



**HAL**  
open science

# Dépistage d'un État de Stress Post Traumatique selon le questionnaire validé PCL-5, dans une population migrante francophone ou anglophone à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé de l'Hôtel-Dieu

Joséphine Paul-Petit

## ► To cite this version:

Joséphine Paul-Petit. Dépistage d'un État de Stress Post Traumatique selon le questionnaire validé PCL-5, dans une population migrante francophone ou anglophone à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé de l'Hôtel-Dieu. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-04242076

**HAL Id: dumas-04242076**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04242076v1>**

Submitted on 12 Apr 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

## **AVERTISSEMENT**

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

**UNIVERSITÉ PARIS CITÉ**

Faculté de Santé

**UFR de Médecine**

**Année 2021**

**N°**

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le : 28/10/2021

Par

**Joséphine PAUL-PETIT**

**Dépistage d'un État de Stress Post Traumatique selon le  
questionnaire validé PCL-5, dans une population migrante  
francophone ou anglophone à la Permanence d'Accès aux  
Soins de Santé de l'Hôtel-Dieu**

Dirigée par M. le Docteur Guillaume Rieutord

JURY

M. le Professeur Jacques Blacher, PU-PH

Président

M. le Docteur Guillaume Rieutord

Directeur

Mme la Professeure Nora Gauffier, PA-MG

Membre du jury

Mme la Docteure Stéphanie Sidorkiewicz, MCU-MG

Membre du jury

## REMERCIEMENTS

À monsieur le professeur Jacques Blacher pour avoir accepté de présider ce jury et pour sa bienveillance.

À madame le docteur Stéphanie Sidokiewicz pour avoir eu la gentillesse d'accepter de faire partie de ce jury, et pour la qualité de ses enseignements.

À madame le professeur Nora Gauffier pour avoir accepté de faire partie de ce jury.

À monsieur le docteur Guillaume Rieutord pour avoir accepté de diriger mon travail, et pour la disponibilité et la bonté dont il a fait preuve.

À madame le docteur Hélène de Champs-Léger pour sa pédagogie, sa patience et la qualité de ses enseignements.

À madame le docteur Diana Bouaza, pour l'idée originale de cette thèse qu'elle a fait germer et pour son soutien.

À Pierre et Jessica pour leur aide précieuse.

À Mirella et tout le personnel de la PASS de l'Hôtel Dieu, pour leur aide et leur sollicitude.

À mon mari Charles-Henri pour notre amour, sa patience et son aide précieuse.

À mon fils Barthélemy qui fait ma fierté et me redonne le sourire dans les moments difficiles.

À mes parents chéris, pour leur justesse éducative et leur amour inconditionnel.

À Matouchka pour son soutien, et toutes les belles choses qu'elle m'a transmises et continue à me transmettre.

À mes nombreux et précieux amis, qui sont une deuxième famille. En particulier à Éloïse pour notre amitié si forte et tous ces moments précieux d'échange et de partage ; à Servane pour notre complicité ; à Fanny, Aliénor, Vérane, Clémence, Domitille pour ces amitiés si précieuses. A Aurélien pour son soutien, son écoute, sa bienveillance et cette belle amitié que nous vivons. A tous mes autres amis que je garde dans mon cœur tous les jours : Amaury, Ludivine, Thomas, Laure, Nico, Céline, Théoph, Anne-Claire, William, Margaux, Victor, Sybille, Théo, Louise, Guillaume, Julie, Gueric, Cyprien, Amandine, Flo, Astrid, Adrien, Caro, Marin, Alexis, Charlotte, Cyril, Clo, Flo, Pipo, Pauline, Manu, M-C, Olivier, et tous ceux que je n'ai pas la place de citer.

Tout particulièrement à mes amies de médecine pour notre amitié, pour leur soutien et leurs conseils. A Lucie pour ces belles discussions et ces instants précieux, à Roxane et Juliette pour ces moments de détente et de rire.

## Table des matières

<b>Introduction.....</b>	<b>9</b>
<b>1. Contexte migratoire .....</b>	<b>9</b>
1.1 Définition des termes.....	9
1.2 Données de migration en France : une constante augmentation.....	9
1.3 Une installation longue : une précarité prolongée .....	10
<b>2. L'accès aux soins des migrants .....</b>	<b>11</b>
2.1 Généralités .....	11
2.2 Les régimes de couverture maladie en France (12) .....	11
2.3 Le système des permanences d'accès aux soins de santé .....	12
<b>3. La santé des migrants .....</b>	<b>14</b>
3.1 Généralités .....	14
3.2 Pathologies rencontrées .....	15
3.3 Les troubles en santé mentale .....	17
<b>4. Le syndrome de stress post traumatique.....</b>	<b>20</b>
4.1 Historique (39) .....	20
4.2 Définition.....	21
4.3 Variations nosographiques.....	22
4.4 Les symptômes.....	26
4.5 Les tests diagnostiques .....	30
4.6 Le traitement.....	34
<b>5. Présentation de l'étude .....</b>	<b>42</b>
<b>Matériel et Méthode.....</b>	<b>44</b>
<b>1. Vue d'ensemble .....</b>	<b>44</b>
<b>2. Population étudiée.....</b>	<b>44</b>
2.1 Critères d'inclusion :.....	44
2.2 Critères d'exclusion : .....	44
<b>3. Critères de jugement .....</b>	<b>45</b>
3.1 Objectif principal .....	45
3.2 Objectifs secondaires .....	45
<b>4. Recueil des données .....</b>	<b>45</b>
<b>5. Traitement des données .....</b>	<b>46</b>
<b>Résultats .....</b>	<b>48</b>
<b>1. Participation .....</b>	<b>48</b>
<b>2. Caractéristiques sociodémographiques et mode de vie .....</b>	<b>49</b>
<b>3. Les symptômes.....</b>	<b>49</b>
<b>4. Résultats bruts : description des variables.....</b>	<b>49</b>
4.1 Variables numériques.....	49
4.2 Variables quantitatives.....	50
<b>5 L'état de Stress Post Traumatique (objectif principal) .....</b>	<b>51</b>
<b>6 L'état de Stress Post Traumatique (objectifs secondaires).....</b>	<b>51</b>
<b>7 Les facteurs associés (objectif secondaire) .....</b>	<b>52</b>
a. Résultats des tests statistiques .....	52
b. Interprétation des résultats .....	59

<b>Discussion</b> .....	<b>60</b>
<b>1. Réflexion sur les résultats</b> .....	<b>60</b>
<b>2. Limites de l'étude</b> .....	<b>63</b>
<b>3. Ouvertures</b> .....	<b>65</b>
3.1 ESPT et migration .....	65
3.2 Conclusions pour la PASS de l'Hôtel-Dieu .....	65
3.3 Lien avec la médecine de ville .....	67
<b>Conclusion</b> .....	<b>70</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>71</b>
<b>Annexe 1 : Critères diagnostiques du DSM-5 pour l'état de stress aigu :</b> .....	<b>71</b>
<b>Annexe 2 : Critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble de stress post traumatique(42):</b> ....	<b>73</b>
<b>Annexe 3 : Avis formulé par le CPP Sud Est III le 5 Mai 2020</b> .....	<b>75</b>
<b>Annexe 4: Renseignements patient</b> .....	<b>78</b>
<b>Annexe 5 : PCL-5/Version française</b> .....	<b>79</b>
<b>Annexe 6: PCL-5/Version anglaise</b> .....	<b>80</b>
<b>Annexe 7: Note d'information</b> .....	<b>81</b>
<b>Annexe 8: Information Notice</b> .....	<b>83</b>
<b>Annexe 9: Recherche de facteurs associées à la présence d'un ESPT, selon d'autres cut-off score du PCL-5 : 23 et 32.</b> .....	<b>85</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>90</b>

### **Liste des abréviations :**

AMD : Aide Médicale Départementale

AME : Aide médicale d'État

AMG : Aide Médicale Gratuite

APS : Autorisation Provisoire de Séjour

AS : Assistant(e) Social(e)

CIM : Classification Internationale des Maladies

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-c : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

CN2R : Centre National de Ressources et de Résilience

COMEDE : Comité Médical pour les Exilés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPP : Comité de Protection des Personnes

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux

DSM-5 : 5<sup>ème</sup> édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (version la plus récente)

DT2 : Diabète de Type 2

EDM : Épisode Dépressif Majeur

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing (= désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires).

ESA : État de Stress Aigu

ESPT : État de Stress Post Traumatique

HTA : Hypertension Artérielle

IRSNa : Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

ISRS : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine

ISTSS : International Society for Traumatic Stress Studies

MIGAC : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation des établissements de santé

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

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

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PC-PTSD-5 : The Primary Care PTSD Screen for DSM-5

PRAPS : Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins

PTSD : Post-Traumatic Stress Disorder

PUMa : Protection Universelle Maladie

RSI : Régime social des Indépendants

SSPT : Syndrome de Stress Post Traumatique

TEN : Thérapie par Exposition à la Narration

TEP : Thérapie d'Exposition Prolongée

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TCC-AT : Thérapie Cognitivo-Comportementale Axée sur le Traumatisme

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

VHB : Virus de l'Hépatite B

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

# Introduction

---

## 1. Contexte migratoire

### 1.1 Définition des termes

La notion de « migration » peut se définir comme le déplacement volontaire d'individus ou de populations d'un pays dans un autre ou d'une région à une autre, pour des raisons économiques, politiques ou culturelles.

C'est un processus à trois étapes caractérisées chacune par l'existence de « stressseurs » pouvant contribuer à l'apparition d'un trouble psychiatrique.

On distingue(1) :

- La phase de « pré-migration » qui correspond à la décision de migrer et la planification de la migration
- La migration elle-même qui entraîne une transition d'un environnement à un autre avec différentes étapes psychologiques et sociales
- La phase de « post-migration » qui nécessite une adaptation aux schémas sociaux et culturels du nouveau contexte.

**Migrant** : Personne qui effectue une migration, qui se déplace vers un autre lieu (dictionnaire Larousse). Par abus, dans le langage courant, le terme de « migrant » désigne le plus souvent les *immigrants*. On appelle donc « migrant » une personne de nationalité étrangère ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France.

**Immigrant** : l'immigration désigne l'entrée dans un pays ou une aire géographique donnée de personnes venant de l'étranger et qui y viennent avec l'intention de rester pour un long séjour ou pour s'installer.

**Demandeur d'asile** : personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951.

**Réfugié** : personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordée par l'OFPRA (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ou de la CNDA (Cour nationale du droit d'asile).

### 1.2 Données de migration en France : une constante augmentation

L'immigration en France est un phénomène ancien, puisqu'au début du XXème siècle 1,1 millions d'immigrés résidaient déjà en France métropolitaine. Elle est cependant en forte augmentation depuis la fin des années 90, avec également un changement des origines géographiques des migrants: on observe une diminution de la part des immigrants européens (37% en 2013 vs 66% en 1975), et une augmentation des immigrants africains (44% en 2013, soit 2,5 millions de personnes), maghrébins (30%), et asiatiques (14%).(2)

Depuis plusieurs années la « crise migratoire » de l'Europe se majore. La France est particulièrement concernée par cet essor migratoire avec pour la seule année 2019 : 274 676 titres de séjour attribués soit + 6,1% par rapport à 2018, tous motifs confondus ; avec également 138 420 premières demandes d'asile soit +9,3% par rapport à 2018(3,4), sans que l'on ait un chiffre exact pour les personnes en situation irrégulière. En 2020, en conséquence de la pandémie de Covid-19, les chiffres sont peu représentatifs et cassent cette tendance haussière(5).

Les pays d'origine des personnes immigrées sont variés(3,6) et les motifs d'immigration divers et dépendants du contexte géopolitique local(3).

Devant ce nombre élevé de nouvelles entrées annuelles sur son territoire, la France peine à mettre en place une politique d'accueil efficace pour ces personnes, les laissant dans un sentiment d'acculturation. Leur difficulté à apprendre et s'appropriier la langue française (7) entrave leur bonne intégration dans la société et est souvent à l'origine d'un allongement des processus d'intégration et des démarches administratives.

Face à cette situation de crise, il revient à la France de réaliser l'accueil approprié d'une population parfois déjà en situation de précarité. Il s'agit d'un enjeu de santé publique(2), tant sur le plan préventif que curatif, afin d'éviter une mise en danger sociale et sanitaire, voire une atteinte à la dignité des personnes(8).

### 1.3 Une installation longue : une précarité prolongée

La précarité des populations immigrées en France, tant sur le plan général que sur le plan de la santé, est en grande partie imputable aux conditions d'accueil (insuffisance des structures, durée des procédures, difficultés d'accès au marché du travail, discriminations), plus qu'aux caractéristiques individuelles des migrants eux-mêmes(9).

L'arrivée des migrants en France est souvent suivie d'une longue période d'insécurité pouvant s'étendre à plusieurs années avant de finir par se stabiliser. Cette période d'insécurité par laquelle ils passent, a un retentissement non négligeable sur leur vie future et celle de leurs enfants, notamment sur leur état de santé à long terme et le niveau d'éducation de la seconde génération(10).

Parmi les immigrés, la situation des migrants illégaux est d'autant plus instable. En ce qui concerne les demandeurs d'asile, la précarité administrative induit la précarité sociale, puisqu'ils doivent vivre avec une allocation temporaire d'attente de 330 euros par mois, sans autorisation de travail, et ce alors que seuls 31% d'entre eux sont hébergés dans le dispositif national d'accueil(11). Beaucoup se retrouvent sans domicile fixe.

L'accès aux soins des migrants est donc un enjeu de santé publique, cela étant d'autant plus vrai chez les migrants atteints de pathologie chronique comme l'hypertension artérielle, le diabète, les pathologies psychiatriques ou les infections par le virus de l'hépatite B (VHB) ou le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dont la bonne gestion et l'évolution sont conditionnées par une prise en charge adéquate et régulière.

## 2. L'accès aux soins des migrants

### 2.1 Généralités

En France, bien que l'accès aux soins des personnes soit en général de bonne qualité en comparaison à de nombreux autres pays, il persiste un certain nombre d'inégalités.

Pour les personnes migrantes, ces conditions d'accueil sont largement sub-optimales, et bien que plusieurs structures se soient développées au fil des années pour l'accueil, le logement, le soin et l'intégration de ces personnes, ces structures sont insuffisantes ou non adaptées au nombre annuel de nouveaux immigrants(12).

Les personnes qui présentent le plus de difficultés d'accès aux soins de premiers recours sont celles qui sont en situation de précarité économique, du fait notamment de l'incapacité à régler le reste-à-charge des soins. Cela peut entraîner une incapacité à la bonne prise d'un traitement. C'est particulièrement le cas chez les migrants qui, dans 20% des cas, ne possèdent pas d'assurance complémentaire (vs 5% en population générale). Il existe une distinction entre les personnes immigrées en situation régulière, qui peuvent prétendre aux couvertures classiques, tandis que les personnes en situation irrégulière ne sont éligibles qu'à l'Assistance Médicale d'Etat (AME).(13) Les démarches administratives en vue d'obtenir ces droits peuvent être longues (temps durant lequel l'accès aux soins est restreint). De plus, cette AME serait sous-utilisée : en 2014, des données recueillies par Médecins du Monde montrent que seuls 10,2% des sans-papiers consultants dans leurs structures de soins bénéficiaient de cette couverture.(13)

Les immigrés ayant réalisé une demande d'asile et bénéficiant d'une autorisation provisoire de séjour (APS) peuvent être candidats à la complémentaire santé solidaire (CSS).

De manière générale les résultats de plusieurs études françaises convergent et tendent à montrer qu'à besoin de soins équivalents, il y a un moindre recours aux généralistes ou spécialistes dans la population immigrée de première génération que dans la population française autochtone, ainsi qu'un plus fort taux de renoncement aux soins (pour raison financière, majoritairement) et des difficultés d'accès à la médecine de ville.(14,15)

Les difficultés d'accès aux soins contribuent à un accès inégal aux prises en charge de prévention et, pour les personnes déjà malades, à une dégradation de leur état de santé. C'est particulièrement le cas pour les personnes atteintes de pathologies comme l'infection par le VIH, l'insuffisance rénale ou certains cancers, dont un diagnostic tardif impacte directement le pronostic en termes de morbi-mortalité.(16)

### 2.2 Les régimes de couverture maladie en France (12)

Les régimes de couverture maladie en France sont les suivants :

- La Protection Maladie Universelle (PUMa) : Elle constitue la protection maladie du régime général, c'est-à-dire qu'elle garantit une prise en charge de ses frais de santé à toute personne majeure qui travaille ou réside en France. C'est celle de tous les salariés du privé et du public, à l'exception des régimes spéciaux. Ce régime est celui de près de 90% de la population générale.

- Le Régime Social des Indépendants (RSI) : Concerne tous les travailleurs non-salariés à l'exclusion des agriculteurs. Les conjoints collaborateurs peuvent également être couverts par le RSI. Les taux de remboursement sont similaires à ceux du régime général mais les prestations en espèce sont moins avantageuses.
- La Mutualité Sociale Agricole (MSA) : Prend en charge les prestations santé, retraite et maternité des agriculteurs.
- La CSS/C2S : Complémentaire Santé Solidaire. Ancienne Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUc). Elle garantit à toute personne résidant en France en situation régulière, « une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles, le droit à une protection (assurance) complémentaire et à la dispense d'avance de frais (tiers payant). Elle est soumise à condition de ressources.(17)
- L'Aide Médicale d'Etat (AME) : Introduite par la même loi que le CMUc (1<sup>er</sup> janvier 2000), elle est destinée aux étrangers qui ne peuvent être affiliés à un régime de sécurité sociale (situation irrégulière). Elle se substitue à l'AMD ou à l'aide de l'Etat pour les personnes sans région de résidence stable.

Les immigrés ont accès à différentes prises en charge en fonction de leur situation :

- Immigrés en situation régulière : PUMa (ou RSI/MSA selon le statut) avec accès à la CSS selon les revenus.
- Immigrés en situation irrégulière :
  - o AME après démarche auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).
  - o PUMa + CSS pour les demandeurs d'asile (détenteurs de l'APS – autorisation provisoire de séjour).
  - o « PASS » pour les immigrés primo-arrivants n'ayant encore fait aucune démarche administrative.

### 2.3 Le système des permanences d'accès aux soins de santé

Pour les personnes ne possédant pas de droit à une protection sociale en tant que telle, la loi relative à la lutte contre les exclusions a créé, en 1998, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Il s'agit de dispositifs hospitaliers ambulatoires à la fois sanitaires et sociaux. Par la notion de service public hospitalier, les PASS mettent en œuvre le droit fondamental à la protection de la santé. Elles s'inscrivent dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

Définies comme « des structures d'accueil pour les personnes en situation de précarité »(18), les PASS sont destinées à permettre « l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies » (19) et visent « à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits » (20). L'approche proposée se veut globale et transversale : elle associe soins, accompagnement social et prévention, avec mise en réseau des différents secteurs (médical, social, associatif).

Les PASS généralistes sont financées par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé (MIGAC). Les PASS spécialistes, quant à elles, sont financées par une dotation annuelle de financement(21).

Au-delà de leurs principes communs, ces structures sont organisées et développées de façon hétérogène. Leur composition peut-être très variable d'une PASS à l'autre (généraliste, spécialisée, dentaire), mais sont au minimum composées d'un médecin et d'un assistant social(21).

Les PASS doivent, de plus, s'adapter devant l'augmentation et la diversification de la population consultante, qui témoigne d'une progression de la précarité en France.

### 3. La santé des migrants

Selon les études, l'état de santé des personnes immigrées se dégraderait plus vite que celui des personnes nées en France, du fait de moins bonnes conditions de vie, d'une sous-utilisation des dispositifs de santé, et de conditions d'accès aux soins parfois très dégradées(22,23). Au vu de leur poids démographique croissant, il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique.

#### 3.1 Généralités

Durant plusieurs décennies, on a pensé que la santé des populations migrantes était supérieure à celle des autochtones. Cet artéfact, qualifié de « Healthy Migrant Effect » serait dû à la tendance sélective de la migration (seules les populations en bonne santé sont disposées à migrer) et tendrait à disparaître avec le temps passé dans le pays d'accueil (l'état de santé des migrants en France était évalué meilleur que celui des non immigrés dans les années 90-2000 et semble avoir décliné depuis, et être passé derrière celui des français)(13,14,24).

Ce « Paradoxe de l'assimilation » peut s'expliquer par différents phénomènes. D'une part, il y a l'adoption grandissante d'habitudes de vie moins saines, ainsi que l'exposition croissante à des facteurs de risques de « maladies de civilisation » (alcool, tabac, obésité, sédentarité). D'autre part, peuvent s'ajouter les conséquences de la précarité globale vécue (précarité en santé et à l'accès aux soins, précarité de l'emploi et pénibilité), sur un fond d'isolement social et d'acculturation. La fragilisation économique et sociale que peut connaître un certain nombre de ces personnes, participe à la détérioration de leur état de santé. Finalement, il existe une disparité des profils de santé selon les pays d'origines d'émigration(25), ainsi qu'une certaine évolution du profil des migrants(25) qui peut contribuer à ce phénomène paradoxal.

Il existe de plus, un risque de pathologie importée, rendant nécessaires bilan de santé et dépistages (pour ne pas méconnaître certaines pathologies fréquentes comme l'hépatite B).(16)

En ce qui concerne la migration de personnes pour raison de santé, différentes études épidémiologiques et démographiques montrent qu'elle est marginale et représente moins de 3% des motifs de migration vers la France. En 2017, l'OFII a reçu 44000 demandes de titres de séjour pour raison de santé (initiales ou renouvellement) dont près de la moitié a obtenu un avis favorable. Les demandes concernaient le plus souvent des pathologies psychiatriques, des maladies infectieuses dont l'infection par le VIH, les hépatites, la tuberculose, le diabète, un cancer ou une maladie de l'appareil circulatoire.(16)

### 3.2 Pathologies rencontrées

Les pathologies rencontrées, selon une étude descriptive nationale réalisée en 2016 auprès de 848 immigrés ayant consulté dans 30 PASS de France métropolitaine et de Guyane (26):

#### Motifs de consultation déclarés et/ou diagnostics, Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), France, 2016

	Proportion par spécialités n (%) N=1 421 motifs déclarés*	Proportion par motif/pathologie** n (%) N=803 patients
Pathologies digestives	188 (13,2%)	Douleur abdominale : 77 (9,6%) Pathologie intestinale : 17 (2,1%) Pathologie gastroduodénale : 12 (1,5%)
Maladies infectieuses	185 (13,0%)	Hépatite B chronique : 26 (3,2%) Hépatite C chronique : 11 (1,4%) VIH : 7 (0,8%) Examen de dépistage d'IST : 37 (4,6%)
Pathologies musculo-squelettiques	171 (12,0%)	Douleurs articulaires : 101 (12,6%) Arthrose : 18 (2,2%)
Autres symptômes et pathologies	103 (7,2%)	Anomalie des examens sanguins : 9 (1,1%)
Pathologies psychiatriques	99 (7,0%)	Dépression et/ou anxiété : 46 (5,7%)
Pathologies néphrologiques et urologiques	83 (5,8%)	Hypertrophie prostatique : 16 (2,0%)
Pathologies endocriniennes	78 (5,5%)	Diabète (tous types confondus) : 48 (6,0%) Obésité : 10 (1,2%) Dyslipidémie : 3 (0,4%)
Pathologies vasculaires	76 (5,3%)	Hypertension essentielle : 58 (7,2%) Phlébite : 1 (0,1%)
Pathologies neurologiques	69 (4,9%)	Épilepsie : 8 (1%)
Pathologies pulmonaires	65 (4,6%)	Asthme : 1 (0,1%) Maladie chronique pulmonaire : 1 (0,1%)
Pathologies dermatologiques	61 (4,3%)	
Traumatologie	54 (3,8%)	Traumatologie et plaies*** : 57 (7,1%)
Grossesse	53 (3,7%)	Examen et test de grossesse : 10 (1,2%) Interruption volontaire de grossesse : 3 (0,4%)
Pathologies cardiaques	34 (2,4%)	Douleur thoracique : 29 (3,6%) Coronaropathie : 8 (1%) Anomalie du rythme cardiaque : 6 (0,7%)
Pathologies ophtalmologiques	29 (2,0%)	
Pathologies dentaires	26 (1,8%)	
Pathologies ORL	20 (1,4%)	
Pathologies tumorales	14 (1,0%)	
Pathologies hématologiques	12 (0,8%)	Anémie : 2 (0,2%) Drépanocytose : 1 (0,1%)
Autres		Renouvellement d'ordonnance : 67 (8,3%) Vaccination antigrippale : 4 (0,5%) Autre vaccination : 1 (0,1%)

\* Plusieurs motifs possibles pour un même patient. La somme des pourcentages n'est donc pas nécessairement égale à 100.

\*\* Liste non exhaustive de motifs/pathologies pertinentes vues en PASS.

\*\*\* Y compris des séquelles de traumatisme ancien.

Les pathologies rencontrées chez les migrants sont variées et, comme pour celles de la population générale, dépendent de plusieurs facteurs (âge, sexe, habitudes alimentaires,

origines géographiques, hérédité, expositions, conditions de migration et de vie en France, ancienneté de la migration).

### *3.2.1 Cas particulier des immigrés primo-arrivants*

Les migrants primo-arrivants, c'est-à-dire présents sur le territoire français depuis moins de 5 ans, sont pour la plupart dans des situations de grande précarité (difficultés à trouver un logement social ou même un hébergement d'urgence, vivant souvent dans la rue ou dans des camps de fortune). Chez ces personnes victimes de promiscuité, il n'est pas rare de se retrouver face à des épidémies de gale, de dermatoses, de viroses diverses (respiratoires, épidémies de rougeole ou varicelle engendrées par une immunité insuffisante face à des maladies moins fréquentes en zone tropicale). Par ailleurs, le nombre croissant d'immigrés ayant subi des violences, que ce soit dans leur pays d'origine, leur parcours migratoire ou en France explique la prévalence élevée des troubles psychologiques et psychiatriques.(16)

### *3.2.2 Les immigrés non primo-arrivants*

De manière générale, la population immigrée est souvent plus exposée que la population autochtone à un certain nombre de problèmes de santé, comme la souffrance psychique, les maladies chroniques (diabète de type 2 (DT2), HTA, maladies cardio-vasculaires, insuffisance rénale, obésité), la mauvaise santé au travail, certaines maladies infectieuses (par exemple, la tuberculose maladie est 8 fois plus élevée que dans la population générale et avec un risque significatif de contagion, les hépatites B et C, le VIH) et tropicales (paludisme d'importation, parasitoses digestives ou urinaire comme la bilharziose qui peut être un véritable enjeu de santé publique chez les populations venant de zones africaines d'endémie), certaines maladies génétiques (la drépanocytose, de prévalence élevée chez les populations africaines).(16)

A noter que les maladies infectieuses ont une grande importance dans les pathologies de migrants : en 2018, en France, 56% des découvertes de séropositivité à VIH et 66% des cas de tuberculose maladie, ainsi que les trois quarts des patients pris en charge pour une hépatite B chronique étaient des personnes nées à l'étranger.(27,28)

Il existe également un plus fort risque de mauvaise santé maternelle (pathologie hypertensive, infectieuse, risques périnataux, diabète des femmes du Maghreb, insuffisance de dépistage du cancer du col de l'utérus...) et infantile.

De manière plus récente, la tendance est un vieillissement accéléré de la population immigrée et une espérance de vie inférieure à celle de la population générale française (29)

Enfin, la plupart des problèmes de santé présents chez les personnes migrantes sont non verbalisés voire asymptomatiques, rendant indispensable la réalisation d'un bilan de santé élargi et de dépistages systématiques.

Il n'existe donc pas à proprement parler de « médecine des migrants », mais il existe bel et bien des spécificités en lien avec les constats épidémiologiques effectués. Le recueil d'informations (pays d'origine, date d'arrivée en France, voyages, conditions de vie, statut vaccinal...) fait partie intégrante de la consultation et est particulièrement crucial dans cette situation. Certains réflexes permettent de ne pas omettre un diagnostic.

Par exemple, toute fièvre dans les premières semaines après l'arrivée, comme chez tout voyageur, est un accès de paludisme jusqu'à preuve du contraire.

