordée par le conflit entre ses parents. Son discours était logorrhéique mais cohérent. Elle présentait un amaigrissement de près de 10 kg et une perte d'appétit, avec une certaine anxiété, sans trouble du sommeil ou tristesse exprimés. Elle s'est vite sentie maltraitée par le personnel du service, reprochant un certain racisme. Elle pouvait avoir un certain théâtralisme quand elle s'exprimait. Elle est sortie rapidement d'hospitalisation, se sentant moins angoissée, poursuivant son suivi sur le CMP.

Deux semaines plus tard, elle a été à nouveau hospitalisée, cette fois ci en soins sous contrainte (soins psychiatriques en péril imminent). La gardienne, sur l'alerte de sa mère n'en ayant pas de nouvelles, l'a retrouvé cloîtrée chez elle, incurique et très amaigrie. Son discours à ce moment là est marqué par une thématique sexuelle très importante « *je sens des sexes masculins et féminins sur mon corps* », « *je sens la bouche sale de mon père sur mon corps* ». Elle décrit des perceptions auditives et intrapsychiques ainsi que cénesthésiques ayant débutées brutalement le vendredi après sa sortie d'hospitalisation.

Elle dit avoir des sensations d'attouchement la nuit, parle des « hommes de la nuit » qui viennent lui faire l'amour. Elle présente des troubles du sommeil majeur. Elle n'exprime pas de tristesse de l'humeur, pas d'idéation suicidaire.

Son discours tournera rapidement autour de sa relation avec son père, qui la maltraiterait verbalement tout du moins, depuis ses quinze ans. Elle entend sa voix lui dire qu'elle est une pute comme sa mère. Elle a fait la demande d'arrêt de la pension alimentaire pour ne plus avoir affaire avec lui.

Lors d'un entretien familial, sa mère confirmera les difficultés de Melle B. avec son père. Elle reconnaîtra que la famille du père de Melle B. est reconnue comme une famille de sorciers. Melle B. étant née hors mariage et sans la bénédiction de la famille paternelle, elle n'y est pas acceptée. La famille maternelle de Melle B. pense que M. est un marabout.

Dernièrement, Melle B. priait en criant dans la résidence universitaire. Elle vivait repliée chez elle, dans le noir, jeûnant, ne dormant presque plus. Livrant ce qu'elle appelle un combat spirituel contre l'esprit de son père. Elle était très angoissée. Elle est adepte d'une église évangéliste depuis 2007. Elle se dit être une prophétesse, ce que les adeptes de son église lui auraient confirmé. Elle pense maintenant avoir des séquelles de son combat spirituel et nécessiter un traitement pour cela.

Rapidement, elle critique les hallucinations visuelles et cénesthésiques qu'elle a eues et qu'elle n'a plus. La procédure d'arrêt de la pension alimentaire a été prise en compte auprès du tribunal et est en cours. Elle a réintégré son monde social, ses amies et ses sœurs lui faisant remarquer qu'elle était à nouveau celle qu'elles connaissaient. Elle continue à croire

qu'elle est une prophétesse, et pense en devenir une grande comme sa communauté lui dit. Elle n'a plus d'hallucinations mais des visions dont elle fait bien la différence.

**En conclusion**, le cas clinique de Melle B. soulève de nombreuses questions. Présente-t-elle un épisode délirant aigu bref ou utilise-t-elle les références culturelles qu'elle a, pour exprimer un syndrome de stress post traumatique ? Elle a été abusée sexuellement, maltraitée verbalement avec des propos à connotation sexuelle... elle présente ce que l'on pourrait appeler un délire à thématique sexuelle avec des hallucinations cénesthésiques, à moins que ce ne soient des manifestations de reviviscences traumatiques sur un mode dissociatif. Mais il faut noter que dans les croyances populaires africaines il existe ce que l'on appelle « les maris de nuit » qui sont des esprits qui viennent violer les femmes la nuit dans leur sommeil et en laissent des traces au petit matin, aux Antilles on les appelle les « dorlis ». De plus, son adhésion à la religion évangéliste, son sentiment d'être une prophétesse est-ce un délire ou un moyen de lutter contre la sorcellerie et le maraboutage dont elle soupçonne son père de faire usage contre elle ? Le combat spirituel dont elle parle ne serait-il pas plutôt une métaphore de sa propre lutte contre un effondrement dépressif ? Ce sont toutes ces questions qui se sont posées, qui n'ont pas forcément trouvé de réponse, lors de la prise en charge de Melle B.

- **Mme C., 36 ans**

### ***Quelques informations biographiques***

Mme C. est originaire du Cameroun, de Douala mais a une double nationalité camerounaise et gabonaise. Elle a vécu entre le Cameroun et le Gabon à partir de l'âge de seize ans, et est

venue en France en 2004 où elle a obtenu, en 2005, des papiers de séjour. Elle est la troisième d'une fratrie de 6, dont l'aînée est décédée à l'âge de vingt-cinq ans. Son père aura une deuxième épouse dans les années 2000 avec qui il aura un autre enfant. Elle a poursuivi une scolarité jusqu'à l'âge de quinze ans, elle a un niveau collège. Elle a deux enfants, une fille Akem née en 1995, et un fils Soli né en 2002, nés de pères différents au Cameroun, élevés par leur grand-mère maternelle jusqu'à leur arrivée en France en 2006. Elle est actuellement coiffeuse à domicile. Elle est évangéliste de religion.

Pour reprendre un peu son histoire, à l'âge de seize ans, elle tombe enceinte d'un homme plus âgé, du quartier. La grossesse se déroule bien somatiquement mais est difficile à vivre psychologiquement, Mme C. aura à ce moment-là des idées suicidaires importantes. Pendant cette période, elle sera exclue du foyer familial et ira vivre chez une tante paternelle. A la naissance, elle confiera sa fille à sa propre mère. Elle partira ensuite avec des amies sur les routes jusqu'à Libreville au Gabon. Elle se prostituera un peu au Cameroun et au Gabon contre des cadeaux, puis aura une relation amoureuse stable au Gabon pendant 4 ans. Elle aura ensuite une activité de commerce au Gabon avec des produits du Cameroun, l'amenant à faire des allers-retours tous les six mois, entre les deux pays et ainsi à voir sa fille. Elle subviendra financièrement à ses besoins. En 2002, elle sera à nouveau enceinte, elle vivra au Cameroun entre Douala et Yaoundé. La grossesse se passera bien. Naitra Soli, qu'elle confiera aussi à sa mère. Elle reviendra au Gabon pour le commerce. Ses activités lui permettront de subvenir financièrement à la famille. En 2003, elle engagera une procédure de demande de visa pour la France, depuis le Gabon, avec deux intentions, la première de faire du tourisme, la seconde d'agrandir son commerce. Elle arrivera en France en 2004, et n'obtiendra des papiers qu'en 2005. A son arrivée en France, elle n'aura pas beaucoup de

ressources, vivra dans la rue pendant quelques mois puis retrouvera des contacts qui lui permettront de partager une chambre d'hôtel pendant deux ans. Pour gagner de l'argent, elle travaillera dans des restaurants. Elle fera venir ses enfants en 2006. Ils vivront dans une maison insalubre pendant deux ans avant d'être relogés par les services sociaux dans une maison relais puis dans un appartement à partir de juillet 2010. Les enfants seront scolarisés dès leur arrivée.

Une semaine après l'arrivée des enfants en France la mère de Mme C. meurt d'un accident de la route.

En 2007, pour honorer une promesse ancienne faite à sa mère pour la remercier de s'être occupée de ses petits enfants, Mme C. fait venir en France sa sœur Odile, la plus jeune des sœurs, ses deux frères Jean-Jacques et Alain-Marie ainsi que sa jeune sœur Monique ayant déjà quitté le foyer. A son arrivée, Odile vit avec la famille dans la maison insalubre, puis dans la maison relais. Elle partira ensuite s'installer ailleurs. En septembre 2010, après l'installation dans l'appartement, les services sociaux qui suivent la famille décideront d'un placement pour les enfants, d'une durée de deux ans, pour des raisons financières, Mme C. ne gère pas bien ses paiements de loyers, et pour des raisons de responsabilité et de protection, les enfants pouvant être livrés à eux-mêmes quand Mme C. travaille. Elle sera aussi mise sous mesure de protection juridique et bénéficie actuellement d'une curatelle renforcée pour ses difficultés financières.

En France, elle a eu différentes liaisons amoureuses, Claude pendant quatre ans puis Nembo pendant trois ans, avec qui elle a eu un projet d'enfant qui n'a pu se faire parce qu'il a refusé la procréation médicalement assistée. Elle est actuellement avec Souleymane un homme plus jeune qu'elle, d'origine africaine aussi mais d'un autre pays, avec qui elle partage un désir d'enfant. Ils vivent dans l'appartement trouvé par les services sociaux et reçoivent le

week-end et une partie des vacances scolaires, les deux enfants. Actuellement, un des frères de Mme C. et Odile vivent en région parisienne et sont en contact avec elle.

### ***Antécédents médicaux***

. Elle est séropositive pour le VIH, stade SIDA. Elle le sait depuis qu'elle est tombée malade en France en 2005. Elle est suivie au SMIT d'un hôpital parisien régulièrement et prend quotidiennement une trithérapie antirétrovirale.

Elle touche l'AAH en conséquence.

. Elle a été hospitalisée quatre fois en psychiatrie entre mars 2011 et juillet 2012. Trois fois en Soins Libres, une fois en Soins sous contrainte type Péril Imminent. Elle a eu de nombreux traitements antipsychotiques et antidépresseurs.

. Elle consomme occasionnellement du cannabis.

### ***Observations cliniques au moment de son hospitalisation***

La première fois que nous rencontrons Mme C., elle est en chambre d'isolement parce qu'elle se serait agitée aux urgences. Urgences où elle est arrivée, accompagnée par les pompiers que sa fille avait appelé parce que sa mère ne se sentait pas bien et demandait des soins, mais le CMP était fermé quand elles s'y sont présentées.

Son contact est méfiant. Elle est réticente au premier abord, elle ne souhaite pas raconter à nouveau son histoire, on ne la comprend pas, dit-elle. Elle est aussi en colère contre les urgentistes qui l'ont attachée et hospitalisée sous contrainte alors qu'elle demandait de l'aide. Son discours est clair et cohérent.

Le lien thérapeutique de confiance se créant, elle commence à raconter ses difficultés actuelles. Elle évoque sa sœur, Odile qu'elle a vu la veille, avec qui elle a eu une altercation

et a du partir de chez elle pour l'éviter. Et elle dit qu'elle tombe toujours malade après avoir vu Odile. « *Odile, elle m'a montré « le Satan »* », dit elle, « *je l'ai vu un jour, elle s'est transformé en serpent* ». Elle considère que sa sœur a un pouvoir sorcier sur elle, que c'est le Satan de Odile qui a tué leur mère. Elle dit qu'elle a des visions de sa sœur et de son père, qu'elle les voit tout en sachant qu'ils ne sont pas là dans la pièce. Elle a aussi des sensations corporelles dans le ventre par moment. Elle se sent en danger. On sentira une profonde tristesse chez cette patiente, à l'évocation de sa mère notamment. La patiente exprime de nombreuses émotions pendant cet entretien, de la méfiance, de la colère, de la tristesse, toute congruente à son humeur du moment.

Au fur et à mesure des entretiens, nous remarquerons que la patiente a des relations personnalisées avec les soignants. Elle peut créer un lien confiance avec nous ce qui permettra d'aborder ensemble plus précisément sa biographie, son histoire et sa mise en sens de ses troubles. On pourra évoquer aussi le coup de téléphone qu'elle a eu le dimanche après avoir vu sa sœur, qui l'informait d'un petit accident arrivé à son fils en colonie de vacances. Son contact s'améliorera grandement avec la confiance qu'elle nous fera mais son discours ne changera pas concernant sa sœur, ses visions et le sens qu'elle y met. Elle pense que son père a transmis son pouvoir sorcier à Odile. Elle dit qu'elle connaissait ce pouvoir, qu'elle avait déjà vu le serpent dans ses rêves quand elle était enfant. Elle a aussi ressenti quelque chose de particulier quand elle est allée sur la tombe de sa mère, au Cameroun, quand elle est rentrée au pays en 2009. Puis, Odile lui a montré cette transmission de pouvoir en se transformant en serpent, c'était quand ils vivaient tous ensemble à la maison relais, début 2010. Elle pense que c'est le Satan ou Sheytan d'Odile qui a tué leur mère.

Comme elle pense que c'est le pouvoir sorcier de son père qui a tué sa grande sœur, quand elle avait 25 ans.

### ***Réflexions diagnostiques à partir du DSM IV-TR [14]***

Reprenons le tableau clinique présenté par cette patiente :

- Un syndrome délirant chronique de mécanismes interprétatif et hallucinatoire, hallucinations visuelles et cénesthésiques, sur le thème de la persécution et de la sorcellerie. Le vécu persécutif et la participation affective sont importants et congruents au délire. L'adhésion au délire est totale. Le persécuteur est désigné, sa sœur et en arrière plan, son père.
- Une anxiété en lien avec son vécu persécutif et avec son hospitalisation sous contrainte.
- Une tristesse de l'humeur sans apragmatisme, sans aboulie, sans anhédonie, sans douleur morale, sans auto culpabilisation, sans idée noire, sans idée suicidaire.

Elle ne présente pas de syndrome dissociatif, pas de repli social.

A partir de l'annexe A du DSM IV-TR [14], les arbres de décision pour le diagnostic différentiel, notre réflexion diagnostique est la suivante :

. Diagnostic différentiel des troubles mentaux dus à une affection médicale générale (p. 860-861, [14]) : *Est ce que ses symptômes sont dus aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale ?* Mme C. est sidéenne mais elle prend bien son traitement et ne présente pas, selon le bilan biologique fait à l'entrée et le bilan somatique fait aux urgences, de trouble organique particulier.

. Diagnostic différentiel des troubles induits par une substance (p. 862-863, [14]) : *Est-ce que ses symptômes (idées délirantes, hallucinations) sont dus aux effets psychologiques directs d'une substance ?* Elle consomme occasionnellement du cannabis... la réponse pourrait donc être oui... mais elle ne rapporte pas de consommation récente. De plus, les symptômes ne changent pas particulièrement avec la durée de l'hospitalisation et l'abstinence au cannabis.

. Diagnostic différentiel des troubles psychotiques (p. 864-865, [14]) : *Ses symptômes s'inscrivent-ils dans une phase active de la schizophrénie persistant au moins un mois ?* Dans la triade diagnostique de la schizophrénie, elle ne présente que le syndrome délirant, ne présentant pas de syndrome dissociatif ni de symptôme négatif. Les symptômes évoluent depuis plus d'un mois, on retrouve les mêmes propos délirants lors des dernières hospitalisations. Néanmoins, le diagnostic de schizophrénie n'est pas retenu.

*Ses idées délirantes sont-elles non bizarres et persistantes au moins un mois ?* OUI et NON. La définition de « bizarre » change la conclusion diagnostique.

*Présente-t-elle un trouble de l'humeur ? Un état maniaque ?* Non, aucun symptôme dans ce sens là n'est retrouvé.

*Une dépression ?* Elle présente bien une tristesse importante, en lien avec les deuils passés, les séparations, mais c'est le seul symptôme que l'on retrouve à l'entretien.

*Est-ce que à part ses idées délirantes, son fonctionnement est altéré ?* Non, elle fonctionne plutôt bien d'un point de vue social et normalement en dehors de ses idées délirantes.

→ L'arbre décisionnel conclut :

- à un trouble délirant, codé F22.0 si l'on définit les idées délirantes de Mme C. comme non bizarres,

- à un trouble psychotique non spécifique, codé F29 si l'on définit que les idées délirantes de Mme C. comme bizarres.

Le trouble délirant (p. 374-381, [14]) se distingue de la schizophrénie par le fait que mis à part l'impact direct des idées délirantes, le fonctionnement psychosocial n'est pas altéré de façon marquée et le comportement n'est ni manifestement singulier ni bizarre. De plus, d'après le DSM IV-TR (p. 375, [14]), «*les idées délirantes sont considérées comme bizarres si elles sont nettement invraisemblables et incompréhensibles et ne proviennent pas d'expériences ordinaire de la vie* ». L'estimation de la bizarrerie des idées délirantes soulève la question du référentiel culturel dans lequel le diagnostic est fait. La « bizarrerie » tout comme le caractère délirant de l'idée, peut être difficile à estimer chez un patient de culture différente de celle du clinicien.

**En conclusion**, qu'est ce qui est délirant, c'est-à-dire hors de la réalité pour un patient de culture dite traditionnelle qui donne une place importante au monde de l'invisible, et pour un clinicien de culture occidentale où seul ce qui se voit, se prouve ou se démontre fait loi ? Qu'est ce qui est considéré comme une expérience « ordinaire de la vie » pour une patiente Camerounaise et pour un médecin français ? Est-ce que se penser ensorcelée par un membre de sa famille est un délire de persécution ou une croyance qui fait souffrir et inquiète ? Cette patiente ne pourrait-elle pas souffrir d'une dépression bien que les critères du DSM IV-TR ne soient pas retrouvés ?

La rencontre avec ces trois patientes migrantes mais aussi avec de nombreux autres patients depuis le début de notre internat, nous ont amenée à nous interroger sur la place de la culture, c'est-à-dire des référentiels culturels des patients migrants, dans notre évaluation clinique psychiatrique, notre réflexion diagnostique et notre prise en charge aux urgences et au long cours. La question qui a sous tendu la réflexion de ce travail est celle qui s'est posée à chaque rencontre avec un patient migrant : les propos, les comportements, les modes relationnels que nous caractérisons de « délirants » le sont-ils de façon universelle ou particulière, seraient ils compris de la même manière dans le pays d'origine du patient ?

## LE DIAGNOSTIC DE SCHIZOPHRENIE OU TROUBLES PSYCHOTIQUES ASSOCIES

### CHEZ LES MIGRANTS

La recherche bibliographique sur les troubles psychotiques dans un contexte migratoire, fait ressortir un très grand nombre d'articles concernant l'augmentation de l'incidence de la schizophrénie et des troubles psychotiques associés chez les migrants et chez les sujets des minorités ethniques des pays européens.

#### ***Une incidence<sup>9</sup> augmentée***

Trois revues de la littérature publiées en 2009 [2-4] rapportent que la première étude à montrer une prévalence<sup>10</sup> de la schizophrénie plus importante (deux fois) chez les migrants (norvégiens ayant migré aux États-Unis) que dans la population générale de chacun des deux pays (pays d'accueil : les États-Unis et pays d'origine : la Norvège) a été faite par Ødegaard en 1932. Fung et al. [3] précise que l'étude épidémiologique menée pour l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) par Jablensky et al. en 1992, dans 10 pays différents, a démontré que l'occurrence de la schizophrénie est mondiale bien que la présentation puisse différer selon la culture et que l'incidence est semblable dans tous les pays. Il est admis maintenant que la schizophrénie est une maladie et non un trouble culturellement induit.

