° EXILET PSYCHOTRAUMATISME

Plan d'intervention

Matin
Le Centre Minkowska
Les trajectoires d'exil
Définitions du
psychotraumatisme.
Exil et acculturation

Après midi
La compétence culturelle
Les stratégies identitaires
Particularités des
traitements. (individuels, collectifs, sociétaux...)

Histoire du centre Minkowska

Françoise et Eugène Minkowski (1885-1972)

Place de la phénoménologie et œuvre d'E. Minkowski.

Aujourd'hui: Centre Médico Psychologique non sectorisé qui reçoit des patients migrants et réfugiés issus de toutes les migrations internationales depuis plus de 50 ans, dans le cadre du droit commun et avec l'approche de l'Anthropologie Médicale Clinique (Psychiatrie transculturelle centrée sur la personne).

Établissement certifié par la Haute Autorité en Santé (HAS).

File active environ 1500 à 1800 patients par an.

FLUX MIGRATOIRES
INTERNATIONAUX:
Quelques chiffres.

0

On parle de flux migratoires un peu comme un fleuve qui temporairement sortirait de son lit. Or l'Europe s'est construite sur les flux migratoires.

244 millions de migrants internationaux dans le monde (ONU (2016)

Les populations migrantes représentent environ 3,5% de la population mondiale. (20,7 millions, c'est le nombre d'étrangers vivant dans l'Union européenne, selon les statistiques données par EUROSTAT en mars 2017, soit 4,1% de la population.)

Dans ce contexte de mondialisation incontournable, les professionnels du soin, du social, de l'éducation et de la justice se trouvent de plus en plus confrontés aux problématiques linguistiques et culturelles des populations qu'ils rencontrent.

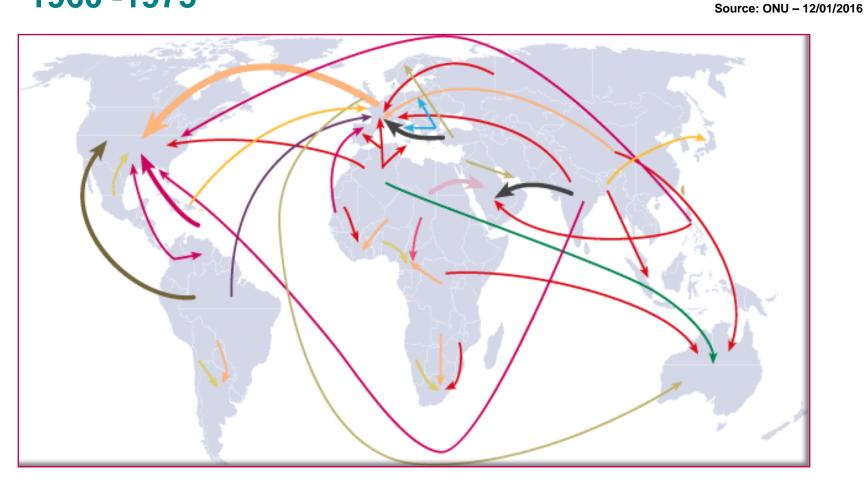
Cette diversité peut être source d'incompréhensions, de décalages, de malentendus et complexifier les prises en charge.

Un contexte actuel globalisé d'interconnections des cultures et des croyances.

Association Françoise MINKOWSKI Ligratoires internationaux

1960 - 1975

Centre médico-psychologique

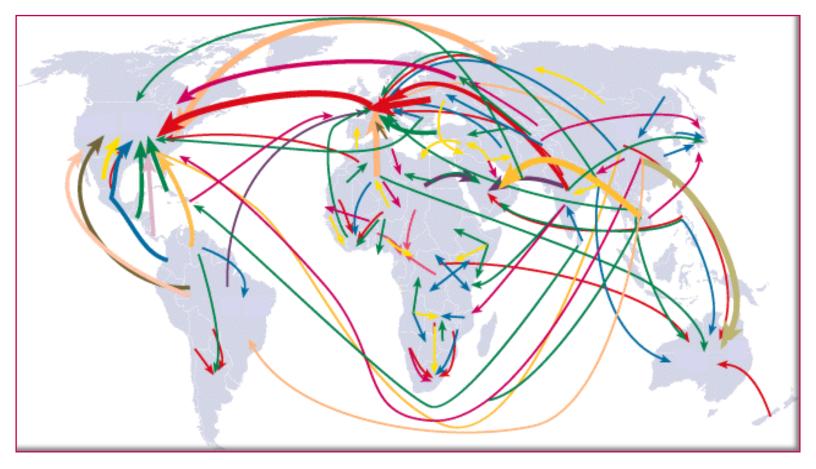




FLUX MIGRATOIRES INTERNATIONAUX

Aujourd'hui

Source: ONU - 12/01/2016



+

0

UNE VAGUE DE MIGRATIONS.