D'autre part, en présence de douleurs multiples mal soulagées par les antalgiques et sans cause organique retrouvée, il faut systématiquement penser à une souffrance psychique ou une dépression. Les symptômes physiques de somatisation et les troubles du sommeil peuvent être au premier plan(16).

Il existe beaucoup de pathologies mentales, avec notamment les psychotraumatismes, fréquents parmi les patients des centres de soins (11).

De nombreux facteurs peuvent influencer sur l'état de santé des populations immigrées. Parmi ceux-ci et de manière non exhaustive, on retrouve donc : l'hérédité propre à chacun, le sexe (les femmes immigrées ont une plus mauvaise santé), les conditions socio-économiques, l'intégration sociale, les caractéristiques économiques et sociales du pays d'origine, ...

Par exemple, il a été mis en évidence que les demandeurs d'asile ont 50 à 70% de risque d'avoir une moins bonne santé, en comparaison aux autres migrants. Ceux qui ont des meilleures conditions de vie auront 57 à 78% de chances d'être en meilleure santé, et les migrants masculins ayant un emploi ont 82 à 116% plus de chances d'être en bonne santé(30). Cela souligne la nécessité d'avoir des politiques de santé publique qui permettent de lutter contre les inégalités de santé en ciblant, selon différents critères, les groupes de migrants les plus défavorisés(31).

### 3.3 Les troubles en santé mentale

Les différents « stresseurs » auxquels sont confrontés les migrants au cours de leur processus migratoire constituent autant de facteurs de risque de développement d'un trouble psychiatrique(1).

Les pathologies psychiques représentent l'un des enjeux majeurs de santé chez les migrants en France, mais celles-ci sont inconstamment prises en compte (8,11) voir souvent ignorées dans les évaluations de santé (relayées au second plan, derrière les pathologies « organiques »). Elles restent malgré tout un problème de santé publique, particulièrement dans cette population migrante où le diagnostic et la prise en charge peut être difficile.

Beaucoup de pathologies psychiatriques sont plus fréquemment rencontrées dans les populations migrantes(32). Dans les premières années suivant leur réinstallation, seul le taux d'état de stress post-traumatique (ESPT) est clairement plus important chez les réfugiés que dans la population autochtone, mais quelques années après, les taux de dépression et de troubles anxieux montent également(33).

La découverte du lien entre santé mentale et migration est ancienne. Cette différence est aussi bien due à l'influence du processus migratoire qu'à la situation socioéconomique précaire dans le pays d'accueil (avec des incertitudes pour d'autres facteurs comme le pays d'origine – études discordantes).

Selon l'enquête « Santé mentale en population générale »(32,34), les pathologies mentales les plus fréquemment rencontrées chez les migrants (au sens large) sont :

- **Les troubles thymiques :**

Le taux d'épisode dépressif majeur (EDM) et d'épisode dépressif majeur récurrent (EDMR) sont significativement plus importants dans la population migrante que pour les non-migrants (prévalence de 14% d'EDM chez les migrants versus 10% chez les non migrants ; prévalence de 7,2% d'EDMR chez les migrants versus 5,2% chez les non-migrants)(32). Les troubles bipolaires sont également plus représentés chez les migrants.

- **Les troubles anxieux :**

Ont une prévalence augmentée de façon statistiquement significative : le trouble panique, le trouble anxieux généralisé (différence qui tend à s'accroître au fil des générations) et l'état de stress post-traumatique (ESPT). La prévalence du trouble anxieux généralisé ne semble pas plus élevée au sein de populations de réfugiés et demandeurs d'asile (11,1%), qu'au sein des populations de migrants tous motifs confondus (14%)(32,35). Là encore, on retrouve une grande hétérogénéité selon les études.

- **L'État de stress post traumatique**

Il n'est plus considéré comme un trouble anxieux depuis le DSM-5 (mais comme un « trouble lié au traumatisme et au stress »).

Pour l'ESPT, la différence tend plutôt à décroître au fil des générations. L'augmentation du risque est associée à la variable chômage. A l'inverse, le mariage et un haut niveau d'étude sont associés à un plus faible risque. La prévalence de l'ESPT dans la population migrante varie énormément selon les études (de 1% (32) à 31,5% au sein des populations de réfugiés politiques et de demandeurs d'asile(35)) mais est bien plus importante que celle de la population générale (en France il est de 0,7%). Ainsi, les migrants, quel que soit le motif de leur migration, sont plus à risque d'ESPT. Chez les réfugiés et demandeurs d'asile, une revue systématique de la littérature et méta-analyse met en évidence qu'il s'agit du trouble psychiatrique le plus fréquent (31,5%), bien qu'il existe une grande hétérogénéité entre les études, ainsi que des différences statistiquement significatives selon l'outil diagnostic utilisé(35).

A noter qu'il existe une comorbidité consubstantielle entre l'ESPT et la dépression (EDM)(36), ainsi qu'un chevauchement entre la présence de TOC (troubles obsessionnels compulsifs) et d'ESPT(37).

- **Addictions**

La consommation d'alcool et de toxiques ainsi que la dépendance à l'alcool et aux substances sont statistiquement plus importantes chez les migrants. Il existe une augmentation massive avec les générations (risque majoré chez la 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> générations). Le processus d'acculturation serait en cause, ainsi que les difficultés d'intégration dans le pays d'accueil et la rupture des liens familiaux.

### - Les troubles psychotiques

Dans la même enquête, il a été mis en évidence que les migrants de première et de deuxième générations sont plus à risque de déclarer un épisode psychotique (OR respectivement de 1,68 et 1,43) ou un trouble psychotique récurrent (OR respectivement de 1,57 et 1,43). Pour la 3<sup>ème</sup> génération, pas de sur-risque de présenter un trouble psychotique isolé, en revanche un risque significativement plus élevé de présenter un trouble psychotique récurrent (OR de 1,78). En comparant avec une méta-analyse, les troubles psychotiques ne semblent pas plus élevés chez les réfugiés et demandeur d'asile (1,5%) que chez l'ensemble de la population migrante (2,8%)(34,35).

Par ailleurs, ce risque semblerait plus élevé chez les patients originaires d'Afrique subsaharienne. De nombreuses hypothèses ont été évoquées (infectieuse, avec le rôle de *Toxoplasma Gondii* à tropisme neurologique ; hypothèse carencielle de l'hypovitaminose D ; hypothèses génétiques, environnementales, sociales...). Les discriminations vécues ou perçues semblent avoir un impact, alors que la communauté présenterait un rôle protecteur selon plusieurs études(1).

De plus, une méta-analyse des études menées entre 1997 et 2003 met en évidence un risque relatif de 2,9 (IC à 95% = 1,5-3,4) chez les sujets de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> génération (sans distinction) de présenter une schizophrénie, ce risque étant plus important chez les sujets venant d'un pays émergent et à la peau noire(1).

Comme nous venons de le voir, les pathologies psychiques constituent un pan sanitaire indissociable de la prise en charge médicale globale de la personne migrante, au même titre que n'importe quelle autre personne et d'autant plus par leur vulnérabilité particulière.

Selon les chiffres du COMEDE (Comité médical pour les exilés) sur les données de 2004 à 2010, 60% des patients ayant consulté ont déclaré avoir subi des violences sur la période considérée dans leur pays d'origine et près d'un quart avoir subi de la torture (22%)(11). Il existe une corrélation entre ces antécédents et le pays d'origine, dans un contexte de violation des droits de l'Homme (le taux de psychotraumatisme est plus élevé chez les patients originaires d'Afrique centrale, d'Afrique de l'Est, d'Europe de l'Est, d'Afrique de l'Ouest (11)). Par ailleurs, la plupart des enquêtes de prévalence des troubles dépressifs, anxieux et de l'ESTP, mettent en évidence la vulnérabilité particulière des femmes(11,34).

Malheureusement, au sein des populations d'immigrés, le psychotraumatisme peut être fréquemment sous-estimé chez des patients de culture différente (façon différente d'appréhender la maladie, la douleur ou de l'intégrer à son histoire personnelle), avec souvent une barrière de la langue, ou bien une présentation symptomatique inhabituelle(38). Dans le contexte migratoire actuel, cette prise en charge des troubles psychiques, devient un enjeu majeur de santé publique.

## 4. Le syndrome de stress post traumatique

### 4.1 Historique (39)

L'appréhension du psychotraumatisme comme une entité pure est relativement récente puisqu'il faut attendre la fin du XIXème siècle pour que la « névrose traumatique » soit proposée par l'Allemand Herman Oppenheim, pour désigner les troubles psychiques particuliers consécutifs aux accidents. Ses descriptions et dénominations ont beaucoup fluctué et évolué au cours du XXème siècle.

Oppenheim étudie les personnes victimes d'accidents de chemin de fer et penche pour la thèse psychogénique du psychotraumatisme.

De son côté, Martin Charcot (1884), à la Salpêtrière est en faveur de la thèse émotionnelle car il retrouve des disproportions manifestes entre certains tableaux cliniques spectaculaires et le choc physique minime qui était censé en être à l'origine. Il ne reconnaîtra pas la névrose traumatique en tant qu'entité propre.

En 1889 Pierre Janet, psychologue et médecin français, se sert de l'hypnose pour mettre en évidence l'origine traumatique de plusieurs cas d'hystérie et de neurasthénie et aider à leur traitement.

Sigmund Freud partage ses vues et prône une thérapie cathartique de ces hystéries traumatiques. Pour Freud, le concept de traumatisme est relatif, et la réaction à celui-ci varie selon des susceptibilités individuelles.

Otto Fenichel, psychanalyste autrichien, reprenant les conceptions de Freud, établit le tableau clinique de la névrose traumatique selon trois axes :

- Les symptômes de répétition
- Les « complications psychonévrotiques » (anxio-phobiques, hystériques ou obsessionnelles)
- Le blocage des fonctions du moi (fonction de filtration des stimuli de l'environnement, fonction de présence et fonctions libidinales de sexualité et de relation affective à autrui).

Puis les grandes guerres (surtout la Première Guerre mondiale) amènent leur lot de traumatisés psychiques, et l'allemand Honigman, psychiatre à la Croix Rouge, crée le terme de « névrose de guerre » (1908). Sur le plan pathogénique, l'hypothèse commotionnelle céda peu à peu la place à l'hypothèse émotionnelle.

Pendant la Seconde Guerre mondiale, les psychiatres aux armées œuvrent à leur guise et différencient les simples réactions de combat (*combat reactions*) des névroses de guerre (*war neuroses*), plus durables. Au cours de cette guerre, on recense moins d'hystérie et davantage de troubles psychosomatiques(40). Un « syndrome des déportés » avec asthénie et hypermnésie émotionnelle (équivalent du syndrome de répétition), a été très tôt identifié par le français Targowla(41) (douze ans plus tard, Eitinger a cru le redécouvrir sous le nom de KZ syndrome, nom adopté depuis par la communauté internationale).

En 1952 est créé par les psychiatres américains le DSM-I, nouveau système nosographique, dans lequel ils proposent le diagnostic de « Gross Stress Reaction » pour remplacer la névrose

traumatique (délétion de la connotation psychanalytique pour une orientation davantage biologique). Ce diagnostic sera supprimé dans le DSM-II avant d'être réhabilité suite aux « Post-Vietnam Syndromes » dans le DSM-III comme les prémices de ce qui deviendra en 1980 le Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). On considérait alors deux formes d'ESPT : une forme « aiguë » et une forme « chronique » ou « différée » avec des critères de délai d'apparition et de durée de six mois.

Pour certains psychanalystes militaires (Barrois, Briole, Lebigot), le traumatisme vient de la confrontation brutale de l'individu avec le réel et de la mort à laquelle il n'est pas habitué dans « son réel » édulcoré.

En 1994, le DSM-IV rajoute des nouveaux critères et notamment celui d'une durée des troubles supérieure à 1 mois. Il crée en contrepartie l'État de Stress Aigu (Acute Stress Disorder) qui concerne les symptômes se présentant deux jours à quatre semaines après le traumatisme.

Le DSM-V, depuis 2013, établit comme caractéristique essentielle du diagnostic d'ESPT, « le développement de symptômes caractéristiques faisant suite à un stress extrême impliquant le vécu direct et personnel d'un événement ».

Les auteurs français contemporains, comme Louis Crocq, maintiennent la distinction entre stress et trauma psychique, se situant dans la continuité de la psychanalyse et de la phénoménologie, tout en mettant en avant l'importance d'un soin psychologique précoce(11).

#### 4.2 Définition

Le trouble de stress post-traumatique est une réaction psychologique consécutive à une situation durant laquelle l'intégrité physique ou psychologique du patient, ou celle de son entourage, a été menacée ou effectivement atteinte (notamment en cas de torture, viol, accident grave, mort violente, maltraitance, négligence de soins de la petite enfance, manipulation, agression, maladie grave, guerre, attentat, accouchement,...)(42).

Dans le monde, plus de 50 à 70% des adultes vivent ou ont vécu un événement traumatique au cours de leur vie(43), voire plus. Un certain nombre de ces personnes souffrent de stress post-traumatique (prévalence estimée à 8% à l'échelle d'une vie(43) et jusqu'à 12% de la population de certains pays en difficulté) (44). Cependant, la caractérisation d'un événement traumatique et de l'État de Stress Post Traumatique reste en référence à une subjectivité individuelle, culturelle et sociétale(45,46).

Il s'agit du trouble mental le plus fréquemment rencontré au sein des populations de réfugiés et demandeurs d'asile(35).

### 4.3 Variations nosographiques

Il existe deux systèmes de classification pour les troubles mentaux. Le Manuel diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (DSM-5) réalisée par l'Association américaine de psychiatrie (AAP) et la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) réalisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

En fonction de la durée qui sépare celles-ci de l'évènement stressant/traumatique, on distingue plusieurs manifestations réactionnelles psychiques différentes(47). De façon chronologique, on peut observer :

#### 4.3.1 *La réaction immédiate au stress ou évènement traumatique*

Cette réaction immédiate est un trouble transitoire survenant chez un individu qui ne présente par ailleurs aucun autre trouble mental manifeste, à la suite d'un facteur de stress physique et/ou psychique exceptionnel et disparaissant habituellement en quelques heures ou jours. La survenue et la gravité d'une réaction aiguë à un facteur de stress sont influencées par des facteurs de vulnérabilité individuels et par la capacité du sujet à faire face à un traumatisme. La symptomatologie est mixte et variable et comporte initialement un état « d'hébétude » caractérisé par un certain rétrécissement du champ de la conscience et de l'attention, une impossibilité à intégrer des stimuli et une désorientation. Cet état peut être suivi d'un retrait croissant vis-à-vis de l'environnement (pouvant aller jusqu'à une stupeur dissociative) ou une agitation avec hyperactivité (réaction de fuite, fugue). Le trouble s'accompagne fréquemment de symptômes neuro-végétatifs, d'une anxiété panique (tachycardie, transpiration, bouffées de chaleur). Les symptômes se manifestent habituellement dans les minutes qui suivent la survenue de l'évènement stressant et disparaissent généralement en deux à trois jours (souvent quelques heures). Il peut y avoir une amnésie partielle ou complète de l'épisode. Quand les symptômes persistent, il convient d'envisager un autre diagnostic(48).

#### 4.3.2 *L'état de Stress Aigu*

Selon le DSM-5, l'État de Stress Aigu (ESA) est un ensemble de symptômes caractéristiques qui peuvent se développer en réaction à l'exposition à un ou des évènements traumatiques. Il implique généralement une réponse d'anxiété qui inclut certaines formes de reviviscence ou de réactivité à l'évènement traumatique. Son diagnostic peut être posé, selon le DSM-5 de 3 jours à 1 mois après l'exposition à l'évènement(49).

Après un mois, on parlera plutôt d'État de Stress Post Traumatique.

Un diagnostic de *trouble de l'adaptation* est considéré lorsque la réponse à un évènement traumatique ne rencontre pas tous les critères de l'ESA ou lorsque l'exposition à l'évènement stressant ne correspond pas aux critères de l'exposition à un évènement traumatique.

Les critères diagnostiques sont listés dans l'annexe 1 [*Annexe 1 : Critères diagnostiques du DSM-5 pour l'état de stress aigu*].

#### 4.3.3 L'État de Stress Post Traumatique (ESPT)

L'ESPT est la réaction spécifique pouvant se développer suite à l'exposition à un ou des événements traumatiques, entraînant une souffrance cliniquement significative et une altération du fonctionnement notamment dans les domaines social, familial et professionnel. Le diagnostic d'ESPT peut être posé en cas de persistance des symptômes plus d'un mois après l'exposition à l'évènement traumatique(42). Avant, on parle d'État de Stress Aigu.

Cette réaction post traumatique comporte quatre types de symptômes :

- Les intrusions (reviviscences, symptômes dissociatifs)
- L'évitement
- Les altérations négatives des cognitions et de l'humeur
- L'hyperexcitation (altérations dans l'activation et la réactivité associée à l'évènement traumatique)

Les critères diagnostiques sont listés dans l'annexe 2 [*Annexe 2 : Critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble de stress post traumatique*].

#### 4.3.4 ESPT avec symptômes dissociatifs

On parle d'ESPT avec symptômes dissociatifs si les symptômes rencontrent les critères d'un ESPT et en plus, en réponse au stress, la personne vit des symptômes persistants et récurrents tels que l'une des manifestations suivantes :

- Dépersonnalisation : expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment de détachement, et d'être un observateur extérieur de ses processus mentaux ou corporels (par exemple, sentiment d'être dans un rêve, sentiment d'irréalité de soi ou de son corps ou que le temps s'écoule différemment).
- Déréalisation : expériences persistantes ou récurrentes d'irréalité de l'environnement (par exemple l'environnement immédiat est vécu comme irréel, onirique, lointain ou déformé).

Dans ce cas, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (alcool, drogue) ou à une autre condition médicale (par exemple une crise épileptique partielle)(42).

#### 4.3.5 ESPT avec expression retardée

On parle d'ESPT avec manifestation différée si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'évènement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat)(42).

Les symptômes d'ESPT ne peuvent apparaître qu'après une période latente paucisymptomatique qui peut être longue. L'absence de plainte est fréquente et le patient peut

signaler des troubles co-morbides avant l'ESPT lui-même. Par exemple, l'apparition d'un EDM ou d'une dépendance est fréquemment rencontrée(46).

#### 4.3.6 ESPT « sub-syndromique » et partiel

Certains sujets semblent présenter des caractéristiques cliniques d'ESPT sans pour autant que le tableau diagnostique soit complet (selon le DSM). Des auteurs anglo-saxons ont donc utilisé le concept d'ESPT incomplets, partiels et sub-syndromiques (*partial-PTSD, subthreshold-PTSD*).

De manière consensuelle, l'ESPT « sub-syndromique » est envisagé si le seuil des critères C et/ou D n'est pas atteint (avec au moins un symptôme C et un symptôme D).

L'ESPT partiel correspond quant à lui à un trouble où les critères réunis sont BC ou CD sans forcément s'intéresser aux critères E et F(45).

Les personnes atteintes de ces tableaux partiels d'ESPT, bien que moins impactées que celles ayant le tableau clinique complet, présentent néanmoins des niveaux significatifs de déficiences fonctionnelles en rapport avec leurs symptômes. Cette forme sub-syndromique semble essentiellement toucher les femmes(50).

Sous le DSM-IV, d'autres auteurs définissent des ESPT apparentés (PTSD-like) lorsque tous les critères sont réunis excepté celui de stress caractérisant l'exposition à un fait hors du commun, choc provoquant une sensation de mort imminente. Ce facteur est alors re-défini comme un évènement banal, et il apparaît que ces évènements de vie (découverte d'une tumeur, traumatisme crânien, perte d'emploi, décès d'un proche, ...) pourraient à eux seuls entraîner un état de stress post-traumatique. D'ailleurs, de façon paradoxale, on retrouve parfois davantage de symptômes psychotraumatiques pour des évènements de vie communs que pour des évènements traumatiques majeurs(51).

#### 4.3.7 La place du critère A

L'existence d'un ESPT présuppose l'exposition à un évènement traumatique. C'est la seule affection psychiatrique qui nécessite la survenue préalable d'un évènement particulier comme critère pour le diagnostic(51). Il correspond au critère A du DSM-5.

La définition de l'évènement traumatique a évolué au fil des ans :

- Selon le DSM-III c'est l'exposition au combat, à une agression violente physique ou sexuelle, à une catastrophe naturelle (en dehors du champ des expériences normales d'un individu).
- Selon le DSM-III-R la définition est étendue au fait d'apprendre ou d'être témoin d'une menace pour la vie ou l'intégrité physique d'un ami ou un membre de la famille.
- Selon le DSM-IV, l'évènement traumatique peut se définir comme apprendre ou être témoin d'une exposition inhabituelle soudaine et brutale à un risque vital ou une menace grave à l'intégrité physique pour soi ou un proche (Critère A1). A cela doit s'ajouter la présence d'une

réponse de peur intense, avec sentiment d'impuissance ou d'horreur chez la victime (critère A2).

- Avec le DSM-5, il y a une extension de la définition : c'est l'exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :
  - Vivre directement l'événement traumatique.
  - Être témoin, en personne, de l'événement vécu par d'autres.
  - Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche. Note : En cas de décès ou de danger de décès d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel.
  - Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique (par exemple, les premiers intervenants ou les policiers). Note : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par le biais des médias électroniques, de la télévision, de films ou de photos, à moins que cette exposition soit liée au travail.

Depuis l'établissement de critères diagnostiques de l'ESPT, la place et la définition du « Critère A » a été controversée. En effet, il est difficile de définir précisément des événements susceptibles d'être considérés comme hautement stressants(52), et certaines personnes peuvent présenter des symptômes apparentés à l'ESPT en réponse à une large gamme de « critères de stress »(53). Une étude(54) montre que l'événement traumatique, tel que défini par le DSM ne peut laisser présupposer des symptômes, de l'évolution et des séquelles de l'ESPT qu'il pourrait entraîner. De plus, certains événements qui n'étaient pas considérés comme des « critères de stress » en tant que tels, ont été à l'origine d'ESPT au même titre que des « stressseurs » avérés(55), suggérant que l'ESPT puisse être un syndrome de réponse au stress inhabituellement sévère mais non spécifique du type d'événement traumatique (pas seulement pour les « stressseurs extrêmes »). En l'occurrence, les critères du DSM ont pu être trop focalisés sur les événements à impact physique intense, négligeant l'impact psychologique de certains stressseurs (maladie, blessures ou décès lorsque cela concerne des personnes proches).

## 4.4 Les symptômes

### 4.4.1 Les symptômes classiques

L'État de Stress Post-Traumatique est la conséquence d'une interaction entre une susceptibilité génétique individuelle, un évènement traumatique et un contexte social(46).

Les manifestations cliniques de l'ESPT peuvent être variables d'un individu à l'autre et les symptômes peuvent parfois apparaître des années après l'évènement traumatique, après une période latente pauci symptomatique qui peut être longue. L'absence de plainte est fréquente et le patient peut signaler des troubles co-morbides avant l'ESPT lui-même. Par exemple, l'apparition d'un EDM ou d'une dépendance est fréquemment rencontrée(46).

On peut y rapporter les différents symptômes qui contribuent à la définition même de l'ESPT. Ils relèvent à la fois du psychique et du somatique, sans que ces symptômes puissent être imputés à des effets physiologiques d'une substance (médicaments, alcool) ou à une condition médicale. On y retrouve les quatre types de symptômes(42)([Annexe 2 : Critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble de stress post traumatique]) :

- **Les intrusions :**
  - Souvenirs pénibles, récurrents, involontaires et envahissants de l'évènement.
  - Rêves répétitifs pénibles liés à l'évènement traumatique
  - Réactions dissociatives (flash-backs par exemple) dans lesquelles la personne se sent ou agit comme si l'évènement se reproduisait
  - Détresse psychologique intense ou prolongée à l'exposition à des indices faisant remonter à la mémoire de l'individu l'évènement traumatique.
  - Réactions physiologiques marquées à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'évènement traumatique
  
- **Les réactions d'évitement :**
  - Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'évènement traumatique
  - Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations) qui éveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'évènement traumatique.
  
- **Les altérations négatives des cognitions et de l'humeur :**
  - Incapacité de se rappeler un aspect important de l'évènement traumatique (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non d'autres facteurs tels que blessure à la tête, alcool ou drogues).

- Croyances ou attentes négatives persistantes ou exagérées à propos de soi-même, des autres, ou du monde.
- Cognitions persistantes et déformées concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatique qui amènent l'individu à se blâmer ou à blâmer autrui.
- État émotionnel négatif persistant (peur, horreur, colère, culpabilité ou honte).
- Diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités significatives.
- Sentiment de détachement ou d'éloignement des autres.
- Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (par exemple, incapacité à éprouver du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux).
- Incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non d'autres facteurs tels que blessure à la tête, alcool ou drogues).
- 
- **L'hyperexcitation** (altérations dans l'activation et la réactivité associée à l'évènement traumatique) :
  - Comportement irritable et crises de colère (avec peu ou pas de provocation) généralement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
  - Comportement imprudent ou autodestructeur.
  - Hypervigilance.
  - Réaction de sursaut exagérée.
  - Problèmes de concentration.
  - Troubles du sommeil (par exemple, difficultés à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité).

Ces différents symptômes affectent l'individu dans sa dimension bio-psycho-sociale, puisqu'ils entraînent une souffrance clinique et une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, familiaux, ou autres domaines importants.

#### 4.4.2 *Les maladies somatiques et psychosomatiques associées à l'ESPT*

En dehors des symptômes qui font la définition de l'ESPT, ont été mises en évidence plusieurs affections somatiques dont l'association semble établie avec le PTSD.

Les patients atteints d'ESPT seraient ainsi plus enclins à développer plusieurs maladies cardiovasculaires (cardiopathie ischémique, pathologies vasculaires cérébrales, pathologies thrombo-emboliques, HTA, insuffisance cardiaque, troubles du rythme, mort subite d'origine cardio-vasculaire) ainsi que du diabète, indépendamment de leurs prédispositions individuelles(56). L'explication de ce sur-risque pourrait résider dans la tendance des personnes atteintes d'ESPT à adopter une mauvaise hygiène de vie (mauvaise alimentation, sédentarité, obésité, tabagisme)(57). Il existe également une association entre la présence d'ESPT et une plus grande fréquence de maladies respiratoires, musculo-squelettiques,

neurobiologiques, gastro-intestinales, auto-immunes, diabétiques, ainsi que divers types de douleurs chroniques(58) dont nous parlerons plus tard.

Concernant les troubles du sommeil, ils sont déjà compris dans les symptômes classiques, mais il est à noter qu'outre la présence d'insomnies et cauchemars, on note un lien significatif avec la présence de troubles respiratoires du sommeil à type de syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS). Les troubles du sommeil pourraient donc être à la fois un symptôme mais également un facteur de risque d'ESPT(59).

Enfin, il existe surtout des symptômes de douleur chronique qui peuvent être variés et très invalidants. Le lien entre différents types de douleurs chroniques et l'existence d'un ESPT est établi. Plusieurs hypothèses sont avancées pour les expliquer (abaissement du seuil de sensibilité à la douleur - hyperalgésie - dans l'ESPT, ou bien la douleur associée à l'évènement traumatique peut influencer sur l'apparition d'un ESPT) où on voit que cette relation entre douleur chronique et ESPT peut être bilatérale avec des mécanismes d'apparition et d'auto-entretien semblables, entravant les processus physiologiques de  *coping*  efficaces. Il s'agit ensuite d'analyser la temporalité(60). De plus, plusieurs études suggèrent que la survenue d'un ESTP chez un patient douloureux chronique aggrave l'intensité de ses douleurs(61).

Il a été montré qu'une prise en charge efficace de l'ESPT nécessite, au-delà des différents symptômes de l'ESPT, une prise en charge de cette douleur chronique ainsi que des autres comorbidités ou symptômes qui lui sont associés(62,63) dans le cadre d'une action précoce et pluridisciplinaire.

#### 4.4.3 Les symptômes psychogènes réactionnels

Face à des douleurs associées à un ESPT, l'enjeu est de savoir différencier des douleurs liées à une blessure physique au moment de l'évènement traumatisant des douleurs psychogènes(64).