---

<sup>9</sup> Taux d'incidence : nombre de nouveaux cas d'une pathologie, observés pendant une période donnée - population incidente - rapporté à la population dont sont issus les cas (pendant cette même période) - population cible -. Il est un des critères les plus importants pour évaluer la fréquence et la vitesse d'apparition d'une pathologie [...] Le taux d'incidence s'exprime généralement en « nombre de personnes pour 100 000 personnes par année », afin de permettre des comparaisons entre les populations et dans le temps.

INSEE, [www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/taux-incidence.htm](http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/taux-incidence.htm).

<sup>10</sup> Prévalence d'une maladie dans une population donnée : la probabilité qu'un individu tiré au hasard ait cette maladie. Autrement dit, c'est la proportion d'individus de la population, généralement donnée en pourcentage, qui a cette maladie. INSEE, [www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=IP1123&page=sdb](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=IP1123&page=sdb).

Les études faites au Royaume-Uni, montre un taux d'incidence de la schizophrénie 2 à 9 fois plus important chez les caribéens d'origine africaine que dans la population générale [3]. D'autres études européennes (hollandaise, suédoise, allemande, danoise, belge, italienne) ou extra-européennes (israélienne, canadienne) ont corroboré cette idée, démontrant une augmentation de l'incidence ou du risque relatif<sup>11</sup> de la schizophrénie et des troubles psychotiques associés, chez les migrants originaires des Caraïbes, de Guyane ou des Antilles néerlandaises, du Maroc, d'Afrique de l'est, de Grèce, d'Espagne, de Turquie, d'Asie, d'Amérique du sud... [1-4]. Le risque relatif de schizophrénie est de 2.9 chez les migrants (1<sup>ère</sup> génération et leurs enfants), de 2.7 pour les migrants de première génération et de 4.5 pour les enfants de migrants dans la méta-analyse de Cantor-Graae et Selten [28] sur 18 études européennes et australienne publiées entre 1997 et 2003. Une méta-analyse plus récente - sur 21 études publiées entre 1977 et 2008 - s'intéressant au risque de troubles psychotiques (schizophrénie et troubles psychotiques associés) chez les migrants de deuxième génération, a mis en évidence un risque relatif de 2.3 pour les migrants de première génération et de 2.1 pour ceux de deuxième génération [29]. Cette étude montre ainsi qu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux résultats. Les auteurs font donc l'hypothèse que ce sont des facteurs post migratoires et non pré migratoires qui sont à rechercher pour expliquer ce risque élevé.

Contrairement à ce qui pourrait être attendu, les résultats des études d'incidence précitées, ne sont pas corroborés par des études nord américaines. Dans les dernières décennies, seule la revue de la littérature de Jarvis [30] se penche sur le sujet. Elle concerne les articles nord-américains (Etats-Unis et Canada) - publiés entre 1966 et 2006 sur le lien

---

<sup>11</sup> Risque relatif : risque de survenue d'un événement dans un groupe par rapport à un autre groupe.  
[http://fr.wikipedia.org/wiki/Risque\\_relatif](http://fr.wikipedia.org/wiki/Risque_relatif)

entre l'origine ethnique ou d'autres facteurs sociaux (pauvreté, migration et discrimination) et le développement d'une psychose ou d'une schizophrénie – et montre que ce sujet a été négligé par la littérature psychiatrique de ces pays depuis quarante ans, au profit d'études qui s'intéressent aux erreurs diagnostiques de psychose chez les sujets issus de minorités. Ils avancent l'hypothèse que cette négligence puisse être en lien avec le développement du paradigme de l'origine biologique et génétique des troubles psychiques.

### ***Des hypothèses explicatives***

Tous les articles repris dans les différentes revues de la littérature proposent des hypothèses explicatives à ces résultats :

- Des prédispositions biologiques et/ou génétiques à la schizophrénie des sujets migrants (prédisposition génétique de certains groupes ethniques, complications périnatales plus fréquentes, consommation de cannabis plus importante, déficience en vitamine D...) ont été avancées. Ces hypothèses ont été réfutées ou non démontrées scientifiquement jusqu'à présent [1-4].
- Fung et al. [3] souligne que malgré la représentation de la schizophrénie comme une maladie du cerveau, il n'y a pas d'étude faite à partir de cette hypothèse (recherche d'une structure cérébrale particulière, recherche d'un dysfonctionnement cérébral...) pour expliquer l'augmentation de son incidence dans la population migrante. Ceci pouvant s'expliquer par le contexte social et politique de ces recherches ainsi que par le grand nombre de raisons psychosociales avancées jusqu'à maintenant.

- L'hypothèse d'une « migration sélective » a été développée par Ødegaard en 1932. La propension à migrer serait liée à une prédisposition à la schizophrénie. Cette théorie a été ensuite réfutée [1-3], notamment par le fait que l'on retrouve dans le discours des sujets migrants une multitude de raisons de migrer.
  
- Une vulnérabilité sociale plus importante chez les sujets migrants, c'est-à-dire une exposition plus importante aux facteurs de risque sociaux de la schizophrénie (famille mono-parentale, placement familial précoce, précarité sociale, mode de vie urbain...) a été avancée et peut sembler assez probable pour expliquer l'incidence augmentée de la schizophrénie dans cette population [1-3]. Néanmoins, toutes les études ne sont pas concordantes à ce sujet, comme par exemple l'étude de Selten [31] dont les résultats montrent que le risque relatif de la schizophrénie n'est pas augmenté dans la communauté turque et antillaise (migrants de première et deuxième génération) des Pays-Bas, bien que leur niveau d'éducation et leurs revenus soient les plus bas pour la communauté turque et qu'une grande proportion (47%) d'enfants antillais ne vit qu'avec un seul parent.
  
- L'hypothèse d'un lien entre densité ethnique et risque de développer une schizophrénie a été avancée aussi. Un sujet migrant vivant dans un espace géographique où la proportion de sujets de son groupe d'appartenance culturelle est faible (minoritaire) serait plus à risque de développer une schizophrénie. Cette idée a été affirmée par certaines études et réfutée par d'autres [1, 3, 4].

- L'impact de la discrimination ou du racisme de la société hôte sur le développement d'une schizophrénie n'a pas été mis en évidence [1-3] bien que cela reste une cause majeure de souffrance psychique.
- L'hypothèse d'un lien entre le degré de développement d'une identité ethnique et le risque de souffrir de schizophrénie n'a pas été mis en évidence, les études divergent à ce sujet [1]. En revanche, ce pourrait être la marginalité qui soit un facteur de risque de développement d'un trouble psychotique, si ce n'en est pas plutôt la conséquence.
- L'hypothèse que l'expérience de la migration (difficultés d'adaptation culturelle, absence de projet de vie, sentiment d'échec personnel...) serait un facteur de risque de schizophrénie, est avancée par certaines études [4].
- L'hypothèse de *misdiagnosis* ou erreurs diagnostiques liées à une mauvaise interprétation des symptômes, par non prise en compte du contexte culturel du patient, a été évoquée pour expliquer cette incidence plus élevée de la schizophrénie chez les migrants [2, 3].

Il est à noter, bien que cela ne soit pas une hypothèse explicative démontrée, que certaines études (Ihara et al. 2009 cité par [3] ; [32]) ont souligné le fait que les hommes de peau noire (sans distinction sur la notion de migration) qui présentait un trouble

psychotique avait plus de symptômes de premier rang Schneideriens<sup>12</sup> que les autres sujets (évalués à l'aveugle de l'origine ethnique, [32]). Cela n'engendrant pas, dans ces études, une augmentation du diagnostic de schizophrénie du fait du contexte, association avec des symptômes affectifs pour certains patients.

Le mode d'accès et le moment de l'accès aux soins sont des paramètres explicatifs qui peuvent être pertinents. Les caribéens au Royaume-Uni consultent fréquemment dans un contexte médico-légal [2] donc d'urgence et de crise. De par l'état de crise à ce moment là, la symptomatologie observée peut être proche de celle de la schizophrénie et donc biaiser l'évaluation diagnostique [33], celle-là même qui est retenue dans les études d'incidence au premier contact avec des soins.

Il est à remarquer que la plus grande partie des hypothèses formulées pour expliquer l'augmentation de l'incidence de la schizophrénie chez les sujets migrants, sont des hypothèses environnementales. Elles ont le mérite, dans le contexte actuel des recherches sur la schizophrénie (neurotransmissions, imagerie fonctionnelle...), de réhabiliter la sociogénèse de cette maladie.

### ***Quelques réflexions critiques***

Quelques critiques peuvent être apportées à ces résultats et à ces hypothèses explicatives.

---

<sup>12</sup> Symptômes psychotiques répertoriés par le psychiatre allemand Kurt Schneider comme pouvant, selon lui, distinguer la schizophrénie des autres psychoses : impression d'être contrôlé par une force extérieure et de ne plus être maître de sa pensée (vol, écho, commentaires, transmissions). Ce qui n'est pas sans rappeler la notion d'automatisme mental défini par de Clérambault.

La population d'étude de ces recherches n'est pas bien définie [2]. Dans certains articles, il est précisé que les patients inclus sont des migrants c'est-à-dire nés à l'étranger (1<sup>ère</sup> génération) ou ayant un parent né à l'étranger (2<sup>ème</sup> génération). Dans d'autres études, le critère d'inclusion est la couleur de peau ou l'ethnicité, ce qui ne donne aucune information sur le statut de migrant de ces populations et réduit les sujets à une seule dimension d'appartenance.

De plus, une des hypothèses explicatives est l'expérience de la migration, mais aucune étude ne spécifie les conditions de migration des sujets qu'elle étudie. La migration est une expérience subjective et à raisons multiples qui possède un impact traumatique complexe. Le processus de la migration n'a pas les mêmes conséquences psychologiques selon l'âge du sujet au moment où il a lieu [34]. De plus, qu'il soit contraint ou choisi, qu'il soit légal ou non, qu'il permette ou non d'échapper à un contexte de guerre ou de persécutions, et qu'il permette ou non de retrouver des membres de sa famille, il ne sera pas vécu de la même manière par le sujet et n'aura donc pas les mêmes répercussions psychiques [35-37, 2]. L'impact de la migration est donc modulé par toute une série de facteurs. Celle-ci ne peut donc pas être un événement qui serait comparable chez tous les migrants et ne permet pas, sans être plus spécifiée, la construction de population d'étude homogène et comparable.

L'hypothèse de *misdiagnosis* ou erreur diagnostique soulève la question de la validité transculturelle des critères diagnostiques [2]. Comme cela a été écrit en introduction, les critères diagnostiques de la schizophrénie dans le DSM ont été constitués dans un cadre culturel occidental. C'est le concept de *category fallacy* de Kleinman [7, 8] - application à un groupe culturel de critères diagnostiques définis au sein d'un autre et dont la validité

transculturelle n'a pas été établie – qui permet de discuter la validité des résultats obtenus dans les différentes études d'incidence de la schizophrénie. Ce qui ne remet pas pour autant en cause l'ubiquité de la maladie à travers les différents mondes culturels.

Une dernière réflexion concerne la stabilité, dans le temps, des diagnostics retenus dans les études [2]. L'évaluation diagnostique qui est retenue dans les études d'incidence au premier contact avec des soins est celle de l'admission ou du premier entretien. Hors, les afro-américains consultent majoritairement en état de crise et aux urgences [33]. Il est légitime de se demander si la symptomatologie observée n'est pas seulement représentative de l'état de crise et non du processus en cours. L'étude de suivi de cohorte (patients marocains et hollandais, 1<sup>er</sup> épisode psychotique) de Zandi et al. [38] appuie cette idée en montrant que la stabilité des diagnostics faits avec le CASH (*the Comprehensive Assessment of Symptoms and History*), à 30 mois, étaient de 27% pour les marocains, 92% pour les hollandais. Ceci pourrait expliquer que les études anglo-saxonnes d'incidence et de prévalence divergent [3]. Les études de prévalence des psychoses (sans trouble affectif) montrant moins de disparités entre les groupes ethniques que les études d'incidence.

### ***La notion d'état délirant aigu***

Les études citées précédemment soulignent la difficulté pour les professionnels de santé mentale d'établir, aux urgences, un diagnostic pertinent et durable d'une symptomatologie délirante chez un patient migrant. L'état délirant aigu renvoie dans le DSM IV-TR [14] au Trouble Psychotique Bref (F23.8x, p. 381, [14]) :

- Critère A : survenue d'au moins un symptôme psychotique positif (hallucinations, idées délirantes, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique). Avec la précision que ces symptômes ne doivent pas être « *des modes réactionnels admis culturellement* » (p. 382, [14]).
- Critère B : durée d'au moins un jour et de moins d'un mois, avec un retour complet au fonctionnement pré-morbide.
- Critère C : la perturbation n'est pas due à un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, à un Trouble schizo-affectif ou une Schizophrénie et n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

Cette définition du Trouble Psychotique Bref rappelle pour beaucoup la description de la Bouffée Délirante Aiguë (BDA) faite par Valentin Magnan au XIXème siècle et qui a été reprise étonnement dans le DSM IV-TR [14], comme un syndrome lié à la culture d'Haïti et d'Afrique de l'Ouest<sup>13</sup> (p. 1018, [14]).

Cette définition souligne l'importance du référentiel culturel pour l'établissement du diagnostic de Trouble Psychotique Bref. Cela montre ainsi toute la difficulté à faire ce diagnostic dans le cas d'un patient migrant. Les notions de délire et d'hallucination renvoient aux paradigmes de réalité et de normalité qui ne sont pas universellement partagés [24, 25] et les phénomènes de transe ou de possession peuvent facilement être confondus avec des états délirants aigus et transitoires. During et al. [44] le soulignent dans leur revue de la littérature internationale sur les trances et les possessions. Ils montrent que parmi les

---

<sup>13</sup> Syndrome observé en Afrique de l'Ouest et à Haïti. Ce terme français fait référence à une explosion brutale d'un comportement agité et agressif, d'une confusion marquée, d'une agitation psychomotrice et est parfois accompagné d'hallucinations visuelles et auditives ou d'idéation persécutoire. Ces épisodes peuvent ressembler à un épisode de Trouble Psychotique Bref (p. 1018, [14]).

patients possédés des 28 études répertoriées, 44 à 56% présentaient en plus des symptômes décrits dans les classifications, des hallucinations visuelles et/ou auditives.

Ce sont les travaux de Collomb à l'hôpital de Fann à Dakar en 1965 qui ont permis de caractériser la clinique de la bouffée délirante aiguë [39] :

- début brutal, souvent précédé d'un événement insolite ou traumatisant, d'un rêve, d'une vision de caractère inhabituel ou de signification inquiétante.
- personnalité antérieure sans particularité.
- expérience délirante familière pour l'individu comme pour le groupe.
- tonalité affective variable.
- vigilance altérée.
- contenu très souvent persécutif associé à d'autres thèmes : grandeur, influence, possession, filiation, mort, culpabilité.
- hallucinations visuelles et verbales très fréquentes et souvent très difficiles à distinguer de rêves, de visions, de vives représentations, hallucinations cénesthésiques fréquentes.
- hallucinations et délires mis en forme par des représentations traditionnelles : maraboutage, sorcellerie, possession.
- réaction de l'entourage importante pour l'évolution.
- guérison dans 90 % des cas, rapidement obtenue (environ 2 mois).

Collomb insistait de plus sur la dimension « positive » de la bouffée délirante aiguë, qui constituait une défense face à l'angoisse, en même temps qu'une tentative de remaniement identitaire et qu'un appel au groupe [39].

Cette présentation de Collomb souligne l'importance de l'entourage familial ainsi que social de l'individu dans la compréhension du trouble, mais aussi dans son issue. La bouffée délirante aiguë signe un désordre familial, auquel les membres vont chercher une origine et un sens en s'appuyant sur des éléments culturels. Les soins médicaux ne sont pas mis en place en premier, ils ne seront pas forcément nécessaires. L'aide est tout d'abord recherchée dans la famille élargie auprès de ceux qui sont supposés détenir les savoirs. Dans un second temps, si ces mesures n'ont pas été efficaces, les soins psychiatriques sont demandés. Le patient migrant présentant une bouffée délirante aiguë au sens de Collomb, voit sa souffrance majorée parce qu'il est privé de son entourage qui aurait apporté des systèmes de sens, de compréhension et de soins. Il n'a plus qu'un seul lieu de soins auquel recourir, les urgences psychiatriques.

Chez les patients migrants comme chez leurs enfants, ces épisodes psychotiques transitoires de bon pronostic (trouble psychotique bref, bouffée délirante aiguë), peuvent correspondre à des tentatives de réaménagement identitaire lorsque le sentiment de continuité de soi a été mis à mal par la migration [39]. Leurs prises en charge aux urgences psychiatriques soulignent plus le défaut de contenance du groupe culturel d'appartenance engendré par la situation migratoire, que leurs gravités cliniques et diagnostiques. Il est donc intéressant en clinique, de toujours considérer le potentiel dynamique et structurant de telles crises et ne pas assigner à ces patients un diagnostic de psychose dès le premier épisode.

**En conclusion**, l'augmentation de l'incidence ou du risque relatif de schizophrénie et de troubles psychotiques associés chez les migrants ou les minorités ethniques est à considérer avec une certaine réserve. Des résultats similaires ont été trouvés dans l'étude de Chavira et al. [40] entre troubles de la personnalité diagnostiqués selon les critères du DSM IV (borderline, schizotypique, évitant, obsessionnel-compulsif) et groupes ethniques (caucasiens, afro-américain et latino). Les limites de leurs résultats rejoignent celles exposées précédemment, c'est-à-dire que les effets de la migration et du processus d'acculturation sur la personnalité ne sont pas pris en compte et de possibles biais culturels d'interprétation chez les cliniciens ont pu aboutir à des erreurs diagnostiques. De plus, les diagnostics retenus au premier contact avec les soins ne sont pas stables dans le temps, les troubles psychotiques brefs ou les bouffées délirantes aiguës ne présageant aucunement d'une évolution vers un trouble chronique. A la lumière de toutes ces réflexions, il semble donc que l'évaluation diagnostique, bien que basée sur les critères reconnus et des entretiens structurés, ne soit exemptée de possibles erreurs. Les *misdiagnosis* en psychiatrie sont encore possibles de part l'influence de nombreux facteurs (références culturelles, évènements de vie...) sur la vie psychique, auxquels il est donc nécessaire de porter attention dès le début de la prise en charge des patients.

## **LA NOTION DE MISDIAGNOSIS**

La notion de *misdiagnosis*, traduit littéralement en français par *erreur de diagnostic*, signifie en psychiatrie, le fait de ne pas reconnaître un trouble mental (sous diagnostic) ou d'identifier un trouble mental qui n'est pas présent (sur diagnostic) ou de diagnostiquer un trouble mental à la place d'un autre (mauvaise identification) [5]. Les erreurs diagnostiques ont des conséquences multiples pour les patients dont la souffrance perdue par mauvaise prise en charge de celle-ci.