L'Europe a connu en 2015 l'afflux le plus important de migrants depuis la seconde guerre mondiale: 4,7 millions de migrants dont 2,7 millions venant de pays hors de l'Union Européenne. (511,8 millions d'habitants en Europe par Eurostat.)

44 °/° des migrants sont des migrantes (jusqu'à 57 °/° à Chypre).

Elles représentent la majorité des migrants dans toutes les régions du monde, à l'exception de l'Afrique et du monde arabe. Parmi les migrants forcés, 80°/° seraient des femmes.

La féminisation des flux migratoires s'est accentuée depuis les années 1990. Alors qu'elle s'effectuait jusque là dans le cadre du regroupement familial, elle est aujourd'hui, comme celle des hommes, une immigration de travail. En Asie et en Amérique latine, elles sont même deux fois plus nombreuses que les hommes.

D'où viennent-ils-elles? Qui sont ils-elles?

Ils/elles fuient les pays en guerre, quel que soit l'ampleur du conflit : Afrique subsaharienne, Proche et Moyen-Orient, Asie, mais aussi Europe occidentale, Ukraine, Kosovo, Albanie (femmes du voyage).

Ils transitent par des Etats totalitaires qu'elles fuiront à nouveau.

Contrairement aux idées reçues, les migrations sud/sud (souvent régionales, vers un pays voisin, ou plus lointaines comme d'Asie vers le Golfe) sont plus importantes que les migrations sud/nord.

Réfugié(e)s politiques, migrant(e)s économiques, migrant (e)s climatiques, souvent ils/elles sont présentées comme une masse homogène, alors que leurs situations et leurs problématiques sont très différentes. Certain (e)s viennent seuls, d'autres accompagnés d'enfants. Beaucoup possèdent un métier et des compétences. Certain (e)s sont entrepreneurs. Beaucoup sont des militant (e)s.



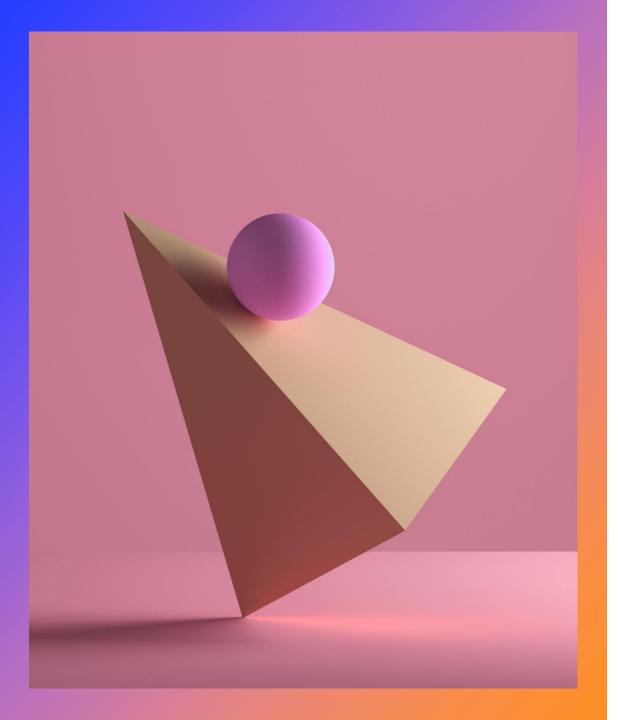
Cadre d'orientation CMP Minkowska

Établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) (ex PSPH : participant au service public hospitalier) : Il reçoit les migrants et les réfugiés de la région lle-de-France :

Ø Dans le cadre du droit commun, avec une approche de Santé Publique.

Ø Avec le recours à la langue du patient ou à l'interprétariat linguistique et culturel quand la situation clinique l'exige.