En effet, outre les différentes douleurs et maladies somatiques ou psychosomatiques reconnues dont nous avons parlé dans le paragraphe précédent, l'ESPT est associé à de nombreux symptômes mal définis ou mal expliqués médicalement (des vertiges inexplicables, des acouphènes, une vision trouble ou certains syndromes qui peuvent être réellement considérés comme des troubles psychiatriques somatoformes – troubles à symptomatologie somatique et apparentés, dont le trouble douloureux)(58).

En effet, l'expression de la souffrance psychique passe souvent par le corps, en particulier dans la culture africaine, avec la présentation de plaintes douloureuses, plus ou moins précises, qui peuvent dérouter autant le somaticien que le psychiatre (qui se trouve face à des plaintes bien peu psychiques). Cet excès de somatisation répond souvent à un défaut de mentalisation (ainsi qu'à la méconnaissance du phénomène de stress et de traumatisme psychique, et l'inconscience du lien de ceux-ci avec les symptômes vécus) très prégnant dans certaines cultures(65).

Certaines de ces manifestations peuvent clairement être rangées du côté des émotions (rougissement, tachycardie, hyperventilation, larmes), d'autres moins (douleurs abdominales, céphalées, douleurs précordiales, troubles fonctionnels, ...). Ces symptômes se retrouvent

d'ailleurs parfois dans des formulations symboliques : « en avoir plein le dos », « plein la tête », « avoir le souffle coupé », « ça fait mal au cœur »(38).

Ce trouble douloureux associe des symptômes à type de douleurs à un facteur psychologique et peut avoir des répercussions fonctionnelles (attestées en l'absence de diagnostic différentiel). Ces symptômes peuvent même être associés à une pathologie médicale qui ne peut à elle seule expliquer la sévérité ou le maintien de la douleur(58).

Parfois, le corps s'exprime également en termes culturels (« attaques de sorcellerie », « visites de défunts », mythes, rites, traditions), offrant des portes d'entrées vers le monde interne du patient. Le thérapeute doit être conscient de ces particularités qui constituent des éléments de l'organisation psychique du patient, et la confrontation à des violences extrêmes ou bien des différences culturelles ne doit pas fragiliser l'établissement d'une relation thérapeutique empathique et féconde(38,65).

Enfin, l'enjeu est avant tout de ne pas passer à côté du diagnostic d'ESPT, devant des plaintes qui s'écartent du cadre nosographique classique, avec parfois une réticence de la part du patient à dire sa souffrance psychique.

## 4.5 Les tests diagnostiques

Les principaux tests d'évaluation de l'ESPT utilisés en pratique sont les suivants :

### 4.5.1 IES-R (*Impact of Event Scale – Revised*), 1996

L'IES-R est un outil de 22-items en auto-questionnaire qui évalue la détresse subjective entraînée par les événements traumatisants. C'est une version révisée de l'ancienne version en 15 items IES (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979) qui était l'auto-questionnaire le plus ancien pour l'évaluation de l'ESPT. L'IES-R contient sept items supplémentaires en relation avec les symptômes d'hyperexcitation de l'ESPT (DSM IV). Les personnes questionnées doivent identifier un événement de vie stressant spécifique et dire à quel point ils étaient stressés ou impactés dans les derniers sept jours par chaque « difficulté » listée. Les items sont cotés sur une échelle à 5 points de 0 (« pas du tout ») à 4 (« extrêmement »). L'IES-R rend un score total (de 0 à 88) et des scores de sous-catégories peuvent aussi être calculés à partir des sous-catégories « Intrusion », « Évitement » et « Hyperexcitation ». Les auteurs recommandent d'utiliser des moyennes au lieu des sommes brutes pour chacune de ces scores de sous-catégories pour permettre une comparaison avec les scores de la « Symptom Checklist 90 – Revised, 1994). De manière générale, l'IES-R (et l'IES) n'est pas utilisée pour le diagnostic de l'ESPT, cependant les score de cut-off ont été cités dans la littérature pour un diagnostic préliminaire d'ESPT(66).

### 4.5.2 SPRINT (*Short PTSD Rating Interview*), 2001

Le SPRINT (Connor and Davidson, 2001) est un auto-questionnaire de « screening » (dépistage) en 8 items qui évalue les symptômes de base de l'ESPT (intrusion, évitement, altération, hyperexcitation), les plaintes somatiques, la gestion du stress et les difficultés professionnelles, familiales ou sociales. Les symptômes sont cotés sur 5 points de 0 (pas du tout) à 4 (énormément). Les auteurs suggèrent un cut-off score de 14. Ceux dont le test serait positif devraient alors être évalués au moyen d'une interview structurée de dépistage de l'ESPT(67).

### 4.5.3 MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*), 1997

Il s'agit d'un outil divisé en plusieurs modules qui peuvent chacun être administrés séparément. Il permet de repérer différents troubles psychiatriques (EDM, dysthymie, risque suicidaire, trouble bipolaire, trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, TOC, ESPT, dépendances à l'alcool et aux drogues, troubles psychotiques, anorexie mentale, boulimie, anxiété généralisée, troubles de la personnalité). Il peut être auto-administré, mais est normalement prévu pour être administré par le clinicien (et préférentiellement par un clinicien entraîné ayant l'habitude de la pathologie psychiatrique). Les réponses aux items sont en oui/non et ne permettent pas d'évaluer à la fois la sévérité des symptômes ni leur retentissement fonctionnel(68,69).

#### 4.5.4 CAPS-5 (*Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5*), 1990 (CAPS), 2015 (CAPS-5)

Le CAPS est le gold standard dans l'évaluation du PTSD. Il s'agit une interview structurée en 30 items (basés sur les critères diagnostics du PTSD pour le DSM-5) qui se décline en plusieurs versions (afin d'établir un diagnostic de PTSD actuel -symptômes dans la semaine ou bien dans le mois- ou passé, à l'échelle d'une vie entière) ; il existe également des versions pour enfants de plus de 7 ans et adolescents. Le CAPS a été pensé pour être administré par des cliniciens ayant connaissance ou formés à l'évaluation du PTSD. La durée d'administration du questionnaire est d'environ 45 min à 1 heure. La sévérité des symptômes est évaluée en fonction de la fréquence ou de l'intensité de ceux-ci par un score de sévérité unique(70–73).

#### 4.5.5 PC-PTSD-5 (*Primary Care PTSD Screen for DSM-5*), 2015

Il s'agit d'un test de dépistage en 5 items conçu pour l'utilisation en soins primaires. Le test commence avec un item qui évalue si le patient a eu une exposition à un évènement traumatique ; s'il n'y en a pas eu, le PC-PTSD-5 est automatiquement à 0. Si un évènement traumatique a été vécu au cours de la vie de la personne interrogée, le test est poursuivi avec 5 questions binaires supplémentaires. Celles-ci évaluent la façon dont ce traumatisme a impacté le patient au cours du dernier mois. Cette étude a été pensée pour identifier des personnes ayant un PTSD probable. Celles dont le dépistage est positif requièrent une évaluation plus approfondie de leur PTSD (si possible au moyen d'une interview structurée comme le CAPS-5 ; en cas de problème de temps et mise de œuvre, au moyen d'un outil validé d'auto-mesure comme le PCL-5)(74,75).

#### 4.5.6 PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5), 2013

Voir détails ci-après.

Les échelles d'évaluation de l'ESPT que nous venons de détailler sont les plus connues, les plus spécifiques et les plus utilisées en pratique. Il en existe cependant bien d'autres, que ce soit des auto-questionnaires (Davidson Trauma Scale : DTS ; Dissociative Subtype of PTSD Scale : DSPS ; Inventory of Psychosocial Functioning : IPF ; Late-Onset Stress Symptomatology Scale : LOSS ; Mississippi Scale for Combat-Related PTSD : M-PTSD ; Modified PTSD Symptom Scale : MPSS-SR ; Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 : PDS-5 ; Posttraumatic Maladaptive Beliefs Scale : PMBS ; Trauma Symptom Checklist-40 : TSC-40 ; Trauma Symptom Inventory : TSI ; Well-Being Inventory : WBI) ou des questionnaires administrés par le clinicien (PTSD Symptom Scale -Interview for DSM-5 : PSS-I-5 ; Structured Clinical Interview for the DSM IV Axis I Disorders : SCID PTSD Module ; Structured Interview for PTSD : SI-PTSD).

Concernant les tests de dépistage rapide, en plus du PC-PTSD-5 et du SPRINT on a le SPAN et le Trauma Screening Questionnaire (TSQ). Et il existe encore bien d'autres tests conçus pour l'évaluation du PTSD chez les enfants ou adolescents (CRIES, CPTS-RI, CPSS, CITES-2, PEDS, TESI-C, DISC, ...).

De manière générale, il existe beaucoup plus d'auto-questionnaires que de tests administrés par le clinicien. Les échelles auto-administrées sont souvent plus faciles à utiliser, sont généralement rapides et ne nécessitent pas la présence d'un clinicien. Cependant, elles ne mesurent pas les manifestations non verbales des victimes et elles peuvent poser des problèmes de compréhension des consignes et de quantification. Les échelles hétéro-reportées sont des interviews structurées qui permettent souvent une mesure plus précise (elles tiennent compte des réponses des victimes et des caractéristiques non-verbales). Malheureusement, elles doivent en général être utilisées par des cliniciens ou des personnes spécialement formées, elles ne peuvent pas s'appliquer à des groupes et sont plus chronophages.

#### 4.5.6 Le PCL-5

Le PCL-5 est une échelle créée par Weathers et al. en 2013 et traduite en français par N. Desbiendras. C'est un auto-questionnaire diagnostique comportant 20 items correspondant aux 20 critères d'ESPT du DSM-5. Il s'agit du test le plus largement utilisé pour le diagnostic de l'ESPT(76). Il permet d'établir un diagnostic provisoire d'ESPT et de pouvoir évaluer les changements symptomatiques avant et après traitement.

Chaque item est coté sur une échelle à 5 points de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement).

Ces 20 items se divisent en 4 sous-groupes de symptômes :

- Groupe B : Symptômes d'intrusion (items de 1 à 5)
- Groupe C : Symptômes d'évitement (items 6 et 7)
- Groupe D : Symptômes d'altération de la cognition et de l'humeur (items de 8 à 14)
- Groupe E : Symptômes de profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées (items de 15 à 20).

Sa réalisation est conditionnée à la survenue d'un événement traumatique (Critère A). L'évaluation du Critère A peut être incluse directement dans le PCL-5 (« PCL-5 avec Critère A ») ou bien peut être évalué d'une autre manière (« PCL-5 sans Critère A »)(77).

Le critère A remplace les Critères A1 et A2 du DSM-IV, comme vu précédemment.

Le PCL-5 fait suite au PCL-S basé sur le DSM-IV, qui avait 3 groupes de symptômes et 17 items.

Le PCL-5 est validé en Anglais et en Français(78).

Ce test, aussi bien dans sa version anglaise que française, présente une forte cohérence interne(78).

##### 4.5.6.1 Interprétation

Le PCL-5 peut être coté de différentes façons (77):

- Un score total sur 80 peut être calculé en additionnant les scores de chacun des 20 items du test.
- Des scores de sévérité par groupes de symptômes peuvent être établis en additionnant les scores des items à l'intérieur d'un sous-groupe de symptômes donné (c'est par

exemple la méthode utilisée dans l'enquête de santé publique suite aux attentats du 13 novembre 2015(79)).

- Un « diagnostic provisoire » de PTSD peut être posé si au moins un item a un score de 2 ou plus (= cliniquement significatif) sur au moins :
  - 1 symptôme d'intrusion
  - 1 symptôme d'évitement
  - 2 symptômes d'altération de la cognition et de l'humeur
  - 2 symptômes d'éveil

#### 4.5.6.2 Cut-off score

Les recherches actuelles indiqueraient qu'un cut-off score entre 31 et 33 seraient révélatrices d'un probable ESPT(77), mais cela reste délicat. En effet, en terme d'évaluation du PTSD au sein de populations culturellement différentes, certaines études remettent en question le fait d'utiliser un cut-off score prédéfini (80). D'ailleurs, concernant le PCL-5, de nombreux cut-off scores ont été utilisés selon les études, allant pour les extrêmes de 23 (81) à 38 (82). Il en ressortirait qu'avant tout, l'établissement du cut-off score doit tenir compte du contexte de l'étude (langue, population : la présence de différences sémantiques ou de nuances de traduction pouvant entraîner des sus- ou sous-estimations considérables(80,81)), de son objectif (s'il s'agit d'une volonté de dépistage ou de mettre en évidence le maximum de cas, on privilégiera un cut-off plus bas ; au contraire, si on veut limiter le nombre de faux positifs, on choisira un cut-off plus élevé(77)) et des gold-standards utilisés pour les études de validation(81).

## 4.6 Le traitement

Tout ESPT diagnostiqué nécessite une prise en charge adaptée, autant que faire se peut, afin de diminuer les symptômes (intrusions, évitement, altérations négatives, hyperexcitation, manifestations dissociatives, impulsivité), de diminuer le handicap et d'améliorer la qualité de vie du patient souffrant. Les patients non traités peuvent rester symptomatiques des années avec des mécanismes de maintien et de chronicisation des symptômes (renforcement des évitements, épuisement des ressources adaptatives, distorsions cognitives, soutien social défaillant, etc.)

Le NICE (National Institute for Health and Care Excellence, 2018) et l'ISTSS (International Society for Traumatic Stress Studies, 2018) ont établi des recommandations précises concernant la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse(83,84) de l'ESPT. Des guidelines et recommandations ont aussi été établies par l'APA (American Psychiatric Association, 2017), le VA/DoD (Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2017), et le Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health, 2013(85).

En termes de priorisation du traitement, le NICE (2018) établit une recommandation forte en faveur d'une Thérapie Cognitivo-Comportementale Axée sur le Traumatisme (TCC-AT) ou une thérapie EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) plutôt que tout autre prise en charge psychologique ou pharmacologique pour le traitement initial de l'ESPT. De son côté, la VA/DoD (2017) recommande fortement en premier lieu une psychothérapie individuelle axée sur le traumatisme, et quand celle-ci n'est pas facilement disponible, un traitement médicamenteux ou une thérapie individuelle non axée sur le traumatisme sans preuve permettant de recommander l'un plutôt que l'autre(85).

### 4.6.1 Le traitement médicamenteux

Ce traitement médicamenteux est un traitement symptomatique permettant un contrôle des réactions bio-physiologiques au stress (et donc des différentes manifestations cliniques). Dans le cadre d'une prise en charge intégrative, il doit impérativement être associé à une démarche de psychothérapie. Il peut par ailleurs favoriser l'efficacité de cette psychothérapie.

Ce traitement peut parfois être perçu par les patients comme un synonyme d'échec (« incapacité à faire face », peur de la « psychiatrisation »). Il est cependant très souvent nécessaire et, en maîtrisant les symptômes invalidants, contribue à une bonne adhésion thérapeutique.

De nombreuses études mettent en évidence l'efficacité et la tolérance de plus de 20 molécules de classes thérapeutiques différentes (Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), anticonvulsivants, certains neuroleptiques et antipsychotiques atypiques, ...).

Dans les dernières études, l'ISTSS met en évidence l'efficacité de la Quétiapine (neuroleptique atypique), qui semble présenter un très bon niveau de preuve scientifique (86).

En ce qui concerne les troubles du sommeil, la Prazosine (alpha-bloquant) est classiquement utilisé, avec une efficacité prouvée sur la diminution de survenue de cauchemars(87).

De manière concrète, un algorithme décisionnel fondé sur les recommandations du NICE et de l'ISTSS préconise (86):

- En première intention, l'essai d'un ISRS (Fluoxétine, Paroxétine ou Sertraline) avec une augmentation de la dose tous les mois en fonction de la réponse et de la tolérance.
- En deuxième intention, l'essai de la Venlafaxine (Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline - IRSNa). En cas d'intolérance ou de refus d'un traitement antidépresseur, on peut utiliser en deuxième intention la Prazosine ou la Quétiapine en monothérapie.
- En troisième intention, utilisation de la Prazosine ou Quétiapine.
- En dernière intention, on se tournera vers des médicaments d'autres classes avec moins de preuves d'efficacité (Amitriptyline, Phénelzine, ...)

#### 4.6.2 *Le traitement non médicamenteux(85)*

Les thérapies individuelles ayant fait l'objet de fortes recommandations dans la prise en charge psychothérapeutique de l'ESPT sont essentiellement :

- La thérapie cognitivo comportementale (TCC) au sens large avec :
  - La TCC-AT
  - La Thérapie d'Exposition Prolongée (TEP)
  - La Thérapie du Processus Cognitif (TPC)/ de restructuration cognitive

Les thérapies ayant fait l'objet aussi bien de recommandations fortes ou de recommandations modérées sont :

- La thérapie EMDR
- La psychothérapie brève intégrative et éclectique
- La Thérapie par Exposition à la Narration (TEN)
- Les TCC non axées sur le trauma

Les thérapies recommandées uniquement de façon modérée sont :

- La Thérapie Centrée sur le Présent (PCT)
- L'entraînement à l'inoculation du stress (EIS)

En ce qui concerne la combinaison des traitements, plusieurs études ont montré que l'ajout de la thérapie cognitive à la TEP ne produisait pas de résultats supérieurs, alors que l'ajout de techniques d'exposition à la thérapie cognitive améliorerait les résultats de cette dernière(88).

Détail des différentes thérapies ayant fait l'objet de recommandation forte :

##### 4.6.2.1 La TCC et TCC-AT

La thérapie cognitivo-comportementale est un terme assez générique qui englobe différentes psychothérapies. La TCC prend ses origines à la fois sur le mouvement des thérapies

comportementales (dans les années 50 avec BF Skinner et Joseph Wolpe) et sur celui de la psychothérapie cognitive un peu plus tard, faisant émerger le terme générique de TCC.

La thérapie comportementale suppose que le changement de comportement entraîne un changement dans les émotions et les cognitions, telles que les évaluations. La thérapie cognitive (Albert Ellis et Aaron T. Beck), elle, se concentre sur le changement des cognitions, qui est proposé pour changer les émotions et les comportements.

Les TCC sont de nos jours reconnues comme efficaces par de nombreuses études, en particulier dans la prise en charge des troubles anxieux(88), permettant d'améliorer la qualité de vie. Le postulat de base étant qu'un sujet adopte un comportement inadapté (par exemple une phobie) comme la conséquence d'apprentissages liés à des expériences antérieures survenues dans des situations similaires, puis maintenues par les circonstances environnementales.

Le but de la thérapie est donc d'introduire un nouvel apprentissage visant à modifier une réponse émotionnelle inadaptée en modifiant les pensées et/ou les comportements du patient. Le thérapeute et le patient définissent ensemble une stratégie thérapeutique afin de réaliser ce nouvel apprentissage.

« Les TCC se distinguent des autres thérapies par trois caractéristiques essentielles(89):

- L'accent est mis sur les causes actuelles du comportement inadapté
- Le changement durable du comportement est évalué et considéré comme un critère majeur de réussite de la thérapie
- Les procédures de traitement sont décrites objectivement et sont donc reproductibles par d'autres thérapeutes pour des patients ayant des difficultés similaires. »

Il existe un grand nombre de protocoles de TCC, adaptés à différents troubles et différentes situations, avec cependant une base commune importante(88).

La particularité de la TCC-AT est qu'il s'agit d'une TCC exclusivement utilisée pour le traitement de l'ESPT. Ce sont les TCC axées sur le traumatisme qui ont le plus haut niveau de preuve sur la réduction des symptômes et l'amélioration de la qualité de vie dans la prise en charge de l'ESPT(90).

#### 4.6.2.2 La Thérapie d'Exposition Prolongée (TEP)

Les thérapies d'exposition prolongée sont parmi les plus couramment utilisées dans le traitement des troubles anxieux.

Les TEP sont basées sur la théorie du traitement émotionnel. Selon celle-ci, la peur est représentée par des réseaux d'associations (structures de peur cognitives) qui maintiennent des informations sur le stimulus redouté, les réponses de peur (par exemple, fuite, évitement, réponses psychophysiologiques) et la signification des stimuli et des réponses (par exemple, tigre = danger, augmentation du rythme cardiaque = crise cardiaque). Lorsqu'un stimulus dans l'environnement est rencontré qui ressemble au stimulus redouté, ces réseaux associatifs activent la structure de la peur. La structure de la peur est pathologique lorsque la relation

entre les stimuli, les réponses et leur signification ne correspondent pas à la réalité, par exemple lorsqu'elle est activée pour des stimuli sûrs ou des réponses qui ressemblent à celles redoutées. De plus, la structure de la peur est maintenue par des comportements d'évitement qui ne permettent pas un nouvel apprentissage(88).

La TEP est proposée pour modifier la structure de la peur pathologique en l'activant d'abord, puis en fournissant de nouvelles informations qui contredisent les associations pathologiques (par exemple, la tachycardie ne conduit pas à la crise cardiaque). En s'exposant au stimulus ou aux réponses redoutées et en intégrant des informations correctives dans la mémoire de la peur, la peur devrait diminuer.

L'exposition peut être imaginaire : le patient s'imagine dans les situations ou les conséquences redoutées. L'exposition peut être in vivo, avec une approche graduelle (bien que les situations, lieux, objets, soient sans danger).

Ces techniques d'exposition ont toutes deux pour fonction d'acquérir des apprentissages visant à modifier la structure de la peur.

La thérapie d'exposition est de durée limitée et se termine généralement en 10 séances environ.

La TEP est souvent utilisée pour traiter l'ESPT, à l'aide des deux types d'expositions. Le patient doit revisiter à plusieurs reprises le souvenir en visualisant les événements traumatiques dans son imagination tout en racontant les événements à haute voix en séance avec le thérapeute. Cette revisitation est suivie de l'appropriation du contenu de l'exposition imaginaire dans le but d'acquérir de nouvelles perspectives sur soi, les autres et le monde et le déplacement des perceptions négatives vers des perceptions positives ou neutres. Le récit de l'exposition imaginaire est enregistré et les patients continuent de recevoir une exposition entre les sessions en écoutant l'enregistrement, ce qui offre en outre des opportunités de traitement de la mémoire traumatique. Les patients atteints du SSPT sont également invités à utiliser des exercices in vivo comme devoirs, impliquant généralement une exposition progressive à des activités, des objets ou des lieux sûrs qui étaient auparavant évités(88). D'autres formes de psychothérapie pour l'ESPT intègrent certains éléments d'exposition. Par exemple, le protocole original de thérapie de traitement cognitif (CPT) demande aux patients de traiter leur traumatisme en écrivant un compte rendu détaillé de l'événement et en le lisant à haute voix.

#### 4.6.2.3 La Thérapie du Processus Cognitif (TPC) ou Thérapie de restructuration cognitive

La TPC est basée sur le modèle d'émotion en trois parties de Beck qui estime que les pensées, les sentiments et les comportements sont interdépendants. Il est donc proposé de changer les pensées inadéquates pour modifier l'affect et le comportement inadéquats du patient. La TPC cible les pensées déformées en utilisant un certain nombre de techniques telle que l'identification des pensées inexacts, l'examen des preuves pour et contre les pensées automatiques, la remise en cause et le changement des pensées inadéquates, la modification des comportements problématiques et les relations avec les autres de manière plus adaptative. L'éducation sur le modèle en trois parties de l'émotion et sur les différentes formes de pensées déformées (par exemple, pensée binaire, sauter aux conclusions, ignorer le positif, etc.) ainsi que la restructuration cognitive fait partie intégrante de cette thérapie.

Le patient a généralement pour devoir de mettre en pratique ces compétences dans sa vie quotidienne, ce qui lui permet de maîtriser les techniques qu'il doit appliquer une fois le traitement abouti.

Ce genre de thérapie est souvent utilisée en association avec des techniques comportementales, comme des exercices d'exposition.

La TPC est souvent limitée à environ 20 séances et est centrée sur les problèmes que le patient identifie comme préoccupation principale.

Dans le traitement de l'ESPT, la TPC postule que des croyances erronées sur les causes et les conséquences de l'évènement traumatique empêchent le patient de traiter les émotions entourant le souvenir du traumatisme. Le thérapeute aide le patient à identifier ses « points de blocage », à apprendre de nouvelles façons de gérer les pensées pénibles et à mieux comprendre les changements de croyances qui se produisent après avoir vécu un évènement traumatisant. Les patients sont invités à rédiger une « déclaration d'impact » ou une description d'une page expliquant pourquoi le patient pense que l'évènement traumatique lui est arrivé et comment l'évènement a modifié sa vision de lui-même et du monde. La déclaration d'impact est utilisée pour commencer à identifier les points de blocage ou les distorsions cognitives du patient concernant l'évènement (par exemple, « je suis une personne faible »). Les patients apprennent ensuite à identifier leurs pensées et leurs sentiments dans le but de comprendre la relation interconnectée entre eux. Ensuite, deux séances de traitement consistent à demander au patient d'écrire les détails du pire incident traumatique, qu'il lit à haute voix au thérapeute. La majorité des séances suivantes sont utilisées pour remettre en question les points de blocage du patient à l'aide d'un questionnement socratique (remettre en question en douceur l'exactitude des pensées du patient pour dégager des modes de pensée alternatifs et plus équilibrés). On enseigne aussi au patient des outils cognitivo-comportementaux et le traitement peut s'orienter vers des problématiques particulières au patient tels que la confiance, l'estime de soi, le contrôle(88).

#### 4.6.2.4 La Thérapie par Exposition à la Narration (TEN)

La TEN a été développée plus récemment que la TEP et est moins bien connue. Elle a été développée par des chercheurs et des professionnels de santé associés à l'organisation Victims Voice (VIVO) (Neuner et al.,2002, Shauer et al.2011).

La TEN est apparue en réponse aux besoins potentiellement uniques d'individus issus de cultures non occidentales, qui peuvent avoir subi des traumatismes multiples et/ou complexes(91). Une de ses caractéristiques est l'accent mis sur la narration. La TEN a été pensée pour contextualiser les éléments associatifs spécifiques du réseau de la peur, les souvenirs sensitifs, affectifs et cognitifs du traumatisme, pour comprendre et traiter la mémoire d'un évènement traumatique de façon particulière pour chaque patient. Par conséquent, dans la TEN, le patient, avec l'aide du thérapeute, construit un récit chronologique de son histoire de vie en mettant l'accent sur les expériences traumatiques. Les rapports fragmentés des expériences traumatisantes seront ainsi transformés en un récit cohérent. La compréhension empathique, l'écoute active, la congruence et le regard positif inconditionnel sont des éléments clés du comportement du thérapeute.

Pour l'ESPT, le thérapeute demande en détail les émotions, les cognitions, les souvenirs sensoriels, les réponses physiologiques. Le patient est encouragé à revivre ces émotions tout en racontant, sans perdre sa connexion à « l'ici et maintenant ». Le thérapeute utilise des rappels permanents que les sentiments et les réponses physiologiques sont liées à des souvenirs, il relie les expériences à des faits épisodiques : à un temps et un lieu. De cette façon, le retraitement, la création de sens et l'intégration sont facilités. L'approche narrative des traumatismes complexes va aider le sujet à se stabiliser avant d'aborder le travail sur les conséquences du trauma dans le présent. A la fin de la prise en charge, ce récit autobiographique enregistré peut être utilisé par le sujet pour la défense de ses droits(92).

#### 4.6.2.5 La psychothérapie brève intégrative et éclectique

Le principe sur lequel repose la thérapie intégrative est celui qu'il existe beaucoup d'approches psychothérapeutiques différentes qui peuvent être efficaces pour des troubles similaires, mais qui sont à adapter également en fonction d'individus différents. Cette thérapie est donc une démarche multi référentielle qui intègre plusieurs thérapies. Ce n'est plus le patient qui s'adapte à la thérapie que le thérapeute choisit pour lui, mais le thérapeute qui adapte la thérapie en utilisant plusieurs outils, afin de s'adapter aux problématiques du patient. Selon plusieurs études, c'est déjà ce qui est dans les faits pratiqué par de nombreux psychothérapeutes.

Cette thérapie s'adapte à différents patients, problèmes et contextes, tout en incluant certains facteurs communs à différentes approches, et ayant fait la preuve de leur efficacité (alliance thérapeutique, attente du patient, empathie du thérapeute, attention, regard positif. C'est une approche individualisée, flexible, qui répond à une personne en portant attention à ses fonctionnements affectif, comportemental, cognitif, physiologique et ses croyances spirituelles. L'accent est mis sur la relation thérapeutique et le patient est considéré comme un participant actif à la thérapie(93).