Ces erreurs diagnostiques sont le fruit de multiples dysfonctionnements, oubliés et inconnus dans la relation entre le clinicien et le patient. Parfois certaines informations cruciales n'ont pu être obtenues pour établir le diagnostic [5], notamment à cause de la barrière de la langue [5]. D'autres erreurs sont expliquées par des biais culturels d'interprétation [5], parce que la relation de soins est une relation transculturelle [41], où se rencontre deux êtres de cultures différentes, le clinicien et le patient. C'est la distance culturelle entre le clinicien et le patient [6] qui peut entraîner un biais d'interprétation si elle n'est pas prise en compte par le médecin dans son évaluation clinique. Les biais d'interprétation peuvent entraîner des erreurs catégorielles [6], parce que les patients n'expriment pas forcément leurs souffrances selon les catégories conventionnelles [5] retrouvées dans le DSM, parce qu'il existe une variabilité sémiologique des troubles psychiques [6] et parce qu'il existe aussi des troubles psychiques spécifiques de certaines cultures, répertoriés dans le DSM IV sous le nom de syndromes liés à la culture, dans le DSM 5 ce sont les concepts culturels du désarroi.

### ***Un trouble mental : plusieurs expressions symptomatiques***

On retrouve dans la littérature de nombreux exemples de l'existence de variations sémiologiques d'un même trouble psychique. Par exemple, cette étude prospective américaine [42] qui corrèle l'expression symptomatique de la schizophrénie et l'origine ethnique (afro-américain, euro-américain et latino), en s'appuyant sur une évaluation faite grâce à la PANSS (*Positive And Negative Syndrome Scale*), conclut que les afro-américains ont un score plus important aux items *activités hallucinatoires* et *méfiance / persécution* que les euro-américains et les latinos. Les euro-américains ont montré plus de sévérité à l'item *excitation*. Les latinos ont un score plus élevé à l'item *préoccupations somatiques* que les euro-américains et les afro-américains. Un autre exemple est cette étude rétrospective anglaise [43] sur des dossiers de patients expérimentant un état maniaque ou hypomaniaque, qui a montré qu'il y avait différentes expressions symptomatiques d'un trouble bipolaire de type I. Les patients d'origine caribéennes et africaines avaient significativement moins eu d'épisode dépressif auparavant, comparés aux patients d'origine européenne. Ils présentaient aussi, des symptômes psychotiques plus sévères lors de leur premier épisode maniaque. Ces résultats mettent en lumière la variabilité sémiologique des troubles psychiatriques. Cette variabilité est ici corrélée à l'origine ethnique, ce que l'on ne peut superposer à l'appartenance culturelle.

Dans le DSM IV-TR [14], on retrouve pour une partie des troubles mentaux un paragraphe « caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe » qui souligne les différentes présentations cliniques observables, liées à un ou plusieurs de ces trois paramètres. En ce qui concerne le chapitre « schizophrénie et autres troubles psychotiques », il est noté que « *des différences culturelles ont été observées dans la présentation, l'évolution et le devenir*

*de la Schizophrénie [...] Les données de nombreuses études ont montré que la Schizophrénie s'exprime de façon différente chez les hommes et chez les femmes »* (pp. 354-355, [14]). Des précisions sont ensuite données, basées sur la revue de la littérature. On retrouve donc, dans les manuels de référence (DSM, CIM), des tentatives d'alerter le clinicien à cette variabilité sémiologique afin d'éviter que des erreurs diagnostiques soient faites.

Pour certains troubles mentaux, les critères théoriques manquent d'exhaustivité et l'inadéquation entre la présentation clinique et la description conventionnelle du trouble peut entraîner des erreurs diagnostiques. C'est ce que souligne la revue de la littérature internationale de During et al. [44] concernant les études sur les cas de trances et de possessions. Ils ont répertoriés 28 études, publiées entre 1988 et 2009, présentant des cas de trances et de possession selon les critères de classifications reconnues (DSM, CIM). Ils montrent que les patients présentaient en plus des symptômes décrits dans les classifications des hallucinations visuelles et/ou auditives dans 44 à 56% des cas de patients possédés et des plaintes somatiques dans 20 à 34 % des cas de patients possédés ou en transe. Ils concluent leur article en appuyant l'idée que transe et possession devrait être une catégorie à part entière dans le DSM 5 et non un sous-type de trouble dissociatif non spécifié (F44.9, p. 615, [14]). De plus, ils pensent que cette nouvelle catégorie nosographique devrait intégrer ces symptômes dans sa description (hallucinations visuelles et/ou auditives et plaintes somatiques), pour en permettre un meilleur diagnostic. On peut supposer que des erreurs diagnostiques ont été faites chez des patients présentant un état de transe ou de possession à cause des symptômes associés de type hallucinatoire. Il y a pu avoir un excès de diagnostic de psychose chez ce type de patient. Ou à l'inverse, une banalisation de ces

hallucinations sous prétexte que le patient est affilié à une culture où le monde invisible et surnaturel est très présent, amenant aussi à des erreurs diagnostiques.

Certaines études ont étudié la question de la variabilité sémiologique des troubles mentaux sous un autre angle, celui de la culture du patient. Les affiliations culturelles d'un sujet façonnent sa manière d'être au monde, de s'exprimer, d'interagir avec les autres... La culture donne un sens à ce qui nous entoure, à ce qui nous arrive. Elle ne peut donc pas être exclue de la façon dont chacun souffre et l'exprime. L'article de Zouari et al. [45] sur la dépression chez les maghrébins, conclue que « *la symptomatologie hallucinatoire et délirante essentiellement de persécution peut être un mode d'expression d'un vécu dépressif* ». Le vécu persécutif s'inscrit dans des mouvements psychiques projectifs du patient, là où habituellement (monde occidental) sont décrits des mouvements d'introjection et donc un vécu de culpabilité. Les auteurs de cet article écrivent aussi que « *la thématique persécutive ne repose pas sur des idées déréelles constituant un système d'interprétation propre à l'individu. Elle est à mettre en rapport avec un vécu dont la formulation est empruntée à une théorie étiologique populaire de malheur partagée et validée par l'entourage familial et social ; il ne s'agit pas alors d'une rupture radicale des rapports du sujet à lui-même et au monde* ». Ce déplacement du conflit psychique est à mettre en lien avec l'importance dans les sociétés dites traditionnelles du surmoi collectif au dépend du surmoi individuel. L'étude de Louiz et al. [46] qui avançait déjà des résultats similaires à l'époque, montre aussi qu'il y a une évolution de l'expression symptomatique de la dépression au Maghreb et en Afrique Subsaharienne, avec une diminution des thématiques de persécution au profit de plus de thématique de culpabilité. Ce qui souligne à la fois la place de la culture dans l'expression symptomatique des maladies mentales mais

aussi le caractère dynamique et changeant de la sémiologie psychiatrique en lien avec l'évolution des cultures et l'environnement des sujets en souffrance.

### ***Prendre en compte la culture du patient pour éviter les erreurs diagnostiques***

L'erreur de diagnostic est une des hypothèses pouvant expliquer l'augmentation de l'incidence de la schizophrénie et des troubles psychotiques associés chez les patients migrants ou d'origine ethnique minoritaire dans les pays occidentaux. Les symptômes des patients seraient mal interprétés par les cliniciens parce qu'ils ne prendraient pas en compte le contexte culturel à partir duquel le patient exprime sa souffrance. Certaines études ont pu démontrer cette idée. L'étude prospective de Zandi et al. [47], chez les migrants d'origine marocaine en Hollande, a montré que l'incidence de la schizophrénie n'était plus significativement différente dans cette population que dans la population locale, lorsque l'on utilisait pour l'évaluation diagnostique un entretien standardisé sensibilisé à la culture du patient (le CASH-CS, *Cultural Sensitive version of the Comprehensive Assessment of Symptoms and History*). Cette même équipe de chercheur a suivi cette cohorte de patients sur 30 mois pour évaluer la stabilité des diagnostics dans le temps [38]. Ils ont montré, chez les patients migrants, que 81% des diagnostics faits avec le CASH-CS étaient stables contre 27% des diagnostics fait avec le CASH (the *Comprehensive Assessment of Symptoms and History*) ; d'où l'importance de la prise en compte de la culture du patient dès la première évaluation diagnostique. Une étude rétrospective sur dossiers, au Canada, souligne aussi ce point. La moitié des patients adressés à une consultation transculturelle pour psychose ont été rediagnostiqués par les chercheurs – soignants de la consultation transculturelle - à l'aide du guide de formulation culturelle du DSM IV, comme non psychotiques mais

souffrant plutôt de syndrome de stress post traumatique, de trouble de l'adaptation, de dépression et de trouble bipolaire [5]. Les auteurs ont noté que ces changements de diagnostics étaient significativement associés à une arrivée récente du patient au Canada (<10 ans). Ces deux études montrent que la symptomatologie des troubles psychiques est culturellement codée, qu'un même symptôme n'a pas le même sens selon le contexte culturel dans lequel il s'exprime. Elles montrent aussi toute la limite des outils standardisés actuels qui ne sont pas validés de façon transculturelle, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas applicables à tous les patients.

Une étude allemande [48] sur la fidélité inter-clinicien - d'origine turque et allemande - des diagnostics (fait à partir de l'IDCL, *International Diagnostic CheckLists*) de patients turques et allemands présentant un syndrome hallucinatoire paranoïde à l'admission, a mis en évidence un désaccord diagnostique plus important lorsqu'il s'agissait de sujets migrants ; désaccord entre un diagnostic de schizophrénie et un trouble de l'humeur. Cette étude souligne aussi l'importance du monde culturel du clinicien qui fait l'évaluation diagnostique. Le médecin est un être culturel comme son patient, avec des affiliations culturelles (occidentales, africaines, asiatiques...), des références (médicales, hospitalières, religieuses...) et des implicites. Son monde culturel sous tend sa pensée et biaise sa réflexion clinique et diagnostique. Une étude américaine [49] sur l'évaluation des patients âgés d'origine chinoise dans un centre pour déments en Californie, est arrivée à la même constatation. C'est-à-dire que le manque de connaissance concernant la culture chinoise, des cliniciens américains de formation habituelle, a entraîné de nombreuses mauvaises interprétations des comportements des patients âgés chinois et de leurs familles, des erreurs diagnostiques et des suggestions culturellement inappropriées. Ces études

montrent que les erreurs diagnostiques sont les conséquences de non prises en compte de l'altérité culturelle du patient et de sa famille.

***En conclusion***, c'est parce que l'occurrence mondiale de certains troubles psychiatriques a été démontrée, sous tendue par l'existence de nombreuses et évolutives variations sémiologiques, qu'il est nécessaire de réviser régulièrement les manuels et classifications de référence (DSM, CIM) pour rester au plus près de l'expression symptomatique des patients. Tout cela afin d'éviter les erreurs diagnostiques et thérapeutiques. La place des références culturelles du patient et de son entourage sont des éléments, comme cela a été montré précédemment, non négligeables dans l'évaluation diagnostique. La culture du patient sous tend et colore son fonctionnement psychique, sa façon d'exprimer sa joie comme sa détresse et sa souffrance et ne peut donc être omise de la réflexion du clinicien qui pour cela, nécessite d'avoir réfléchi à sa propre altérité culturelle.

## LA PLACE DE LA CULTURE DU PATIENT DANS LA REFLEXION DIAGNOSTIQUE

### DU PSYCHIATRE

L'intérêt de prendre en compte la culture du patient dans la réflexion clinique et l'évaluation diagnostique n'est pas seulement d'éviter l'erreur diagnostique, la mauvaise interprétation et donc la mauvaise prise en charge thérapeutique. C'est aussi d'accéder à une relation thérapeutique de qualité où le patient et le médecin co-construisent le sens donné aux événements. Pour accéder à ce partenariat, il est nécessaire que le clinicien permette l'expression de la mise en sens des troubles par le patient et par son entourage, ce qui n'est pas aisé même pour ceux qui y sont formés. Néanmoins des moyens existent pour aider le médecin dans cette tâche, comme le guide de formulation culturel et son entretien semi-structuré du DSM 5, la médiation interculturelle et les consultations spécialisées.

#### ***Approche émiqque, approche étique : des approches complémentaires***

Contrairement à la langue anglaise, la langue française ne rend pas compte de la double interprétation de la pathologie. En français, on ne peut utiliser que le mot « maladie », que ce soit pour définir un ressenti inconfortable ou un diagnostic médical. En anglais, il existe une distinction linguistique qui rend compte d'une distinction sémantique : « *disease* » signifie le dysfonctionnement d'un processus biologique et/ou psychologique, proche de ce que l'on a pu appeler la « maladie du médecin » ; alors que « *illness* » se réfère à l'expérience psychosociale de la maladie et à sa signification, proche de la « maladie du patient » (Kleinman, 1980, cité dans [50]). Tous les symptômes sont modulés à travers l'expérience de l'*illness*, mais ces deux dimensions ne sont pas complètement séparées l'une

de l'autre, elles entretiennent de très nombreuses interrelations et s'influencent réciproquement. En conséquence, les thérapeutiques ont deux buts, guérir et soigner. La guérison (« *the curing of disease* ») est l'établissement d'un contrôle effectif sur le trouble biologique et/ou psychologique alors que le soin (« *the healing of illness* ») est la production d'une signification individuelle et sociale des problèmes entraînés par la maladie (Kleinman, 1980, cité dans [50]).

En anthropologie médicale, il existe les termes émique et étique qui rappellent cette distinction. Le terme émique rend compte des représentations des communautés locales, le terme étique désigne la perspective professionnelle, extérieure au contexte locale [50]. Cette opposition permet d'étudier les relations entre les modèles biomédicaux de la maladie et l'expérience du patient.

C'est en étudiant l'expérience du patient face à la maladie que Kleinman [20] va définir deux notions importantes en anthropologie médicale, les systèmes de soins et les modèles explicatifs. Les systèmes de soins rassemblent le réseau des réponses aux problèmes humains entraînés par la maladie [50]. Ces systèmes sont composés de trois secteurs aux limites parfois floues, les secteurs populaire, professionnel et traditionnel. Dans chaque secteur, la maladie est perçue, nommée et interprétée et un type spécifique de soins est appliqué. Ce sont les modèles explicatifs de la maladie pour l'individu malade. Les modèles explicatifs cherchent à définir la maladie selon cinq axes : l'étiologie, le moment et le mode d'apparition des symptômes, la physiopathologie, l'évolution du trouble et le traitement [46]. Les modèles explicatifs sont rassemblés, en réponse à un épisode particulier

de maladie, chez un sujet donné, dans un secteur donné, ce qui les distingue des croyances générales [46].

En psychiatrie transculturelle, Moro [21, 22] a montré qu'il était nécessaire d'explorer trois niveaux d'interprétation de la maladie d'un enfant, afin de co-construire avec lui et son entourage un cadre thérapeutique culturellement pertinent. Il y a le niveau des représentations ontologiques (1<sup>er</sup> niveau). Ce sont des images culturelles que l'enfant à naître va venir habiter, elles déterminent comment l'enfant est perçu et donc investi, elles influencent la manière dont on entre en relation avec lui. En conséquence, elles entraînent un certain nombre de processus qui auront pour but de déterminer la nature de l'enfant, d'autant plus dans le cas singulier de l'enfant malade, troublé. Liées à ces représentations ontologiques, se développent des théories étiologiques (2<sup>ème</sup> niveau) qui tentent d'expliquer le dysfonctionnement observé. Ces théories ont pour but de donner un sens culturellement acceptable au désordre concernant l'enfant, son parent ou la relation entre eux. Il y a donc un corpus structuré qui permet de déterminer des causalités culturellement représentables du trouble. A partir des représentations ontologiques et de la recherche étiologique, quelqu'un de culturellement habilité à donner le sens, pourra poser un acte thérapeutique (3<sup>ème</sup> niveau).

Le modèle biopsychosocial des pathologies, supposé universel, opérant dans une culture médicale paternaliste où le psychiatre assène le diagnostic et impose les thérapeutiques, n'est plus adapté à un monde multiculturel. La « biologisation » de la psychiatrie sous-tend l'idée que les troubles mentaux sont liés à un dysfonctionnement cérébral. Mais la biologie montre aussi que chaque individu est un être fondamentalement

culturel, le système nerveux étant inscrit par l'histoire sociale et l'apprentissage culturel de chacun [23]. A l'heure où les mouvements migratoires individuels ou de population sont fréquents, chaque individu construit son expérience en se référant à des cultures créolisées plutôt que monolithiques [51]. Et c'est au travers d'une identité et d'idiomes culturels créolisés que la détresse émotionnelle est communiquée [23]. La relation thérapeutique doit donc évoluer vers un partenariat médecin-patient équitable, où se négocie un plan commun de soins et de traitement à partir des sens donnés par le médecin et le patient [26]. « *la relation thérapeute-malade peut être conceptualisée comme une négociation entre le modèle explicatif du patient et celui du médecin, à condition, bien sûr, qu'il y ait énonciation des deux, puis analyse, c'est-à-dire que chaque modèle soit analysé dans les termes de l'autre et, enfin, transfert, c'est-à-dire que chaque modèle puisse être éventuellement modifié par l'interaction et puisse, à son tour, modifier les modèles d'autres acteurs* » [50]. L'approche émique et l'approche étique sont loin de s'opposer, elles sont complémentaires et peuvent co-exister pour les patients, la médecine donnant des liens de causalités, l'interprétation traditionnelle donnant contenu et sens à l'expérience vécue. La conclusion de l'étude de Carpenter-Song et al. [52] analysant qualitativement les discours de 25 patients américains d'origine ethniques diverses sur leurs vécus et les sens qu'ils ont donnés à la maladie mentale et aux traitements qu'ils ont eu, résume ainsi tout ce qui a été écrit précédemment : « *Voir le monde à travers les yeux de son patient* » pour construire une relation thérapeutique basée sur la compréhension et la confiance, entraînant ainsi un partenariat vrai entre le médecin et le patient, nécessité absolue pour obtenir des soins effectifs en santé mentale.

### Cas de Mme C. : Le Nyungu, le serpent sorcier au Cameroun

Eric de Rosny (1930-2012) est un anthropologue français qui a vécu au Cameroun et qui y a beaucoup étudié la sorcellerie. Il a rassemblé toutes ses observations dans un livre édité en 1981, *Les yeux de ma chèvre* [53], il y parle notamment d'un serpent, le Nyungu. Dans la coutume camerounaise, il existe un monde visible et un monde invisible, le Ndimisi. Il y a plusieurs formes de Ndimisi, celui du Dieu Créateur, un Ndimisi criminel lié à l'argent et la richesse, l'Ekong, où l'on tue et l'on vend, celui de la sorcellerie du caïman, l'anthropophagie, où l'on tue aussi et un quatrième, celui des guérisseurs. Chaque être humain a un double dans le Ndimisi.