Ø Avec l'éclairage de l'Anthropologie
Médicale Clinique qui permet la prise en compte des représentations culturelles de la maladie mentale



DES PRATICIENS DU CHAMPS TRANSCULTUREL

- Arthur Michael KLEINMANN, psychiatre anthropologue à Harvard
- Travaille sur les représentations de la santé et de la maladie en Chine.
- « Rethinking psychiatry »
- Helène STORK pédopsychiatre et professeur de psychologie clinique et anthropologique
- Travaille sur les pratiques de maternage au Japon en Inde et en France.
- La psychologie anthropologique.
- Georges DEVEREUX
- Tobie NATHAN

THEORIES TRANSCULTURELLE S

- -Psychologie anthropologique.
- -Ethnopsychanalyse.
- -Anthropologie médicale.



CLINIQUE TRANSCULTURELLE

Ethnopsychiatrie



Centre médico-psychologique Françoise MINKOWSKA

Association Françoise et Eugène MINKOWSKI • L'exil peut être un véritable psycho traumatisme (fuite : un danger imminent pour soi et/ou pour les siens dans un contexte de guerre, de mariage forcé, de viol, d'excision...)

+

- L'exil résulte d'une violence quelle soit économique, sociale ou politique. (Travaux de BENSLAMA Fethi)
- L'exil entraine une fragilisation des mécanismes de défenses psychologiques.
- L'individu est en situation d'alerte et de vulnérabilité.
- Un travail de deuil (au sens du syndrome d'Ulysse, est un travail de remaniements, mobilisation d'énergies multiples pour : pour trouver des repères, régulariser sa situation administrative avec tous les écueils, de trouver et de s'investir dans un travail, de continuer et de suivre l'éducation des enfants avec les aléas du vécu à l'école. ..'
- Personnage d'Ulysse illustre le phénomène migratoire.

Le syndrome d'Ulysse. (Joseba ACHOTEGUI)



Centre médico-psychologique Françoise MINKOWSKA

0

Association Françoise et Eugène MINKOWSKI • Pour le psychanalyste Fethi Benslama, "le vocable de l'exil n'est ni un traumatisme, ni une structure psychopathologique mais plutôt une expérience dans le temps qui met en cause la totalité du sujet dans son existence et dans le rapport à ses signifiants fondamentaux. + Psychopathologie et clinique: considérations étiologiques

 S'il existe des caractéristiques propres à la situation du demandeur d'asile ou du bénéficiaire d'une protection internationale, ce sont celles liées aux conditions du processus d'acculturation.

La compétence culturelle



L'écoute et le decryptage des enjeux psychiques



Comment penser le trauma dans le cadre transculturel?

Politiques étatiques d'accueil, d'immigration et d'intégration Relations interculturelles harmonieuses/problématiques/conflictuelles.

Orientations d'acculturation des membres de la COMMUNAUTE D'ACCUEIL	Orientations d'acculturation des membres des communautés immigrantes.
Intégrationisme	Intégrationisme
Assimilationnisme	Assimilationnisme
Ségrégationnisme	Séparatisme
Exclusionnisme	Marginalisation
Individualisme	Individualisme.

Représentations de la maladie et des soins

Psychanalyses: Champs large des concepts et notions.

Cliniques et psychopathologies selon les contextes culturels et les époques.

La névrose hystérique

La névrose obsessionnelle

Les psychoses

Clinique et Psychopathologie de(s) l'enfant (s) et des adolescent(e)s.

SITUATIONS ET PROBLEMATIQUES ACTUELLES

Migrations de zones de guerres/ stress post-trauma. (Persécutions- séparations- non préparations).

PRATIQUES CLINIQUES DIVERSES.

Adolescents mineurs non accompagnés: Enfances et relations d'attachements précoces. Questions de mandat chez les adolescents . Référent adulte. Transitionnalité, Humanisations de la relation.

Penser la **transitionnalité**:
Problématiques identificatoires/
confrontation modèles/
négociation conflictualisations
interne=) choix du sujet.

Définitions du psychotraumatisme –

Circonstances de l'exil –

Parcours d'exil –
Actes de
tortures,
persécutions,
violences, viols;
mutilations; etc.