#### 4.6.2.6 La thérapie EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

L'EMDR occupe une place grandissante dans la prise en charge des victimes de traumatismes. Son indication paraît incontestable dans l'ESPT, mais elle est plus controversée dès lors que l'on est confronté à des traumatismes plus complexes.

L'EMDR, comme la plupart des autres approches d'ailleurs, se révèle insuffisante lorsqu'elle est utilisée seule(90).

En pratique, « la thérapie EMDR utilise une stimulation sensorielle bi-alternée (droite-gauche) qui se pratique par mouvements oculaires (le patient suit les doigts du thérapeute qui passent de droite à gauche devant ses yeux), mais aussi par stimuli auditifs (le patient porte un casque qui lui fait entendre alternativement un son à droite, puis à gauche), ou tactiles (le patient tient dans les mains des « buzzers » qui vibrent alternativement de droite à gauche, ou bien le thérapeute tapote alternativement les genoux du patient ou le dos de ses mains) »(94).

Une préparation est indispensable à la thérapie EMDR. Les entretiens préliminaires permettent :

- D'établir une relation thérapeutique basée sur la confiance avec le soignant
- De repérer ensemble la problématique à traiter en thérapie EMDR et les souvenirs traumatiques pouvant être à l'origine des symptômes
- De mettre en place des outils psychiques et corporels de stabilisation émotionnelle pouvant être utilisés en séance, ainsi qu'en pratique autonome entre les séances

Les souvenirs traumatiques identifiés sont ensuite retraités, un à un, lors des séances, à l'aide des stimulations oculaires bilatérales et alternées. Un seul souvenir nécessite souvent plusieurs séances pour être traité.

Cette thérapie est un processus de traitement conscient. Il correspond à ce que fait notre cerveau quand il ne se bloque pas.

« Au début, le praticien demande au patient de se concentrer sur le souvenir traumatique en gardant à l'esprit les aspects sensoriels les plus perturbants (image, son, odeur, sensation physique), ainsi que les pensées et ressentis actuels négatifs qui y sont associés. Le praticien pratique alors des séries de stimulations bilatérales alternées rapides ; entre chaque série, le patient dit ce qui lui vient à l'esprit ; il n'y a aucun effort à faire pendant la stimulation pour obtenir tel ou tel type de résultat, l'évènement se retraite spontanément et différemment pour chaque personne selon son vécu, sa personnalité, ses ressources, sa culture. Le praticien continue les stimulations jusqu'à ce que le souvenir ne génère plus de perturbations mais soit mis à distance, « effacé », ait perdu sa vivacité. Ensuite, toujours avec des stimulations bilatérales alternées rapides, il aide le patient à associer à ce souvenir une pensée positive, constructive, apaisante, et à évacuer d'éventuels restes physiques désagréables »(94).

#### *4.6.3 Le traitement des symptômes associés et la correction des facteurs de risques*

La prise en charge des différents symptômes et douleurs associés doit se faire conjointement à toute prise en charge de l'ESPT(95).

Cela passe à la fois par les traitements médicamenteux des différentes pathologies qui peuvent être associées (DT2, HTA, dyslipidémie, SAOS, asthme, troubles de l'humeur, troubles psychotiques, etc.), mais aussi parfois par une intégration dans la prise en charge psychothérapeutique, ainsi qu'une psychothérapie dédiée (prise en charge du trouble douloureux chronique, d'un épisode dépressif majeur, de troubles du sommeil en dehors du SAOS, de troubles somatoformes, de phobie sociale,etc.)(57,59,63).

Le rôle de l'entourage et du soutien familial est très important dans le traitement de l'ESPT et dans la relation thérapeutique. Ce rôle est aussi valable pour la prise en charge des symptômes physiques, puisque la guérison de la maladie somatique passe aussi par la prise en charge des anomalies dans les relations personnelles, des conflits ayant pu jouer un rôle dans l'apparition de la pathologie(65). Cela est souvent mis en difficulté dans la population de notre étude, car il existe une grande part d'isolement familial et social, de rupture des liens familiaux.

Enfin, la correction des facteurs de risque passe aussi par l'évitement des comportements addictifs (consommation d'alcool, tabac, drogues), le renforcement de l'intégration socio-culturelle, la lutte contre la vulnérabilité, l'éviction de traumatismes surajoutés.

## 5. Présentation de l'étude

Comme nous l'avons vu, la santé des migrants est fragile de par les maladies, agressions extérieures et événements traumatiques auxquels ils ont pu être exposés aussi bien dans leur pays d'origine, qu'au cours de leur trajet migratoire ou bien à leur arrivée dans le pays d'accueil, dans lequel ils souffrent de précarité sanitaire et sociale, dans un contexte d'exil et d'acculturation(22,23).

La Permanence d'Accès aux Soins de Santé de l'Hôtel Dieu est un centre de consultations généralistes et spécialistes dédié au traitement des maladies et à leur dépistage, à destination des personnes ne bénéficiant pas de couverture maladie (ou parfois pour des personnes qui ont une couverture maladie mais sont en situation de grande précarité). Elle offre également l'accès à une prise en charge par des assistants sociaux afin d'aider l'accession des personnes consultantes à leur droit à une protection sociale(21), encourager leur insertion, et harmoniser le parcours de soins.

Une étude menée en 2003(96) a permis de décrire la population accueillie dans vingt PASS volontaires. Les trois quarts de la population accueillie par les PASS était d'origine étrangère(21).

Les données actuelles des flux migratoires français et européens montrent que les raisons migratoires sont diverses, mais que les pays d'origine sont pour la plupart des régions géopolitiquement peu stables ou économiquement moins développées.

Une composante inconstamment prise en compte dans l'évaluation de la santé des migrants est celle du psychotraumatisme(11) et de la souffrance psychique des personnes migrantes, qui est souvent relayée au second plan, derrière les maladies infectieuses graves (VIH, VHB) mais aussi traumatiques, cardiovasculaires, etc.(8)

Il s'agit de quelque chose qui est bien moins souvent dépisté en pratique courante, à l'occasion d'un check-up clinico-biologique classique. La libération de la parole vis-à-vis de cette souffrance est souvent difficile et non spontanée, parfois chronophage et possiblement non réalisée par les médecins de ville. Toutefois, la prise en charge de ce psychotraumatisme et ses différents symptômes(11,42) est indispensable à la prise en charge globale de la personne migrante et de sa souffrance.

Les chiffres de prévalence de l'État de Stress Post Traumatique chez les migrants sont très variables d'une étude à l'autre, et souvent sous-diagnostiqués(97) , mais bien plus importants qu'en population générale(32,34,98). De nombreuses études épidémiologiques seraient encore nécessaires pour déconstruire les représentations sur les populations concernées et élaborer une politique de santé mentale qui s'inscrive dans la réalité sociale des immigrés en difficulté.

L'objectif de notre étude était initialement de réaliser un dépistage de l'ESPT chez les personnes immigrées en France ayant consulté à la PASS de l'Hôtel Dieu, au moyen d'un questionnaire de dépistage en soins primaires, le PC-PTSD-5 (The Primary Care PTSD Screen for DSM-5)(74) qui est un questionnaire permettant de dépister l'existence d'un ESPT probable et qui présente l'avantage d'être en 5 items et donc simple et rapide. Il aurait été largement administré par les internes et séniors médecins de la PASS de l'Hôtel Dieu, au cours

d'une consultation classique, ce qui aurait assuré un large recueil de données et un grand échantillon de personnes. Malheureusement, ce projet n'a pas été accepté par le CPP (Comité de Protection des Personnes) en charge de la validation de cette thèse au motif de l'absence de validation du test PC-PTSD-5 en langue française. Le projet initial a donc été modifié, et le questionnaire PCL-5 a été choisi, car présentant les caractéristiques d'être un test diagnostique de l'ESPT largement utilisé, fiable, et validé en Français et en Anglais. Ce questionnaire étant malheureusement considérablement plus long à administrer, le recueil de données s'en est trouvé conséquemment réduit, engendrant des échantillons qui manquent de significativité.

L'objectif de l'étude est donc devenu : le dépistage d'un ESPT selon le questionnaire validé PCL-5 dans une population migrante francophone ou anglophone à la PASS de l'Hôtel Dieu.

Le PCL-5 pouvant faire l'objet de différentes interprétations, sans consensus officiel, il a été choisi d'utiliser le score cut-off de 31/80 pour le résultat principal (meilleur score selon certaines études(78)). De manière secondaire, nous nous sommes intéressés à d'autres cut-off et interprétations du PCL-5.

En parallèle, face à une présentation de l'ESPT souvent atypique et centrée sur le corps(38,65), au sein des populations de culture différente, nous avons souhaité étudier l'association entre présence d'ESPT et symptômes somatiques, ainsi que l'association avec certaines caractéristiques individuelles.

De plus en plus de migrants obtiennent l'AME ou la CSS et arrivent chez le médecin généraliste de ville, qui peut parfois manquer de connaissances quant aux spécificités de cette population. Le but est d'ainsi alerter les médecins généralistes sur l'importance du dépistage (et sa difficulté potentielle), et de la prise en charge adaptée de cette maladie.

## Matériel et Méthode

---

### 1. Vue d'ensemble

Notre étude consiste au dépistage d'un état de stress post-traumatique (ESPT) selon le questionnaire validé PCL-5, chez les migrants anglophones et francophones, consultant à la PASS de l'Hôtel Dieu. Il s'agit d'une étude observationnelle épidémiologique descriptive, transversale et uni-centrique.

Le recueil de données s'est effectué sur 29 demi-journées s'étalant du 09/06/2020 au 29/07/2020 inclus.

Le questionnaire PCL-5 a été choisi pour plusieurs raisons (76):

- C'est le questionnaire le plus largement utilisé dans le dépistage de l'ESPT.
- Il est validé en langue français et anglaise (permettant un recrutement plus large des patients).
- Il possède une grande cohérence interne.
- Il s'agit d'un auto-questionnaire, ce qui est moins chronophage pour l'investigateur, avec la possibilité de poursuivre une activité de recrutement en parallèle. Dans notre étude, l'investigateur restait cependant à disposition du patient, assurant une aide à l'administration (reformulation de phrases en cas de manque de compréhension).

### 2. Population étudiée

#### 2.1 Critères d'inclusion :

Les sujets inclus étaient les patients immigrés (étrangers nés à l'étranger et résidant sur le sol français, en situation régulière ou non) adultes consultant à la PASS de l'Hôtel Dieu avec ou sans rendez-vous, francophone ou anglophone, et acceptant de participer à l'étude, quel que soit le motif de consultation à la PASS.

#### 2.2 Critères d'exclusion :

Étaient exclus les patients s'opposant à l'exploitation des données le concernant.

A noter que le questionnaire PCL-5 n'était pas administré aux patients n'ayant pas été exposés à un événement traumatique (absence de critère A selon le DSM-5). Ils ont également été exclus des analyses secondaires, afin de limiter les biais de confusion (on recherche les facteurs associés à la présence d'ESPT parmi les gens qui ont été exposés à un événement traumatique).

### 3. Critères de jugement

#### 3.1 Objectif principal

Mesurer la prévalence de l'ESPT au sein de la population étudiée au moyen du questionnaire PCL-5, en prenant comme interprétation de référence le score cut-off de 31/80 (présence d'un ESPT si score total supérieur ou égal à 31).

#### 3.2 Objectifs secondaires

- 1- Évaluer la prévalence de l'ESPT dans la population à l'étude selon d'autres définitions (d'autres interprétations du PCL-5) : score cut-off de 33, score cut-off de 32, score cut-off de 23, « méthode des sous-groupes ».
- 2- Rechercher les facteurs associés à la présence d'un ESPT, selon les différentes définitions, parmi les caractéristiques ou symptômes recueillis auprès des patients inclus (notamment, âge, sexe, pays d'origine, parcours migratoire, présence de symptômes somatiques, consommation de toxiques).

### 4. Recueil des données

Avec l'avis favorable du CPP Sud-Est III en date du 05/05/2020 [*Annexe 3 : Avis formulé par le CPP Sud Est III le 5 Mai 2020*], le test diagnostique utilisé était le PCL-5, questionnaire validé en langue française et anglaise pour le dépistage de l'état de stress post traumatique.

Les patients étaient recrutés sur appel en salle d'attente de la PASS de l'Hôtel Dieu, avant leur consultation médicale, avec présentation orale de l'étude. Les patients acceptant la participation à l'étude et parlant le français ou l'anglais étaient reçus en entretien dédié, au cours duquel l'étude leur était détaillée.

Il leur a été posé un certain nombre de questions personnelles pour établir un recueil des données servant à l'objectif secondaire. Ces renseignements incluaient les caractéristiques sociodémographiques et migratoires (pays d'origine et trajet migratoire), les antécédents psychologiques, l'entourage social et familial, les consommations de toxiques, la présence de symptômes somatiques chroniques en l'absence de pathologie d'organe identifiée (déclaratif). [*Annexe 4 : Renseignements Patient*].

La recherche d'une exposition à un événement traumatique selon la définition du DSM-5 était réalisée de manière orale (Questionnaire PCL-5 « sans critère A »), par souci de gain de temps. A la suite de cela, si le patient déclarait avoir été exposé à un événement traumatique, il lui était proposé de répondre au questionnaire PCL-5 [*Annexes 5 et 6 : Questionnaire PCL-5, versions anglaise et française*] avec une aide explicative tierce pour reformulation d'éventuels intitulés mal compris (l'investigateur restait à leur disposition). Si la personne ne remplissait pas le critère d'exposition (critère A) à un événement traumatique selon le DSM-5, elle n'avait pas à remplir le questionnaire. La durée de réponse au questionnaire était chronométrée.

A l'issue du questionnaire et de l'entretien, pour les patients chez lesquels un ESPT avait effectivement été dépisté ou suspecté, et avec accord du patient, des transmissions médicales

orales ont été faites avec le médecin devant recevoir le patient en consultation le jour même, afin qu'une prise en charge orientée et adaptée puisse être faite. Pour les autres, tous les patients inclus se sont vu remettre un prospectus avec le numéro de la plateforme téléphonique située à l'Hôtel Dieu et dédiée à l'évaluation et l'orientation des personnes souffrant de psychotraumatisme, et qui peut au besoin orienter les patients vers les structures du centre régional du psychotraumatisme « AP-HP Centre-Sud », dans le cadre du CN2R (Centre National de Ressources et de Résilience).

Conformément aux exigences légales, une note d'information écrite était remise, en français ou en anglais, à chaque patient participant à l'étude, selon sa langue. [Annexes 4 et 5]

## 5. Traitement des données

La totalité des données recueillies a été rentrée dans un fichier Excel (27 variables, 85 patients). Ce fichier a été importé dans le logiciel R, qui a servi à la réalisation des analyses statistiques. Les patients n'ayant pas été exposés à un événement traumatisant (critère A) ont été exclus de l'étude des critères secondaires, afin de limiter les biais. Au total, 78 patients sont inclus dans ces analyses

Afin de rendre l'exploitation des données recueillies plus aisée, certaines variables ont été binarisées :

- Présence d'un ESPT à la méthode des sous-groupes ; migration seul vs en famille ; famille en France ; amis ; demande d'asile ; céphalées chroniques ; douleur abdominale chronique ; douleur thoracique chronique ; vertiges-malaises ; palpitations.
- Tabac et drogues : les consommateurs sevrés sont codés comme non-consommateurs ; les autres valeurs classent le patient en consommateur (utilisation régulière ou pas, importante ou pas)
- Alcool : les consommateurs occasionnels sont considérés comme les consommateurs réguliers.
- Antécédents psychiatriques personnels ou familiaux : tous les antécédents, quelle que soit leur nature, sont considérés de façon identique.
- Parcours migratoire : binarisation parcours en avion (valeurs : avion, avion via Turquie, avion via Finlande, Turquie/pays de l'Est), vs parcours en bateau (Algérie-France, Lybie-Italie, Maroc-Espagne)

Dans cette même optique, le format de certaines variables a été modifié :

- Numérisation de la variable 'durée de séjour en France' : les séjours durant moins d'un mois ont été considérés comme équivalent à une valeur de 0,5 mois.
- Numérisation de la durée de réponse au questionnaire : en minutes

Quatre nouvelles variables ont été créées :

- Groupe pays : variable catégorielle créée à partir de 'pays d'origine', regroupant les pays par région du monde :
  - Afrique de l'Ouest : Mali + Sénégal + Gambie + Côte d'Ivoire + Guinée Conakry + Nigeria + Bénin + Mauritanie

- Afrique Centrale: Cameroun + RDC + Congo + Angola
- Afrique du Nord : Algérie + Tunisie
- Autres : Inde + Pérou + Afghanistan
- Provenance d’Afrique centrale : variable binaire créée dans un second temps en raison de l’association à la présence d’un ESPT qui semblait se dégager lors des analyses en variables catégorielles par groupes de pays (cf ci-dessus).
- Lomalgie chronique : variable binaire créée à partir de ‘autre douleur chronique’ => oui si lomalgies ou dorsalgies, non si autres douleurs
- Outcome : variable binaire créée à partir de la variable ‘score au PCL-5’ => présence ou absence d’ESPT selon différents cut-offs.

Intégration secondaire de la variable « trouble du sommeil » à partir des réponses au questionnaire PCL-5, afin de l’analyser comme un symptôme somatique à part entière. Il a été considéré qu’une cotation supérieure ou égale à 2 (« modérément ») pour la question concernant les troubles du sommeil dans le PCL-5, équivalait à la présence de troubles du sommeil.

Discrétisation de 2 variables qualitatives :

- Age : variable catégorielle regroupant les âges en 3 tranches :
  - 0-30 ans (18-30 ans)
  - 30-45 ans
  - 50 et plus
- Durée de séjour : variable catégorielle répartissant les personnes en 3 tranches :
  - 0 à 15 mois
  - 15 à 30 mois
  - 30 mois et plus

Pour l’objectif principal, l’expression des résultats se fait en valeur absolue et pourcentage.

Pour l’objectif secondaire, des tests statistiques ont été réalisés.

- Pour les variables quantitatives : **test non paramétrique de Wilcoxon.**

Le test de Student n’a pas été réalisé car non applicable (il y a trop peu de patients et la distribution des variables ne suivent pas la loi Normale).

- Pour les variables qualitatives : **test de Fisher.**

Le test du Chi-2 n’a pas été réalisé car non applicable (les effectifs attendus sont inférieurs à 5 pour de nombreuses modalités).

On considère qu’une variable est associée au critère de jugement (outcome) si la p-value est inférieure à 5% ( $p < 0,05$ ).

Les intervalles de confiance peuvent être larges en raison du faible nombre de patients.

# Résultats

## 1. Participation

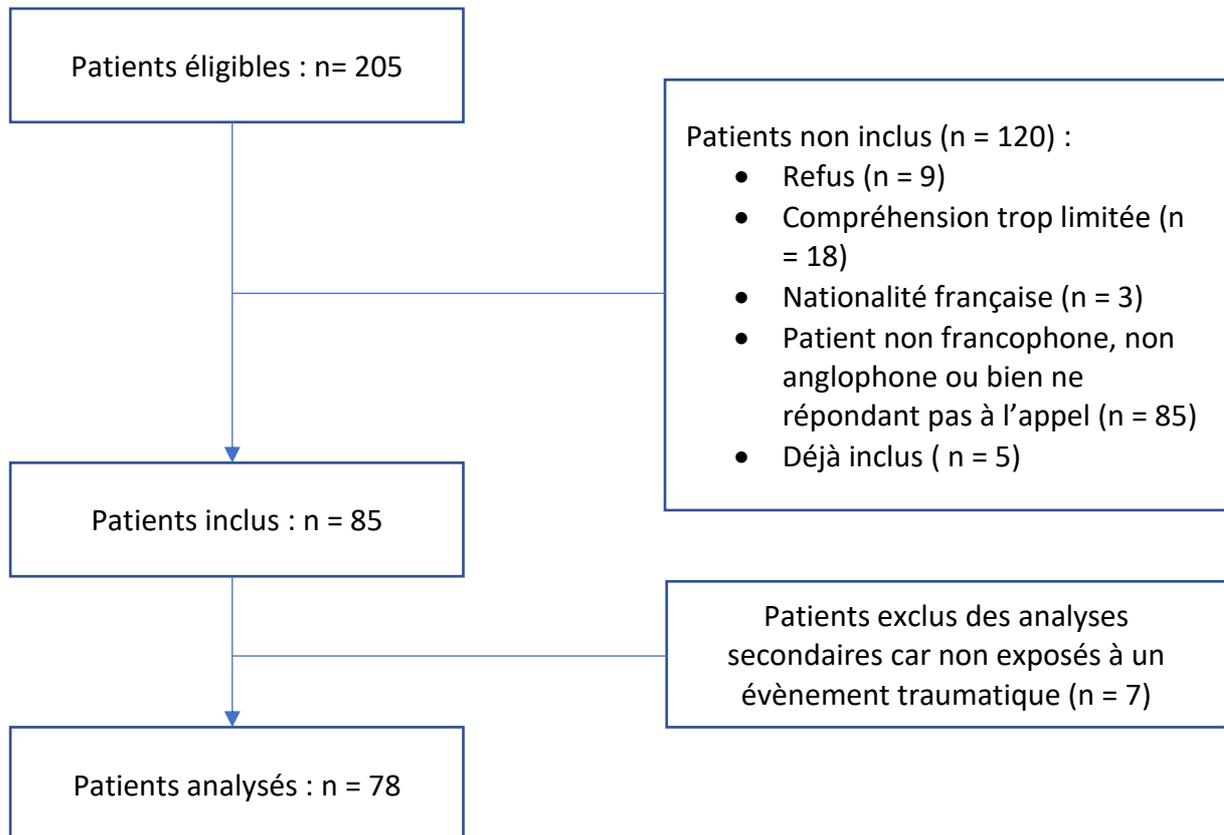
Du 09/06/2020 au 29/07/2020, 205 patients consultant à la PASS de l'Hôtel Dieu ont été éligibles à la participation à notre étude. Sur ces 205 patients, 115 ont été exclus pour les raisons suivantes : refus, patient étant de nationalité française, communication trop difficile, patient non Anglophone ou Francophone ou bien ne répondant pas à l'appel en salle d'attente.

85 patients correspondaient aux critères d'inclusion.

Sur ces 85 patients, 7 patients supplémentaires ont été exclus lors des analyses secondaires pour absence d'exposition à un événement traumatique (DSM-5).

Au total, les données de 78 patients ont été analysées pour les analyses secondaires.

### Diagramme de flux : patients analysés parmi la population étudiée



## 2. Caractéristiques sociodémographiques et mode de vie

Sur les 78 patients inclus dans l'étude, 28 étaient des femmes (35,9%), et 50 des hommes (64,1%). La plupart des patients étaient jeunes, l'âge moyen étant de 32 ans (âge médian de 28 ans pour des âges allant de 18 à 82 ans). 82,1% des patients étaient francophones et ont répondu au questionnaire en français, les autres étaient anglophones et y ont répondu en Anglais. Les patients venaient de 17 pays différents, principalement d'Afrique centrale (17,9%) et d'Afrique de l'Ouest (65,4%), marginalement d'Afrique du Nord (7,7%), 9 % venaient d'autres pays (Afghanistan, Inde, Pérou). En tout, un patient sur quatre venait de Côte d'Ivoire. Beaucoup d'entre eux étaient venus seuls (89,7%) et pour la majorité en traversant la mer Méditerranée par bateau (59%). La durée médiane de résidence sur le territoire français était de 18 mois et demi et une demande d'asile avait été effectuée pour près de la moitié d'entre eux (44,9%). La majorité de ces migrants souffraient d'un isolement social (aucun membre familial en France pour 70,5% d'entre eux, aucun ami pour 24,4%). La plupart d'entre eux disaient ne pas consommer de toxiques (94,9%) et seulement 12,8% d'entre eux signalaient un antécédent psychiatrique personnel ou familial.

## 3. Les symptômes

Dans notre échantillon, les symptômes somatiques les plus fréquemment rencontrés étaient les palpitations (53,8%) et les céphalées (46,2%) dont près de la moitié des patients souffraient de façon chronique. Venaient ensuite les douleurs thoraciques (32,1%) et abdominales (29,5%) chroniques chez environ un tiers des patients. Ce qui était le plus fréquemment rapporté comme autre douleur chronique était les lombalgies (23,1%). Des sensations de vertiges ou malaises étaient régulièrement présentes chez 20,5% des patients.

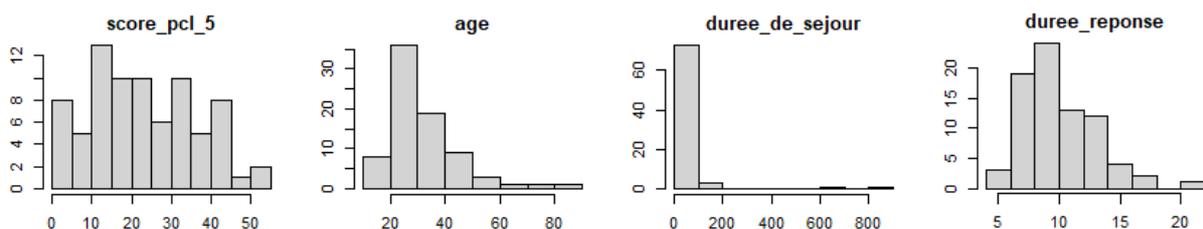
## 4. Résultats bruts : description des variables

### 4.1 Variables numériques

Pour chaque variable : minimum, maximum, moyenne, écart-type (sd), médiane, intervalle interquartile (1<sup>er</sup> quartile – 3<sup>e</sup> quartile), nombre de données valides, nombre de données manquantes (NA)

Variable	Min-max	Moyenne – sd	Médiane [q1-q3]	valides - NA
Score PCL-5	2 - 55	23,38 – 13,3	22,5 [14 - 33]	78 - 0
Âge	18 - 82	32,28 – 12,4	28 [24 - 39]	78 - 0
Durée de séjour (mois)	0,5 - 810	42,98 – 114,2	18,5 [6 – 35,5]	78 - 0
Durée de réponse (minutes)	4,62 – 21,5	10,04 - 3	9,66 [7,83 – 11,94]	78 - 0

Représentation graphique des variables numériques



#### 4.2 Variables quantitatives

Sur un total de 78 patients (pas de donnée manquante sur ces variables) :

Variable	OUI : n (%)	NON : n (%)
Présence d'un ESPT méthode des sous-groupes	27 (34,6)	51 (65,4)
Présence de membres de la famille en France	23 (29,5)	55 (70,5)
Présence d'amis en France	59 (75,6)	19 (24,4)
Demande d'asile effectuée	43 (55,1)	35 (44,9)
Consommation d'alcool	29 (37,2)	49 (62,8)
Consommation de tabac	12 (15,4)	66 (84,6)
Consommation de drogues	4 (5,1)	74 (94,9)
Antécédent psychiatrique personnel ou familial	10 (12,8)	68 (87,2)
Céphalées chroniques	36 (46,2)	42 (53,8)
Douleurs abdominales chroniques	23 (29,5)	55 (70,5)
Douleurs thoraciques chroniques	25 (32,1)	53 (67,9)
Lombalgies chroniques	18 (23,1)	60 (76,9)
Vertiges -malaises	16 (20,5)	62 (79,5)
Palpitations	42 (53,8)	36 (46,2)
Afrique centrale	14 (17,9)	64 (82,1)
Troubles du sommeil	45 (57,7)	33 (42,3)

Autres variables qualitatives :

	n	%
Sexe : F	28	35,9
Sexe : M	50	64,1
Parcours migratoire : avion	32	41
Parcours migratoire : bateau	46	59
Langue : Anglais	14	17,9
Langue : Français	64	82,1
Migration : seul	70	89,7
Migration : en famille	8	10,3
Pays d'origine : Afghanistan	5	6,4
Pays d'origine : Algérie	5	6,4
Pays d'origine : Angola	2	2,6
Pays d'origine : Bénin	1	1,3
Pays d'origine : Cameroun	6	7,7
Pays d'origine : Congo	3	3,8

Pays d'origine : Côte d'Ivoire	20	25,6
Pays d'origine : Gambie	1	1,3
Pays d'origine : Guinée Conakry	12	15,4
Pays d'origine : Inde	1	1,3
Pays d'origine : Mali	7	9
Pays d'origine : Mauritanie	1	1,3
Pays d'origine : Nigeria	7	9
Pays d'origine : Pérou	1	1,3
Pays d'origine : RDC	3	3,8
Pays d'origine : Sénégal	2	2,6
Pays d'origine : Tunisie	1	1,3
Groupe pays : Afrique Centrale	14	17,9
Groupe pays : Afrique de l'Ouest	51	65,4
Groupe pays : Afrique du Nord	6	7,7
Groupe pays : Autres	7	9

## 5 L'état de Stress Post Traumatique (objectif principal)

L'objectif principal était de mesurer la prévalence de l'ESPT dans la population étudiée selon le PCL-5 en prenant pour référence le cut-off score de 31/80 (score au PCL-5 supérieur ou égal à 31 retenu car plus sensible).