Nyungu veut dire « arc-en-ciel » en langue douala. Autrefois on pensait que les richesses étaient au ciel, pour y accéder il fallait avoir un guide, le serpent Nyungu, que l'on obtenait en intégrant l'Ekong. Le Nyungu était le privilège des riches, il permettait d'augmenter sa fortune et de se venger de son ennemi. Maintenant que l'accès à l'Ekong est plus démocratisé, l'accès au serpent l'est aussi. Pour entrer dans l'Ekong, il faut vendre un membre de sa famille, vendre le double dans le monde de l'invisible. Les croyances disent que les riches ont des esclaves qui travaillent pour eux dans les champs de l'invisible. Le Nyungu est considéré comme un serpent de malheur, il est l'exécuteur des hautes œuvres des sorciers de l'Ekong. Il jouit d'une invisibilité dans le Ndimisi. Pour le combattre et le tuer dans le monde invisible, il faut être un Nganga (un guérisseur) et avoir une « double vue ». Le Nyungu a le pouvoir de se tenir dans une personne sans qu'elle le sache. Il représente quelque part le démon d'une famille.

Dans le cas de Mme C., Odile, sa sœur, est celle qui porte le Nyungu, elle peut le montrer. En conséquence, elle est dangereuse non pas en elle-même, dans le monde du

visible, mais par ce serpent, dans le monde de l'invisible. C'est ce que rapporte Mme C. quand elle dit que c'est le Satan (mot non habituel pour désigné le serpent, à mettre en lien avec la religion évangéliste de Mme C. qui désigne le mal par le diable, le Satan. S'affilier à une nouvelle religion est un moyen de se protéger de la sorcellerie.) de sa sœur qui a tué sa mère ou qui la rend malade. Elle n'en veut pas à sa sœur Odile, qu'elle aime beaucoup et cela elle le dira à plusieurs reprises, mais elle se méfie du Nyungu qui est en elle.

S'intéresser au sens que donnent le patient et son entourage (position éémique) aux troubles observés, c'est utiliser des leviers culturels (Devereux, 1969 cité par [54]) qui « *ne sont pas des fins en soi et s'effacent lorsqu'ils ne remplissent plus leur rôle de potentialisateur de récits, de transfert ou d'affects* » [54]. Parler avec le patient de sa culture, de son histoire, est donc essentiel pour faire une évaluation diagnostique pertinente et construire une relation thérapeutique de confiance avec lui. Néanmoins, dans la pratique, il est encore difficile de le mettre en œuvre. Les apports du DSM IV [14] et 5 [15] à ce sujet restent modestes mais prometteurs.

### ***Evaluation diagnostique et culture, en pratique***

Pour aider le clinicien à prendre en compte tous ces paramètres lors de l'évaluation diagnostique aux urgences d'un trouble psychique, les auteurs du DSM IV ont écrit, dans les annexes, une esquisse d'une formulation en fonction de la culture (pp. 1015-1016, [14]). Ce guide de formulation culturel (GFC) propose au clinicien d'évaluer 5 dimensions culturelles de l'état actuel du patient (voir *TABLEAU 1*), permettant ainsi d'aborder un éventail assez important des constituants culturels du diagnostic psychiatrique [18]. Utiliser ce GFC

« permet d'ajouter à la démarche diagnostique une démarche complémentaire d'évaluation de l'expérience du trouble telle que le patient la décrit avec ses propres références » [55], c'est-à-dire évaluer l'*illness*, comme cela a été défini précédemment. De plus, « l'utilisation du guide de formulation culturelle permet au clinicien — même s'il n'est pas un spécialiste de la psychiatrie transculturelle — de co-construire, avec le patient et sa famille, un sens à ce qui est en train de se produire [...] Il introduit un renversement de perspective notable en redonnant une place à la subjectivité du patient et à celle du clinicien, à la narrativité, et à la prise en compte du contexte dans la procédure diagnostique» [55].

Ce GFC est d'un intérêt certain en clinique [5, 55-57]. Comme le montre l'étude de Radjack et al. [6] qui a comparé le diagnostic d'internes en psychiatrie, fait à partir de vignettes cliniques avec et sans informations apportées par le GFC. L'utilisation du GFC du DSM IV permet de diminuer le risque d'errance diagnostique en situation transculturelle. Malgré son intérêt reconnu, ce guide est sous utilisé par les cliniciens. De nombreux auteurs ont expliqué cela par le fait que ce guide ne donne pas de méthodes, d'outils aux cliniciens pour collecter les informations pertinentes. Certains ont donc proposé des *guidelines* [58], d'autres des *interviews* [58-60], c'est-à-dire des entretiens semi structurés qui suivent la structure du GFC mais en tentant de traduire cette structure en questions pratiques et faciles à poser. Le sous groupe de travail sur les questions culturelles de la *Task Force* du DSM 5 ont émis de nombreuses propositions pour faire évoluer le DSM [27], basées sur les études et les recommandations faites par les différents auteurs précités et d'autres de la communauté internationale, depuis la sortie du DSM IV. Seules quelques unes ont été retenues et intégrées notamment dans la section III *Emerging Measures and Models*, le guide de formulation culturel (GFC), le *Cultural Formulation Interview* (CFI) et les *Cultural*

*Concepts of distress.* Le GFC du DSM 5 [15] a été révisé, les catégories à évaluer ont été précisées (voir *TABLEAU 1*). Y a été ajouté un entretien semi structuré bref de 16 questions, le *Cultural Formulation Interview* (pp. 750-757, [15]), pour aider le clinicien à obtenir ces informations pertinentes, une version s'adresse aux patients, une autre s'adresse à l'entourage du patient quand celui-ci ne peut exprimer clairement sa pensée. Le CFI est une approche de l'évaluation culturelle centrée sur la personne permettant d'obtenir des informations du point de vue du sujet et de son entourage. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Il permet d'évaluer 4 domaines : la définition culturelle du problème, la perception culturelle de la cause, le contexte et le soutien social, les facteurs culturels affectant les capacités individuelles à faire face et les demandes d'aide passées, et les facteurs culturels affectant la demande d'aide actuelle (voir *TABLEAU 1*). Le CFI a pour but d'augmenter la validité culturelle de l'évaluation diagnostique, de faciliter la mise en place d'un traitement et sa compliance dans le temps et de promouvoir la responsabilité individuelle et la satisfaction du patient.

TABLEAU 1 : tableau récapitulatif "Culture et DSM"

Les CONSTITUANTS CULTURELS du diagnostic psychiatrique (Alarcón, 2009)	Guide de Formulation Culturelle		Cultural Formulation Interview
	DSM IV	DSM 5	
<b>VARIABLES CULTURELLES</b> langue religion / spiritualité histoire de la migration niveau d'acculturation	IDENTITE CULTURELLE		
<b>DONNEES FAMILIALES</b> histoire structure, hiérarchie, rôle éducation, morale, comportement alimentaire interactions sociales habitudes et façons de chercher de l'aide	ELEMENTS CULTURELS DANS LA RELATION ENTRE L'INDIVIDU ET LE CLINICIEN	CARACTERISTIQUES CULTURELLE DE LA RELATION ENTRE LE MEDECIN ET LE PATIENT	les facteurs culturels affectant la demande d'aide actuelle les préférences du patient (Q14-15) la relation médecin-patient (Q16)
<b>FACTEURS PATHOGENIQUES</b> données familiales médias, structures socio-politiques rituels règles et valeurs du comportement public affiliation à un lieu de culte	FACTEURS CULTURELS EN RELATION AVEC L'ENVIRONNEMENT PSYCHOSOCIAL ET LES NIVEAUX DE FONCTIONNEMENT	FACTEURS DE STRESS PSYCHOSOCIAUX ET LES CARACTERISTIQUES CULTURELLES DE VULNERABILITE ET DE RESILIENCE	Les facteurs culturels affectant les capacités à faire face et les demandes d'aide passées les capacités à faire face (Q11) les demandes d'aide passées (Q12) les entraves pour accéder à de l'aide (Q13)
<b>FACTEURS PATHOPLASTIQUES</b> <i>COPING STYLES</i>	EXPLICATIONS CULTURELLES DE LA MALADIE DE L'INDIVIDU	CONCEPTUALISATION CULTURELLE DE LA SOUFFRANCE	La définition culturelle du problème (Q1 à 3)
<b>MODELES EXPLICATOIRES</b>	EVALUATION CULTURELLE GLOBALE POUR LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN CHARGE	EVALUATION CULTURELLE GLOBALE	Les perceptions culturelles des causes, du contexte et des aides causes (Q 4 - 5) facteurs de stress et aides (Q6-7) le rôle de l'identité culturelle (Q8 à 10)

Malgré une amélioration de la prise en compte des données culturelles du patient, entre le DSM IV [14] et le DSM 5 [15], certaines dimensions du patient migrant restent non prises en compte. Baubet [55] et Baarnhielm et Scarpinati-Rosso [59] trouvaient que le GFC du DSM IV [14] n'était pas assez centré sur la situation particulière de transition sociale et culturelle qu'est la migration, n'évoquant pas ses déterminants conscients et inconscients et son vécu. Rosso et Baarnhielm [56] proposaient d'ailleurs, qu'une section migration et acculturation y soit ajoutée. On remarque que dans le GFC du DSM 5 [15] (voir *TABLEAU 1*), une telle section n'a pas été ajoutée et de plus, dans le CFI, il n'y a pas de question directement posée sur les circonstances de la migration, sa préparation, son but, sa réalisation, son impact... La dimension traumatique de la migration et de l'acculturation et donc sa nécessaire évaluation et prise en compte, reste non considérée dans cette nouvelle version du DSM. Rohlof et al. [60] soulignait l'importance de préciser si un interprète était présent ou non, et d'observer l'attitude du patient à son égard. Rien n'attire l'attention du clinicien sur ce point dans le DSM 5 [15] malheureusement. De plus, Alarcón [27] précise que les propositions de réécriture de l'introduction donnant une place plus importante à la dimension culturelle des troubles psychiques, l'introduction de composantes culturelles dans la définition du trouble mental et des discussions plus poussées sur la nature culturelle de certains critères diagnostiques, n'ont pas non plus été pris en compte par la *Task Force* du DSM 5. Enfin, Baubet [55] précisait pour le GFC du DSM IV [14] mais cela est toujours pertinent pour celui du DSM 5 [15], que la notion de théories étiologiques du patient ou conceptualisations culturelles de la souffrance était à prendre avec prudence, « *ces théories sont des constructions des patients élaborées à un moment donné, dans la relation avec un clinicien, en empruntant à des éléments divers. Il serait tout fait dommageable de les figer, de les essentialiser, voire même de leur donner corps en les énonçant soi-même* ». L'avantage

de ce GFC est justement l'approche personnalisée de la culture du patient, sa perception personnelle et non ce qui a pu être dit ou écrit en général sur son groupe d'appartenance [60]. Le CFI est un nouvel outil qui montrera son efficacité avec le temps. Il semble néanmoins, que ce soit un entretien semi structuré qui ne se suffise pas en soi. Le clinicien ne peut réduire son entretien à ces 16 questions très générales au risque de ne pas avoir accès aux informations recherchées. En revanche, il donne aux cliniciens des pistes de réflexion à explorer avec le patient autour de la mise en sens des troubles.

Il existe d'autres outils, pour la recherche, qui permettent d'explorer les modèles explicatifs des patients, mais ils sont peu utilisables dans la pratique quotidienne du psychiatre des urgences. On peut néanmoins citer deux entretiens semi-structurés liés aux travaux d'anthropologie médicale, l'EMIC (*Explanatory Model Interview Catalogue*), qui explore les modes d'expression de la souffrance, les causes perçues et les comportements de recherche d'aide, dans le but de donner une méthode pour évaluer et comparer de façon fiable et valide les modèles explicatifs d'un trouble donné dans des groupes différents [46]. Et le SEMI (*Short Explanatory Model Interview*), proche de l'EMIC mais moins riche, qui étudie les antécédents personnels et culturels du patient, la nature et la dénomination du problème, l'itinéraire thérapeutique, les interactions avec les secteurs de soins avec les attentes et le niveau de satisfaction obtenu et enfin les théories sur les troubles mentaux en général [50]. Le MINI (*McGill Illness Narrative Interview*) est un entretien semi-structuré de recherche qualitative qui intègre les apports de l'anthropologie médicale. Il permet au patient d'explicitier son expérience des symptômes et de la maladie. L'entretien est découpé en trois parties qui permettent d'obtenir trois niveaux de récit, un niveau basique et chronologique des symptômes et de l'expérience de la maladie, un niveau lié aux

représentations « populaires » partagées par l'entourage notamment et un dernier niveau qui donne accès aux modèles explicatifs, aux attributions causales, aux attentes du traitement, au déroulement attendu et à l'issue espérée du trouble [61]. Des sections supplémentaires explorent les moyens mis en œuvre pour demander de l'aide et des soins, les traitements expérimentés, l'impact du trouble sur l'identité du patient, sa perception de lui-même et ses relations aux autres. Enfin, l'IPQ (*Illness Perception Questionnaire*) issu de la psychologie cognitive, est un questionnaire fermé qui explore l'identité, la cause, la durée, la guérison ou le contrôle et les conséquences de la maladie selon le patient [50].

### ***L'intérêt de la médiation interculturelle***

La compréhension entre un patient et un médecin, ne va pas de soi, ce d'autant plus quand ils ne sont pas de la même culture, ne partagent pas les mêmes us et coutumes et les mêmes implicites. Leur rencontre nécessite donc une explicitation des particularités culturelles bi latérales. Utiliser le GFC et le CFI du DSM 5 [15] est une première façon d'accéder à cette explicitation, elle restera néanmoins incomplète et dépendante de la volonté de chaque protagoniste à co-construire un troisième espace, entre celui du médecin et celui du patient. De par leur place tiers dans la relation, les médiateurs interculturels créent ce troisième espace, celui de la rencontre, celui de la médiation interculturelle, celui de la construction de passerelles de compréhension entre le malade et son médecin, entre le monde culturel du patient et l'institution médicale. Le terme francophone de médiateur interculturel, renvoie à une représentation de tiers apaisant, pacifiant les conflits, contrairement au terme anglo-saxon de *culture- ou cultural-broker* qui renvoie plus à l'idée de conciliation, d'établissement de ponts, de construction d'interfaces culturelles entre le

clinicien et le patient [62]. Quelque soit leurs noms, ces professionnels sont des cliniciens du paradoxe interculturel, celui de l'impossibilité de la rencontre au départ.

La médiation interculturelle comprend deux volets, celui de « traduire » le patient à l'institution et celui de « traduire » l'institution au patient [62]. La dualité de cette fonction n'est pas sans rappeler la dualité de la mise en sens de la pathologie, *illness /disease*, la maladie du patient/maladie du médecin [20], l'approche émiqque/approche étique des troubles. Cette fonction de médiation peut être prise parfois par les interprètes qui sortent alors d'un simple travail de traduction linguistique pour aller vers un travail plus complexe d'accompagnement vers une autre culture, *« les médiateurs qui interviennent entre les professionnels et leurs patients, et qui sont issus de leur culture, ne sont pas seulement des interprètes de langues, mais aussi des coutumes. Ils le sont à double titre : pour les professionnels auprès desquels ils interviennent ; et pour les patients pour qui ils traduisent les propositions et les manières de faire des professionnels, qui ne vont pas de soi et qui agissent eux-mêmes selon un corpus culturel »* [62]. Les *cultural-brokers*, les médiateurs interculturels ou les interprètes parfois, ne sont pas simplement des « traducteurs », ils soutiennent un travail d'articulation entre l'institution médicale et l'environnement social du patient. Il est en effet question de vécus, qui ne sont pas seulement à traduire, mais à recueillir, à accompagner et à transmettre, *« ils effectuent une incessante « traduction » de vécus singuliers dont ils rendent compte non pas seulement en termes appropriés, mais « appropriables », par une anticipation permanente des effets de leur « traduction » »* [62]. L'étude qualitative du discours de 30 médiatrices sur leurs façons de faire, de Cohen-Emerique et Fayman [63] souligne bien ces deux destinataires de la médiation, le patient et l'institution. Leurs résultats montrent qu'elles utilisent différentes méthodes selon

l'interlocuteur ; face aux migrants, elles adaptent leurs comportements aux codes traditionnels, tentent de faire comprendre l'écart entre ici et là-bas, communiquent à travers deux codes linguistiques, abordent la famille dans une approche systémique, citent leur propre expérience, travaillent dans la durée et créent un « état d'espérance » ; face aux institutions, elles diversifient leurs approches selon le champs d'intervention, elles discernent les références et les contraintes des professionnels, elles apportent des connaissances... Elles ont fonction d'agents de transformation et de passerelles entre des univers qui s'ignorent *a priori*.

La compétence de ces médiateurs requiert cinq conditions : la connaissance intime des cultures dont ils témoignent, celle de l'institution au sein de laquelle ils interviennent, une indépendance garantie par une éthique et une déontologie exigeante, une aptitude particulière à traduire, et un dispositif institutionnel permettant de les associer à un processus thérapeutique [62]. Leur connaissance de la culture permet d'informer l'institution et de traduire la langue mais aussi de réintroduire pour le patient, par leur seule présence, une société avec laquelle il a parfois des rapports complexes. A propos des interprètes auprès des indiens du Canada en fin de vie, Kaufert et Koolage [64] disait qu'ils étaient sous les pressions croisées de différents rôles, celui de traducteurs instantanés de la langue du patient, celui de « *culture broker – informants* » c'est-à-dire d'informateurs sur la culture du patient auprès de l'institution, celui de « *culture broker – biomedical interpreters* » c'est-à-dire d'informateurs sur les concepts biomédicaux auprès des patients et celui d'avocats des patients.

Le médiateur interculturel est un troisième protagoniste dans la relation thérapeutique. Il vient créer cet espace intermédiaire, cette « *aire transitionnelle de la traduction* » [62] où il ne s'agit pas tant de « *traduire que de faire « sentir » la traduction, de s'appuyer sur les différences qu'elle surligne plus que sur les correspondances qu'elle établit, pour ouvrir à un espace particulier de traduction, ouvert à son commentaire, sa contextualisation, pour atteindre le « perdre-trouver-crée » du sens de la traduction* » [62]. Cette aire transitionnelle, cet espace de compréhension réciproque, n'est autre que le lieu de la rencontre entre le clinicien et le patient. C'est à partir de cette rencontre que la relation thérapeutique peut s'établir et évoluer vers un partenariat vrai médecin-patient équitable, basée sur la compréhension et la confiance, où se négocie un plan commun de soins et de traitement à partir des sens donnés par le médecin et le patient. L'utilisation d'une médiation interculturelle, quel qu'en soit sa forme, est fortement recommandée par l'*European Psychiatric Association* dans leur guide des soins des migrants en santé mentale [65], soulignant de plus, que l'échec à fournir, quand cela est nécessaire, une interprétation appropriée est une discrimination indirecte du patient migrant.