Symptomatologie de l'état de stress post-traumatique (PTSD) – Savoir repérer et identifier les symptômes du PTSD **Attention: stress ≠ trauma (menace interne)**

Le stress peut être adaptatif (salvateur) ou dépassé (pathologique)

Le trauma correspond au bouleversement psychologique, à l'effraction des défenses psychiques, à l'effraction inopinée avec le réel de la mort

Stress = registre neurophysioloque / Trauma = registre psychologique

Du psychotraumatisme à l'état de stress posttraumatique (ESPT/PTSD)

- Le terme de « psychotraumatisme » recouvre deux réalités:
- La réaction de stress immédiat qui se produit suite à un événement de grande violence que l'on aurait à subir est tout à fait « normale ». Elle est « adaptée » aux circonstances et dans la très grande majorité des cas, elle est de courte durée : on parle d'« état de stress aigu » Parfois cependant, ces troubles vont s'installer dans la durée et de manière plus ou moins grave. Pour certains, ils peuvent être même très sévères.
- ➤ On va parler alors d'« Etat de Stress Post-Traumatique » (ESPT/PTSD) .La nature de l'événement traumatique constitue le premier facteur de risque d'un EPST: « les catastrophes d'origine humaine sous-tendues par une intention de nuire » sont davantage pourvoyeuses d'ESPT (attentats, agressions, braquages) que les catastrophes naturelles.

L'état de stress aigu

- Durée: environ un mois
- Premières manifestations: agitation anxieuse très expressive comme des pleurs, ou au contraire comportement hyper-contrôlé, apparemment calme (risque alors de sous-estimer la gravité).
- L'intensité des symptômes présentés n'est pas toujours en relation directe avec l'intensité de la violence de l'évènement traumatique, ce qui peut participer à la sous-évaluation diagnostique.
- Cette phase de désarroi est transitoire. Mais les sentiments de peur, de culpabilité, de honte sont quasi constants même s'ils sont plus ou moins manifestes.
- Certaines personnes vont réussir plus facilement à surmonter le traumatisme car elles ont pu, durant l'évènement traumatique, mettre en œuvre tous leurs moyens de défenses physiques et psychologiques, par exemple crier, fuir, élaborer des stratégies.
- D'autres présenteront des manifestations cliniques initiales plus sévères et inquiétantes ("dissociation péritraumatique", "détresse péritraumatique")

PTSD

- DSM-V (critère A):
- Exposition à un évènement ou à une menace concernant la mort, des blessures graves, ou des violences sexuelles de l'une de ces façons:
- Faire l'expérience de l'évènement
- En être témoin, alors que cela arrive à des tiers
- Apprendre que cela est arrivé à quelqu'un de très proche (violence ou accident
-) Etre exposé de manière répétée à des détails aversifs (sauf images, sauf exposition prolongée.

Critères DSM V

- Evènement
- B: Reviviscences (voir syndrome de répétition)
- C: Evitement (lieux/situations, pensées, personnes, émotions)
- D: Altérations cognitives de l'humeur(pbs de mémoire, irritabilité, pensées négatives sur soi et le monde(pessimisme); perte de l'interet de ce qui est investi; sentiment de détachement; honte, culpabilité perturbantes..
- E: Augmentation de la réactivité (hypervigilance; sursaut; insomnies..
- F: Au moins un mois
- G: Retentissement

Syndrome de répétition

- Caractéristique
- **Réviviscience** = même détresse
- Immédiat ou différé
- Transitoire ou chronique
- Différentes formes
- Intrusions (récurrentes, involontaires, perturbantes)
- Réactions dissociatives (flash-backs, actions « comme si »)
- Détresse intense lors de l'exposition à des éléments rappelant un aspect de l'événement
- Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition

Autres symptômes associés

- Dans 75% des cas, il existe une pathologie associée et c'est bien souvent à cette occasion qu'est fait le diagnostic: Asthénie (affaiblissement de l'organisme, fatigue physique) Diminution de la libido
- Dépression (50%) et troubles anxieux (attaques de panique, agoraphobie, trouble anxieux généralisé)
- Troubles psychosomatiques (troubles fonctionnels et organiques liés à l'anxiété et à la dépression)
- Troubles du comportement alimentaire
- Troubles des conduites: addictions, comportements suicidaires, crises d'agitation



 Louis crocq: "phénomène d'effraction du psychisme et de débordement des ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un évènement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin, ou comme acteur" +

- La confrontation à des traumatismes, surtout si intentionnels et/ou répétés, peut produire de profondes modifications dans:
- La manière dont la personne pense le monde
- Croyances philosophiques, religieuses
- Absurdité, perte de sens
- La manière dont on se pense soi-même
- Rupture du sentiment de continuité d'existence
- Sentiment de modification de soi
- La manière dont on interagit, y compris avec la famille, les paires

Symptômes: sidération; peurs; insomnies; cauchemars...

Mécanismes de défenses: sorte d'arrêt sur image sur l'évenement; blocages; fixité de l'image (hallucinations...)