La proportion d'état de stress post-traumatique (ESPT) est de **30,6** % pour un cut-off  $\geq 31$ .

## 6 L'état de Stress Post Traumatique (objectifs secondaires)

Nous avons également exploré d'autres définitions de l'ESPT, avec calcul de la prévalence de l'ESPT selon d'autres cut-off ou méthodes connues et couramment employées avec le PCL-5 :

- Les cut-offs de 32 et 33, les recommandations officielles suggérant d'utiliser un cut-off se situant entre 31 et 33
- La méthode des sous-groupes, très reconnue
- Le cut-off de 23, expérimental mais possiblement plus adapté à la population étudiée

La proportion d'état de stress post-traumatique (ESPT) est de **25,9** % pour un cut-off  $\geq 33$ .

En utilisant la méthode des sous-groupes, on retrouve la présence d'un ESPT chez 27 des patients inclus (**31,8%**).

Dans les analyses complémentaires, pour le cut-off à 23, le taux d'ESPT atteint 50% [Annexe 9 : Recherche de facteurs associés à la présence d'un ESPT, selon d'autres cut-off du score PCL-5 : 23 et 32].

Les résultats sont regroupés dans le tableau suivant :

Définition utilisée	Nombre de patients avec un ESPT	Proportion sur le nombre total de patients inclus(85)
score PCL-5 $\geq$ 23	39	<b>45,9 %</b>
score PCL-5 $\geq$ 31	26	<b>30,6%</b>
score PCL-5 $\geq$ 32	25	<b>29,4%</b>
score PCL-5 $\geq$ 33	22	<b>25,9 %</b>
Selon la méthode des sous-groupes	27	<b>31,8 %</b>

Le score moyen de réponse au PCL-5 est de 23/80.

Seuls ont répondu au PCL-5 les patients ayant été exposés à un évènement traumatique selon le DSM-5 (pré-requis). Sur les patients inclus, 91,8% ont déclaré avoir été exposés à un tel évènement.

Parmi ceux-ci, la proportion d'ESPT était la suivante :

Définition utilisée	Nombre de patients avec un ESPT	Proportion sur le nombre total de patients analysés (78)
score PCL-5 $\geq$ 23	39	<b>50 %</b>
score PCL-5 $\geq$ 31	26	<b>33,3 %</b>
score PCL-5 $\geq$ 32	25	<b>32,1 %</b>
score PCL-5 $\geq$ 33	22	<b>28,2 %</b>
Selon la méthode des sous-groupes	27	<b>34,6 %</b>

## 7 Les facteurs associés (objectif secondaire)

L'objectif secondaire est de rechercher, et si possible, de mettre en évidence les facteurs associés à la présence d'un ESPT, selon ses différentes définitions, parmi les données recueillies.

### a. Résultats des tests statistiques

#### ❖ Analyses bivariées : recherche de facteurs associés à l'outcome score PCL-5 $\geq$ 31

Score PCL-5 $\geq$ 31 (0 pour non, 1 pour oui)	0 <i>N=52</i>	1 <i>N=26</i>	OR	p.overall
<b>Variabiles numériques [Wilcoxon]</b>				
score_pcl_5	15.5 [10.8;22.2]	38.0 [33.2;42.8]		<0.001
age	30.5 [23.0;39.0]	26.5 [24.0;34.8]	0.98 [0.94;1.02]	0.378
duree_de_sejour	20.0 [7.00;38.5]	10.0 [6.00;30.0]	0.99 [0.96;1.01]	0.286
duree_reponse	9.13 [7.46;11.6]	10.4 [8.85;12.9]	1.13 [0.96;1.32]	0.051
<b>Variabiles qualitatives [Fisher]</b>				
langue:				0.764
A	10 (19.2%)	4 (15.4%)	Ref.	
F	42 (80.8%)	22 (84.6%)	1.28 [0.37;5.29]	

Score PCL-5 >=31 (0 pour non, 1 pour oui)	0 <i>N=52</i>	1 <i>N=26</i>	OR	p.overall
espt_sous_groupes:				<0.001
non	48 (92.3%)	3 (11.5%)	Ref.	
oui	4 (7.69%)	23 (88.5%)	78.1 [18.6;475]	
sexe:				0.676
F	20 (38.5%)	8 (30.8%)	Ref.	
M	32 (61.5%)	18 (69.2%)	1.39 [0.51;3.99]	
parcours_migratoire:				0.290
avion	24 (46.2%)	8 (30.8%)	Ref.	
bateau	28 (53.8%)	18 (69.2%)	1.90 [0.71;5.42]	
migration_seul_vs_en_famille:				0.471
famille	5 (9.62%)	4 (15.4%)	Ref.	
seul	47 (90.4%)	22 (84.6%)	0.59 [0.14;2.69]	
famille_en_france:				0.539
non	35 (67.3%)	20 (76.9%)	Ref.	
oui	17 (32.7%)	6 (23.1%)	0.63 [0.20;1.81]	
amis:				0.225
non	10 (19.2%)	9 (34.6%)	Ref.	
oui	42 (80.8%)	17 (65.4%)	0.45 [0.15;1.35]	
demande_dasile:				0.044
non	28 (53.8%)	7 (26.9%)	Ref.	
oui	24 (46.2%)	19 (73.1%)	3.09 [1.13;9.22]	
alcool:				0.362
non	35 (67.3%)	14 (53.8%)	Ref.	
oui	17 (32.7%)	12 (46.2%)	1.75 [0.66;4.68]	
tabac:				0.521
non	45 (86.5%)	21 (80.8%)	Ref.	
oui	7 (13.5%)	5 (19.2%)	1.53 [0.40;5.51]	
drogues:				1.000
non	49 (94.2%)	25 (96.2%)	Ref.	
oui	3 (5.77%)	1 (3.85%)	0.71 [0.02;6.48]	
atcd_psy:				0.287
non	47 (90.4%)	21 (80.8%)	Ref.	
oui	5 (9.62%)	5 (19.2%)	2.21 [0.54;9.07]	
cephalees_chroniques:				0.092
non	32 (61.5%)	10 (38.5%)	Ref.	
oui	20 (38.5%)	16 (61.5%)	2.52 [0.96;6.88]	
douleur_abdominale_chronique:				0.043
non	41 (78.8%)	14 (53.8%)	Ref.	
oui	11 (21.2%)	12 (46.2%)	3.13 [1.12;8.97]	
douleur_thoracique_chronique:				0.265
non	38 (73.1%)	15 (57.7%)	Ref.	
oui	14 (26.9%)	11 (42.3%)	1.97 [0.72;5.41]	
vertiges_malaises:				0.060
non	45 (86.5%)	17 (65.4%)	Ref.	

Score PCL-5 >=31 (0 pour non, 1 pour oui)	0 <i>N=52</i>	1 <i>N=26</i>	OR	p.overall
oui	7 (13.5%)	9 (34.6%)	3.33 [1.06;10.9]	
palpitation:				<0.001
non	33 (63.5%)	3 (11.5%)	Ref.	
oui	19 (36.5%)	23 (88.5%)	12.4 [3.67;60.1]	
troubles_du_sommeil:				<0.001
non	32 (61.5%)	1 (3.85%)	Ref.	
oui	20 (38.5%)	25 (96.2%)	34.0 [6.39;852]	
afrique_centrale:				0.210
non	45 (86.5%)	19 (73.1%)	Ref.	
oui	7 (13.5%)	7 (26.9%)	2.34 [0.70;7.92]	
lombalgie_chronique:				1.000
non	40 (76.9%)	20 (76.9%)	Ref.	
oui	12 (23.1%)	6 (23.1%)	1.01 [0.31;3.06]	
outcome:				<0.001
0	52 (100%)	0 (0.00%)	Ref.	
1	0 (0.00%)	26 (100%)	. [.;.]	
age_disc:				0.273
50 et plus	6 (11.5%)	2 (7.69%)	Ref.	
30-45	20 (38.5%)	6 (23.1%)	0.88 [0.14;7.97]	
0-30	26 (50.0%)	18 (69.2%)	1.97 [0.38;16.2]	
groupe_pays:				0.481
afrique centrale	7 (13.5%)	7 (26.9%)	Ref.	
afrique nord	5 (9.62%)	1 (3.85%)	0.23 [0.01;2.08]	
afrique ouest	35 (67.3%)	16 (61.5%)	0.46 [0.13;1.60]	
autre	5 (9.62%)	2 (7.69%)	0.43 [0.04;2.94]	
duree_sejour_disc:				0.664
30 et plus	19 (36.5%)	7 (26.9%)	Ref.	
15-30	10 (19.2%)	5 (19.2%)	1.35 [0.32;5.55]	
0-15	23 (44.2%)	14 (53.8%)	1.63 [0.55;5.15]	

❖ Analyses bivariées : recherche de facteurs associés à l'outcome score PCL-5 ≥ 33

Score PCL-5 ≥33 (0 pour non, 1 pour oui)	0 <i>N=56</i>	1 <i>N=22</i>	OR	p.overall
<b>Variabiles numériques [Wilcoxon]</b>				
score_pcl_5	16.5 [11.0;23.2]	40.5 [35.5;43.0]		<0.001
age	29.5 [23.8;39.0]	26.5 [24.0;34.8]	0.98 [0.94;1.03]	0.314
duree_de_sejour	22.5 [7.00;38.5]	8.50 [6.00;27.0]	0.98 [0.95;1.01]	0.160
duree_reponse	9.38 [7.53;11.6]	10.7 [8.38;12.9]	1.12 [0.95;1.32]	0.100
<b>Variabiles qualitatives [Fisher]</b>				
langue:				1.000
A	10 (17.9%)	4 (18.2%)	Ref.	
F	46 (82.1%)	18 (81.8%)	0.96 [0.27;4.01]	
espt_sous_groupes:				<0.001
non	49 (87.5%)	2 (9.09%)	Ref.	
oui	7 (12.5%)	20 (90.9%)	60.2 [13.8;474]	
sexe:				0.835
F	21 (37.5%)	7 (31.8%)	Ref.	
M	35 (62.5%)	15 (68.2%)	1.27 [0.45;3.86]	
parcours_migratoire:				0.435
avion	25 (44.6%)	7 (31.8%)	Ref.	
bateau	31 (55.4%)	15 (68.2%)	1.70 [0.61;5.14]	
migration_seul_vs_en_famille:				0.706
famille	6 (10.7%)	3 (13.6%)	Ref.	
seul	50 (89.3%)	19 (86.4%)	0.75 [0.17;4.06]	
famille_en_france:				0.273
non	37 (66.1%)	18 (81.8%)	Ref.	
oui	19 (33.9%)	4 (18.2%)	0.45 [0.11;1.42]	
amis:				0.209
non	11 (19.6%)	8 (36.4%)	Ref.	
oui	45 (80.4%)	14 (63.6%)	0.43 [0.14;1.33]	
demande_dasile:				0.027
non	30 (53.6%)	5 (22.7%)	Ref.	
oui	26 (46.4%)	17 (77.3%)	3.79 [1.28;13.2]	
alcool:				0.492
non	37 (66.1%)	12 (54.5%)	Ref.	
oui	19 (33.9%)	10 (45.5%)	1.61 [0.58;4.49]	
tabac:				0.731
non	48 (85.7%)	18 (81.8%)	Ref.	
oui	8 (14.3%)	4 (18.2%)	1.35 [0.31;4.98]	
drogues:				1.000
non	53 (94.6%)	21 (95.5%)	Ref.	
oui	3 (5.36%)	1 (4.55%)	0.91 [0.03;8.37]	
atcd_psy:				0.134
non	51 (91.1%)	17 (77.3%)	Ref.	

Score PCL-5 $\geq 33$ (0 pour non, 1 pour oui)	0 <i>N=56</i>	1 <i>N=22</i>	OR	p.overall
oui	5 (8.93%)	5 (22.7%)	2.95 [0.71;12.3]	
cephalees_chroniques:				0.091
non	34 (60.7%)	8 (36.4%)	Ref.	
oui	22 (39.3%)	14 (63.6%)	2.65 [0.96;7.76]	
douleur_abdominale_chronique:				0.027
non	44 (78.6%)	11 (50.0%)	Ref.	
oui	12 (21.4%)	11 (50.0%)	3.59 [1.24;10.6]	
douleur_thoracique_chronique:				0.435
non	40 (71.4%)	13 (59.1%)	Ref.	
oui	16 (28.6%)	9 (40.9%)	1.72 [0.60;4.88]	
vertiges_malaises:				0.011
non	49 (87.5%)	13 (59.1%)	Ref.	
oui	7 (12.5%)	9 (40.9%)	4.70 [1.46;15.9]	
palpitation:				<0.001
non	34 (60.7%)	2 (9.09%)	Ref.	
oui	22 (39.3%)	20 (90.9%)	14.1 [3.59;103]	
troubles_du_sommeil:				<0.001
non	32 (57.1%)	1 (4.55%)	Ref.	
oui	24 (42.9%)	21 (95.5%)	24.0 [4.50;601]	
afrique_centrale:				0.522
non	47 (83.9%)	17 (77.3%)	Ref.	
oui	9 (16.1%)	5 (22.7%)	1.54 [0.41;5.25]	
lombalgie_chronique:				1.000
non	43 (76.8%)	17 (77.3%)	Ref.	
oui	13 (23.2%)	5 (22.7%)	0.99 [0.27;3.12]	
outcome:				<0.001
0	56 (100%)	0 (0.00%)	Ref.	
1	0 (0.00%)	22 (100%)	. [.;.]	
age_disc:				0.462
50 et plus	6 (10.7%)	2 (9.09%)	Ref.	
30-45	21 (37.5%)	5 (22.7%)	0.70 [0.11;6.54]	
0-30	29 (51.8%)	15 (68.2%)	1.48 [0.29;12.2]	
groupe_pays:				0.870
afrique centrale	9 (16.1%)	5 (22.7%)	Ref.	
afrique nord	5 (8.93%)	1 (4.55%)	0.41 [0.01;3.82]	
afrique ouest	37 (66.1%)	14 (63.6%)	0.68 [0.19;2.61]	
autre	5 (8.93%)	2 (9.09%)	0.75 [0.07;5.41]	
duree_sejour_disc:				0.431
30 et plus	21 (37.5%)	5 (22.7%)	Ref.	
15-30	11 (19.6%)	4 (18.2%)	1.52 [0.30;7.20]	
0-15	24 (42.9%)	13 (59.1%)	2.21 [0.69;8.07]	

❖ Analyses bivariées : recherche de facteurs associés à la présence d'ESPT selon la méthode des sous-groupes

Présence d'ESPT selon la méthode des sous-groupes (0 pour non, 1 pour oui)	0 <i>N=51</i>	1 <i>N=27</i>	OR	p.overall
<b>Variabiles numériques [Wilcoxon]</b>				
score_pcl_5	15.0 [10.5;21.5]	38.0 [32.5;42.5]	1.32 [1.16;1.50]	<0.001
age	33.0 [24.5;39.0]	27.0 [23.5;32.5]	0.97 [0.93;1.02]	0.182
duree_de_sejour	24.0 [7.00;37.0]	9.00 [6.00;33.5]	0.99 [0.97;1.01]	0.358
duree_reponse	8.83 [7.42;11.5]	10.6 [9.11;12.9]	1.15 [0.98;1.34]	0.029
<b>Variabiles qualitatives [Fisher]</b>				
langue:				1.000
A	9 (17.6%)	5 (18.5%)	Ref.	
F	42 (82.4%)	22 (81.5%)	0.93 [0.28;3.45]	
espt_sous_groupes:				<0.001
non	51 (100%)	0 (0.00%)	Ref.	
oui	0 (0.00%)	27 (100%)	. [.;.]	
sexe:				0.113
F	22 (43.1%)	6 (22.2%)	Ref.	
M	29 (56.9%)	21 (77.8%)	2.59 [0.92;8.19]	
parcours_migratoire:				0.780
avion	22 (43.1%)	10 (37.0%)	Ref.	
bateau	29 (56.9%)	17 (63.0%)	1.28 [0.49;3.45]	
migration_seul_vs_en_famille:				1.000
famille	6 (11.8%)	3 (11.1%)	Ref.	
seul	45 (88.2%)	24 (88.9%)	1.04 [0.24;5.62]	
famille_en_france:				0.810
non	35 (68.6%)	20 (74.1%)	Ref.	
oui	16 (31.4%)	7 (25.9%)	0.77 [0.26;2.18]	
amis:				1.000
non	12 (23.5%)	7 (25.9%)	Ref.	
oui	39 (76.5%)	20 (74.1%)	0.88 [0.30;2.72]	
demande_dasile:				0.084
non	27 (52.9%)	8 (29.6%)	Ref.	
oui	24 (47.1%)	19 (70.4%)	2.62 [0.99;7.47]	
alcool:				0.820
non	33 (64.7%)	16 (59.3%)	Ref.	
oui	18 (35.3%)	11 (40.7%)	1.26 [0.47;3.32]	
tabac:				0.323
non	45 (88.2%)	21 (77.8%)	Ref.	
oui	6 (11.8%)	6 (22.2%)	2.12 [0.58;7.75]	
drogues:				0.606
non	49 (96.1%)	25 (92.6%)	Ref.	
oui	2 (3.92%)	2 (7.41%)	1.94 [0.19;19.6]	
atcd_psy:				0.302
non	46 (90.2%)	22 (81.5%)	Ref.	

Présence d'ESPT selon la méthode des sous-groupes (0 pour non, 1 pour oui)	0 <i>N=51</i>	1 <i>N=27</i>	OR	p.overall
oui	5 (9.80%)	5 (18.5%)	2.07 [0.51;8.46]	
cephalees_chroniques:				0.147
non	31 (60.8%)	11 (40.7%)	Ref.	
oui	20 (39.2%)	16 (59.3%)	2.22 [0.86;5.94]	
douleur_abdominale_chronique:				0.065
non	40 (78.4%)	15 (55.6%)	Ref.	
oui	11 (21.6%)	12 (44.4%)	2.86 [1.03;8.10]	
douleur_thoracique_chronique:				0.147
non	38 (74.5%)	15 (55.6%)	Ref.	
oui	13 (25.5%)	12 (44.4%)	2.31 [0.85;6.34]	
vertiges_malaises:				0.081
non	44 (86.3%)	18 (66.7%)	Ref.	
oui	7 (13.7%)	9 (33.3%)	3.08 [0.98;10.1]	
palpitation:				0.001
non	31 (60.8%)	5 (18.5%)	Ref.	
oui	20 (39.2%)	22 (81.5%)	6.52 [2.24;22.6]	
troubles_du_sommeil:				<0.001
non	31 (60.8%)	2 (7.41%)	Ref.	
oui	20 (39.2%)	25 (92.6%)	17.6 [4.51;128]	
afrique_centrale:				0.541
non	43 (84.3%)	21 (77.8%)	Ref.	
oui	8 (15.7%)	6 (22.2%)	1.53 [0.44;5.09]	
lombalgie_chronique:				0.879
non	40 (78.4%)	20 (74.1%)	Ref.	
oui	11 (21.6%)	7 (25.9%)	1.28 [0.41;3.81]	
outcome:				<0.001
0	51 (100%)	0 (0.00%)	Ref.	
1	0 (0.00%)	27 (100%)	. [.;.]	
age_disc:				0.080
50 et plus	6 (11.8%)	2 (7.41%)	Ref.	
30-45	21 (41.2%)	5 (18.5%)	0.70 [0.11;6.54]	
0-30	24 (47.1%)	20 (74.1%)	2.36 [0.46;19.4]	
groupe_pays:				0.705
afrique centrale	8 (15.7%)	6 (22.2%)	Ref.	
afrique nord	5 (9.80%)	1 (3.70%)	0.31 [0.01;2.78]	
afrique ouest	34 (66.7%)	17 (63.0%)	0.67 [0.20;2.38]	
autre	4 (7.84%)	3 (11.1%)	1.01 [0.14;6.78]	
duree_sejour_disc:				0.370
30 et plus	17 (33.3%)	9 (33.3%)	Ref.	
15-30	12 (23.5%)	3 (11.1%)	0.49 [0.09;2.12]	
0-15	22 (43.1%)	15 (55.6%)	1.28 [0.45;3.76]	

## b. Interprétation des résultats

De façon générale et du fait des faibles effectifs, peu de variables ont été significativement associées à la présence d'un ESPT. Les associations ont cependant différé selon les définitions adoptées de l'ESPT (certaines en faisant ressortir plus que d'autres).

### ○ Pour un score au PCL-5 $\geq 31$ :

Les trois variables qui étaient significativement associées à la présence d'un ESPT étaient donc : le fait d'être demandeur d'asile ( $p=0,044$  OR = 3,09 [1,13 ; 9,22]), la présence de douleur abdominale chronique ( $p=0,043$  OR = 3,13 [1,12 ; 8,97]), de palpitations ( $p < 0,001$  OR = 12,4 [3,67 ; 60,1]), et de troubles du sommeil ( $p < 0,001$  OR = 34,0 [6,39; 852]) pour lesquelles l'association était très forte. L'existence de céphalées chroniques n'était pas significative mais semblait être associée à la présence d'un ESPT ( $p=0,092$  ; OR=2,52[0,96 ; 6,88]), ainsi que celle de vertiges/malaises ( $p=0,060$  ; OR=3,33[1,06 ; 10,9]).

### ○ Pour un score au PCL-5 $\geq 33$ :

Il était à nouveau retrouvé une association statistiquement significative avec la demande d'asile ( $p=0,027$  OR = 3,79 [1,28 ; 13,2]), la présence de douleur abdominale chronique : ( $p=0,027$  OR = 3,59 [1,24 ; 10,6]) de palpitations ( $p<0,001$  OR = 14,1 [3,59 ; 103]) et de troubles du sommeil ( $p<0,001$  OR = 24,0 [4,5 ; 601]), mais à cela s'est ajouté une significativité nette pour les symptômes de vertiges/malaises ( $p=0,011$ . OR=4,70[1,46 ; 15,9]). Aucune significativité n'a été démasquée pour la présence de céphalées chroniques, mais le symptôme semblait toujours associé ( $p=0,091$  OR=2,65[0,96 ; 7,76]).

### ○ Selon la méthode des sous-groupes :

Avec cette méthode qui a pourtant plus diagnostiqué d'ESPT (27 cas versus 22 cas pour un cut-off score du PCL  $\geq 33$  ou 26 cas pour un PCL-5  $\geq 31$ ), seulement deux associations sont restées statistiquement significatives : la présence de palpitations ( $p=0,001$  ; OR = 6,52[2,24 ; 22,6]) et de troubles du sommeil ( $p<0,001$  ; OR = 17,6[4,51 ; 128]). (Même si la demande d'asile ( $p=0,084$  OR=2,62[0,99 ; 7,47]), la douleur abdominale ( $p=0,065$  OR=2,86[1,03 ; 8,10]) et les vertiges/malaises ( $p=0,081$  ; OR=3,08[0,98 ; 10,1]) semblent rester associés).

## Discussion

---

### 1. Réflexion sur les résultats

Un très grand nombre des personnes auxquelles il a été proposé de participer à l'étude avait été exposé à un événement traumatique (91,8%). Il existe donc une certaine discordance avec les chiffres de la population générale (70% d'exposition à un événement traumatique selon le DSM-V(99), voire parfois plus selon certaines études(100)) qui peut sans doute s'expliquer par un biais recrutement : la population de la PASS n'étant pas forcément représentative de la population générale, ni de la population immigrée, sélectionnant de fait les personnes les plus en souffrance au sein de cette population déjà marquée par la précarité médico-sociale.

Selon les seuils diagnostiques les plus reconnus du PCL-5, les résultats de notre étude montraient une prévalence de l'ESPT de 25,9% (cut-off de 33 points) à 31,8% (méthode des sous-groupes) de l'ensemble des migrants inclus, soit respectivement de 28,2% à 50% des personnes ayant présenté une exposition à un événement traumatique.

En comparaison, différentes études ont montré des prévalences très différentes en fonction du type de population étudiée. Dans la population générale, la prévalence de l'ESPT varie de 0,7%(98) à 8,3%(100). Pour les populations les plus touchées (migrants ayant le statut de réfugiés), cette prévalence peut monter de 10%(101) jusqu'à 47%(102) dans certaines populations (on note une grande hétérogénéité des études). Enfin, l'étude la plus concordante avec nos résultats est une méta-analyse concernant l'ESPT chez les réfugiés à travers le monde et qui retrouve une prévalence de 31,5%(35). Ces résultats sont assez concordants avec ceux de notre étude (prévalence entre 25,9% et 31,8% pour les seuils diagnostiques habituels). La population de migrants qui consultent à la PASS de l'Hôtel Dieu ne se constitue pas entièrement de réfugiés ou demandeurs d'asile, mais ils en constituent plus de la moitié (55% de demandeurs d'asile parmi les gens inclus dans cette étude) et pour l'autre moitié, il s'agit souvent de personnes se trouvant dans des situations de précarité sanitaire et sociale équivalente (biais de sélection). La population étudiée n'est donc pas représentative de la population immigrée globale.

En dépit de la taille de l'échantillon, cette étude a néanmoins permis de mettre en évidence un certain nombre de facteurs associés, de manière statistiquement significative avec l'existence d'un ESPT.

Moins d'associations ont été mises en évidence avec la méthode des sous-groupes qu'avec les méthodes à cut-offs.

Les associations les plus fortes semblent être la présence de palpitations (pour un cut-off de 31 points : OR à 12,4 et  $p < 0,001$ ) et de troubles du sommeil (pour un cut-off à 31 points : OR à 34 et  $p < 0,001$ ). Le fait d'être demandeur d'asile (pour cut-off de 33 points : OR= 3,79 et  $p = 0,027$  ; pour cut-off de 31 points : OR= 3,09 et  $p = 0,044$  ; association non significative pour la méthode des sous-groupes), la présence de douleurs abdominales chroniques (cut-off de 33 : OR= 3,59 et  $p = 0,027$  ; cut-off de 31 : OR= 3,13 et  $p = 0,043$  ; association non significative pour la méthode des sous-groupes) et de sensations de vertiges ou malaises (association significative uniquement pour le cut-off de 33 : OR= 4,70 ;  $P = 0,011$ ) ont également été associées de façon statistiquement significative, mais inconstamment selon les différentes définitions choisies.

L'utilisation d'un cut-off score plus faible (23) comme réalisé dans certaines études(81), a permis de consolider les associations mises en évidence et de démasquer d'autres facteurs associés à la présence d'un ESPT :

- L'association a été renforcée pour les palpitations, les troubles du sommeil, le fait d'être demandeur d'asile, l'existence de douleurs abdominales chroniques et de sensations de vertiges/malaises [*Annexe 9 : Recherche de facteurs associées à la présence d'un ESPT, selon d'autres cut-off du score PCL-5 : 23 et 32*].
- Apparition de nouvelles associations :
  - o La présence de céphalées chroniques (OR = 5,61[2,15 ; 15,7] et p= 0,001)
  - o La présence d'une douleur thoracique chronique (OR = 3,81 [1,39 ; 11,5] et p= 0,015)
  - o Le fait d'être jeune (âge de 18 à 30 ans) : OR= 5,37[1,05 ; 44,5] et p= 0,006. Ce facteur de risque est concordant avec d'autres études (pour Veïsse et al., la prévalence culmine entre 20 et 29 ans(11), possiblement en lien avec une exposition plus importante à la violence dans le pays d'origine pour cette tranche d'âge, à mettre en relation avec des activités politiques et militantes davantage développées).