### ***L'intérêt des consultations spécialisées***

La médiation interculturelle permet l'accès à une compréhension réciproque qu'il est parfois nécessaire de soutenir par un aménagement du cadre de la consultation. Il existe en Europe et en Amérique du Nord quelques consultations de psychiatrie transculturelle, c'est-à-dire des consultations spécialisées dans les soins psychiques des migrants. En France, on parle d'ethnopsychiatrie ou d'ethnopsychanalyse, parce que la pensée de cette pratique s'appuie sur l'anthropologie et la psychanalyse et repose sur la méthode du

complémentarisme de Devereux [66]. Les dispositifs proposés sont à géométrie variable, suivis en individuel et/ou en groupe de co-thérapeutes. Il s'agit d'y prendre en compte deux paramètres : l'origine culturelle des familles et leur situation transculturelle.

Le dispositif du groupe de co-thérapeutes est le plus original et spécifique. Il est composé d'une équipe de co-thérapeutes d'origines culturelles et linguistiques multiples (une dizaine), le fait d'être migrant est une condition ni nécessaire ni suffisante pour y être intégré. Les séances durent près de deux heures et les thérapies sont brèves, à raison d'une séance par mois ou tous les deux mois pendant six mois environ.

Le patient est reçu en groupe et vient souvent accompagné de son entourage. Un traducteur est nécessaire dans certains cas, il est toujours inscrit dans le dispositif thérapeutique. Le patient et son entourage peuvent selon leurs envies, leurs possibilités et la nature du récit qu'ils construisent l'utiliser pour repasser par leur langue maternelle. Le dispositif est par nature métissé et centré sur la notion d'altérité [67]. En plus de ses fonctions – modalité culturelle de l'échange et du soin, co-construction d'un sens culturel, étayage du patient – le groupe permet une matérialisation de l'altérité et une transformation de cette altérité en leviers thérapeutiques, c'est-à-dire en support de l'élaboration psychique [67]. Le dispositif permet l'explicitation de données tant culturelles – du groupe d'appartenance du patient – qu'idiosyncrasiques – découlant de son histoire singulière [22]. Si les diverses psychothérapies d'inspiration psychanalytique sont centrées « autour du discours du patient », en ethnopsychiatrie, la séance s'organise d'abord « *autour du discours sur le patient* » (Blanchet et Nathan, 1991 cité par [22]) pour accéder, dans un deuxième temps seulement, au discours du patient [22]. Ce qui permet ainsi d'accéder à la diversité des

représentations sur le patient qu'elles soient culturelles, familiales ou par la suite de plus en plus individuelles.

Les différents types de dispositif spécifique (groupe de co-thérapeutes, entretien individuel) d'un lieu de consultation de psychiatrie transculturelle ne sont pas forcément nécessaires pour tous les patients migrants présentant des troubles psychiques, et ne peuvent être mis en place en urgence. La prise en charge en consultation de groupe s'adresse principalement aux patient migrants en errance entre le système occidental de soins et un système traditionnel, sans pouvoir faire de liens entre ces lieux et sans qu'aucun ne déclenche de véritable travail d'élaboration et de transformation de la situation [67]. Ce sont donc des lieux d'adressage de seconde intention. Comme toute psychothérapie, le dispositif de groupe a des limites, générales mais aussi particulières. Il ne s'adresse pas à un patient et à sa famille non préparés à l'élaboration de leur altérité culturelle, aux patients en rupture avec leur groupe d'appartenance et lorsqu'une élaboration strictement individuelle est nécessaire.

### ***La notion de compétence culturelle***

Dans la littérature anglo-saxonne des quinze dernières années [68], un nouveau concept est apparu, celui de compétence culturelle (*cultural competence*). Contrairement à ce qui pourrait être attendu, cette notion n'est pas envisagée comme une surspécialisation d'un soignant (médiateurs interculturels), d'une consultation (consultations d'ethnopsychiatrie) ou d'une institution (service de psychiatrie transculturelle) mais comme

une part de la compétence générale des soignants, quelque soit leur niveau hiérarchique et leur spécialité médicale.

La compétence culturelle est un concept aux limites encore floues que l'on peut commencer par définir ainsi : ensemble de compétences ou procédés qui permettent aux professionnels de santé mentale de fournir des soins qui sont culturellement appropriés à la diversité culturelle de la population qu'ils servent [68]. Cette définition insiste sur l'objectif d'une telle compétence pour un soignant, à savoir améliorer les prises en charge des patients migrants ou de culture différente de la sienne. Le chemin vers le développement d'une compétence culturelle pour un soignant passe par la prise de conscience de l'altérité culturelle de ses patients, puis par l'acquisition de nouvelles connaissances sur ces différentes cultures pour finir par l'amélioration de ses compétences soignantes dans ses prises en charge [68]. Ce chemin ne peut se faire sans un certain travail réflexif, c'est à dire une élaboration par le soignant de sa propre altérité culturelle. Les ingrédients essentiels de la compétence culturelle sont la compréhension, l'appréciation et le respect des différences et des similarités dans, parmi, et entre les groupes de patients culturellement diversifiés [69].

La compétence culturelle d'un lieu de consultation n'émerge pas de la mixité culturelle des soignants qui y travaillent, ni de leurs connaissances sur les croyances et les pratiques spécifiques d'un groupe culturel particulier mais de l'attention qu'ils vont porter aux modifications que la culture du patient va apporter sur sa perception de la maladie (*illness*), son comportement et ses capacités d'accès aux soins. Cela ne se résume pas non plus simplement à l'exportation d'une façon de faire, d'un groupe de culture dans un autre.

Conceptualiser la compétence culturelle, c'est s'intéresser à la manière d'être d'un soignant, à ses compétences et méthodes d'intervention ou aux processus psychiques en cours chez ce soignant dans la relation avec le patient migrant [69]. En termes de manière d'être du soignant, un clinicien culturellement compétent a une conscience de sa propre altérité culturelle, une connaissance des cultures différentes de la sienne et des capacités à intervenir dans la relation avec son patient de manières culturellement appropriées. Voir la compétence culturelle comme des capacités et des méthodes d'intervention, c'est l'envisager comme des connaissances intellectuelles approfondies et des stratégies de travail pour prendre soins de patients culturellement différent de soi. C'est une capacité thérapeutique spécialisée au même titre que d'autres expertises médicales. Enfin, la modéliser comme un processus psychique particulier en cours dans la relation médecin-patient-traitement, c'est la considérer comme un processus multidimensionnel où une réflexion dynamique, allant du général au particulier, basée sur des connaissances spécifiques d'une culture donnée, permet de discuter et de réfléchir à des mises en sens possibles des troubles avec le patient et son entourage.

La compétence culturelle d'un lieu ou d'un soignant est rendue visible par différents moyens, la présence d'un interprète ou d'un médiateur culturel, l'organisation groupale de la consultation (exemple des consultations en ethnopsychiatrie décrites précédemment) et l'attitude particulière du soignant et de son équipe à l'égard du patient et de sa famille (respect des hiérarchies familiales, des manières de saluer...). Elle est aussi présente dans les sujets abordés par le soignant : la migration, le statut du patient dans le pays d'accueil, le racisme, certaines références culturelles... les sujets propres à la situation transculturelle du patient et non simplement culturelle. Tous ces moyens mis en œuvre n'ayant qu'un objectif, rendre la communication avec le patient et son entourage possible, c'est à dire

culturellement acceptable et appropriée pour eux afin de construire une relation thérapeutique de bonne qualité.

La revue de la littérature de Bhui et al. [68] de 9 études nord américaines, sur l'intérêt des formations pour acquérir une compétence culturelle, conclue que les méthodes de formation sont encore sous développées et donc, pour le moment, non consensuelles. Les méthodes utilisées dans les articles cités sont la lecture pour acquérir de nouvelles connaissances, les discussions autour d'un cas, les jeux de rôles et le travail de reprise à partir de vidéos. Le but de ces formations étant pour les soignants, d'augmenter leurs connaissances, d'accéder à une prise de conscience de l'altérité de leurs patients et enfin d'améliorer leurs compétences. Il faut souligner, que l'acquisition d'une telle compétence, à l'instar de la compétence plus générale d'être soignant, ne se fait pas d'un seul coup. C'est un processus graduel, qui s'enrichit avec le temps et qui est toujours en cours, dont les effets sont difficilement évaluables, il y a d'ailleurs peu d'études sur le sujet [68].

L'évaluation de la compétence culturelle d'une institution ou d'un soignant est possible actuellement grâce à des outils d'évaluation notamment développés pour un corps de métier de première ligne particulièrement exposés à la diversité culturelle des patients, les infirmiers. L'article de Loftin et al. [70] répertorie, grâce à une revue de la littérature exhaustive, 11 instruments de mesure (*Cultural Self-Efficacy Scale, CSES ; Transcultural Self-Efficacy Tool, TSET...*) permettant l'évaluation de la compétence culturelle des infirmiers étudiants et diplômés. Ils soulignent que ces outils présentent une limite importante, ce sont des auto-évaluations de sa propre compétence culturelle.

**En conclusion**, les politiques de santé mentale actuelles des pays aux populations multiculturelles, comme la France, recommandent que les professionnels de santé mentale et les institutions soient culturellement compétents. Néanmoins, les moyens mis en œuvre dans chaque pays sont en partie dépendants de son histoire migratoire et de sa politique nationale envers les migrants et leur intégration. La compétence culturelle des soignants et des lieux de consultations commence par une prise de conscience personnelle puis groupale de l'altérité des patients migrants ou non, reconnaissance qui passe chez un soignant, par l'élaboration de sa propre altérité, de son contre-transfert selon Freud<sup>14</sup>, de son contre-transfert culturel selon Devereux<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Voir le chapitre : le contre transfert culturel, Discussion, p.86 de ce mémoire.

## DISCUSSION

L'évaluation diagnostique d'un patient présentant une symptomatologie d'allure délirante, nécessite qu'une attention particulière soit portée sur ses références culturelles et son statut migratoire, c'est-à-dire aux constituants culturels du diagnostic psychiatrique [18]. Chaque patient est un être culturel (il a une langue, une tradition, des coutumes, une religion/spiritualité, une histoire familiale, une éducation, des valeurs...). Ses affiliations culturelles façonnent sa manière d'être au monde, de le comprendre mais aussi d'exprimer ses émotions, sa détresse. Le récit de la migration et le niveau d'acculturation d'un patient sont des éléments précieux de l'anamnèse de ses troubles, renvoyant à un vécu passé plus ou moins lointain plus ou moins traumatique, qui influence son état psychique actuel [2, 34-37].

Ne pas s'intéresser à ces éléments culturels entraîne le risque de faire des erreurs diagnostiques (*misdiagnosis*) [5, 6] notamment de surdiagnostiquer un trouble psychotique, voire une schizophrénie [1, 4], au lieu par exemple d'un trouble de l'humeur, d'un syndrome de stress post traumatique ou d'une manifestation culturellement admise du désarroi. La culture du patient colore l'expression de ses symptômes, le trouble sous-jacent peut être alors mal interprété par le clinicien qui se réfère lui aussi à un corpus culturellement codé (concept de *category fallacy* de Kleinman [7, 8]).

Pour un psychiatre, prendre en compte la culture du patient dans son évaluation diagnostique, c'est compléter sa propre réflexion (position étique) avec celle du patient et de son entourage (position émique) [50], pour aboutir à une mise en sens des troubles

co-construite et donc accéder ainsi à un espace de compréhension réciproque. La relation thérapeutique devient alors un partenariat vrai où se négocie un plan de soins et de traitement adéquat [26]. Accéder à l'*illness*, c'est-à-dire à ce vécu personnel du patient, à ses modèles explicatifs [20] ou théories étiologiques [21, 22], à sa mise en sens des troubles, est possible pour le clinicien soit grâce à sa propre compétence culturelle, soit à partir du GFC (Guide de formulation culturelle) du DSM IV [14, 55, 60] ou 5 [15], soit en s'appuyant sur des entretiens semi structurés, comme par exemple le CFI (*Cultural Formulation Interview*) du DSM 5 [15], soit, enfin, grâce à une médiation interculturelle (*cultural-broker*, interprète...) [62, 65]. La suite de la discussion abordera la question de l'existence ou non de signes cliniques particuliers qui pourraient rapidement orienter le clinicien dans sa réflexion diagnostique face à un patient migrant présentant une symptomatologie d'allure délirante.

L'altérité culturelle du patient migrant renvoie le médecin et l'institution médicale à leurs propres altérités culturelles, interroge leurs propres affiliations. Le diagnostic psychiatrique et le DSM sont culturellement codés [24], basés sur la représentation du réel du monde occidental où la place de l'invisible est dans le domaine du psychopathologique [25]. La fin de la discussion abordera la notion développée par Devereux [66] de contre transfert culturel du clinicien et son implication dans la clinique quotidienne auprès des patients migrants.

### ***Quels signes cliniques pourraient orienter la réflexion diagnostique du psychiatre?***

On ne retrouve dans la littérature aucune étude donnant une liste de signes cliniques ou anamnestiques permettant de faire la distinction entre une décompensation aiguë

délirante d'un trouble psychotique et une symptomatologie culturellement codée – paraissant délirante - d'une détresse psychique autre. La distinction est, finalement, affaire du psychiatre qui reçoit le patient aux urgences, en se basant sur des outils (sa compétence culturelle, le GFC, la CFI, une médiation interculturelle...) qui lui permettent d'enrichir son évaluation clinique et sa réflexion diagnostique.

Dans les cas cliniques présentés précédemment, la question qui a été au premier plan dans la réflexion diagnostique est celle du caractère délirant ou non de leurs propos et celle sous-jacente de la connotation bizarre de ceux-ci. Les idées délirantes bizarres renvoient automatiquement au diagnostic de schizophrénie dans le DSM. Mais qu'est ce qui est sensé être bizarre ? La forme des propos, le contenu des idées... « *les idées délirantes sont considérées comme bizarres si elles sont nettement invraisemblables et incompréhensibles et ne proviennent pas d'expériences ordinaire de la vie* » (p. 375, [14]). Le DSM IV-TR [14] place donc la bizarrerie sur le fond, le contenu, la croyance exprimée. La distinction entre pensée normale et délirante interroge donc la notion de standard universel [71], y a-t-il une normalité, qu'est ce qui est « ordinaire de la vie »... Contrairement au DSM, Cermolacce et al. [72] écrit sur cette question, que la bizarrerie nécessite d'être comprise comme liée non pas simplement au contenu délirant (le propos) mais aussi à la forme de l'expérience (le vécu subjectif). La question serait alors non pas sur le fond, formulée à partir des croyances et de l'environnement culturel mais sur la forme, l'expression, le vécu de l'expérience que le sujet décrit.

Un exemple en est que dans la pratique psychiatrique le symptôme « hallucination » est traité, sans trop de considération pour sa signification fonctionnelle individuelle et

systemique, mais parce qu'il est considéré négativement, telle une expérience dérangeante, alors que dans les sociétés où la rationalité est moins prégnante, ces expériences sont positivement connotées et donc facilement communiquées et admises [73]. « *Le degré de rationalité et la distinction entre réalité et imagination varie d'une société à l'autre* » [73], à un extrême, la société scientifique rationnelle occidentale à l'autre extrême une société de transmission orale sans l'écrit et entre les deux, toutes les autres sociétés plus ou moins influencées par la société occidentale. Dans de nombreuses cultures non occidentales, la notion de « réalité » est utilisée pour décrire des hallucinations, des images psychiques et des états de conscience altérée et la population de ces cultures réagit à ces expériences non pas « comme si » elles étaient réelles mais comme une réalité [73]. Tout cela rendant l'évaluation diagnostique d'un patient affilié à ce type de culture, difficile pour un médecin occidental, les deux cultures n'ayant pas le même paradigme de la réalité. Nous avons montré précédemment la place de la culture dans l'expression symptomatique, il est à souligner maintenant que la culture du patient a aussi un rôle tout particulier dans le vécu de l'expérience (hallucinations...). La valence de la stigmatisation liée à la manifestation psychique est déterminée par le sens donnée par la société à laquelle le patient est affilié. En Occident, une hallucination est un symptôme d'un trouble psychotique, dans d'autre société, elle peut être une manifestation d'un don de voyance ou d'une capacité de communiqué avec un autre monde... Le vécu varie donc entre celui d'une maladie et d'un don, d'un isolement social et d'une ascension sociale... La précision du cadre culturel du patient est donc nécessaire pour donner un sens à l'évènement. Ce cadre culturel est à retrouver non pas seulement auprès du patient mais aussi auprès de son entourage familial et social [44].

Cette cohérence entre le vécu subjectif du patient et la mise en sens sociétale des manifestations psychiques observées, rappelle ce que Quine et Ullian ont décrits en 1970, comme la notion de « réseau de croyances » (*web of beliefs*) à propos des croyances individuelles. Pechey et Halligan [74] la définissent comme un filtre, un schéma pré-existant par lequel une nouvelle croyance doit passer et qui assure la cohérence de l'ensemble. Une croyance est acceptée si elle ne perturbe pas la cohérence de l'ensemble des croyances. Dans une réflexion similaire, l'état d'un sujet n'est donc pas pathologique s'il est cohérent avec le fonctionnement culturel auquel il se réfère. Les manifestations cliniques sont donc considérées comme pathologiques si le patient en a un vécu de souffrance et si elles ne sont pas cohérentes dans son cadre interne, c'est-à-dire qu'elles ne prennent pas sens dans son monde culturel.

La revue de la littérature de de Leede-Smith et Barkus [75] sur les hallucinations acoustico-verbales (HAV) appuie l'idée qu'une manifestation dite délirante (ici, HAV) n'est pas forcément mal vécue par le patient. Les HAV ne sont pas non plus diagnostic spécifique et ne témoignent pas forcément d'une détérioration du fonctionnement psychique (prévalence des HAV entre 5 et 28% dans la population générale). Dans leur article, ils relèvent les signes permettant de faire la distinction entre des HAV liées à une détresse psychique tel un trouble psychotique (population clinique) de celles témoignant d'une adaptation psychique (population non clinique). Dans les deux populations, les HAV sont intra psychiques ou venant de l'extérieur, expliquées comme provenant de l'intérieur ou de l'extérieur d'eux même et aussi forte que leur propre voix. Dans la population non clinique, les HAV sont moins fréquemment à la troisième personne, plus contrôlables, souvent la conséquence d'une seule voix, non présentes en permanence, durent quelques minutes à

chaque fois, font des commentaires ou des conversations entre elles, débutent à l'adolescence (12-14 ans), sont sans grande conséquence sur le fonctionnement social et sans inconfort, ne sont pas souvent désagréables, négatives ou effrayantes. La différence majeure soulignée par les auteurs est la valence émotionnelle des HAV entre les deux populations et donc le vécu de l'expérience qui en découle. Ce qui caractérise les HAV en population non clinique, c'est qu'elles sont bien tolérées, probablement parce qu'elles ont une fonction rassurante. Les hallucinations acoustico-verbales sont pour certains sujets des mécanismes psychiques d'adaptation (*coping mechanism*) qui permettent un maintien d'un fonctionnement social, face à certains stress de la vie.