PSYCHOTRAUMATISME : QUELLES DÉFINITIONS?

L'évenement: Evenement extérieur qui percute un évenement intérieur.: La notion d'après-coup du traumatisme. Quid de l'amour, du désir, du fantasme...

Névrose, Psychose ou perversion

Psychotraumatismes: de quoi parle t'on?

+

 O

Les Névroses de guerre: Louis Crocq

Depuis quand parle t'on de psychotraumatisme?

Les trajectoires d'exil suite aux persécutions de guerre.

Les attentats

La Covid 19

Les retours de zones de guerres

Les mineurs non accompagnés

Articles: les maltraitances infantiles

Les abus sexuels



TRAJECTOIRES MIGRATOIRES ALGÉRIE; RWANDA; IRAK (GUERRES DU GOLFE); LIBAN; LYBIE; SOUDAN; ERYTHRÉE; SYRIE...

+

Au-delà du PTSD

Troubles névrotiques (ex. états anxieux/phobiques/dépressifs, troubles obsessionnels et compulsifs, hypocondrie, etc.)

Troubles de l'humeur (dépression, anxiété, troubles bipolaires)

Troubles psychotiques (shizophrénie, trouble délirant)

Troubles d'usage nocif et dépendance à une/plusieurs substances psychoactives.

Les mineurs non accompagnés

Circulaires des M.N.As: INFOMIE

L'évaluation médicale et psychologique.

Ne pas ajouter du traumatisme à l'éventuel trauma.



Effets secondaires du Trauma

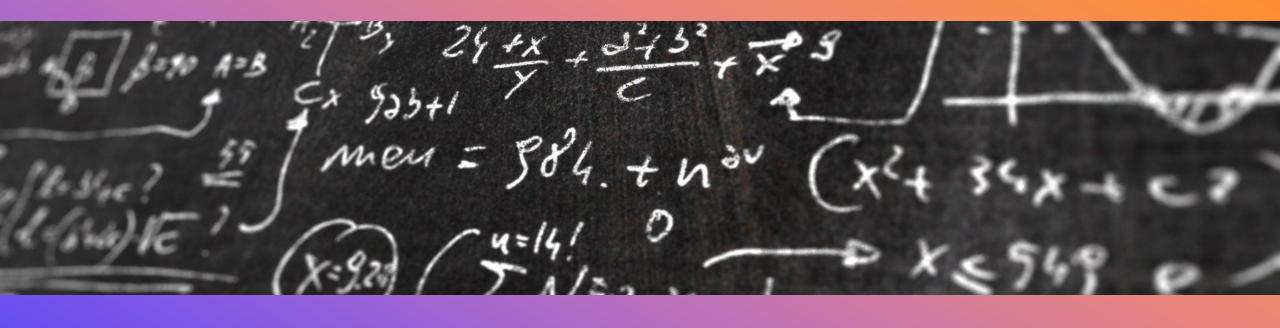
- Addictions
- Psychosoma
- Aspects neurologiques, physiologiques de la réaction au stress.

+

C

La compétence culturelle

- La culture ne peut être réduite à une compétence technique auquel le professionnel doit être formé pour devenir un «expert»
- La culture souvent comprise comme synonyme d'ethnicité, de nationalité, de langue: la compétence culturelle se résumerait ainsi à une liste de recettes de savoir-faire avec chacun selon son origine?
- Les dangers d'un tel raisonnement: La reproduction des stéréotypes: les africains pensent ceci, les chinois cela...
- Dans le cadre institutionnel, la culture est toujours positionnée du côté du sujet et de sa famille.
- Mais qu'en est-il des cultures professionnelles et institutionnelles (la médecine, l'école, la justice, etc.)?



EXIL ET PROCESSUS D'ACCULTURATION

0

Exil et processus d'acculturation

- Stress acculturatif » et stratégies d'acculturation (Berry, 1994; Sam & Berry, 2010)
- Tension psychologiques ressentie par individus provenant de communautés culturelles en situations d'échanges inégaux avec les membres d'une société plus large dont les paramètres de socialisation, les normes comportementales et la base économique sont notablement différents.
- Ce stress diminue selon la situation de départ du migrants (urbanisation, scolarisation, etc.), la maîtrise de la langue, l'organisation cognitive de l'individu.
- Situation d'assimilation, d'intégration, séparation, ou marginalisation.