L'utilisation de ce cut-off de 23 est particulièrement choisie car elle repose sur une étude s'intéressant à l'utilisation du PCL-5 au sein de populations différentes (populations arabes et kurdes, déplacées et affectées par la guerre) de celles sur lesquelles les propriétés psychométriques et la validité de ce test ont été étudiées (populations de pays industrialisés)(81). De plus, dans notre étude, c'est la sensibilité que nous souhaitons mettre en avant, en limitant le nombre de faux négatifs.

Comme dans la littérature, la durée du séjour n'avait pas d'impact sur le taux de d'ESPT(35).

Peu d'autres associations se dégagent (absence de significativité de p), même si un certain nombre d'autres associations semblent poindre, sans que l'on puisse affirmer que celles-ci soient statistiquement significatives. Il est possible qu'en augmentant la taille de l'échantillon, ces associations seraient démasquées. C'est le cas notamment avec :

- Le fait d'être originaire d'Afrique centrale (OR= 2,92 [0,86 ; 12] et p= 0,140), également retrouvé dans l'étude du COMEDE(11) publiée au bulletin épidémiologique hebdomadaire. En méta analyse, l'association est moins spécifique, mais le fait de venir du continent Africain constitue un facteur de prédisposition (les pays africains inscrits au plus haut niveau de la « Political Terror Scale »)(35).
- Le fait d'être consommateur de tabac (OR=3,44 [0,91 ; 17,5] et p= 0,117)

Un des problèmes majeurs de notre étude est la petite taille de l'échantillon de personnes incluses. Une des principales raisons est le fait que l'étude avait été pensée pour être réalisée au moyen du questionnaire de dépistage en premier recours PC-PTSD-5 et administrée largement par les différents internes et médecins de la PASS avec un objectif initial d'échantillon à 600 personnes. Avec le PCL-5, l'objectif d'inclusion avait été revu à la baisse avec un objectif à 98 personnes pour le PCL-5, ce qui laissait présager d'une faible significativité des résultats. Finalement, 85 patients ont été inclus et les données de seulement 78 patients ont été analysées pour les critères secondaires.

Le manque de puissance de l'étude est bien illustré par le fait que, paradoxalement, la variable vertiges-malaises est significative pour le cut-off de 33 (OR=4,70 ; p=0,011) puis devient non significative pour le cut-off de 31 (p=0,060) avant d'être à nouveau significative pour le cut-off de 23 (OR=5,67[1,61 ;28] et p=0,012).

Cette faiblesse est aussi traduite par le fait que des associations statistiquement connues ne sont pas retrouvées : par exemple, il a été classiquement montré que le fait d'être une femme était un facteur de risque de psychotraumatisme(11,34), ce qui n'apparaît pas dans notre étude. D'autres associations attendues ne sont pas retrouvées (l'isolement socio-familial(33), la consommation d'alcool, tabac ou drogues).

## 2. Limites de l'étude

Comme remarqué ci-dessus, la principale limite de notre étude est la faible taille de l'échantillon, restreignant la mise en évidence d'associations statistiquement significatives (critère secondaire). Un facteur limitant important a été la barrière linguistique et l'impossibilité d'inclure des patients n'ayant pas un très bon niveau d'Anglais ou de Français (excluant quasiment l'étude de certaines zones géographiques, comme l'Afghanistan) ou étant analphabètes. De plus, ce facteur limitant empêchait également l'étude d'un potentiel facteur associé supplémentaire que constitue la barrière linguistique (qui contribue à l'isolement social).

On peut également reprocher à l'étude son caractère uni-centrique, avec l'analyse d'un échantillon qui n'est en rien représentatif, ni de l'ensemble de la population migrante, ni de l'ensemble de la population consultant en PASS en France. Il existe en outre un biais de sélection puisque les personnes migrantes consultant à la PASS de l'Hôtel Dieu (et dans les autres PASS) sont déjà des personnes en recherche d'aide et en grande précarité sanitaire et sociale, même vis-à-vis de l'ensemble des migrants (absence de couverture sociale, maladies amenant ces personnes à consulter, pauvreté). On peut d'ailleurs supposer que la très large majorité des patients migrants de la PASS sont des demandeurs d'asile ou des migrants illégaux (pour raison économique ou autre). Ceci pourrait expliquer le fait que 91% des personnes recrutées étaient exposées à un événement traumatique (milieux socio-économiques défavorisés dans le pays d'origine, moyens de migrations hasardeux, conditions d'accueil précaires).

La population étudiée est donc en grande partie constituée préférentiellement de migrants illégaux, de demandeurs d'asile ou de réfugiés, mais le critère d'inclusion retenu était le fait d'être « migrant », car facilement vérifiable et moins limitant.

Par ailleurs, de nombreux renseignements n'ont pas été recherchés, essentiellement par manque de temps. On n'a notamment pas pris en compte le motif principal de consultation des patients (s'agissait-il justement d'un ou plusieurs symptômes qui pouvaient être reliés à l'ESPT ?), ni l'existence préalable d'un suivi psychologique ou de la présence d'un EDM associé (qui aurait nécessité un test diagnostique dédié), ni non plus le niveau socio-économique (difficulté de devoir déterminer le niveau socio-économique entre la situation dans le pays d'origine et la France, avec une situation de précarité potentiellement temporaire rendant l'évaluation impossible).

Sans que cela consiste en un réel biais méthodologique, l'aide externe que nous apportions aux patients dans le remplissage de l'auto-questionnaire PCL-5 pourrait être considérée comme une interférence. Celle-ci était cependant indispensable puisque certaines des questions peuvent porter à confusion voire font appel à des expressions ou un vocabulaire assez élaboré (« blâmer », « inconsideré », « être sur ses gardes »), parfois non maîtrisé par des personnes parlant bien le Français ou l'Anglais courant mais dont ce n'est pas la langue maternelle, et qui ont parfois un niveau socio-éducatif peu élevé. Cela pourrait rejoindre le biais cognitif que présente l'ethnocentrisme des nosologies occidentales, avec l'absence de prise en compte de la dimension transculturelle(32). De plus, le PCL-5, au même titre que les autres questionnaires diagnostiques, n'a pas été conçu spécifiquement pour l'étude de cette population (méthode diagnostique ou cut-off pouvant être inappropriés)(35,81).

Les personnes pour lesquelles le remplissage du questionnaire semblait poser un problème de compréhension ont d'ailleurs été exclues de l'étude (18 personnes exclues pour compréhension trop limitée). Cela peut constituer un biais supplémentaire de sélection (exclusion des personnes dont le niveau socio-éducatif est le plus faible, les personnes analphabètes ou peu instruites).

Par ailleurs, le fait que l'évaluation soit auto-reportée, peut aussi en soi introduire des biais. Les auto-questionnaires auraient en effet tendance à surestimer les symptômes(35).

On peut aussi déplorer l'absence de suivi de la cohorte, qui aurait été très difficile à mettre en œuvre mais aurait permis d'étudier la prise en charge de l'ESPT une fois celui-ci diagnostiqué, ainsi que les bénéfices potentiels en termes d'amélioration clinique pour le patient soigné.

A noter qu'il semblerait que les études de faible effectif (inférieur à 200) ont tendance à trouver des taux plus élevés d'ESPT que les plus grandes études(35).

Enfin, on peut se poser la question méthodologique en ce qui concerne la nosographie. La prise en compte des ESPT seuls peut parfois paraître assez limitante. Dans l'étude réalisée auprès des patients du COMEDE, il a été utilisé la catégorie des « syndromes psychotraumatiques » regroupant l'ESPT, les dépressions réactionnelles et les névroses traumatiques (C. Barrois)(11). Cela aurait toutefois été plus compliqué à mettre en œuvre et aurait surtout empêché toute comparaison avec les nombreuses études utilisant l'ESPT seul comme critère diagnostique.

### 3. Ouvertures

#### 3.1 ESPT et migration

Notre étude confirme donc qu'il existe une association forte prouvée entre ESPT et migration, et ce d'autant plus que ces migrants sont demandeurs d'asile.

Les associations mises en évidence avec certaines manifestations physiques atypiques, confortent l'importance du corps dans la symptomatologie de l'ESPT chez les patients migrants, et donc dans la prise en charge et le traitement de cette pathologie dans cette population. En effet, le traitement, au-delà de se résumer au traitement médicamenteux et psychothérapeutique, doit également prendre en compte la souffrance physique. Cela permet une amélioration des symptômes et de la qualité de vie de façon globale chez le patient souffrant(61).

C'est notamment le cas dans les douleurs chroniques, qui sont en partie soulagées par les antidépresseurs et/ou la psychothérapie(64), mais qui parfois peuvent bénéficier de prise en charge spécifique (la « Pain Neuroscience Education » - PNE)(63). Toutefois, les stratégies thérapeutiques des patients associant douleur chronique et ESPT sont encore à développer. C'est aussi le cas avec les troubles du sommeil, qui dans l'ESPT sont souvent résistants aux premières lignes de traitement, et dont il a été prouvé qu'ils exacerbent de façon indépendante les symptômes diurnes de l'ESPT, avec augmentation du taux de suicide et baisse du niveau de santé physique perçue(58). Il est donc indispensable de les dépister (polysomnographie ventilatoire nocturne) et de les traiter de façon appropriée.

L'ESPT et le syndrome psychotraumatique en général restent mal ou peu dépistés. Cela peut être expliqué par sa manifestation clinique particulière, par les récalcitrances que peut avoir le patient à la « psychiatrisation », voire à son incompréhension des causes psychiques que peuvent avoir certains de ses symptômes physiques. Les récalcitrances peuvent se situer aussi du côté du clinicien, qui peut être frileux devant une démarche impliquant un engagement relationnel important(38) ou bien dont le jugement peut être biaisé par sa fonction apostolique (chaque médecin a une idée vague mais presque inébranlable du comportement que doit adopter un patient lorsqu'il est malade) et l'idée qu'il se fait du patient(103).

Pourtant, ce dépistage est indispensable à la prise en charge des symptômes, au traitement et à la guérison, qui ne peut se faire que de façon spécifique, centrée sur le traumatisme et le vécu individuel de chaque patient. De cette prise en charge dépend également la bonne adaptation et intégration à la vie sociale française puisque tous ces symptômes peuvent en constituer les freins.

#### 3.2 Conclusions pour la PASS de l'Hôtel-Dieu

Les résultats de notre étude permettent la formulation directe de recommandations pour la population étudiée.

Au vu de la forte prévalence de l'ESPT, les patients auraient un bénéfice réel de la réalisation d'un véritable dépistage de cette pathologie, de façon systématique, afin de ne pas méconnaître une souffrance.

La première consultation d'un patient à la PASS étant déjà relativement longue (recueil de données administratives, sociales et médicales, interrogatoire, examen clinique, dépistages, explications claires et intelligibles, parfois au moyen d'un interprète), l'utilisation du PCL-5 ne semble pas raisonnable en première intention. En effet, comme le montre notre étude, la durée moyenne de réponse est de 10 minutes (version « sans critère A », en comptant que la personne a une compréhension écrite excellente en Anglais ou en Français), avec des extrêmes pouvant aller de 4,5 minutes à 21,5 minutes.

Il serait donc plus approprié, sauf dans le cas où l'ESPT ou bien un de ses symptômes constitue le motif de la première consultation, de différer ce dépistage à la deuxième consultation (généralement consacrée à la réévaluation et à la lecture des résultats d'exams biologiques et radiographiques de dépistage). De plus, la durée du PCL-5 et son mode d'administration semblent peu appropriés à un dépistage rapide dans cette population. On pourrait lui préférer un test de dépistage rapide en réponses binaires (oui/non) comme le PC-PTSD-5, (questionnaire hétéro-administré en 5 items dont le cut-off score de 3/5 permet de suspecter un ESPT) ou le Trauma Screening Questionnaires (TSQ), questionnaire en 10 items dont le cut-off de 6 permet d'évoquer un ESPT). Chez les personnes ayant effectivement obtenu des scores faisant suspecter un ESPT, il serait conseillé de réaliser une consultation dédiée avec un test diagnostique, une discussion avec le patient sur les pistes de prise en charge et d'amélioration de ses symptômes, et la nécessité d'un suivi. Lors de cette consultation dédiée, le PCL-5 peut être envisagé (durée de réponse compatible), alors que les autres tests diagnostiques (le CAPS-5 d'une durée d'administration de 45 à 60 minutes (70); le MINI, d'une durée de 15 minutes mais qui nécessite un administrateur entraîné(69)) semblent moins simples à mettre en œuvre.

Une fois le diagnostic supposé ou posé, il s'agit d'établir une prise en charge appropriée, aussi bien sur le plan médicamenteux que psychothérapeutique, en lien avec les réseaux existants, mais qui pose le problème majeur de la saturation des dispositifs en place, ainsi que du manque de spécialisations (TCC, EMDR). Malheureusement, bien qu'il y ait actuellement des consultations disponibles en psychiatrie au sein de la PASS de l'Hôtel-Dieu, celles-ci sont très rapidement saturées, et ce même alors que l'ESPT est probablement largement sous-diagnostiqué. Ce problème s'intègre dans une carence plus globale à l'échelle nationale des soins de psychiatrie, parent pauvre de la médecine française.

La prise en charge devra donc passer, en l'absence d'alternative disponible, par un suivi régulier avec les médecins généralistes de la PASS, la prescription, au besoin, de thérapeutiques médicamenteuses adaptées, l'instauration d'une relation de confiance, et la psychothérapie du médecin généraliste (à l'instar des médecins généralistes de ville : développé plus loin). Lorsque cela est possible, en particulier pour les patients les plus impactés, il faudra les orienter vers une prise en charge en TCC ou EMDR.

Se pose toujours le problème difficile du diagnostic chez les patients non francophones et non anglophones, les tests n'ayant pas toujours de validations dans d'autres langues et

l'interprétariat (pour les tests administrés par le clinicien) pouvant mener à des erreurs de sens dans la traduction.

### 3.3 Lien avec la médecine de ville

#### *3.3.1 La consultation en médecine de ville du côté du patient migrant*

Une grande majorité des patients migrants consultent dans les PASS, les centres médico-sociaux, les centres de protection maternelle et infantiles (PMI) ou des structures associatives ou caritatives (COMEDE, CASO développés par Médecins du Monde, Médecins sans Frontières, la Croix Rouge). Tout médecin généraliste de ville a une certaine proportion de personnes migrantes dans sa patientèle, mais il s'agit souvent de personnes installées en France depuis plusieurs années, mieux intégrées et moins précaires que la population des PASS. Après recherche bibliographique, il n'existe aucune étude officielle évaluant le pourcentage de patients migrants ayant une couverture maladie et bénéficiant d'un suivi en médecine générale de ville. Ce sujet a été abordé dans plusieurs thèses de médecine générale, qui n'ont pas fait l'objet de publications, mais qui mettent en évidence ce manque de suivi en ville. Par ailleurs, le taux de déclaration de médecin traitant ne reflète pas tout à fait le suivi chez un médecin généraliste de ville, puisque la déclaration de médecin traitant peut également se faire avec un médecin généraliste exerçant en structure comme une PASS).

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées concernant les entraves à la consultation chez le médecin de ville que peuvent rencontrer les patients migrants (104,105):

- L'absence de droit à une couverture maladie (procédures parfois longues).
- Refus de la part de certains médecins de ville de prendre en charge les patients bénéficiant de l'AME ou la CSS.
- Contraintes logistiques (distances avec le cabinet, inaccessibilité aux transports en commun).
- Délai trop long pour obtenir un rendez-vous.
- Problèmes de communication (patients non francophones), difficultés à se faire comprendre.
- Difficultés à la prise de rendez-vous.
- Consultation trop courte.
- Accès plus difficile aux examens complémentaires et aux consultations spécialisées qu'en milieu hospitalier.

En pratique, la plupart des patients jeunes ont tendance à avoir recours aux soins de façon ponctuelle dans des structures d'urgences et se retrouvent face à une prise en charge symptomatique la plupart du temps(104).

#### *3.3.2 La consultation en médecine de ville du côté du praticien*

Du côté du médecin, surtout si celui-ci n'a pas l'habitude de soigner une patientèle étrangère, cela peut entraîner quelques appréhensions, avec parfois des difficultés projetées.

Le praticien de ville peut se trouver déstabilisé devant un patient qui ne parle peu ou pas sa langue, qui peut présenter des symptômes atypiques ou une approche de la maladie ou de la douleur culturellement différente. Il peut être tenté de ne traiter que le symptôme présenté, passant à côté d'une pathologie plus globale(38,65,104).

De plus, pour le médecin généraliste de ville, la thérapeutique sera difficile à mettre en œuvre, du moins sur le plan psychothérapeutique, qui fait appel à des prises en charge qui dépassent le cadre de la psychothérapie du médecin généraliste(106,107). Cependant, il peut prodiguer une écoute et établir une relation de confiance afin d'obtenir une adhésion thérapeutique et inscrire cette prise en charge dans la globalité de la personne, de façon personnalisée. Il a de son côté l'outil précieux de la relation médecin-malade et il peut faire appel à l'entretien motivationnel, la psychothérapie du médecin généraliste, et ne doit pas négliger l'importance de l'effet placebo en médecine générale(106,107). Par-dessus tout, comme le rappelle Michael Balint, le médecin généraliste ne doit pas délaissier son action thérapeutique propre, en tant que premier et plus important médicament, lorsqu'il « s'administre » lui-même à son malade(103).

Il peut d'ailleurs, en attendant une prise en charge spécialisée (auprès du CMP, par exemple), soulager les symptômes du patient en introduisant un traitement médicamenteux (et ce, d'autant plus si un syndrome dépressif est associé à l'ESPT), selon les recommandations et si cela est nécessaire.

La force de la médecine de ville est d'avoir la possibilité de réaliser un suivi. Le cadre plus personnel du cabinet de ville favorise l'instauration de ce suivi personnalisé, contrairement aux grands centres de consultation(104). Cela permet de s'assurer de la régression des symptômes selon la prise en charge (possiblement en proposant à nouveau au patient de remplir l'échelle d'évaluation PCL-5 à intervalles réguliers, puisqu'elle est validée dans cette indication(77) et que comme le montre notre étude, sa durée d'administration – moyenne de 10 minutes et extrêmes allant de 4,5min à 21 min – est compatible avec une consultation de médecine générale).

### *3.3.3 Le suivi en médecine générale du patient migrant – Pistes d'amélioration*

Notre étude, en soulignant la prévalence importante de l'ESPT dans la population migrante ainsi que les symptômes souvent atypiques qui lui sont associés, met en lumière la nécessité, pour le médecin de ville, de porter une attention particulière à ses patients bénéficiant de l'AME (et aussi les patients migrants parmi ceux bénéficiant de la CSS). Cette attention particulière permettra sans doute, dans environ un tiers des cas, de dépister un ESPT ou une forme sub-syndromique. Il sera également primordial de rechercher des pathologies ou symptômes qui peuvent lui être associés (maladies psychosomatiques, syndrome douloureux, douleurs psychogènes, troubles du sommeil, ...) afin de réaliser la meilleure prise en charge thérapeutique possible et d'améliorer la qualité de vie de ces patients.

En médecine de ville, il faut donc non seulement réaliser le diagnostic de l'ESPT, mais faire un réel dépistage(107,108) auprès de ces profils « à risque » (patient étranger bénéficiant de l'AME ou de la CSS, avec possiblement une barrière de la langue, isolé socialement, et d'autant

plus s'il s'agit d'un demandeur d'asile ou d'une femme). Il s'agit d'éviter ce déficit de prévention qui contribue plus rapidement à la dégradation rapide de l'état de santé de cette population.

Ce dépistage est un challenge, mais peut aussi se révéler plus aisé pour un médecin traitant qui est amené à revoir régulièrement son patient, et à le connaître un peu mieux sur le plan global qu'un médecin qu'il consulterait ponctuellement dans un centre de soin. Les troubles psychologiques sont d'ailleurs souvent moins repérés par les médecins qui ne rencontrent le patient qu'une seule fois, en l'absence de suivi(104). Ce suivi chez le médecin de ville permet de limiter les perdus de vue et d'assurer une meilleure prise en charge, notamment des troubles psychiatriques(108). Le médecin généraliste peut ainsi être alerté par un symptôme atypique chronique (palpitations, céphalées, sensations de vertiges/malaises), non expliqué, et s'intéresser à ce qu'il pourrait traduire.

L'entretien en médecine générale est déjà thérapeutique, puisqu'il permet au patient de prendre conscience des mécanismes de la souffrance, des dysfonctionnements qui lui sont éventuellement accessibles, à travers la reconstruction de son histoire et la distance qu'il prend au cours de sa démarche. La psychothérapie du médecin généraliste permet à la fois de faire de la prévention primaire (paroles autour de la famille, des événements de vie, des symptômes, des difficultés psycho-sociales), de la prévention secondaire (dépistage de la dépression), de la prévention tertiaire (non aggravation)(107). Notre étude souligne la nécessité pour les médecins généralistes de mettre l'accent sur l'apprentissage et la pratique de la psychothérapie du médecin généraliste (groupes de pairs, démarches individuelles).

L'enjeu est ensuite de trouver les bonnes structures et des bons réseaux. Il faudrait établir un lien ville-hôpital souple et fluide(105), non seulement pour les patients souffrant d'ESPT, mais également pour tous ceux qui ont une maladie chronique. Il y aurait un intérêt à sensibiliser les médecins généralistes et à développer des liaisons avec les centres régionaux du psychotraumatisme (répertoriés sur le site du Centre National de Ressources et de Résilience – CN2R), et le réseau associatif (Centre Primo-Levi, Centre Françoise Minkowska, etc.).

Le médecin généraliste aurait un réel bénéfice d'avoir des réseaux mieux fléchés avec des interlocuteurs disponibles.

On pourrait par ailleurs envisager une formation aux techniques de TCC, pour les médecins généralistes intéressés, mais cela serait peut-être difficilement réalisable en pratique (prises en charge chronophages pour les médecins, « empiètement » sur le rôle du psychiatre)(106).

Une autre piste à explorer serait de mettre en place un recours facilité à l'interprétariat professionnel pour les médecins de ville, parfois en difficulté face à la barrière de la langue.

## Conclusion

---

Notre travail sur le dépistage de l'état de stress post-traumatique dans une population de migrants en situation de vulnérabilité, montre la forte prévalence de cette pathologie dans cette population. L'étude des critères secondaires permet de mettre en évidence la fréquence des manifestations somatiques associées à l'ESPT. Cet élément tient une place importante à la fois dans le diagnostic et dans la prise en charge de cette pathologie, afin de limiter les retards diagnostiques et, par un soin adapté, de permettre une amélioration de la qualité de vie du patient.

A la lumière de cette étude, il est nécessaire de renforcer le dépistage de l'ESTP au sein de la population étudiée (Permanence d'Accès aux Soins de Santé de l'Hôtel-Dieu) et de populations similaires (autres PASS), ainsi que d'alerter sur le manque de moyens humains thérapeutiques à disposition pour réaliser une prise en charge adaptée de ces troubles.

L'application de ces principes à la médecine générale doit se traduire par une attention particulière aux patients détenteurs de l'AME et aux patients étrangers détenteurs de la CSS, d'autant plus s'ils sont demandeur d'asile et jeunes (moins de 30 ans). Cela se concrétise par un dépistage (justifié au vu du taux de prévalence) de l'ESPT au moyen d'un questionnaire tel que le PCL-5, au sein de cette population, mais aussi d'un dépistage des maladies psychosomatiques ou statistiquement associées. De plus, le médecin généraliste doit être sensibilisé au fait qu'un symptôme somatique sans étiologie organique retrouvée, doit faire évoquer un ESPT dans cette population (et particulièrement s'il s'agit de troubles du sommeil, de douleur abdominale chronique, de palpitations, de sensations vertigineuses, et éventuellement de céphalées et douleur thoraciques chroniques, comme nous l'avons vu dans cette étude).

Le diagnostic doit conduire à une prise en charge appropriée, par la mise en place d'un suivi particulièrement régulier, et l'établissement d'une relation de confiance et d'écoute, permettant une adhésion thérapeutique forte à la prise en charge médicamenteuse ou psychothérapeutique, si possible en lien avec des structures ou professionnels spécialisés.

Cette étude est l'occasion de rappeler le manque de moyens à disposition pour la prise en charge très spécialisée de ces troubles, et la nécessité de former et de mettre à disposition des professionnels compétents (Thérapies Cognitivo-Comportementales, thérapie EMDR).

La finalité est le soin de la personne migrante vulnérable dans sa globalité, permettant une amélioration de sa qualité de vie, rompant avec le cercle auto-entretenu des stressseurs extérieurs et de l'isolement social.

## Annexes

---

### Annexe 1 : Critères diagnostiques du DSM-5 pour l'état de stress aigu :

L'expression « événement traumatique », plutôt qu'« un ou plusieurs événement(s) traumatique(s) », est utilisée afin d'alléger le texte.

- A. Exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :
  1. Vivre directement l'événement traumatique.
  2. Être témoin, en personne, de l'événement vécu par d'autres.
  3. Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche. **Note** : En cas de décès ou de danger de décès d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel.
  4. Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique (par exemple, les premiers intervenants ou les policiers). **Note** : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par le biais des médias électroniques, de la télévision, de films ou de photos, à moins que cette exposition soit liée au travail.
  
- B. Présence de 9 (ou plus) des symptômes suivants, de n'importe laquelle des 5 catégories d'intrusion, d'humeur négative, de dissociation, d'évitement et de niveau d'activation élevé, qui ont débuté ou se sont aggravés après la survenue d'un événement traumatique :

#### Symptômes d'intrusion :

5. Souvenirs pénibles récurrents, involontaires, et envahissants de l'événement traumatique. **Note** : Chez les enfants, il peut s'agir d'un jeu répétitif dans lequel des thèmes ou des aspects de l'événement traumatique sont exprimés.
6. Rêves répétitifs pénibles dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement traumatique. **Note** : Chez les enfants, il peut s'agir de rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
7. Réactions dissociatives (ex. flash-backs) dans lesquelles l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une perte totale de conscience de l'environnement actuel.) **Note** : Chez les enfants, des reconstitutions du traumatisme peuvent se produire dans le jeu.
8. Détresse psychologique intense ou prolongée ou réactions physiologiques marquées en réponse à des indices internes ou externes symbolisant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.

#### Humeur négative :

9. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (par exemple, incapacité à éprouver du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux).

### **Symptômes dissociatifs :**

10. Altération du sens la réalité de son environnement ou de soi-même (par exemple, se voir à partir de la perspective de quelqu'un d'autre, être dans un état second, ralentissement du temps).
11. Incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non d'autres facteurs tels que blessure à la tête, alcool ou drogues).

### **Symptômes d'évitement :**

12. Efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à l'événement traumatique.
13. Efforts pour éviter les rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations) qui éveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à l'événement traumatique.

### **Symptômes d'activation :**

14. Perturbation du sommeil (par exemple, difficulté à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité).
  15. Comportement irritable et crises de colère (avec peu ou pas de provocation), généralement exprimés sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
  16. Hypervigilance.
  17. Problèmes de concentration.
  18. Réaction de sursaut exagérée.
- C. La durée de la perturbation (symptômes du critère B) est de 3 jours à 1 mois après l'exposition au traumatisme. **Note** : Les symptômes commencent généralement immédiatement après le traumatisme, mais leur persistance au moins 3 jours et jusqu'à un mois est nécessaire pour répondre aux critères du trouble.
- D. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.
- E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments ou alcool) ou à une autre condition médicale (par exemple, une légère lésion cérébrale traumatique) et n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref.

## Annexe 2 : Critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble de stress post traumatique(42):

L'expression « événement traumatique », plutôt que « un ou plusieurs », est utilisée afin d'alléger le texte.

- A. Exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :
  - 1. Vivre directement l'événement traumatique.
  - 2. Être témoin, en personne, de l'événement vécu par d'autres.
  - 3. Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche. **Note** : En cas de décès ou de danger de décès d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel.
  - 4. Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique (par exemple, les premiers intervenants ou les policiers). **Note** : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par le biais des médias électroniques, de la télévision, de films ou de photos, à moins que cette exposition soit liée au travail.
- B. Présence d'un (ou plusieurs) des symptômes intrusifs suivants associés à l'événement traumatique, ayant débuté après ce dernier :
  - 1. Souvenirs pénibles récurrents, involontaires, et envahissants de l'événement traumatique. **Note** : Chez les enfants âgés de plus de 6 ans, il peut s'agir d'un jeu répétitif dans lequel des thèmes ou des aspects de l'événement traumatique sont exprimés.
  - 2. Rêves répétitifs pénibles dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement traumatique. **Note** : Chez les enfants, il peut s'agir de rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
  - 3. Réactions dissociatives (flash-backs, par exemple) dans lesquelles l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une perte totale de conscience de l'environnement actuel.) **Note** : Chez les enfants, des reconstitutions du traumatisme peuvent se produire dans le jeu.
  - 4. Détresse psychologique intense ou prolongée à l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.
  - 5. Réactions physiologiques marquées à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.
- C. Évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique ayant débuté après ce dernier, comme en témoigne(nt) une ou les deux manifestations suivantes :
  - 1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique.
  - 2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations) qui éveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique.