Croire en une religion peut être considéré comme un autre mécanisme d'adaptation face à certaines questions existentielles. L'expérience religieuse est difficilement distinguable de l'expérience délirante psychotique par des outils standardisés de diagnostic [76]. Il tient néanmoins au psychiatre d'en faire la distinction. Les résultats de l'étude qualitative de Eeles et al. [77] sur le discours d'infirmières anglaises montrent qu'elles considèrent comme une expérience religieuse (et donc non psychotique) une expérience qui n'empêche pas la poursuite d'une activité professionnelle, sociale et relationnelle *a minima*, qui est intégrée dans le fonctionnement de vie habituel du sujet, qui est de courte durée, où le phénomène est plutôt contrôlé, où les émotions ressenties sont celles de paix et de réassurance. Et elles insistent sur la notion de partage de l'expérience par l'entourage. C'est-à-dire que l'expérience est plausible, acceptable, a un sens dans la culture de référence du sujet. Elles évoquent aussi une part de subjectivité personnelle dans cette évaluation. Le caractère bizarre ou la dangerosité n'orientent pas l'évaluation contrairement aux antécédents psychiatriques, au contexte, à la prise de drogues et aux autres symptômes

associés. Le caractère négatif de l'expérience, la nature impossible et non plausible jouent en faveur d'une psychose. Les auteurs concluent donc que ce qui est considéré pathologique par ces infirmières, se résume au fait que l'expérience vécue est non congruente avec la culture du patient. L'étude de Sanderson et al. [78], a des résultats différents. Les psychologues interrogés, à partir de vignettes cliniques, rapportent faire la distinction entre expérience religieuse et expérience psychotique à partir du degré de déviance de l'expérience rapportée par rapport aux croyances et pratiques religieuses conventionnelles. Moins conventionnelle est l'expérience, moins elle est reconnue authentiquement religieuse et moins le patient est considéré comme en bonne santé. Les auteurs concluent que les professionnels utilisent leurs normes culturelles implicites propres comme base pour évaluer l'expérience religieuse et donc la santé mentale de leur patient. Ces deux études rappellent à nouveau la place de la culture dans l'évaluation diagnostique des patients. Mais leur divergence souligne un point, il y a plusieurs référentiels culturels dans une relation thérapeutique, ceux du patient et ceux du médecin. La relation médecin-malade est donc une relation transculturelle [41] qui demande donc que le médecin se soit lui aussi interrogé sur sa langue, sa tradition, ses coutumes, sa religion/spiritualité, son histoire familiale, son éducation, ses valeurs...

***En conclusion***, pour un psychiatre, faire la distinction entre une décompensation délirante psychotique et une symptomatologie culturellement codée – paraissant délirante - d'une détresse psychique, c'est évaluer le vécu du patient et la cohérence de sa condition dans son monde culturel de référence. Pour cela le psychiatre doit reconnaître l'altérité culturelle du patient, et donc sa propre altérité culturelle face à son patient, ce que

Devereux [66] a appelé le contre-transfert culturel, en prolongeant le concept freudien de contre-transfert.

### ***Le contre transfert culturel du clinicien***

La notion psychanalytique de contre-transfert a été développée par Freud en 1910 [79] et est définie ainsi par Laplanche et Pontalis « *ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci* » [80]. Le contre-transfert, en psychanalyse, recouvre des aspects fantasmatiques et affectifs. Ce sont les réactions liées à des éléments propres au patient (sa personnalité, son état, ses réactions conscientes et inconscientes) et à des éléments propres à l'analyste (sa problématique propre, ses attentes, ses représentations, ses théories...). Freud, tout au long de son œuvre, donne une place importante à la prise en compte du contre-transfert, « *chacun possède en son propre inconscient un instrument avec lequel il peut interpréter les expressions de l'inconscient chez les autres* » [81], il souligne ainsi la nécessité pour le psychanalyste d'avoir lui-même suivi une psychanalyse et de poursuivre son auto-analyse suite à celle-ci, afin, de toujours rester attentif à son propre fonctionnement psychique.

De Urtubey souligne que le contre-transfert précède même le transfert du patient sur son analyste, dans une forme de pré-contre-transfert ou de « contre transfert d'accueil » [82].

« *Le contre-transfert d'accueil s'appuie sur les différentes manières dont dispose le thérapeute de s'identifier au patient : identifications primaires à l'être humain ; œdipiennes secondaires contribuant aux phases de contre-transfert maternel ou paternel (dans les deux cas concernant ses parents et son ou ses anciens ou actuels analystes) ; hystériques, faisant leurs les problèmes et les symptômes du patient ; concordantes (avec le moi, le surmoi et/ou*

*le ça du patient) ; complémentaires (avec les objets internes de celui-ci) » [82]. Ce à quoi il faut aussi ajouter les traits de caractère de l'analyste, ses conflits, résolus ou non, ou seulement à un degré insuffisant. Le contre-transfert d'accueil est donc la prédisposition à l'accueil du patient qui existe chez tout analyste ou thérapeute. Ce sont des éléments stables qui sont propre à l'analyste et qui définissent sa manière de se mettre en relation avec chaque patient [83].*

La notion de contre-transfert a été étudiée par de nombreuses psychanalystes et a été étendue hors de la cure analytique, à toute relation thérapeutique. Il est grossièrement défini alors comme le vécu du clinicien dans la relation médecin-malade. Il ne représente pas seulement les sentiments qui apparaissent chez le clinicien durant les entretiens, mais aussi la subjectivité de celui-ci [84], ce que de Urtubey reconnaît comme le contre-transfert d'accueil. C'est-à-dire que la subjectivité, l'expérience professionnelle et les propres représentations culturelles du clinicien, sous tendent les émotions et les représentations qui surgissent chez lui face à l'histoire et le comportement de son patient et donc sous tendent aussi sa lecture de ce qui se passe pour son patient. Le contre-transfert du clinicien est donc une caractéristique majeure de la relation thérapeutique et un appui essentiel de sa réflexion diagnostique.

Devereux, psychanalyste et anthropologue franco-américain, d'origine roumaine, a élargi les notions de transfert et de contre transfert. Le contre transfert de tout psychothérapeute/observateur/chercheur en sciences humaines est la somme de ses réactions explicites et implicites, conscientes et inconscientes par rapport à son patient ou son objet de recherche [66]. Il complexifie le concept de contre-transfert en y soulignant la

dimension culturelle et sociale. Il existe des facteurs spécifiques de la dimension culturelle du contre-transfert en ce que le thérapeute est comme tout homme un être de culture. Il parle de pressions culturelles latentes, catégorisations implicites et modèles inconscients, nécessaires et obligatoires, qui guident ou abusent la pensée, à partir de laquelle le clinicien pense et perçoit son patient. L'altérité dans toute rencontre clinique relève autant du médecin que du patient. Nathan (1977, cité par [83]) parle à ce sujet de contre-transfert culturel. Le contre-transfert culturel souligne la dimension collective du contre-transfert. Une part des réactions du clinicien correspond au collectif qui est en lui au collectif qui est dans le patient. Derrière cette relation interindividuelle médecin-malade se dessine une relation intergroupale entre les groupes d'appartenance dont font partie le patient et le clinicien. Cette relation reste à l'arrière-scène dans une prise en charge entre individus de même culture, une relation intraculturelle, mais peut au contraire occuper l'avant-scène dans une relation interculturelle [85].

Pour le clinicien, prendre en compte son propre contre transfert culturel c'est mieux appréhender ce qui relève de l'histoire du sujet, de sa subjectivité et de ce qui relève de ses propres projections dans la relation. En clinique, Moro [17] le définit comme « *la manière dont le thérapeute se positionne [intérieurement] par rapport à l'altérité du patient* ». Autrement dit, il s'agit des réactions explicites et implicites, conscientes et inconscientes du clinicien aux affiliations de son patient, en situation clinique. Le contre-transfert culturel est donc lié à l'histoire personnelle du thérapeute, à son âge, son sexe, son identité professionnelle, son appartenance culturelle et sociale et est emprunt d'histoire, de politique, de géographie...

L'élaboration du contre-transfert en clinique est difficile. C'est, pour le thérapeute, analyser tout autant ce que l'autre engendre en lui que ce que lui engendre chez l'autre, que les manières dont il s'engage avec l'autre et dont l'autre s'engage avec lui et ce dans ses dimensions conscientes et inconscientes. Cela nécessite en premier lieu de le reconnaître c'est-à-dire de l'identifier, de l'explicitier et de l'élaborer [83]. Celui-ci n'est objectivable qu'à partir d'une référence tierce (superviseur, institution, références théoriques...) seul moyen de se décentrer de ses propres réactions. Cela nécessite le recours à l'outil psychanalytique. La reconnaissance et l'objectivation du contre-transfert dans sa dimension culturelle nécessite dans cette référence tierce ou triangulation, le recours à l'outil complémentariste [66] c'est-à-dire à l'introduction de l'anthropologie, de la sociologie, de l'histoire et de la politique... Accéder à ce décentrage, pour le clinicien, c'est permettre l'élaboration de « la culture en soi », en tant que phénomène universel afin d'atteindre un niveau métaculturel en clinique et l'élaboration de « l'altérité en soi », en tant que ce qui est autre [54]. Le décentrage « *consiste à construire une position intérieure qui permette de ne pas ramener de l'inconnu à du connu* » [86]. L'« *Elaboration de la « culture en soi* », c'est l'élaboration de ce qui est foncièrement propre au thérapeute, c'est-à-dire totalement indépendant du patient, le questionnement qui lui est nécessaire pourrait se résumer par « *comment le fait de travailler à partir de telles théories et pratiques, dans telle institution, dans telle société, ayant telle histoire, tel contexte socio économique, telle politique influent-ils mes réactions de contre transfert ?* » » [83], c'est l'élaboration du pré-contre-transfert culturel.

**En conclusion**, pour les cliniciens, élaborer leurs contre-transferts et leurs dimensions culturelles a un impact sur leurs prises en charge, notamment dans l'aménagement du cadre des interventions psychothérapeutiques en situation interculturelle, nécessaire parfois mais

pas toujours, avec les patients migrants. Ces aménagements étant nécessaires pour réduire la distance existante entre le patient et le thérapeute. Ceci ayant un triple intérêt : améliorer la qualité de l'évaluation, améliorer l'alliance thérapeutique avec le patient et donc augmenter les chances de réussite du traitement. Les adaptations techniques peuvent être : l'introduction de la langue maternelle parfois nécessaire pour avoir un meilleur accès à la subjectivité du patient, des techniques d'entretien repensées où l'on favorise l'expression du vécu et de la mise en sens du patient, des dispositifs d'entretien réaménagés où l'on favorise le groupe plutôt que l'individuel pour introduire le tiers nécessaire au décentrage de la pensée du thérapeute...

## CONCLUSION

La place de la culture dans la réflexion clinique et l'évaluation diagnostique des troubles psychiques est majeure, comme cela a été montré précédemment. Mais elle est surtout double. La culture du patient sous-tend et colore son fonctionnement psychique, sa façon d'exprimer sa joie comme sa détresse et sa souffrance et ne peut donc être omise de la réflexion du clinicien. Mais le clinicien est aussi un être culturel et il lui faut élaborer sa propre altérité culturelle par rapport à son patient, notamment au travers de son contre-transfert et de la dimension culturelle de celui-ci.

La relation thérapeutique est une rencontre de deux univers culturels. Il tient au clinicien de les faire se rencontrer, que ce soit grâce à l'aménagement de son cadre d'intervention (prise en charge groupale multiculturelle, médiation culturelle, interprétariat...), ou grâce à l'aménagement de sa technique d'entretien (entretiens donnant accès à la position éémique du patient par exemple le CFI). L'intérêt en est triple, améliorer la qualité de l'évaluation diagnostique, améliorer l'alliance thérapeutique avec le patient et surtout augmenter les chances de réussite du traitement.

Pour un psychiatre, faire la distinction entre une décompensation délirante psychotique et une symptomatologie culturellement codée – paraissant délirante - d'une détresse psychique, n'est pas simple et il n'y a quasiment pas d'étude faite sur le sujet. Interroger les ethnopsychiatres, les ethnocliniciens sur ce sujet pour faire ressortir des critères, des signes, orientant le diagnostic des cliniciens non ou moins sensibilisés à cette

question semble être une piste de recherche très intéressante. D'un point de vue plus pratique, mieux former les jeunes psychiatres à ces questions est aussi une nécessité.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Veling, W. (2013). Ethnic minority position and risk for psychotic disorders: *Current Opinion in Psychiatry*, 26(2), pp. 166–171.
2. Baubet, T., Taïeb, O., Guillaume, J., & Moro, M. R. (2009). Les états psychotiques chez les jeunes migrants et enfants de migrants. *L'Encéphale*, 35, pp. S219–S223.
3. Fung, W. L. A., Bhugra, D., & Jones, P. B. (2009). Ethnicity and mental health: the example of schizophrenia and related psychoses in migrant populations in the Western world. *Psychiatry*, 8(9), pp. 335–341.
4. Tortelli, A., Kourio, H., Ailam, L., & Skurnik, N. (2009). Psychose et migration, une revue de la littérature. *Annales Médico-psychologiques, Revue Psychiatrique*, 167(6), pp. 459–463.
5. Adeponle, A. B., Thombs, B. D., Groleau, D., Jarvis, E., & Kirmayer, L. J. (2012). Using the cultural formulation to resolve uncertainty in diagnoses of psychosis among ethnoculturally diverse patients. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 63(2), pp. 147–153.
6. Radjack, R., Baubet, T., El Hage, W., Taieb, O., & Moro, M.-R. (2012). Peut-on objectiver et éviter les erreurs diagnostiques en situation transculturelle ? *Annales Médico-psychologiques, Revue Psychiatrique*, 170(8), pp. 591–595.
7. Kleinman, A. M. (1977). Depression, somatization and the “new cross-cultural psychiatry.” *Social Science & Medicine*, 11(1), pp. 3–10.
8. Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
9. Bhugra, D., Gupta, S., Bhui, K., Craig, T., Dogra, N., Ingleby, J. D., ... Tribe, R. (2011). WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 10(1), pp. 2–10.
10. Baubet, T. (2004). Traumas psychiques chez les demandeurs d’asile en France : des spécificités cliniques et thérapeutiques, *Le journal international de victimologie*, 2(2), [1 screen]. Available from : [http://www.jidv.com/BAUBET,T-JIDV2004\\_%20\(2\).htm](http://www.jidv.com/BAUBET,T-JIDV2004_%20(2).htm).
11. Baubet, T., & Moro, M. R. (2009). Effets de la migration et de l’exil. In *Psychopathologie transculturelle* (pp. 49–57). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
12. Baubet, T., & Rezzoug, D. (2009). Méthodes en recherche transculturelle. In *Psychopathologie transculturelle* (pp. 265–274). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

13. Tylor, E. B. (1871). *Primitive culture: researches into the development of mythology, philosophy, religion, art, and custom* (1974 ed.). New York: Gordon Press.
14. American psychiatric association, Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2004). *DSM-IV-TR manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux: Masson.
15. American Psychiatric Association, & DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
16. Mead, M. (1963). Papers in Honor of Melville J. Herskovits: Socialization and Enculturation. *Current Anthropology*, 4(2), pp. 184–188.
17. Moro, M. R. (2010). *Nos enfants demain: pour une société multiculturelle*. Paris: Odile Jacob.
18. Alarcón, R. D. (2009). Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 8(3), pp. 131–139.
19. McKenzie, K. (1999). Moving the misdiagnosis debate forward. *International Review of Psychiatry*, 11(2-3), pp. 153–161.
20. Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
21. Moro, M. R. (2001). L'être et l'avoir. L'exemple du travail parents migrants-bébés. *Métisse*, 5(1&2), pp. 26–33.
22. Moro, M. R. (2009). Vers une ethnopsychanalyse parents-bébé. In *L'arbre de vie* (pp. 209–228). Paris: Erès.
23. Kirmayer, L. J., & Minas, H. (2000). The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 45(5), pp. 438–446.
24. Pewzner-Apeloig, E. (2005). Psychologie universelle, psychologie plurielle : la psychologie est-elle une production culturelle ? *Annales Médico-psychologiques, Revue Psychiatrique*, 163(2), pp. 107–117.
25. Giraud, F. (2001). L'invisible : Psychiatrie, histoire et pratique de l'altérité. *L'Autre*, 1(3), pp. 431–440.

26. Jacob, K. S. (2014). DSM-5 and culture: The need to move towards a shared model of care within a more equal patient–physician partnership. *Asian Journal of Psychiatry*, 7, pp. 89–91.
27. Alarcón, R. D. (2014). Les composantes culturelles dans le DSM-5 : contenus fondamentaux ou concessions purement cosmétiques ? *L'Évolution Psychiatrique*, 79(1), pp. 39–53.
28. Cantor-Graae, E., & Selten, J.-P. (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *The American Journal of Psychiatry*, 162(1), pp. 12–24.
29. Bourque, F., van der Ven, E., & Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological Medicine*, 41(5), pp. 897–910.
30. Jarvis, G. E. (2007). The social causes of psychosis in North American psychiatry: a review of a disappearing literature. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 52(5), pp. 287–294.
31. Selten, J.-P. (2001). Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 178(4), pp. 367–372.
32. Arnold, L. M., Keck, P. E., Collins, J., Wilson, R., Fleck, D. E., Corey, K. B., ... Strakowski, S. M. (2004). Ethnicity and first-rank symptoms in patients with psychosis. *Schizophrenia Research*, 67(2-3), pp. 207–212.
33. DeCoux Hampton, M. (2007). The Role of Treatment Setting and High Acuity in the Overdiagnosis of Schizophrenia in African Americans. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(6), pp. 327–335.
34. Veling, W., Hoek, H. W., Selten, J.-P., & Susser, E. (2011). Age at migration and future risk of psychotic disorders among immigrants in the Netherlands: a 7-year incidence study. *The American Journal of Psychiatry*, 168(12), pp. 1278–1285.
35. Rasmussen, A., Crager, M., Baser, R. E., Chu, T., & Gany, F. (2012). Onset of Posttraumatic Stress Disorder and Major Depression Among Refugees and Voluntary Migrants to the United States: Onset of PTSD and Depression in Refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 25(6), pp. 705–712.
36. Ornelas, I. J., & Perreira, K. M. (2011). The role of migration in the development of depressive symptoms among Latino immigrant parents in the USA. *Social Science & Medicine*, 73(8), pp. 1169–1177.
37. Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., ... for the Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH). (2010). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), pp. E959–E967.