Stratégies d'acculturation

John Berry dans Acculturation framework (1980):

4 stratégies possibles d'acculturation

- Assimilation : abandon de son identité culturelle pour adopter la culture dominante ;
- Marginalisation : abandon de son identité culturelle sans adopter et/ou rejeter la culture dominante ;
- Séparation : maintien de son identité culturelle sans adopter la culture dominante ;
- Intégration : maintien de son identité culturelle et adoption de la culture dominante

Exil et acculturation

Mobilise l'énergie psychique et physique

Met à contribution les capacités à créer des liens, des alliances, des réseaux de solidarité

Teste la flexibilité des mécanismes de défense psychologiques

Dévoile les mécanismes de la résilience notamment devant la gestion de la frustration

Sollicite le mécanisme psycho biologique de l'inhibition de l'action

Acculturation et résilience

- Le phénomène d'acculturation, processus dynamique non forcément pourvoyeur de pathologie (au contraire, bon indicateur de santé mentale estime de soi, regard positif sur les changements) peut accompagner (ou se développer sur) un néodéveloppement comme la résilience.
- Boris Cyrulnik Revue TranSfaire
 Cultures, juillet 2010

STATUT

Réfugiée ou migrante.

Un réfugié est une personne qui fuit des conflits armés ou la persécution subie dans son pays d'origine. (convention de 1951 et protocole de 1967.) Demande d'asile politique avec ensuite accord ou refus, régularisation de séjour aidant. Mais qu'il s'agisse d'une migrante économique, climatique ou autre, dans tous les cas, elle est en situation illégale, donc difficile.

Accélérer les procédures.

Les Etats gèrent l'accueil et l'intégration des migrants en vertu de leurs lois et procédures en matière d'immigration, dans le cadre du régime d'asile européen commun. Il s'agit d'éviter la rétention administrative dans des camps – qui s'éternise trop souvent - et de ne pas laisser les femmes dans une promiscuité mortifère. Les femmes et les enfants doivent être les premiers à bénéficier d'une accélération de la prise en charge.

La compétence culturelle (1)

La culture ne peut être réduite à une compétence technique auquel le professionnel doit être formé pour devenir un «expert»

La culture souvent comprise comme synonyme d'ethnicité, de nationalité, de langue: la compétence culturelle se résumerait ainsi à une liste de recettes de savoir-faire avec chacun selon son origine?

Les dangers d'un tel raisonnement: La reproduction des stéréotypes: les africains pensent ceci, les chinois cela...

Dans le cadre institutionnel, la culture est toujours positionnée du côté du sujet et de sa famille.

Mais qu'en est-il des cultures professionnelles et institutionnelles (la médecine, l'école, la justice, etc.)?

La compétence culturelle (2)

Il ne s'agit pas de savoir lister les traits inhérents à un groupe culturel défini

Plutôt savoir entrer en relation avec l'autre, d'avoir de l'empathie pour ce à quoi il croît, ce qu'il ressent, la manière dont il perçoit son environnement

Dans le contexte du soin: Prise en charge centrée sur la personne, plutôt que sur le traitement de la maladie ou sur sa culture

Considérer la personne dans son contexte biopsychosocial.

La compétence culturelle (3)

Technique = question ouvertes, encourager le patient à raconter son histoire, à participer: échange et empathie

S'informer sur l'identité culturelle

Définir l'enjeu de la maladie/de la souffrance Recueillir le récit de la maladie/des conditions d'apparition de la souffrance

Identifier les facteurs de stress psychosociaux

Etre sensible à l'influence de la culture sur les relations cliniques (autoréflexion critique / décentrage / relation transférentielle)

+

L'approche interculturelle: Un processus en 3 étapes (Cohen-Emerique, 1993)

1. La décentration

- prendre de la distance en soi, réfléchir sur soi-même comme porteur d'une culture et de sous-cultures auxquelles s'intègrent des modèles professionnels et des normes institutionnelles, replacées à chaque fois dans une trajectoire personnelle
- Se comprendre soi-même pour lutter contre les jugements ethnocentriques:
 - -)se méfier de ses premières intentions
 - -) se mettre en doute

L'approche interculturelle:Un processus en 3 étapes (Cohen-Emerique, 1993

2. La pénétration dans le système de l'autre

- Appliquer l'approche « émique » pratiquée par les anthropologues:
- S'informer pour mieux communiquer
- Apprendre à écouter sans chercher à interpréter: interroger le sens des mots, les représentations
- Etre attentif à la communication non-verbale
- Voyager

0

Prendre du temps

0

L'approche interculturelle:Un processus en 3 étapes (Cohen-Emerique, 1993)

- 3. La négociation et la médiation = Phase de résolution des conflits/malentendus
- 3 phases préalables:
- Reconnaître qu'on a affaire à un conflit de valeurs et non à des comportements aberrants
- Considérer l'autre comme partenaire égal, et valoriser son point de vue
- Rapprocher les deux parties dans un processus de reconnaissance mutuelle

L'art de la rencontre: L'approche anthropologique « Comment comprendre l'autre sans le sacrifier à notre logique ou sans la lui sacrifier? » - M.