- D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :
1. Incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non d'autres facteurs tels que blessure à la tête, alcool ou drogues).
  2. Croyances ou attentes négatives persistantes ou exagérées à propos de soi-même, des autres, ou du monde (par exemple, « Je suis mauvais », « On ne peut faire confiance à personne », « Le monde est complètement dangereux », « Mon système nerveux entier est définitivement ruiné »).
  3. Cognitions persistantes et déformées concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatique qui amènent l'individu à se blâmer ou à blâmer autrui.
  4. État émotionnel négatif persistant (par exemple, peur, horreur, colère, culpabilité ou honte).
  5. Diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités significatives.
  6. Sentiment de détachement ou d'éloignement des autres.
  7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (par exemple, incapacité à éprouver du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux).
- E. Altérations marquées dans l'activation et la réactivité associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :
1. Comportement irritable et crises de colère (avec peu ou pas de provocation) généralement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
  2. Comportement imprudent ou autodestructeur.
  3. Hypervigilance.
  4. Réaction de sursaut exagérée.
  5. Problèmes de concentration.
  6. Troubles du sommeil (par exemple, difficultés à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité).
- F. La durée de la perturbation (critères B, C, D, et E) est de plus que 1 mois.
- G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.
- H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments, alcool) ou d'une autre condition médicale.

Annexe 3 : Avis formulé par le CPP Sud Est III le 5 Mai 2020



Secrétariat  
Mme Elisabeth  
VERCHERAND  
[cpp.sud-est-3@chu-lyon.fr](mailto:cpp.sud-est-3@chu-lyon.fr)  
04.27.85.62.42  
[www.cppsudest3.com](http://www.cppsudest3.com)

MADAME JOSEPHINE PAUL-PETIT

**Bureau**  
**Président**  
Pr. François CHAPUIS  
**Vice-Présidente**  
Mme Mireille LIOTARD-  
GAZQUEZ  
**Secrétaire Général**  
Dr. Dominique SAPPEY-  
MARINIER  
**Trésorier**  
Me Noëlle TERTRAIN

**Membres**  
Dr Aline AUROUX  
Mme Sonia BENKHELIFA  
Mme Violaine BERNARD  
DE DOMPSURE  
M. Lucio CAMPANILE  
Pr François CHAPUIS  
Dr Julie COTON  
Mme Evelyne DECULLIER  
Dr Claude DELPUECH  
Dr Humbert DE  
FREMINVILLE  
Mme Alexandra FAMERY  
Dr Marcel GARRIGOU-  
GRANDCHAMP  
Me Alexandre GIOVANI  
Mme Martine GIROUD  
SAVOIE  
Dr Audrey JANOLY-  
DUMENIL  
M. Kilani JAOUADI  
Dr Didier LE BARS  
Mme Mireille LIOTARD  
GAZQUEZ  
Dr Marianne MAYNARD-  
MUET  
Dr Dominique SAPPEY-  
MARINIER  
Mme Isabelle SAUTEREL  
Me Nina SCALISI  
Dr Jean STAGNARA  
Me Noëlle TERTRAIN  
Mme Laurine TROADEC

V. 1.0 DU 16.03.2020

2019- 069 B COURRIER N° 3

Numéro d'enregistrement de l'essai CN RIPH :			19.10.15.48146
Numéro d'enregistrement de l'essai auprès du CPP :			2019- 069 B
Numéro EudraCT (ou ISRCTN, le cas échéant) :			2019-A02685-52
Numéro de référence interne du demandeur :			-
Titre complet de l'essai clinique :			
« Dépistage d'un état de stress post-traumatique probable selon le questionnaire validé PCL-5 : étude de prévalence et des facteurs associés dans une population migrante francophone ou anglophone, à la PASS de l'Hôtel-Dieu ».			
Investigateur coordonnateur : Docteur Guillaume RIEUTORD			
Promoteur : Mme Joséphine PAUL-PETIT			
Date de réception de la demande :	Date de la demande d'informations complémentaires :	Refus d'autorisation / avis défavorable :	
15 octobre 2019	19 novembre 2019 21 janvier 2020	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non Si oui, date :	
Date du début de la procédure :	Date de réception de la réponse du promoteur suite à la demande d'informations complémentaires formulée par le Comité :	Autorisation / avis favorable :	
23 octobre 2019	24 décembre 2019 27 avril 2020	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, date : 05 mai 2020	
<u>Avis formulé par le CPP le 05 mai 2020</u>			
Au vu des compléments apportés répondant à ses remarques du 19 novembre 2019 et du 21 janvier 2020,			
Au vu des documents transmis le 27 avril 2020, à savoir :			
- courrier de réponse aux remarques du Comité,			
- protocole (version 4 du 15.04.20),			
Au vu des documents transmis le 24 décembre 2019, à savoir :			
- courrier de réponse aux remarques du Comité,			
- protocole (version 3 du 05.12.19),			
- document d'information (version 3 du 05.12.19),			
- curriculum vitae du Docteur Guillaume RIEUTORD,			

GROUPEMENT HOSPITALIER EST - BATIMENT PINEL- 59 BOULEVARD PINEL - 69500 BRON  
[CPP.SUD-EST-3@CHU-LYON.FR](mailto:CPP.SUD-EST-3@CHU-LYON.FR) - 04.27.85.62.45 - [WWW.CPPSUDEST3.COM](http://WWW.CPPSUDEST3.COM)

2019- 069 B - 1 SUR 2

Et ainsi qu'il a été convenu lors des séances du 19 novembre 2019 et du 21 janvier 2020,

**Le Comité émet un avis favorable à la réalisation de cette étude après avoir vérifié ses conditions de validité telles qu'elles sont prévues à l'article L. 1123-7 du Code de la Santé Publique.**

*Le Comité vous rappelle que conformément au Livre I, Titres II et III du Code de la Santé Publique régissant les recherches biomédicales, toute modification substantielle du protocole devra faire l'objet d'une demande d'avis complémentaire auprès de ce même comité. Par ailleurs, le Comité souhaiterait pour son information être destinataire du résumé du rapport final qui sera rédigé à l'issue de cette étude.*

Date :  
07 mai 2020

Pour le Comité,  
Le Président, Professeur François CHAPUIS



P.J. :

- Liste des pièces transmises dans le cadre de ce protocole,
- Liste des membres du Comité présents lors des séances du 21 janvier 2020,
- Composition du Comité Sud-Est III.

CPP SUD-EST III  
Groupement Hospitalier Est  
Bâtiment Pinel  
59 Boulevard Pinel  
F-69500 BRON  
Tél : 04 27 85 62 45

Membres du CPP Sud-Est III ayant participé  
à la séance plénière du mardi 05 mai 2020  
(en téléconférence)

Mme le Dr Aline AUROUX (Recherche Biomédicale - Méthodologiste)  
Mme Sonia BENKHELIFA (personne qualifiée "éthique")  
M. Lucio CAMPANILE (représentante d'association de malades et d'usagers)  
M. le Pr François CHAPUIS (Recherche Biomédicale - Méthodologiste)  
M. le Dr Humbert DE FREMINVILLE (Médecin généraliste)  
Mme le Dr Evelyne DECULLIER (Recherche Biomédicale - Méthodologiste)  
Mme Alexandra FAMERY (Infirmière)  
Mme Martine GIROUD SAYOIE- (personne qualifiée "domaine social")  
Mme le Dr Audrey JANOLY-DUMENIL (Pharmacienne)  
M. Kilani JAOUADI (personne qualifiée "domaine social")  
M. le Dr Didier LE BARS (Pharmacien)  
Mme Mireille LIOTARD-GAZQUEZ (personne qualifiée "juridique")  
Mme le Dr Marianne MAYNARD-MUET (Recherche Biomédicale)  
M. le Dr Dominique SAPPEY-MARINIER (Recherche Biomédicale)  
Mme Noëlle TERTRAIN (personne qualifiée "juridique")  
Mme Laurine TROADEC (Psychologue)

CPP Sud Est III

📍 *Groupement Hospitalier Est, Bâtiment Pinel, 59 Boulevard Pinel,*  
*69 500 BRON*  
☎ 04.27.85.62.45 / ☎ 04.27.85.80.85

(1) Président (2) Vice-Président (3) Trésorier (4) Secrétaire Général

	
TITULAIRES	SUPPLEANTS
<b>1<sup>er</sup> COLLEGE</b>	
<b>RECHERCHE BIOMEDICALE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ François CHAPUIS (1) <i>Epidémiologie biostatistique</i></li> <li>▪ Marianne MAYNARD-MUET</li> <li>▪ Dominique SAPPEY-MARINIER (4)</li> <li>▪ Jean STAGNARA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aline AUROUX</li> <li>▪ Evelyne DECULLIER <i>Epidémiologie biostatistique</i></li> <li>▪ Claude DELPUËCH</li> <li>▪ Julie COTON</li> </ul>
<b>MEDICINS GENERALISTES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Marcel GARRIGOU-GRANDCHAMP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Humbert DE FREMINVILLE</li> </ul>
<b>PHARMACIENS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Audrey JANOLY-DUMENIL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Didier LE BARS</li> </ul>
<b>INFIRMIERS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alexandra FAMERY</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ -</li> </ul>
<b>2<sup>ème</sup> COLLEGE</b>	
<b>PERSONNES QUALIFIEES « ETHIQUE »</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sonia BENKHELIFA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nina SCALISI</li> </ul>
<b>PERSONNES QUALIFIEES « PSYCHOLOGUE »</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Laurine TROADEC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Violaine BERNARD DE DOMPSURE</li> </ul>
<b>PERSONNES QUALIFIEES « DOMAINE SOCIAL »</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Martine GIROUD SAVOIE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kilani JAOUADI</li> </ul>
<b>PERSONNES QUALIFIEES JURIDIQUE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mireille LIOTARD-GAZQUEZ (2)</li> <li>▪ Noëlle TERTRAIN (3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alexandre GIOVANI</li> <li>▪ -</li> </ul>
<b>REPRESENTANT D'ASSOCIATION AGREEE DE MALADES ET D'USAGERS DU SYSTEME DE SANTE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lucio CAMPANILE</li> <li>▪ Isabelle SAUTEREL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ -</li> <li>▪ -</li> </ul>

## Annexe 4: Renseignements patient

### Renseignements Patient

Durée de remplissage du questionnaire :

**Origine géographique : Pays :**

**Parcours migratoire : Maroc-Espagne/Lybie-Italie/Pays de l'Est/Autre**

**Mois + année d'arrivée en France :**

**Migration avec un ou plusieurs membres de la famille : OUI/NON**

**Présence de membre de la famille en France : OUI/NON**

**Entourage amical : OUI/NON**

**Demande d'asile : OUI/NON**

**Alcool :**

**Tabac :**

**Cannabis :**

**Autres :**

**MASQUE THESE :**

**Présence de symptômes suivants non expliqués par une atteinte d'organe ou une pathologie identifiée :**

- Céphalées chroniques : OUI/NON
- Douleur abdominale chronique : OUI/NON
- Douleur thoracique chronique : OUI/NON
- Douleur chronique autre : préciser :
- Vertiges ou malaises : OUI/ NON
- Palpitations : OUI/NON

## Annexe 5 : PCL-5/Version française

### PCL-5

#### Post-traumatic stress disorder Checklist version DSM-5

**Consignes :** Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté **dans le dernier mois**.

<i>Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr – National Center for PTSD  
Traduction française N. Desbiendras

**PCL-5**

**Instructions:** Below is a list of problems that people sometimes have in response to a very stressful experience. Please read each problem carefully and then circle one of the numbers to the right to indicate how much you have been bothered by that problem in the past month.

<b>In the past month, how much were you bothered by:</b>	<b>Not at all</b>	<b>A little bit</b>	<b>Moderately</b>	<b>Quite a bit</b>	<b>Extremely</b>
1. Repeated, disturbing, and unwanted memories of the stressful experience?	0	1	2	3	4
2. Repeated, disturbing dreams of the stressful experience?	0	1	2	3	4
3. Suddenly feeling or acting as if the stressful experience were actually happening again (as if you were actually back there reliving it)?	0	1	2	3	4
4. Feeling very upset when something reminded you of the stressful experience?	0	1	2	3	4
5. Having strong physical reactions when something reminded you of the stressful experience (for example, heart pounding, trouble breathing, sweating)?	0	1	2	3	4
6. Avoiding memories, thoughts, or feelings related to the stressful experience?	0	1	2	3	4
7. Avoiding external reminders of the stressful experience (for example, people, places, conversations, activities, objects, or situations)?	0	1	2	3	4
8. Trouble remembering important parts of the stressful experience?	0	1	2	3	4
9. Having strong negative beliefs about yourself, other people, or the world (for example, having thoughts such as: I am bad, there is something seriously wrong with me, no one can be trusted, the world is completely dangerous)?	0	1	2	3	4
10. Blaming yourself or someone else for the stressful experience or what happened after it?	0	1	2	3	4
11. Having strong negative feelings such as fear, horror, anger, guilt, or shame?	0	1	2	3	4
12. Loss of interest in activities that you used to enjoy?	0	1	2	3	4
13. Feeling distant or cut off from other people?	0	1	2	3	4
14. Trouble experiencing positive feelings (for example, being unable to feel happiness or have loving feelings for people close to you)?	0	1	2	3	4
15. Irritable behavior, angry outbursts, or acting aggressively?	0	1	2	3	4
16. Taking too many risks or doing things that could cause you harm?	0	1	2	3	4
17. Being "superalert" or watchful or on guard?	0	1	2	3	4
18. Feeling jumpy or easily startled?	0	1	2	3	4
19. Having difficulty concentrating?	0	1	2	3	4
20. Trouble falling or staying asleep?	0	1	2	3	4

### **Note d'information**

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'un travail de recherche universitaire, en vue de la réalisation d'une thèse en médecine générale, nous faisons sur 2 mois une étude de dépistage de l'État de Stress Post Traumatique chez les personnes en situation de migration. Le titre de la recherche est :

**DEPISTAGE D'UN ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE SELON  
LE QUESTIONNAIRE VALIDE PCL-5 : ETUDE DE PREVALENCE ET  
DES FACTEURS ASSOCIES DANS UNE POPULATION MIGRANTE  
FRANCOPHONE OU ANGLOPHONE, A LA PASS DE L'HOTEL DIEU**

Vous faites partie de ces personnes et nous souhaiterions vous poser quelques questions et vous soumettre un questionnaire de dépistage afin de recueillir des informations vous concernant et évaluer s'il existe chez vous un risque de psychotraumatisme.

Vous pouvez refuser de participer à l'étude.

L'État de Stress Post Traumatique est une réaction psychologique à type de trouble anxieux sévère, faisant suite à une expérience vécue comme traumatisante, durant laquelle l'intégrité physique ou psychologique de la personne ou de son entourage ont été menacées.

S'il s'avère que suite au questionnaire administré, on détecte chez vous un État de Stress Post Traumatique selon les critères du questionnaire, nous ferons le nécessaire pour prendre en charge votre maladie.

Les données que vous nous permettrez de recueillir serviront à évaluer la prévalence du risque de psychotraumatisme chez les personnes migrantes, ainsi que les facteurs qui peuvent lui être associé, cela permettra peut-être de faciliter le dépistage de cette maladie chez les personnes les plus à risque.

L'ensemble des données qui seront recueillies seront traitées anonymement et concernent :

- Vos réponses au questionnaire ;
- Votre âge ;
- Votre sexe ;
- L'existence d'antécédent familial ou personnel de pathologie psychiatrique ;
- Votre consommation d'alcool, de tabac, de drogues ;
- Votre origine géographique ;
- Votre parcours migratoire ;
- L'existence ou non d'une barrière de la langue importante ;
- L'existence ou non d'un isolement total ;
- La présence chez vous de symptôme physique douloureux ou autre chronique non expliqué.

Selon le chapitre II “Principes relatifs au traitement des données personnelles” du règlement général sur la protection des données (RGPD) au sein de l’Union Européenne, vous avez, à tout moment le droit d’accès, de rectification, d’effacement et d’opposition au traitement de vos données personnelles. Vous pouvez vous opposer à l’utilisation de tout ou une partie des données vous concernant.

Vous avez également droit de portabilité de vos données personnelles, c’est-à-dire à un accès informatisé aux données vous concernant. Le cas échéant vous pouvez demander ces données à l’adresse suivante :

traitement.donnees.passhd.ptsd@gmail.com

Les données vous concernant seront conservées 2 ans.

Vous pouvez exercer votre droit sur vos données personnelles en contactant le responsable de l’étude :

Joséphine PAUL-PETIT  
traitement.donnees.passhd.ptsd@gmail.com

Le service où a lieu l’étude :

PASS de l’Hôtel Dieu  
1 Parvis Notre-Dame - Pl. Jean-Paul II, 75004 Paris  
01 42 34 82 34

En cas de problème vous pouvez déposer une réclamation auprès de la *Commission Nationale de l’Informatique et des Libertés* (CNIL) en vous connectant sur internet à l’adresse suivante :

<https://www.cnil.fr/fr/webform/adresser-une-plainte>

Conformément aux articles L.1121-1 et suivant du Code de la Santé Publique, ce projet a été étudié par le *Comité de Protection des Personnes Sud-Est III* qui a émis un avis favorable à sa réalisation le 05/05/2020.

Merci d’avance,

Joséphine PAUL-PETIT

*Délégué à la Protection des Données :*

**Philippe Tourenne**

Direction du Système D’information

Référent protection des données Hôpitaux Necker – Cochin – Hôtel Dieu – Broca

01.58.41.12.87

### Information Notice

Dear Sir or Madam,

As a part of an academic research linked to a General Practitioner thesis, we are undergoing a 2-months survey concerning the detection of Post-Traumatic Stress Disorder amongst people who are experiencing migration.

The survey, which will ultimately be submitted in French, is entitled:

**DÉPISTAGE D'UN ÉTAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE SELON  
LE QUESTIONNAIRE VALIDÉ PCL-5 : ÉTUDE DE PRÉVALENCE ET  
DES FACTEURS ASSOCIÉS DANS UNE POPULATION MIGRANTE  
FRANCOPHONE OU ANGLOPHONE, À LA PASS DE L'HOTEL DIEU**

which could be translated in English as follows:

**SCREENING OF A POST TRAUMATIC STRESS DISORDER ACCORDING  
TO THE PCL-5 TEST: STUDY OF PREVALENCE AND ASSOCIATED  
FACTORS AMONGST FRENCH AND ENGLISH-SPEAKING MIGRANTS,  
AT THE HOTEL DIEU HOSPITAL**

You meet the inclusion criteria to this study so we would like to ask you a few questions and submit to you the relevant detection questionnaire in order to gather some information about you and evaluate to what extent you may present a risk of PTSD.

You can refuse to take part in the survey.

The Post Traumatic Stress Disorder is a psychological reaction with severe anxiety, which occurs when an event was experienced as traumatising and during which the physical and/or the psychological integrity of the person or his/her close ones have been at stake.

If it appears that according to the PCL-5 questionnaire you might suffer from a PTSD, we will do everything in our power to help take care of your condition.

The information you allow us to gather will help us evaluate the prevalence of the PTSD amongst migrant people, as well as the potential associated factors, which might help the diagnosis of this pathology in the most at-risk population.

All data will be processed anonymously. It relates to:

- Your answers to the test;
- Your age;
- Your gender;
- The existing of a personal or family psychiatric pathology;
- Your use of alcohol, tobacco or drugs;

- Your geographical origin;
- Your migration journey;
- Your will to seek asylum;
- The length of your stay in France;
- The presence of loved ones around you;
- The existence of chronic pain symptoms with no medical explanation to this date.

According to the Second Chapter of « Principes relatifs au traitement des données personnelles » of the general rule on data protection (RGPD) in the European Union, you have, at any time, a right to access, rectify, erase or oppose the processing of your personal data. You can oppose the use of all, or part of, the information about you.

You also have a portability right of your personal data, which means a digital access to this data. If need be, you can ask about this data to the following mail address:  
traitement.donnees.passhd.ptsd@gmail.com

Personal data will be kept for 2 years.

You can exercise your right concerning personal data by contacting the person in charge of the survey:

Joséphine PAUL-PETIT  
traitement.donnees.passhd.ptsd@gmail.com

Or the location where the survey takes place:

PASS de l'Hôtel Dieu  
1 Parvis Notre-Dame - Pl. Jean-Paul II, 75004 Paris  
+33 (0)1 42 34 82 34

In case of a problem, you can file a claim to the *Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés* (CNIL) by connecting to the following address:

<https://www.cnil.fr/fr/webform/adresser-une-plainte>

In accordance with the L.1121-1 CSP articles and following, this project was studied by the *Comité de Protection des Personnes Sud-Est III* who issued a favourable notice to its realization on the 05/05/2020.

Thank you in advance,

Joséphine PAUL-PETIT

*Délégué à la Protection des Données :*

**Philippe Tourenne**

Direction du Système D'information

Data protection referent in Hospitals Necker – Cochin – Hôtel Dieu – Broca

+33 (0)1 58 41 12 87

Annexe 9: Recherche de facteurs associées à la présence d'un ESPT, selon d'autres cut-off score du PCL-5 : 23 et 32.

❖ Analyses bivariées : recherche de facteurs associés à l'outcome score PCL-5 ≥ 23

Score PCL-5 ≥23 (0 pour non, 1 pour oui)	0 <i>N=39</i>	1 <i>N=39</i>	OR	p.overall
<b>Variabiles numériques [Wilcoxon]</b>				
score_pcl_5	14.0 [7.00;17.0]	33.0 [27.5;41.0]		<0.001
age	35.0 [27.0;40.5]	26.0 [22.5;32.0]	0.95 [0.90;0.99]	0.007
duree_de_sejour	21.0 [6.50;40.0]	15.0 [6.00;32.0]	0.99 [0.97;1.00]	0.519
duree_reponse	8.50 [7.31;10.1]	10.6 [8.86;12.9]	1.27 [1.06;1.52]	0.004
<b>Variabiles qualitatives [Fisher]</b>				
langue:				0.376
A	5 (12.8%)	9 (23.1%)	Ref.	
F	34 (87.2%)	30 (76.9%)	0.50 [0.14;1.65]	
espt_sous_groupes:				<0.001
non	39 (100%)	12 (30.8%)	Ref.	
oui	0 (0.00%)	27 (69.2%)	. [.;.]	
sexe:				0.813
F	15 (38.5%)	13 (33.3%)	Ref.	
M	24 (61.5%)	26 (66.7%)	1.24 [0.49;3.21]	
parcours_migratoire:				0.490
avion	18 (46.2%)	14 (35.9%)	Ref.	
bateau	21 (53.8%)	25 (64.1%)	1.52 [0.61;3.85]	
migration_seul_vs_en_famille:				0.154
famille	2 (5.13%)	7 (17.9%)	Ref.	
seul	37 (94.9%)	32 (82.1%)	0.26 [0.03;1.22]	
famille_en_france:				0.619
non	26 (66.7%)	29 (74.4%)	Ref.	
oui	13 (33.3%)	10 (25.6%)	0.69 [0.25;1.86]	
amis:				0.598
non	8 (20.5%)	11 (28.2%)	Ref.	
oui	31 (79.5%)	28 (71.8%)	0.66 [0.22;1.90]	
demande_dasile:				0.023
non	23 (59.0%)	12 (30.8%)	Ref.	
oui	16 (41.0%)	27 (69.2%)	3.17 [1.26;8.34]	
alcool:				1.000
non	24 (61.5%)	25 (64.1%)	Ref.	
oui	15 (38.5%)	14 (35.9%)	0.90 [0.35;2.28]	
tabac:				0.117
non	36 (92.3%)	30 (76.9%)	Ref.	
oui	3 (7.69%)	9 (23.1%)	3.44 [0.91;17.5]	
drogues:				1.000
non	37 (94.9%)	37 (94.9%)	Ref.	

Score PCL-5 $\geq 23$ (0 pour non, 1 pour oui)	0 <i>N=39</i>	1 <i>N=39</i>	OR	p.overall
oui	2 (5.13%)	2 (5.13%)	1.00 [0.10;10.0]	
atcd_psy:				1.000
non	34 (87.2%)	34 (87.2%)	Ref.	
oui	5 (12.8%)	5 (12.8%)	1.00 [0.25;4.04]	
cephalees_chroniques:				0.001
non	29 (74.4%)	13 (33.3%)	Ref.	
oui	10 (25.6%)	26 (66.7%)	5.61 [2.15;15.7]	
douleur_abdominale_chronique:				0.013
non	33 (84.6%)	22 (56.4%)	Ref.	
oui	6 (15.4%)	17 (43.6%)	4.11 [1.45;13.2]	
douleur_thoracique_chronique:				0.015
non	32 (82.1%)	21 (53.8%)	Ref.	
oui	7 (17.9%)	18 (46.2%)	3.81 [1.39;11.5]	
vertiges_malaises:				0.012
non	36 (92.3%)	26 (66.7%)	Ref.	
oui	3 (7.69%)	13 (33.3%)	5.67 [1.61;28.0]	
palpitation:				<0.001
non	30 (76.9%)	6 (15.4%)	Ref.	
oui	9 (23.1%)	33 (84.6%)	17.1 [5.76;59.4]	
troubles_du_sommeil:				<0.001
non	28 (71.8%)	5 (12.8%)	Ref.	
oui	11 (28.2%)	34 (87.2%)	16.2 [5.35;58.7]	
afrique_centrale:				0.140
non	35 (89.7%)	29 (74.4%)	Ref.	
oui	4 (10.3%)	10 (25.6%)	2.92 [0.86;12.0]	
lombalgie_chronique:				1.000
non	30 (76.9%)	30 (76.9%)	Ref.	
oui	9 (23.1%)	9 (23.1%)	1.00 [0.34;2.95]	
outcome:				<0.001
0	39 (100%)	0 (0.00%)	Ref.	
1	0 (0.00%)	39 (100%)	. [.;.]	
age_disc:				0.006
50 et plus	6 (15.4%)	2 (5.13%)	Ref.	
30-45	18 (46.2%)	8 (20.5%)	1.28 [0.22;11.3]	
0-30	15 (38.5%)	29 (74.4%)	5.37 [1.05;44.5]	
groupe_pays:				0.081
afrique centrale	4 (10.3%)	10 (25.6%)	Ref.	
afrique nord	5 (12.8%)	1 (2.56%)	0.10 [0.00;0.91]	
afrique ouest	28 (71.8%)	23 (59.0%)	0.34 [0.08;1.19]	
autre	2 (5.13%)	5 (12.8%)	0.98 [0.13;10.1]	
duree_sejour_disc:				0.793
30 et plus	14 (35.9%)	12 (30.8%)	Ref.	