38. Zandi, T., Havenaar, J. M., Laan, W., Kahn, R. S., & van den Brink, W. (2011). Predictive validity of a culturally informed diagnosis of schizophrenia: A 30month follow-up study with first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 133(1-3), pp. 29–35.
39. Baubet, T. (2009). Adultes : des hommes et des femmes métisses. In *Psychopathologie transculturelle* (pp. 237–255). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
40. Chavira, D. A., Grilo, C. M., Shea, M. T., Yen, S., Gunderson, J. G., Morey, L. C., ... Mcglashan, T. H. (2003). Ethnicity and four personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 44(6), pp. 483–491.
41. Baubet, T. (2012). Les soins d'urgence en situation transculturelle. *La revue de l'infirmière*, 61(178), pp. 24–25.
42. Barrio, C., Yamada, A.-M., Atuel, H., Hough, R. L., Yee, S., Berthot, B., & Russo, P. A. (2003). A tri-ethnic examination of symptom expression on the positive and negative syndrome scale in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 60(2-3), pp. 259–269.
43. Kennedy, N., Boydell, J., van Os, J., & Murray, R. M. (2004). Ethnic differences in first clinical presentation of bipolar disorder: results from an epidemiological study. *Journal of Affective Disorders*, 83(2-3), pp. 161–168.
44. During, E. H., Elahi, F. M., Taieb, O., Moro, M.-R., & Baubet, T. (2011). A critical review of dissociative trance and possession disorders: etiological, diagnostic, therapeutic, and nosological issues. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 56(4), pp. 235–242.
45. Zouari, N., Aloulou, J., Siala, M., Ben Mahmoud, S., Zouari, L., & Maalej, M. (2010). Aspects culturels dans la dépression masquée par des symptômes psychotiques. *L'Encéphale*, 36(6), pp. 504–509.
46. Louiz, H., Ben Nasr, S., Salhi, J. E., Ghaoui, S., & Ben Hadj Ali, B. (1999). Délires et hallucinations dans la dépression, aspect culturel. *L'Encéphale*, 25(NS3), pp. 22–25.
47. Zandi, T., Havenaar, J. M., Smits, M., Limburg-Okken, A. G., van Es, H., Cahn, W., ... van den Brink, W. (2010). First contact incidence of psychotic disorders among native Dutch and Moroccan immigrants in the Netherlands: Influence of diagnostic bias. *Schizophrenia Research*, 119(1-3), pp. 27–33.
48. Haasen, C., Yagdiran, O., Mass, R., & Krausz, M. (2000). Potential for misdiagnosis among Turkish migrants with psychotic disorders: a clinical controlled study in Germany. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(2), pp. 125–129.

49. Elliott, K. S., & Di Minno, M. (2006). Unruly Grandmothers, Ghosts and Ancestors: Chinese Elders and the Importance of Culture in Dementia Evaluations. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 21*(3-4), pp. 157–177.
50. Taïeb, O., Heidenreich, F., Baubet, T., & Moro, M. R. (2005). Donner un sens à la maladie : de l’anthropologie médicale à l’épidémiologie culturelle. *Médecine et Maladies Infectieuses, 35*(4), pp. 173–185.
51. Bibeau, G. (1997). Cultural Psychiatry in a Creolizing World: Questions for a New Research Agenda. *Transcultural Psychiatry, 34*(1), pp. 9–41.
52. Carpenter-Song, E., Chu, E., Drake, R. E., Ritsema, M., Smith, B., & Alverson, H. (2010). Ethno-Cultural Variations in the Experience and Meaning of Mental Illness and Treatment: Implications for Access and Utilization. *Transcultural Psychiatry, 47*(2), pp. 224–251.
53. De Rosny, E. (1981). *Les yeux de ma chèvre: sur les pas des maîtres de la nuit en pays douala (Cameroun)* (1996 ed.). Paris: Plon.
54. Moro, M. R. (2009). Les débats autour de la question culturelle en clinique. In *Psychopathologie transculturelle* (pp. 30–48). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
55. Baubet, T. (2005). Culture et diagnostic psychique : l’utilisation du “guide de formulation culturelle” du DSM-IV en clinique. *Annales Médico-psychologiques, Revue Psychiatrique, 163*(1), pp. 38–44.
56. Rosso, M. S., & Baarnhielm, S. (2012). Use of the Cultural Formulation in Stockholm: A qualitative study of mental illness experience among migrants. *Transcultural Psychiatry, 49*(2), pp. 283–301.
57. Fortuna, L. R., Porche, M. V., & Alegria, M. (2009). A Qualitative Study of Clinicians’ Use of the Cultural Formulation Model in Assessing Posttraumatic Stress Disorder. *Transcultural Psychiatry, 46*(3), pp. 429–450.
58. Mezzich, J. E., Caracci, G., Fabrega, H., & Kirmayer, L. J. (2009). Cultural Formulation Guidelines. *Transcultural Psychiatry, 46*(3), pp. 383–405.
59. Baarnhielm, S., & Scarpinati Rosso, M. (2009). The Cultural Formulation: A Model to Combine Nosology and Patients’ Life Context in Psychiatric Diagnostic Practice. *Transcultural Psychiatry, 46*(3), pp. 406–428.
60. Rohlof, H., Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2009). Use of the Cultural Formulation with Refugees. *Transcultural Psychiatry, 46*(3), pp. 487–505.
61. Groleau, D., Young, A., & Kirmayer, L. J. (2006). The McGill Illness Narrative Interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. *Transcultural Psychiatry, 43*(4), pp. 671–691.

62. Coyer, G. (2014). Médiation interculturelle : une mutuelle interprétation. *L'Évolution Psychiatrique*, 79(1), pp. 142–155.
63. Cohen-Emerique, M., & Fayman, S. (2005). Médiateurs interculturels, passerelles d'identités. *Connexions*, 83(1), pp. 169–190.
64. Kaufert, J. M., & Koolage, W. W. (1984). Role conflict among “culture brokers”: the experience of native Canadian medical interpreters. *Social Science & Medicine (1982)*, 18(3), pp. 283–286.
65. Bhugra, D., Gupta, S., Schouler-Ocak, M., Graeff-Calliess, I., Deakin, N. A., Qureshi, A., ... Carta, M. (2014). EPA Guidance mental health care of migrants. *European Psychiatry*, 29(2), pp. 107–115.
66. Devereux, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. [Paris]: Aubier.
67. Moro, M. R., & Baubet, T. (2009). Les soins en situation transculturelle. In *Psychopathologie transculturelle* (pp. 151–167). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
68. Bhui, K., Warfa, N., Edonya, P., McKenzie, K., & Bhugra, D. (2007). Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. *BMC Health Services Research*, 7, 15, pp. 1-10.
69. Sue, S., Zane, N., Nagayama Hall, G. C., & Berger, L. K. (2009). The case for cultural competency in psychotherapeutic interventions. *Annual Review of Psychology*, 60, pp. 525–548.
70. Loftin, C., Hartin, V., Branson, M., & Reyes, H. (2013). Measures of cultural competence in nurses: an integrative review. *The Scientific World Journal*, 2013, Article ID 289101, 10 pages.
71. Gaines, A. D. (1995). Culture-specific delusions. Sense and nonsense in cultural context. *The Psychiatric Clinics of North America*, 18(2), pp. 281–301.
72. Cermolacce, M., Sass, L., & Parnas, J. (2010). What is Bizarre in Bizarre Delusions? A Critical Review. *Schizophrenia Bulletin*, 36(4), pp. 667–679.
73. Al-Issa, I. (1995). The illusion of reality or the reality of illusion. Hallucinations and culture. *The British Journal of Psychiatry*, 166(3), pp. 368–373.
74. Pechey, R., & Halligan, P. (2012). Using Co-Occurrence to Evaluate Belief Coherence in a Large Non Clinical Sample. *PLoS ONE*, 7(11), e48446 (8pages).

75. De Leede-Smith, S., & Barkus, E. (2013). A comprehensive review of auditory verbal hallucinations: lifetime prevalence, correlates and mechanisms in healthy and clinical individuals. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, pp. 1–25.
76. Fulford, K. W. M., & Jackson, M. (1997). Spiritual Experience and Psychopathology. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 4(1), pp. 41–65.
77. Eeles, J., Lowe, T., & Wellman, N. (2003). Spirituality or psychosis?—An exploration of the criteria that nurses use to evaluate spiritual-type experiences reported by patients. *International Journal of Nursing Studies*, 40(2), pp. 197–206.
78. Sanderson, S., Vandenberg, B., & Paese, P. (1999). Authentic religious experience or insanity? *Journal of Clinical Psychology*, 55(5), pp. 607–616.
79. Freud, S. (1910). Perspectives d'avenir de la thérapie psychanalytique. In A. Berman (Trans.), *La technique psychanalytique* (1981 ed., pp. 23–34). Paris: Presses universitaires de France.
80. Laplanche, J., Pontalis, J.-B., & Lagache, D. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse* (5ème ed.). Paris: Presses universitaires de France.
81. Freud, S. (1913). La prédisposition à la névrose obsessionnelle : contribution au problème de l'électivité névrotique. *Revue française de psychanalyse*, 3(3), 1929, pp. 437–447.
82. De Urtubey, L. (2006). Des origines du contre-transfert. *Revue Française de Psychanalyse*, 70(2), pp. 371–384.
83. Rouchon, J.-F. (2007). *La notion de contre-transfert culturel : enjeux théoriques, cliniques et thérapeutiques*. Thèse d'exercice pour le doctorat de médecine. Université de Nantes.
84. Küey, A. G. (2012). Le contre-transfert : une réalité non dite en pratique psychiatrique. *Perspectives Psy*, 51(1), pp. 70–72.
85. Michel, L. (1999). Des stéréotypes culturels au transfert-contre-transfert dans la relation psychothérapique interculturelle. *Psychotherapies*, 19(4), pp. 247–255.
86. Baubet, T., Moro, M. R. (2003). *Psychiatrie et migrations*. Paris: Masson.

## ANNEXES

- Guide de Formulation culturelle (GFC) DSM IV-TR

### **Annexe I**

# Esquisse d'une formulation en fonction de la culture et Glossaire des syndromes propres à une culture donnée

Cette annexe est divisée en deux sections. La première section fournit l'esquisse d'une formulation culturelle destinée à aider le clinicien qui évalue systématiquement et qui rend compte de l'impact du contexte culturel sur l'individu. La seconde est un glossaire des syndromes spécifiques d'une culture donnée.

### **Esquisse d'une formulation en fonction de la culture**

Cette esquisse d'une formulation en fonction de la culture est censée compléter l'évaluation diagnostique multiaxiale et relever les difficultés qui pourraient être rencontrées en appliquant les critères du DSM-IV dans un environnement multiculturel. La formulation en fonction de la culture fournit une revue systématique de l'origine culturelle d'un individu, le rôle du contexte culturel dans l'expression et l'évaluation des symptômes et des dysfonctionnements, et l'effet que les différences culturelles peuvent induire sur la relation entre l'individu et le clinicien.

Comme cela a été indiqué dans l'introduction du manuel (voir p. XXVII), il est important que le clinicien prenne en compte le contexte ethnique et culturel d'un individu dans l'évaluation de chacun des axes du DSM-IV. De plus, la formulation en fonction de la culture suggérée ci-dessous donne l'opportunité de décrire systématiquement le groupe culturel et social de référence d'un individu, et d'indiquer à quel point le contexte culturel est important pour la prise en charge. Le clinicien peut donner un résumé narratif pour chacune des catégories suivantes :

**Identité culturelle d'un individu.** Noter le groupe ethnique ou culturel de référence de l'individu. Pour les immigrants et les minorités ethniques, noter séparément le degré de participation de la culture d'origine et de la culture d'accueil (si applicable). Noter aussi les capacités, l'usage et la préférence linguistique (y compris le multilinguisme).

**Explications culturelles de la maladie de l'individu.** Ce qui suit peut être identifié : les idiotismes principaux de la souffrance grâce auxquels les symptômes ou le besoin d'un soutien social sont communiqués (ex., « les nerfs », la possession, les plaintes somatiques, le malheur inexplicable), la signification et la perception de la sévérité des symptômes d'un individu par rapport aux normes du groupe de référence culturelle, la terminologie médicale locale utilisée par la famille d'un individu ou la communauté pour identifier l'affection (voir « Glossaire des syndromes propres à une culture donnée » ci-dessous), les causes perçues ou les modèles explicatifs que l'individu et le groupe de référence utilisent pour expliquer la maladie, et les expériences antérieures ainsi que la préférence actuelle pour une prise en charge par des méthodes conformes ou non aux usages de la profession médicale.

**Facteurs culturels en relation avec l'environnement psychosocial et les niveaux de fonctionnement.** Noter les interprétations culturelles pertinentes des facteurs de stress sociaux, du support social disponible et des niveaux de fonctionnement et du handicap. Cela devrait inclure les stress dans l'environnement social immédiat et le rôle de la religion et du réseau familial comme source de soutien émotionnel, matériel ou informatif.

**Éléments culturels dans la relation entre l'individu et le clinicien.** Indiquer les différences de culture et de statut social entre l'individu et le clinicien, et les problèmes que ces différences pourraient causer dans le diagnostic et le traitement (p. ex., difficultés de communiquer dans la langue maternelle de l'individu, difficultés à identifier les symptômes et à comprendre leur signification culturelle, difficultés à établir une relation appropriée ou un certain degré d'intimité, difficultés à déterminer si un comportement est pathologique ou normal).

**Évaluation culturelle globale pour le diagnostic et la prise en charge.** La formulation conclut avec une discussion sur la façon dont les considérations culturelles influencent de façon spécifique la complétude du diagnostic et de la prise en charge.

## Glossaire des syndromes propres à une culture donnée

Le terme *syndrome propre à la culture* dénote la survenue répétée de schémas de comportements aberrants et d'expériences perturbantes qui sont spécifiques d'une région et peuvent être liés ou non à une catégorie diagnostique particulière du DSM-IV. Beaucoup de ces schémas sont considérés par les autochtones comme des « maladies » ou au moins des affections, et la plupart ont des noms locaux. Bien que les présentations cliniques se rapportant aux catégories majeures du DSM-IV soient retrouvées dans le monde entier, les symptômes particuliers, l'évolution et la réponse sociale sont souvent influencés par des facteurs culturels locaux. Au contraire, les syndromes spécifiques d'une culture donnée sont généralement limités à des sociétés spécifiques ou à des zones de culture, et correspondent à des catégories diagnostiques

- **Guide de Formulation culturelle (GFC) DSM 5 et la *Cultural Formulation Interview* (CFI)**

## Cultural Formulation

Understanding the cultural context of illness experience is essential for effective diagnostic assessment and clinical management. *Culture* refers to systems of knowledge, concepts, rules, and practices that are learned and transmitted across generations. Culture includes language, religion and spirituality, family structures, life-cycle stages, ceremonial rituals, and customs, as well as moral and legal systems. Cultures are open, dynamic systems that undergo continuous change over time; in the contemporary world, most individuals and groups are exposed to multiple cultures, which they use to fashion their own identities and make sense of experience. These features of culture make it crucial not to overgeneralize cultural information or stereotype groups in terms of fixed cultural traits.

*Race* is a culturally constructed category of identity that divides humanity into groups based on a variety of superficial physical traits attributed to some hypothetical intrinsic, biological characteristics. Racial categories and constructs have varied widely over history and across societies. The construct of race has no consistent biological definition, but it is socially important because it supports racial ideologies, racism, discrimination, and social exclusion, which can have strong negative effects on mental health. There is evidence that racism can exacerbate many psychiatric disorders, contributing to poor outcome, and that racial biases can affect diagnostic assessment.

*Ethnicity* is a culturally constructed group identity used to define peoples and communities. It may be rooted in a common history, geography, language, religion, or other shared characteristics of a group, which distinguish that group from others. Ethnicity may be self-assigned or attributed by outsiders. Increasing mobility, intermarriage, and intermixing of cultures has defined new mixed, multiple, or hybrid ethnic identities.

Culture, race, and ethnicity are related to economic inequities, racism, and discrimination that result in health disparities. Cultural, ethnic, and racial identities can be sources of strength and group support that enhance resilience, but they may also lead to psychological, interpersonal, and intergenerational conflict or difficulties in adaptation that require diagnostic assessment.

### Outline for Cultural Formulation

The Outline for Cultural Formulation introduced in DSM-IV provided a framework for assessing information about cultural features of an individual's mental health problem and how it relates to a social and cultural context and history. DSM-5 not only includes an updated version of the Outline but also presents an approach to assessment, using the Cultural Formulation Interview (CFI), which has been field-tested for diagnostic usefulness among clinicians and for acceptability among patients.

The revised Outline for Cultural Formulation calls for systematic assessment of the following categories:

- **Cultural identity of the individual:** Describe the individual's racial, ethnic, or cultural reference groups that may influence his or her relationships with others, access to re-

sources, and developmental and current challenges, conflicts, or predicaments. For immigrants and racial or ethnic minorities, the degree and kinds of involvement with both the culture of origin and the host culture or majority culture should be noted separately. Language abilities, preferences, and patterns of use are relevant for identifying difficulties with access to care, social integration, and the need for an interpreter. Other clinically relevant aspects of identity may include religious affiliation, socioeconomic background, personal and family places of birth and growing up, migrant status, and sexual orientation.

- **Cultural conceptualizations of distress:** Describe the cultural constructs that influence how the individual experiences, understands, and communicates his or her symptoms or problems to others. These constructs may include cultural syndromes, idioms of distress, and explanatory models or perceived causes. The level of severity and meaning of the distressing experiences should be assessed in relation to the norms of the individual's cultural reference groups. Assessment of coping and help-seeking patterns should consider the use of professional as well as traditional, alternative, or complementary sources of care.
- **Psychosocial stressors and cultural features of vulnerability and resilience:** Identify key stressors and supports in the individual's social environment (which may include both local and distant events) and the role of religion, family, and other social networks (e.g., friends, neighbors, coworkers) in providing emotional, instrumental, and informational support. Social stressors and social supports vary with cultural interpretations of events, family structure, developmental tasks, and social context. Levels of functioning, disability, and resilience should be assessed in light of the individual's cultural reference groups.
- **Cultural features of the relationship between the individual and the clinician:** Identify differences in culture, language, and social status between an individual and clinician that may cause difficulties in communication and may influence diagnosis and treatment. Experiences of racism and discrimination in the larger society may impede establishing trust and safety in the clinical diagnostic encounter. Effects may include problems eliciting symptoms, misunderstanding of the cultural and clinical significance of symptoms and behaviors, and difficulty establishing or maintaining the rapport needed for an effective clinical alliance.
- **Overall cultural assessment:** Summarize the implications of the components of the cultural formulation identified in earlier sections of the Outline for diagnosis and other clinically relevant issues or problems as well as appropriate management and treatment intervention.