Merleau-Ponty

La méthode du terrain ethnographique

- L'observation participante: « se défaire de sa propre culture » et «pénétrer » le système de représentations de l'autre
- Singularité de cette approche = comprendre le point de vue de l'autre à travers l'empathie (partage d'une expérience) et la compréhension de ses normes et de ses valeurs
- Cheminer entre « le dedans » (l'émique) et « le dehors » (l'étique)

Anthropologie culturelle, sociale, des mentalités.

Anthropologie de la parenté. (Laurent Barry.

Stratégies identitaires

• Stratégies identitaires (Camilleri et al. 1990):

"Résultat de l'élaboration individuelle et collective des acteurs et expriment, dans leur mouvance, des ajustements opérés, au jour le jour, en fonction de la variation des situations et des enjeux qu'elles suscitent - c'est-à-dire des finalités exprimées par les acteurs- et des ressources de ceux-ci" (p49)

= tentative de réduire tout écart entre cette construction personnelle de l'identité et la configuration élaborée par l'environnement social : c'est la dimension « pragmatique » de l'identité

Stratégies identitaires

Manipulation de l'une ou l'autre culture pour essayer de maintenir une unité du moi dans les situations de morcellement culturel

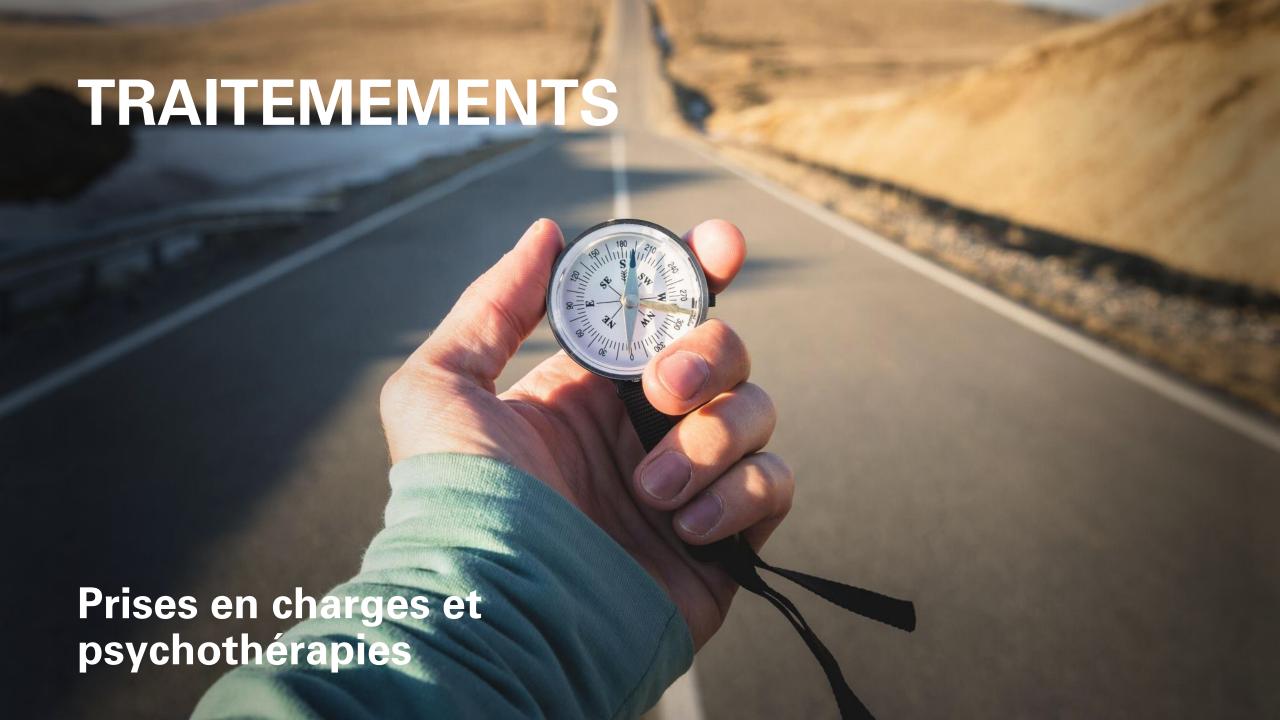
Objectif = éviter l'angoisse ou la dévalorisation (stratégie intérieure). Les stratégies dirigées vers l'extérieur impliquent un changement de la réalité: la sienne ou celle du groupe d'appartenance.