Score PCL-5 $\geq 23$ (0 pour non, 1 pour oui)	0 <i>N=39</i>	1 <i>N=39</i>	OR	p.overall
15-30	8 (20.5%)	7 (17.9%)	1.02 [0.27;3.77]	
0-15	17 (43.6%)	20 (51.3%)	1.36 [0.49;3.82]	

❖ Analyses bivariées : recherche de facteurs associés à l'outcome score PCL-5 ≥ 32

Score PCL-5 >=32 (0 pour non, 1 pour oui)	0 <i>N=53</i>	1 <i>N=25</i>	OR	p.overall
<b>Variabiles numériques [Wilcoxon]</b>				
score_pcl_5	16.0 [11.0;23.0]	38.0 [34.0;43.0]		<0.001
age	30.0 [23.0;39.0]	27.0 [24.0;35.0]	0.98 [0.94;1.03]	0.450
duree_de_sejour	21.0 [7.00;38.0]	9.00 [6.00;31.0]	0.99 [0.96;1.01]	0.265
duree_reponse	9.00 [7.50;11.5]	10.6 [8.88;12.9]	1.14 [0.97;1.34]	0.040
<b>Variabiles qualitatives [Fisher]</b>				
langue:				1.000
A	10 (18.9%)	4 (16.0%)	Ref.	
F	43 (81.1%)	21 (84.0%)	1.20 [0.35;4.95]	
espt_sous_groupes:				<0.001
non	49 (92.5%)	2 (8.00%)	Ref.	
oui	4 (7.55%)	23 (92.0%)	115 [24.1;1002]	
sexe:				0.456
F	21 (39.6%)	7 (28.0%)	Ref.	
M	32 (60.4%)	18 (72.0%)	1.66 [0.60;4.98]	
parcours_migratoire:				0.386
avion	24 (45.3%)	8 (32.0%)	Ref.	
bateau	29 (54.7%)	17 (68.0%)	1.73 [0.64;4.97]	
migration_seul_vs_en_famille:				1.000
famille	6 (11.3%)	3 (12.0%)	Ref.	
seul	47 (88.7%)	22 (88.0%)	0.92 [0.21;4.96]	
famille_en_france:				0.319
non	35 (66.0%)	20 (80.0%)	Ref.	
oui	18 (34.0%)	5 (20.0%)	0.50 [0.14;1.49]	
amis:				0.425
non	11 (20.8%)	8 (32.0%)	Ref.	
oui	42 (79.2%)	17 (68.0%)	0.56 [0.19;1.70]	
demande_dasile:				0.021
non	29 (54.7%)	6 (24.0%)	Ref.	
oui	24 (45.3%)	19 (76.0%)	3.71 [1.32;11.8]	
alcool:				0.545
non	35 (66.0%)	14 (56.0%)	Ref.	
oui	18 (34.0%)	11 (44.0%)	1.52 [0.56;4.08]	
tabac:				1.000
non	45 (84.9%)	21 (84.0%)	Ref.	
oui	8 (15.1%)	4 (16.0%)	1.09 [0.26;3.97]	
drogues:				1.000
non	50 (94.3%)	24 (96.0%)	Ref.	
oui	3 (5.66%)	1 (4.00%)	0.76 [0.03;6.89]	
atcd_psy:				0.276
non	48 (90.6%)	20 (80.0%)	Ref.	

Score PCL-5 $\geq 32$ (0 pour non, 1 pour oui)	0 <i>N=53</i>	1 <i>N=25</i>	OR	p.overall
oui	5 (9.43%)	5 (20.0%)	2.37 [0.58;9.74]	
cephalees_chroniques:				0.149
non	32 (60.4%)	10 (40.0%)	Ref.	
oui	21 (39.6%)	15 (60.0%)	2.25 [0.85;6.17]	
douleur_abdominale_chronique:				0.028
non	42 (79.2%)	13 (52.0%)	Ref.	
oui	11 (20.8%)	12 (48.0%)	3.45 [1.23;9.98]	
douleur_thoracique_chronique:				0.439
non	38 (71.7%)	15 (60.0%)	Ref.	
oui	15 (28.3%)	10 (40.0%)	1.68 [0.60;4.62]	
vertiges_malaises:				0.043
non	46 (86.8%)	16 (64.0%)	Ref.	
oui	7 (13.2%)	9 (36.0%)	3.61 [1.14;11.9]	
palpitation:				<0.001
non	33 (62.3%)	3 (12.0%)	Ref.	
oui	20 (37.7%)	22 (88.0%)	11.3 [3.34;54.6]	
troubles_du_sommeil:				<0.001
non	32 (60.4%)	1 (4.00%)	Ref.	
oui	21 (39.6%)	24 (96.0%)	31.2 [5.86;781]	
afrique_centrale:				0.358
non	45 (84.9%)	19 (76.0%)	Ref.	
oui	8 (15.1%)	6 (24.0%)	1.77 [0.51;5.92]	
lombalgie_chronique:				1.000
non	41 (77.4%)	19 (76.0%)	Ref.	
oui	12 (22.6%)	6 (24.0%)	1.09 [0.33;3.31]	
outcome:				<0.001
0	53 (100%)	0 (0.00%)	Ref.	
1	0 (0.00%)	25 (100%)	. [.;.]	
age_disc:				0.351
50 et plus	6 (11.3%)	2 (8.00%)	Ref.	
30-45	20 (37.7%)	6 (24.0%)	0.88 [0.14;7.97]	
0-30	27 (50.9%)	17 (68.0%)	1.79 [0.35;14.8]	
groupe_pays:				0.720
afrique centrale	8 (15.1%)	6 (24.0%)	Ref.	
afrique nord	5 (9.43%)	1 (4.00%)	0.31 [0.01;2.78]	
afrique ouest	35 (66.0%)	16 (64.0%)	0.61 [0.18;2.19]	
autre	5 (9.43%)	2 (8.00%)	0.56 [0.06;3.93]	
duree_sejour_disc:				0.626
30 et plus	19 (35.8%)	7 (28.0%)	Ref.	
15-30	11 (20.8%)	4 (16.0%)	1.00 [0.21;4.24]	
0-15	23 (43.4%)	14 (56.0%)	1.63 [0.55;5.15]	

## Bibliographie

---

1. Llorca PM. Psychose : l'importance du facteur migratoire. *L'Encéphale*. 1 déc 2018;44(6, Supplément):S44-6.
2. Safon M-O. La santé des migrants - Bibliographie Thématique. 2018;298.
3. Ministère de l'intérieur. Les principales données de l'immigration en France. 2020.
4. Ministère de l'intérieur. L'essentiel de l'immigration - Chiffres clefs. Département des Statistiques, des Etudes et de la documentation; 2020 juin p. 8. Report No.: n°2020-48.
5. Ministère de l'intérieur. Publication des statistiques annuelles en matière d'immigration, d'asile et d'acquisition de la nationalité française. 2021.
6. Origine géographique des immigrés et des étrangers arrivés en France | Insee [Internet]. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: [https://www.insee.fr/fr/statistiques/2861345#tableau-figure1\\_radio1](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2861345#tableau-figure1_radio1)
7. Mounaouar L. Les réfugiés : des origines très diverses, des difficultés en français. 1978;4.
8. Baudet T, Saglio-Yatzimirsky M-C. [Migrants' mental health:invisible wounds]. *Rev Prat*. juin 2019;69(6):672-5.
9. Gosselin A, Loû AD du, Lelièvre É, Dray-Spira R, Lydié N. How long do sub-Saharan migrants take to settle in France. *Popul Soc*. 2016;No 533(5):1-4.
10. Beauchemin C, Hamel C. Grandes enquêtes: Trajectoires et Origines. :40.
11. Veisse A, Wolmark L, Revault P. Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner. *Bull Epidémiologique Hebd*. 17 janv 2012;
12. Vignier N, Chauvin P, Dray-Spira R. Un système de protection sociale universaliste, mais des barrières à l'accès aux soins encore trop nombreuses [Internet]. *Parcours. La Découverte*; 2017 [cité 2 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/parcours-de-vie-et-sante-des-africains-immigres--9782707196453-page-113.htm>
13. André J-M, Azzedine F. Access to healthcare for undocumented migrants in France: a critical examination of State Medical Assistance. *Public Health Rev*. 3 août 2016;37(1):5.
14. Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. *J Pédiatrie Puériculture*. avr 2012;25(2):120-5.
15. Boisguérin H. Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. :8.
16. Vignier N. Profils de santé des migrants en France. *Rev Prat*. mai 2019;69:555-66.
17. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.
18. Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n° 736 du 17 décembre 1998, relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au

- service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies. - APHP DAJDP [Internet]. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhaf1dgssp2dasrv3-n-736-du-17-decembre-1998-relative-a-la-mission-de-lutte-contre-lexclusion-sociale-des-etablissement-de-sante-participant-au-service-public-hospitalie/>
19. Chapitre IV : Planification régionale de la politique de santé (Articles L1434-1 à L1434-17) - Légifrance [Internet]. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000020891617/2016-01-27/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000020891617/2016-01-27/)
  20. Chapitre II : Missions de service public des établissements de santé (Articles L6112-1 à L6112-9) - Légifrance [Internet]. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000020886450/2009-07-23/>
  21. Pfister V, Guiboux L, Naitali J. Les permanences d'accès aux soins de santé : permettre aux personnes vulnérables de se soigner. *Inf Soc.* 4 juill 2014;n° 182(2):100-7.
  22. Hamel C. Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et origines, 2008. :4.
  23. Bousmah M-Q, Combes J-BS, Abu-Zaineh M. Health differentials between citizens and immigrants in Europe: A heterogeneous convergence. *Health Policy.* 1 févr 2019;123(2):235-43.
  24. Khlaf M. Santé et recours aux soins des migrants en France.pdf. 17 janv 2012;
  25. Lot F, Aïna E. Numéro thématique - Santé et recours aux soins des migrants en France. *Bull Épidémiologique Hebd.* 17 janv 2012;
  26. Tapié de Céleyran F. Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016 / nationwide survey on the characteristics of migrants attending the health service access points in France in 2016. 3 juin 2017;10.
  27. Santé Publique France. Découvertes de séropositivité VIH et diagnostics de Sida - France, 2018. 2019.
  28. Guthmann J-P. La tuberculose en France : une maladie des populations les plus vulnérables / Tuberculosis in France: a disease targeting the most vulnerable populations. 7 avr 2020;39.
  29. Etat socio-sanitaire des personnes âgées immigrées : Bib-Bop EL MOUBARAKI Mohamed, RIARD Emile-Henri, ATTIAS-DONFUT Claudine (et al.) [Internet]. [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: [https://www.bib-bop.org/base\\_bib/bib\\_detail.php?ref=18267&titre=etat-socio-sanitaire-des-personnes-agees-immigrees](https://www.bib-bop.org/base_bib/bib_detail.php?ref=18267&titre=etat-socio-sanitaire-des-personnes-agees-immigrees)
  30. Combes SJ-B, Simonnot N, Azzedine F, Aznague A, Chauvin P. Self-Perceived Health among Migrants Seen in Médecins du Monde Free Clinics in Europe: Impact of Length of Stay and Wealth of Country of Origin on Migrants' Health. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. déc 2019 [cité 3 mars 2021];16(24). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6950051/>

31. Berchet C, Jusot F. L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France. *Rev Econ.* 1 déc 2010;Vol. 61(6):1075-98.
32. Guardia D, Salleron J, Roelandt J-L, Vaiva G. Prévalence des troubles psychiatriques et addictologiques auprès de trois générations successives de migrants : résultats d'une étude menée en population générale. *L'Encéphale.* 1 oct 2017;43(5):435-43.
33. Giacco D, Laxhman N, Priebe S. Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. *Semin Cell Dev Biol.* 1 mai 2018;77:144-52.
34. Bellamy R, t C. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. 2004;12.
35. Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Gray KM, Fitzgerald G, et al. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 21 sept 2020;17(9):e1003337.
36. Biehn TL. Examining the underlying dimensions of posttraumatic stress disorder and major depressive disorder using the proposed dsm-5 diagnostic criteria. ProQuest Information & Learning; 2016.
37. Franklin CL, Raines AM. The overlap between OCD and PTSD: Examining self-reported symptom differentiation. *Psychiatry Res.* oct 2019;280.
38. Von Overbeck Ottino S. Résonances post-traumatiques chez les réfugiés - entre corps, psychisme et culture.pdf. 2016;
39. Chidiac N, Crocq L. Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 mai 2010;168(4):311-9.
40. Grinker, R. R. and Spiegel, J. P. Men under stress. Philadelphia: Blakiston. 1945, pp. 484. \$5.00. *J Clin Psychol.* 1946;2(3):304-5.
41. LEFEBVRE P. L'individualisation par Targowla du syndrome d'hypermnésie émotionnelle paroxystique tardive chez les déportés. *Hist Sci Médicales.* 1985;19(4):363-6.
42. American Psychiatric Association. DSM-5: Critères diagnostiques pour le Trouble de stress post-traumatique [Internet]. 2015 [cité 9 avr 2019]. Disponible sur: [https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/DSM\\_5\\_Trouble\\_stress\\_post-traumatiques.pdf?PHPSESSID=cvbbtkvbf6r6lgobt846mfli0i6](https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/DSM_5_Trouble_stress_post-traumatiques.pdf?PHPSESSID=cvbbtkvbf6r6lgobt846mfli0i6)
43. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1 déc 1995;52(12):1048-60.
44. Charles R. Marmar et al. Artificial intelligence can diagnose PTSD by analyzing voices. *Depression and Anxiety.* 2019;
45. Auxéméry Y. L'état de stress post-traumatique en construction et en déconstruction. *Inf Psychiatr.* 7 nov 2013;Volume 89(8):641-9.
46. Auxéméry Y. L'état de stress post-traumatique comme conséquence de l'interaction entre une susceptibilité génétique individuelle, un évènement traumatogène et un contexte social. *L'Encéphale.* oct 2012;38(5):373-80.

47. Chidiac N, Crocq L. Le Psychotrauma (III) – Névrose traumatique et état de stress posttraumatique. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 juin 2011;169(5):327-31.
48. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes cim-10 fr á usage pmsi. *Bulletin officiel n°2015/9bis;* 2015.
49. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.* 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
50. Stein MB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR. Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *Am J Psychiatry.* août 1997;154(8):1114-9.
51. Mol SSL, Arntz A, Metsemakers JFM, Dinant G-J, Montfort PAPV, Knottnerus JA. Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: evidence from an open population study. *Br J Psychiatry.* juin 2005;186(6):494-9.
52. Davidson JRT, Foa EB. Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: Considerations for the DSM-IV. *J Abnorm Psychol.* août 1991;100(3):346-55.
53. Dohrenwend BP. The stressor criterion A in posttraumatic stress disorder: issues, evidence, and implications. In: Schneier F, Simpson HB, Lewis-Fernández R, Neria Y, éditeurs. *Anxiety Disorders: Theory, Research and Clinical Perspectives [Internet].* Cambridge: Cambridge University Press; 2010 [cité 21 juill 2021]. p. 216-26. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/books/anxiety-disorders/stressor-criterion-a-in-posttraumatic-stress-disorder-issues-evidence-and-implications/9C0F13C16E5925100337058697D0FCC1>
54. Roberts A, Dohrenwend B, Aiello A, Wright R, Maercker A, Galea S, et al. The Stressor Criterion for Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry.* 1 févr 2012;73:e264-70.
55. Laurel Franklin C, Raines AM, Hurlocker MC. No Trauma, no Problem: Symptoms of Posttraumatic Stress in the Absence of a Criterion A Stressor. *J Psychopathol Behav Assess.* 1 mars 2019;41(1):107-11.
56. Song H, Fang F, Arnberg FK, Mataix-Cols D, Fernández de la Cruz L, Almqvist C, et al. Stress related disorders and risk of cardiovascular disease: population based, sibling controlled cohort study. *BMJ.* 10 avr 2019;365:l1255.
57. van den Berk-Clark C, Secret S, Walls J, Hallberg E, Lustman PJ, Schneider FD, et al. Association between Posttraumatic Stress Disorder and lack of exercise, poor diet, obesity and co-occurring smoking: A Systematic Review and Meta-analysis. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* mai 2018;37(5):407-16.
58. Gupta MA. Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *Int Rev Psychiatry.* 1 févr 2013;25(1):86-99.
59. Mascarel P, Poirot I, Lardinois M, Debien C, Vaiva G. Les troubles du sommeil et leur traitement dans le trouble stress post-traumatique. *Presse Médicale.* 1 oct 2019;48(10):1051-8.
60. Fishbain DA, Pulikal A, Lewis JE, Gao J. Chronic Pain Types Differ in Their Reported Prevalence of Post -Traumatic Stress Disorder (PTSD) and There Is Consistent Evidence That Chronic Pain Is Associated with PTSD: An Evidence-Based Structured

- Systematic Review. *Pain Med.* 1 avr 2017;18(4):711-35.
61. Kind S, Otis JD. The Interaction Between Chronic Pain and PTSD. *Curr Pain Headache Rep.* déc 2019;23(12):91.
  62. Manhapra A, Stefanovics EA, Rhee TG, Rosenheck RA. Association of symptom severity, pain and other behavioral and medical comorbidities with diverse measures of functioning among adults with post-traumatic stress disorder. *J Psychiatr Res.* 1 févr 2021;134:113-20.
  63. Benedict TM, Keenan PG, Nitz AJ, Moeller-Bertram T. Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms Contribute to Worse Pain and Health Outcomes in Veterans With PTSD Compared to Those Without: A Systematic Review With Meta-Analysis. *Mil Med.* 18 sept 2020;185(9-10):e1481-91.
  64. Defrance J, Foucher S, Ramdani E, Guilloton L, Lefort H. État de stress post-traumatique et douleurs psychogènes. *Soins.* 1 déc 2019;64:9-11.
  65. Mouanga AM, Menick DM, Moukouta CS, Dzalamou M, Milandou R, Ossou-Nguet PM, et al. Corps, souffrance et relation à l'autre dans la culture africaine : l'exemple de la République du Congo. *Inf Psychiatr.* 14 févr 2018;Volume 94(1):33-40.
  66. Weiss DS. Impact of Events Scale - Revised (IES-R): (567532010-001) [Internet]. American Psychological Association; [cité 3 juin 2021]. Disponible sur: [http://www.crossref.org/deleted\\_DOI.html](http://www.crossref.org/deleted_DOI.html)
  67. Connor KM, Davidson JRT. SPRINT: a brief global assessment of post-traumatic stress disorder: *Int Clin Psychopharmacol.* sept 2001;16(5):279-84.
  68. Hergueta T, Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E. Mini International Neuropsychiatric Interview French current DSM-IV. 2015 août.
  69. Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan KH, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry.* ed 1997;12(5):224-31.
  70. Weathers FW, Bovin MJ, Lee DJ, Sloan DM, Schnurr PP, Kaloupek DG, et al. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and Initial Psychometric Evaluation in Military Veterans. *Psychol Assess.* mars 2018;30(3):383-95.
  71. Weathers, F.W, Blake. Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5) Past Month/Worst Month version. National center for PTSD; 2018.
  72. Weathers, F.W, Blake. Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5) Past Month version. National center for PTSD; 2018.
  73. Weathers, F.W, Blake. Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5) Past Week version. National center for PTSD; 2018.
  74. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5). 2015;3.
  75. Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ, Marx BP, Kimerling R, Jenkins-Guarnieri MA, et al. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. *J Gen Intern Med.* oct 2016;31(10):1206-11.

76. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *J Trauma Stress*. déc 2015;28(6):489-98.
77. Using the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). :5.
78. Ashbaugh AR, Houle-Johnson S, Herbert C, El-Hage W, Brunet A. Psychometric Validation of the English and French Versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLoS ONE* [Internet]. 10 oct 2016 [cité 15 avr 2019];11(10). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5056703/>
79. Motreff Y. Enquête de santé publique post-attentats du 13 novembre 2015 (espa 13-novembre): premiers résultats concernant les intervenants / public health survey (espa 13 november) following the 13 november 2015 terrorist attacks: preliminary results on first responders. 2015;9.
80. Rasmussen A, Verkuilen J, Ho E, Fan Y. Posttraumatic stress disorder among refugees: Measurement invariance of Harvard Trauma Questionnaire scores across global regions and response patterns. *Psychol Assess*. déc 2015;27(4):1160-70.
81. Ibrahim H, Ertl V, Catani C, Ismail AA, Neuner F. The validity of Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) as screening instrument with Kurdish and Arab displaced populations living in the Kurdistan region of Iraq. *BMC Psychiatry* [Internet]. 16 août 2018 [cité 16 août 2020];18. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6097219/>
82. Sveen J, Bondjers K, Willebrand M. Psychometric properties of the PTSD Checklist for DSM-5: a pilot study. *Eur J Psychotraumatology* [Internet]. 19 avr 2016 [cité 19 août 2020];7. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4838990/>
83. NICE Guideline. Post-traumatic stress disorder. *Natl Inst Health Care Excell*. 5 déc 2018;49.
84. Bisson JI, Berliner L, Cloitre M, Forbes D, Jensen TK, Lewis C, et al. The International Society for Traumatic Stress Studies New Guidelines for the Prevention and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Methodology and Development Process. *J Trauma Stress*. 2019;32(4):475-83.
85. Hamblen JL, Norman SB, Sonis JH, Phelps AJ, Bisson JI, Nunes VD, et al. A guide to guidelines for the treatment of posttraumatic stress disorder in adults: An update. *Psychotherapy*. sept 2019;56(3):359-73.
86. Bisson JI, Baker A, Dekker W, Hoskins MD. Evidence-based prescribing for post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry*. mars 2020;216(3):125-6.
87. Zhang Y, Ren R, Sanford LD, Yang L, Ni Y, Zhou J, et al. The effects of prazosin on sleep disturbances in post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med*. mars 2020;67:225-31.
88. Kaczurkin AN, Foa EB. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues Clin Neurosci*. sept 2015;17(3):337-46.
89. Les Thérapies Comportementales et Cognitives | AFTCC [Internet]. [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.aftcc.org/les-therapies-comportementales-et-cognitives>

90. El-Hage W. Prise en charge des troubles post-traumatiques. *Rhizome*. 2018;N° 69-70(3):10-1.
91. Mørkved N, Hartmann K, Aarsheim LM, Holen D, Milde AM, Bomyea J, et al. A comparison of Narrative Exposure Therapy and Prolonged Exposure therapy for PTSD. *Clin Psychol Rev*. août 2014;34(6):453-67.
92. Schauer M. Narrative Exposure Therapy. In: *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. 2015. p. 198-203.
93. Zarbo C, Tasca GA, Cattafi F, Compare A. Integrative Psychotherapy Works. *Front Psychol*. 11 janv 2016;6:2021.
94. Qu'est-ce que la thérapie EMDR ? [Internet]. EMDR France. [cité 6 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.emdr-france.org/web/quest-therapie-emdr/>
95. Richardson PJD, Stein MB. L'état de stress post-traumatique : orientation du traitement sur la base d'une évaluation minutieuse des troubles physiques et mentaux comorbides. 2010;6.
96. Trinh-Duc A, de la Blanchardière A, Porcher R, Agard C, Rouillard B, Schlienger I, et al. Mise en place d'un système de recueil et d'évaluation de l'activité médicosociale des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). *Rev Médecine Interne*. 1 janv 2005;26(1):13-9.
97. Lot F, Quelet S. La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique. *Bull Epidémiologique Hebd* [Internet]. sept 2017 [cité 24 sept 2019]; Disponible sur: <http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/index.html>
98. Vaiva G, Jehel L. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *Encéphale Paris* 2008. févr 2007;
99. Benjet C, Bromet E, Karam EG, Kessler RC, McLaughlin KA, Ruscio AM, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychol Med*. janv 2016;46(2):327-43.
100. Kilpatrick DG, Resnick HS, Milanak ME, Miller MW, Keyes KM, Friedman MJ. National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using DSM-IV and DSM-5 Criteria. *J Trauma Stress*. oct 2013;26(5):537-47.
101. Veisse A, Wolmark L. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. *Bull Epidémiologique Hebd*. 28 févr 2017;
102. Bustamante LHU, Cerqueira RO, Leclerc E, Brietzke E. Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review. *Braz J Psychiatry*. 19 oct 2017;40(2):220-5.
103. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Payot. 1988.
104. Huaume H. Profil de santé des migrants en situation de précarité en France: une étude comparative des migrants accueillis dans les centres de médecins du monde et des patients de médecine générale de ville, 2011-2012. 15 févr 2017;7.
105. Guillou AY. Patients immigrés dans la région rennaise le regard des médecins généralistes. :49.
106. Lejoyeux M. Les psychothérapies en médecine générale. *Rev Prat - Médecine*

Générale. 26 sept 2006;(742/753):941-50.

107. Catu-Pinault A, Velluet L. À propos de l'anxiété et de la dépression en médecine générale. :6.
108. Gerbes A, Leroy H, Leferrand P, Michel D, Jarno P, Chaplain J-M. Mieux repérer la souffrance psychique des patients migrants primo-arrivants en consultation de médecine générale et limiter les ruptures de suivis psychiatriques. Inf Psychiatr. 15 avr 2015;Volume 91(3):243-54.

**TITLE :**

**Screening of Post-Traumatic Stress Disorder with the validated PCL-5 questionnaire, in a French-speaking or English-speaking migrant population, at the Hôtel-Dieu « Permanence d'Accès aux Soins de Santé »**

**ABSTRACT :**

**Introduction:** Psychotrauma is inconsistently taken into account in the state of health of migrant populations. Our objective was to study the prevalence of Post Traumatic Stress Disorder amongst migrants at the Hôtel-Dieu PASS.

**Material and Methods:** We screened for PTSD via the PCL-5 questionnaire, for French-speaking or English-speaking migrant patients consulting at the Hôtel-Dieu PASS between June 6 and July 29, 2020. The primary outcome was the prevalence of PTSD in this population. The secondary outcome focused on the association between the presence of PTSD and personal characteristics collected during a complementary interview.

**Results:** 205 patients who consulted PASS during this period were eligible (inclusion criteria), of which 85 were included and 78 analyzed. The prevalence of PTSD in these patients ranged, according to the PCL-5 interpretation, from 25.9% to 45.9%, with a prevalence of 30,6% for the cut-off of 31/80 (primary outcome). The statistically significant factors associated with PTSD were: being an asylum seeker (OR = 3.79; p = 0.027), the presence of chronic abdominal pain (OR = 3.59; p = 0.027), the presence of palpitations (OR = 14.1; p < 0.001), the presence of dizziness or faintness (OR = 4.70; p = 0.011).

**Conclusion:** Despite many limitations, this study highlights the high prevalence of PTSD in the studied population. The existence of atypical associated symptoms reflects the overall impact that PTSD has on these patients, and underlines the difficulty of appropriate management, as well as the special attention they should receive in general medicine.

**KEYWORDS:**

stress disorders, post-traumatic ; transients and migrants ; psychophysiologic disorders ; refugees.

**Université de Paris  
UFR de Médecine de Paris Centre  
15, rue de l'École de Médecine  
75270 Paris cedex 06**

**TITRE :**

**Dépistage d'un État de Stress Post-Traumatique selon le questionnaire validé PCL-5, dans une population migrante francophone ou anglophone, à la Permanence d'accès aux Soins de Santé de l'Hôtel-Dieu**

**RESUME :**

**Introduction :** Le psychotraumatisme est inconstamment pris en compte dans l'état de santé des populations migrantes. Notre objectif était d'étudier la prévalence de l'État de Stress Post Traumatique chez les migrants à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé de l'Hôtel-Dieu.

**Matériel et Méthodes :** Nous avons réalisé un dépistage de l'ESPT via le questionnaire PCL-5, pour les patients migrants francophones ou anglophones consultant à la PASS de l'Hôtel-Dieu entre le 6 juin et le 29 juillet 2020. L'objectif principal était le calcul de la prévalence de l'ESPT dans cette population. L'objectif secondaire portait sur l'association entre la présence d'ESPT et des caractéristiques personnelles recueillies lors d'un entretien complémentaire.

**Résultats :** 205 patients ayant consulté à la PASS durant cette période étaient éligibles (critères d'inclusion), sur lesquels 85 ont été inclus et 78 analysés. La prévalence de l'ESPT chez ces patients allait, selon l'interprétation du PCL-5, de 25,9% à 45,9%, avec une prévalence de 30,6% pour le cut-off de 31/80 (critère principal). Les facteurs associés à l'ESPT de façon statistiquement significative étaient : le fait d'être demandeur d'asile (OR = 3,79 ; p = 0,027), la présence d'une douleur abdominale chronique (OR = 3,59 ; p = 0,027), de palpitations (OR = 14,1 ; p < 0,001), de sensations de vertiges ou malaises (OR = 4,70 ; p = 0,011).

**Conclusion :** Malgré de nombreuses limites, cette étude met en évidence la forte prévalence de l'ESPT au sein de la population étudiée. L'existence de symptômes associés atypiques traduit le retentissement global qu'a l'ESPT sur ces patients, et souligne la difficulté à une prise en charge appropriée, ainsi que l'attention particulière dont ils doivent bénéficier en médecine générale.

**MOTS CLES :**

troubles de stress post-traumatique ; population de passage et migrants ; troubles psychophysiologiques ; réfugiés.

**Université de Paris  
UFR de Médecine de Paris Centre  
15, rue de l'École de Médecine  
75270 Paris cedex 06**