## Cultural Formulation Interview (CFI)

The Cultural Formulation Interview (CFI) is a set of 16 questions that clinicians may use to obtain information during a mental health assessment about the impact of culture on key aspects of an individual's clinical presentation and care. In the CFI, *culture* refers to

- The values, orientations, knowledge, and practices that individuals derive from membership in diverse social groups (e.g., ethnic groups, faith communities, occupational groups, veterans groups).
- Aspects of an individual's background, developmental experiences, and current social contexts that may affect his or her perspective, such as geographical origin, migration, language, religion, sexual orientation, or race/ethnicity.
- The influence of family, friends, and other community members (the individual's *social network*) on the individual's illness experience.

The CFI is a brief semistructured interview for systematically assessing cultural factors in the clinical encounter that may be used with any individual. The CFI focuses on the individual's experience and the social contexts of the clinical problem. The CFI follows a person-centered approach to cultural assessment by eliciting information from the individual about his or her own views and those of others in his or her social network. This approach is designed to avoid stereotyping, in that each individual's cultural knowledge affects how he or she interprets illness experience and guides how he or she seeks help. Because the CFI concerns the individual's personal views, there are no right or wrong answers to these questions. The interview follows and is available online at [www.psychiatry.org/dsm5](http://www.psychiatry.org/dsm5).

The CFI is formatted as two text columns. The left-hand column contains the instructions for administering the CFI and describes the goals for each interview domain. The questions in the right-hand column illustrate how to explore these domains, but they are not meant to be exhaustive. Follow-up questions may be needed to clarify individuals' answers. Questions may be rephrased as needed. The CFI is intended as a guide to cultural assessment and should be used flexibly to maintain a natural flow of the interview and rapport with the individual.

The CFI is best used in conjunction with demographic information obtained prior to the interview in order to tailor the CFI questions to address the individual's background and current situation. Specific demographic domains to be explored with the CFI will vary across individuals and settings. A comprehensive assessment may include place of birth, age, gender, racial/ethnic origin, marital status, family composition, education, language fluencies, sexual orientation, religious or spiritual affiliation, occupation, employment, income, and migration history.

The CFI can be used in the initial assessment of individuals in all clinical settings, regardless of the cultural background of the individual or of the clinician. Individuals and clinicians who appear to share the same cultural background may nevertheless differ in ways that are relevant to care. The CFI may be used in its entirety, or components may be incorporated into a clinical evaluation as needed. The CFI may be especially helpful when there is

- Difficulty in diagnostic assessment owing to significant differences in the cultural, religious, or socioeconomic backgrounds of clinician and the individual.
- Uncertainty about the fit between culturally distinctive symptoms and diagnostic criteria.
- Difficulty in judging illness severity or impairment.
- Disagreement between the individual and clinician on the course of care.
- Limited engagement in and adherence to treatment by the individual.

The CFI emphasizes four domains of assessment: Cultural Definition of the Problem (questions 1–3); Cultural Perceptions of Cause, Context, and Support (questions 4–10); Cultural Factors Affecting Self-Coping and Past Help Seeking (questions 11–13); and Cultural Factors Affecting Current Help Seeking (questions 14–16). Both the person-centered process of conducting the CFI and the information it elicits are intended to enhance the cultural validity of diagnostic assessment, facilitate treatment planning, and promote the individual's engagement and satisfaction. To achieve these goals, the information obtained from the CFI should be integrated with all other available clinical material into a comprehensive clinical and contextual evaluation. An Informant version of the CFI can be used to collect collateral information on the CFI domains from family members or caregivers.

Supplementary modules have been developed that expand on each domain of the CFI and guide clinicians who wish to explore these domains in greater depth. Supplementary modules have also been developed for specific populations, such as children and adolescents, elderly individuals, and immigrants and refugees. These supplementary modules are referenced in the CFI under the pertinent subheadings and are available online at [www.psychiatry.org/dsm5](http://www.psychiatry.org/dsm5).

## Cultural Formulation Interview (CFI)

Supplementary modules used to expand each CFI subtopic are noted in parentheses.

### GUIDE TO INTERVIEWER

*The following questions aim to clarify key aspects of the presenting clinical problem from the point of view of the individual and other members of the individual's social network (i.e., family, friends, or others involved in current problem). This includes the problem's meaning, potential sources of help, and expectations for services.*

### INSTRUCTIONS TO THE INTERVIEWER ARE **ITALICIZED**.

#### INTRODUCTION FOR THE INDIVIDUAL

I would like to understand the problems that bring you here so that I can help you more effectively. I want to know about **your** experience and ideas. I will ask some questions about what is going on and how you are dealing with it. Please remember there are no right or wrong answers.

## CULTURAL DEFINITION OF THE PROBLEM

### CULTURAL DEFINITION OF THE PROBLEM

(Explanatory Model, Level of Functioning)

*Elicit the individual's view of core problems and key concerns.*

*Focus on the individual's own way of understanding the problem.*

*Use the term, expression, or brief description elicited in question 1 to identify the problem in subsequent questions (e.g., "your conflict with your son").*

*Ask how individual frames the problem for members of the social network.*

*Focus on the aspects of the problem that matter most to the individual.*

1. What brings you here today?

*IF INDIVIDUAL GIVES FEW DETAILS OR ONLY MENTIONS SYMPTOMS OR A MEDICAL DIAGNOSIS, PROBE:*

People often understand their problems in their own way, which may be similar to or different from how doctors describe the problem. How would *you* describe your problem?

2. Sometimes people have different ways of describing their problem to their family, friends, or others in their community. How would you describe your problem to them?
3. What troubles you most about your problem?

## CULTURAL PERCEPTIONS OF CAUSE, CONTEXT, AND SUPPORT

### CAUSES

(Explanatory Model, Social Network, Older Adults)

*This question indicates the meaning of the condition for the individual, which may be relevant for clinical care.*

*Note that individuals may identify multiple causes, depending on the facet of the problem they are considering.*

*Focus on the views of members of the individual's social network. These may be diverse and vary from the individual's.*

4. Why do you think this is happening to you? What do you think are the causes of your [PROBLEM]?

*PROMPT FURTHER IF REQUIRED:*

Some people may explain their problem as the result of bad things that happen in their life, problems with others, a physical illness, a spiritual reason, or many other causes.

5. What do others in your family, your friends, or others in your community think is causing your [PROBLEM]?

---

**Cultural Formulation Interview (CFI) (continued)**


---

Supplementary modules used to expand each CFI subtopic are noted in parentheses.

**GUIDE TO INTERVIEWER****INSTRUCTIONS TO THE INTERVIEWER ARE ITALICIZED.**

## STRESSORS AND SUPPORTS

(Social Network, Caregivers, Psychosocial Stressors, Religion and Spirituality, Immigrants and Refugees, Cultural Identity, Older Adults, Coping and Help Seeking)

*Elicit information on the individual's life context, focusing on resources, social supports, and resilience. May also probe other supports (e.g., from co-workers, from participation in religion or spirituality).*

*Focus on stressful aspects of the individual's environment. Can also probe, e.g., relationship problems, difficulties at work or school, or discrimination.*

6. Are there any kinds of support that make your [PROBLEM] better, such as support from family, friends, or others?
7. Are there any kinds of stresses that make your [PROBLEM] worse, such as difficulties with money, or family problems?

## ROLE OF CULTURAL IDENTITY

(Cultural Identity, Psychosocial Stressors, Religion and Spirituality, Immigrants and Refugees, Older Adults, Children and Adolescents)

Sometimes, aspects of people's background or identity can make their [PROBLEM] better or worse. By *background* or *identity*, I mean, for example, the communities you belong to, the languages you speak, where you or your family are from, your race or ethnic background, your gender or sexual orientation, or your faith or religion.

*Ask the individual to reflect on the most salient elements of his or her cultural identity. Use this information to tailor questions 9–10 as needed.*

*Elicit aspects of identity that make the problem better or worse.*

*Probe as needed (e.g., clinical worsening as a result of discrimination due to migration status, race/ethnicity, or sexual orientation).*

*Probe as needed (e.g., migration-related problems; conflict across generations or due to gender roles).*

8. For you, what are the most important aspects of your background or identity?
9. Are there any aspects of your background or identity that make a difference to your [PROBLEM]?
10. Are there any aspects of your background or identity that are causing other concerns or difficulties for you?

## CULTURAL FACTORS AFFECTING SELF-COPING AND PAST HELP SEEKING

## SELF-COPING

(Coping and Help Seeking, Religion and Spirituality, Older Adults, Caregivers, Psychosocial Stressors)

*Clarify self-coping for the problem.*

11. Sometimes people have various ways of dealing with problems like [PROBLEM]. What have you done on your own to cope with your [PROBLEM]?

### Cultural Formulation Interview (CFI) (continued)

Supplementary modules used to expand each CFI subtopic are noted in parentheses.

#### GUIDE TO INTERVIEWER

#### INSTRUCTIONS TO THE INTERVIEWER ARE ITALICIZED.

##### PAST HELP SEEKING

(Coping and Help Seeking, Religion and Spirituality, Older Adults, Caregivers, Psychosocial Stressors, Immigrants and Refugees, Social Network, Clinician-Patient Relationship)

*Elicit various sources of help (e.g., medical care, mental health treatment, support groups, work-based counseling, folk healing, religious or spiritual counseling, other forms of traditional or alternative healing).*

*Probe as needed (e.g., "What other sources of help have you used?").*

*Clarify the individual's experience and regard for previous help.*

12. Often, people look for help from many different sources, including different kinds of doctors, helpers, or healers. In the past, what kinds of treatment, help, advice, or healing have you sought for your [PROBLEM]?

*PROBE IF DOES NOT DESCRIBE USEFULNESS OF HELP RECEIVED:*

What types of help or treatment were most useful? Not useful?

##### BARRIERS

(Coping and Help Seeking, Religion and Spirituality, Older Adults, Psychosocial Stressors, Immigrants and Refugees, Social Network, Clinician-Patient Relationship)

*Clarify the role of social barriers to help seeking, access to care, and problems engaging in previous treatment.*

*Probe details as needed (e.g., "What got in the way?").*

13. Has anything prevented you from getting the help you need?

*PROBE AS NEEDED:*

For example, money, work or family commitments, stigma or discrimination, or lack of services that understand your language or background?

##### CULTURAL FACTORS AFFECTING CURRENT HELP SEEKING

##### PREFERENCES

(Social Network, Caregivers, Religion and Spirituality, Older Adults, Coping and Help Seeking)

*Clarify individual's current perceived needs and expectations of help, broadly defined.*

*Probe if individual lists only one source of help (e.g., "What other kinds of help would be useful to you at this time?").*

*Focus on the views of the social network regarding help seeking.*

Now let's talk some more about the help you need.

14. What kinds of help do you think would be most useful to you at this time for your [PROBLEM]?

15. Are there other kinds of help that your family, friends, or other people have suggested would be helpful for you now?

##### CLINICIAN-PATIENT RELATIONSHIP

(Clinician-Patient Relationship, Older Adults)

*Elicit possible concerns about the clinic or the clinician-patient relationship, including perceived racism, language barriers, or cultural differences that may undermine goodwill, communication, or care delivery.*

*Probe details as needed (e.g., "In what way?").*

*Address possible barriers to care or concerns about the clinic and the clinician-patient relationship raised previously.*

Sometimes doctors and patients misunderstand each other because they come from different backgrounds or have different expectations.

16. Have you been concerned about this and is there anything that we can do to provide you with the care you need?

## Cultural Formulation Interview (CFI)—Informant Version

The CFI–Informant Version collects collateral information from an informant who is knowledgeable about the clinical problems and life circumstances of the identified individual. This version can be used to supplement information obtained from the core CFI or can be used instead of the core CFI when the individual is unable to provide information—as might occur, for example, with children or adolescents, floridly psychotic individuals, or persons with cognitive impairment.

---

### Cultural Formulation Interview (CFI)—Informant Version

---

#### GUIDE TO INTERVIEWER

*The following questions aim to clarify key aspects of the presenting clinical problem from the informant's point of view. This includes the problem's meaning, potential sources of help, and expectations for services.*

#### INSTRUCTIONS TO THE INTERVIEWER ARE **ITALICIZED**.

##### INTRODUCTION FOR THE INFORMANT:

I would like to understand the problems that bring your family member/friend here so that I can help you and him/her more effectively. I want to know about *your* experience and ideas. I will ask some questions about what is going on and how you and your family member/friend are dealing with it. There are no right or wrong answers.

#### RELATIONSHIP WITH THE PATIENT

*Clarify the informant's relationship with the individual and/or the individual's family.*

1. How would you describe your relationship to [INDIVIDUAL OR TO FAMILY]?

*PROBE IF NOT CLEAR:*

How often do you see [INDIVIDUAL]?

#### CULTURAL DEFINITION OF THE PROBLEM

*Elicit the informant's view of core problems and key concerns.*

*Focus on the informant's way of understanding the individual's problem.*

*Use the term, expression, or brief description elicited in question 1 to identify the problem in subsequent questions (e.g., "her conflict with her son").*

*Ask how informant frames the problem for members of the social network.*

*Focus on the aspects of the problem that matter most to the informant.*

2. What brings your family member/friend here today?

*IF INFORMANT GIVES FEW DETAILS OR ONLY MENTIONS SYMPTOMS OR A MEDICAL DIAGNOSIS, PROBE:*

People often understand problems in their own way, which may be similar or different from how doctors describe the problem. How would *you* describe [INDIVIDUAL'S] problem?

3. Sometimes people have different ways of describing the problem to family, friends, or others in their community. How would *you* describe [INDIVIDUAL'S] problem to them?
4. What troubles you most about [INDIVIDUAL'S] problem?

---

**Cultural Formulation Interview (CFI)—Informant Version (continued)**


---

**GUIDE TO INTERVIEWER****INSTRUCTIONS TO THE INTERVIEWER ARE  
ITALICIZED.**


---

**CULTURAL PERCEPTIONS OF CAUSE, CONTEXT, AND SUPPORT**


---

## CAUSES

*This question indicates the meaning of the condition for the informant, which may be relevant for clinical care.*

*Note that informants may identify multiple causes depending on the facet of the problem they are considering.*

*Focus on the views of members of the individual's social network. These may be diverse and vary from the informant's.*

5. Why do you think this is happening to [INDIVIDUAL]? What do you think are the causes of his/her [PROBLEM]?

*PROMPT FURTHER IF REQUIRED:*

*Some people may explain the problem as the result of bad things that happen in their life, problems with others, a physical illness, a spiritual reason, or many other causes.*

6. What do others in [INDIVIDUAL'S] family, his/her friends, or others in the community think is causing [INDIVIDUAL'S] [PROBLEM]?

## STRESSORS AND SUPPORTS

*Elicit information on the individual's life context, focusing on resources, social supports, and resilience. May also probe other supports (e.g., from co-workers, from participation in religion or spirituality).*

*Focus on stressful aspects of the individual's environment. Can also probe, e.g., relationship problems, difficulties at work or school, or discrimination.*

7. Are there any kinds of supports that make his/her [PROBLEM] better, such as from family, friends, or others?
8. Are there any kinds of stresses that make his/her [PROBLEM] worse, such as difficulties with money, or family problems?

## ROLE OF CULTURAL IDENTITY

Sometimes, aspects of people's background or identity can make the [PROBLEM] better or worse. By *background* or *identity*, I mean, for example, the communities you belong to, the languages you speak, where you or your family are from, your race or ethnic background, your gender or sexual orientation, and your faith or religion.

*Ask the informant to reflect on the most salient elements of the individual's cultural identity. Use this information to tailor questions 10–11 as needed.*

*Elicit aspects of identity that make the problem better or worse.*

*Probe as needed (e.g., clinical worsening as a result of discrimination due to migration status, race/ethnicity, or sexual orientation).*

*Probe as needed (e.g., migration-related problems; conflict across generations or due to gender roles).*

9. For you, what are the most important aspects of [INDIVIDUAL'S] background or identity?
10. Are there any aspects of [INDIVIDUAL'S] background or identity that make a difference to his/her [PROBLEM]?
11. Are there any aspects of [INDIVIDUAL'S] background or identity that are causing other concerns or difficulties for him/her?

---

**Cultural Formulation Interview (CFI)—Informant Version (*continued*)**


---

**GUIDE TO INTERVIEWER****INSTRUCTIONS TO THE INTERVIEWER ARE  
ITALICIZED.****CULTURAL FACTORS AFFECTING SELF-COPING AND PAST HELP SEEKING**

## SELF-COPING

*Clarify individual's self-coping for the problem.*

12. Sometimes people have various ways of dealing with problems like [PROBLEM]. What has [INDIVIDUAL] done on his/her own to cope with his/her [PROBLEM]?

## PAST HELP SEEKING

*Elicit various sources of help (e.g., medical care, mental health treatment, support groups, work-based counseling, folk healing, religious or spiritual counseling, other alternative healing).*

*Probe as needed (e.g., "What other sources of help has he/she used?").*

*Clarify the individual's experience and regard for previous help.*

13. Often, people also look for help from many different sources, including different kinds of doctors, helpers, or healers. In the past, what kinds of treatment, help, advice, or healing has [INDIVIDUAL] sought for his/her [PROBLEM]?

*PROBE IF DOES NOT DESCRIBE USEFULNESS OF HELP RECEIVED:*

*What types of help or treatment were most useful? Not useful?*

## BARRIERS

*Clarify the role of social barriers to help-seeking, access to care, and problems engaging in previous treatment.*

*Probe details as needed (e.g., "What got in the way?").*

14. Has anything prevented [INDIVIDUAL] from getting the help he/she needs?

*PROBE AS NEEDED:*

*For example, money, work or family commitments, stigma or discrimination, or lack of services that understand his/her language or background?*

**CULTURAL FACTORS AFFECTING CURRENT HELP SEEKING**

## PREFERENCES

*Clarify individual's current perceived needs and expectations of help, broadly defined, from the point of view of the informant.*

*Probe if informant lists only one source of help (e.g., "What other kinds of help would be useful to [INDIVIDUAL] at this time?").*

*Focus on the views of the social network regarding help seeking.*

*Now let's talk about the help [INDIVIDUAL] needs.*

15. What kinds of help would be most useful to him/her at this time for his/her [PROBLEM]?

16. Are there other kinds of help that [INDIVIDUAL'S] family, friends, or other people have suggested would be helpful for him/her now?

## CLINICIAN-PATIENT RELATIONSHIP

*Elicit possible concerns about the clinic or the clinician-patient relationship, including perceived racism, language barriers, or cultural differences that may undermine goodwill, communication, or care delivery.*

*Probe details as needed (e.g., "In what way?").*

*Address possible barriers to care or concerns about the clinic and the clinician-patient relationship raised previously.*

*Sometimes doctors and patients misunderstand each other because they come from different backgrounds or have different expectations.*

17. Have you been concerned about this, and is there anything that we can do to provide [INDIVIDUAL] with the care he/she needs?