Stratégies identitaires

Stratégies intérieures:

0

- Refoulement (déréalisation, transformation de la réalité)
- Intérioriser l'image négative (soumission et culpabilité)
- Agressivité (vers soi ou vers les autres)
- Stratégies extérieures (individuelles ou collectives)
- Assimilation
- Stratégies intermédiaires
- Compensation (ex. « identité négative » d'opposition systématique à toute autorité)



+

C

Entretien/Suivi avec la personne traumatisée

- Importance du Temps. (Prudence/Ecoute/Limites).
- · Le cadre.
- (In)Cohérence narrative.
- Détails (Trop/Trop peu(récits OFFPRA).
- Idées suicidaires.
- Culpabilité et Honte (Attention).
- Dissociation.
- Psychoéducation: informer sur la maladie, l'aider à détecter les signes et symptômes annonciateurs de la rechute et jouer un rôle actif dans la réduction des risques à travers une meilleure gestion au quotidien des facteurs de stress.
- Résilience =) Valorisation.

Transfert / Contretransfert

Investissements puissants

Mélange social/psychologique

Types: maternant/paradoxal/en miroir, etc.

Souvent seule interaction social et/ou seule interaction hors du circuit administratif

Culpabilité/injustice sociale

Frustration/narcissisation

Confrontations des représentations culturelles du traumatisme

Rappel: Trépied de l'anthropologie médicale:

- «disease» (symptomatologie et grille diagnos4que du psychotrauma)
- «illness» (expérience du psychotrauma par l'individu et son entourage)
- « sickness » (déterminants sociaux du psychotrauma/représentations sociales de la souffrance psychique)

Réalité clinique construite en fonction des positionnements culturels des individus

La culture enseigne comment être malade/normal/anormal, comment exprimer la souffrance, traiter, se guéri



Complainted empraise

Professionnels du soin Professionnels du social

Modeles explicatoires

Références aux Orientations theoriques

Représentations culturelles de la santé et de la maladie.



Réponse cohérente

Déterminants. sociaux de la santé et de la maladie

Médiateurs culturels dans le cadre du soin





Langue en commun

Diagnostic, indications therapeutiques et réponses sociales

Patient Usager



Prise en charge adaptee

Modèles explicatoires

Références aux Pratiques traditionnelles

Représentations culturelles de la santé et de la maladie

Déterminants sociaux de la santé et de la maladie

Offre de soins dans le cadre du droit commun

OT) RC) REP)

(=DIT

felbene ke

Quitier

)(PCC)(ME) PT) RC



- Très brièvement, ce cadre permet la compréhension et la gestion de la relation soignants/soignés ou aidants/aidés en contexte d'interculturalité.
- La maladie est envisagée dans sa triple dimension
- L'ILLNESS: c'est le récit subjectif du patient, qui parle de sa souffrance ou de sa maladie en se référant à ses propres représentations culturelles et ses modèles explicatoires,
- Le SICKNESS: qui donne une large place aux déterminants sociaux de la maladie mentale et englobe tout ce qui relève de la socialisation de la maladie.
- Le DISEASE: c'est la maladie qui est interprétée par le thérapeute qui confronte ses modèles explicatoires avec ceux du patient en prenant en compte l'illness et le sickness,
- Il s'agit pour nous d'une prise en charge globale, médico psycho sociale, en référence au trépied de l'Anthropologie Médicale où l'on ne clive pas le social du médical et du psychologique. Le professionnel vient confronter ses références culturelles avec celles du patient.

TRAVAILLER EN RÉSEAU ET PARTAGER LE « POIDS » TRAUMATIQUE

Supervisions/staff s/travail en réseau Identifier les ressources existantes

Merci.

Rejoignez-nous!

www.minkowska.com

Association F. et E. Minkowski

Centre médico-psychologique Françoise MINKOWSKA

Association Françoise et Eugène MINKOWSKI

