

Mémoire du DIU « Santé, Société, Migration »,
Session 2015-2016,

Sous la direction du Dr ZEROUG-VIAL,

Migration et trouble de personnalité :
Réflexions autour d'une vignette clinique

Ludovic SOUILLER

Interne de psychiatrie

Septembre 2016

Sommaire

Introduction.....	3
I. Présentation du contexte et de la vignette clinique	5
I.1. Contexte	5
I.1.1. Place, rôle et fonction d'un interne de psychiatrie.....	5
I.1.2. Le lieu, le « Centre Médico-psychologique »	5
I.1.2.1. Définition.....	5
I.1.2.2. Modalités d'accueil dans ce CMP.....	5
I.1.2.3. Les soins psychiatriques dans ce CMP.....	6
I.1.2.4. Place de l'interne dans ce CMP.....	6
I.2. Méthodologie de l'étude de la vignette clinique.....	6
I.2.1. Présentation.....	6
I.2.2. Recherche bibliographique.....	7
I.3. La vignette clinique : Le dialogue de Mme S.	7
I.3.1. Antécédents.....	7
I.3.1.1. Médicaux généraux.....	7
I.3.1.2. Psychiatriques	8
I.3.1.3. Gynécologiques	8
I.3.1.4. Familiaux	8
I.3.2. Traitements en cours à la première consultation	8
I.3.3. Anamnèse et histoire familiale.....	8
I.3.4. Histoire de la maladie	10
I.3.5. Examen psychiatrique.....	11
II. Discussion.....	13
II.1. Discussion diagnostique.....	13
II.1.1. Biais transculturel.....	13

II.1.2. L'hypothèse diagnostique proposée : le trouble de personnalité borderline.....	13
II.1.2.1. Critères généraux des troubles de personnalité.....	13
II.1.2.2. Critères spécifiques du trouble de personnalité borderline.....	14
II.1.2.3. Aspects « culturels » du trouble de personnalité borderline.....	16
II.1.3. Le diagnostic différentiel : le trouble schizophrénique.....	18
II.1.3.1. Epidémiologie.....	18
II.1.3.2. Hypothèses explicatives proposées	19
II.1.3.3. Hypothèse socio-développementale.....	20
II.1.4. Place des hallucinations acoustico-verbales au sein du cas clinique.....	20
II.1.4.1. Aspects sémiologiques.....	20
II.1.4.2. Aspects bibliographiques.....	21
II.1.4.3. Hypothèse explicative.....	21
II.1.4.4. Implications cliniques.....	21
II.2. Caractéristiques de la migration de Mme S.....	22
II.2.1. Analyse des caractéristiques générales	22
II.2.2. Temporalité migratoire et sémiologie.....	24
II.3. Articulation entre le trouble de personnalité borderline et le phénomène migratoire..	25
II.3.1. L'apport des sciences sociales : les modifications psycho-sociales de l'identité lors d'une migration : le stress d'acculturation.....	25
II.3.1.1. Le processus d'acculturation.....	25
II.3.1.2. Stratégies d'adaptation.....	26
II.3.1.3. Implications cliniques.....	27
II.3.2. Relation entre migration et trouble de personnalité borderline.....	27
II.3.2.1. Incidence des troubles de personnalité non spécifiques en population migrante ; l'exemple du Danemark.....	27
II.3.2.2. Recherches bibliographiques autour du lien entre trouble de personnalité borderline et migration.....	28
II.3.3.3. Approches cliniques finales	31
Conclusion.....	32
Bibliographie.....	34

Introduction

Durant cette année d'enseignement du DIU « *Santé Société migration* », nous avons pu aborder diverses problématiques inhérentes aux phénomènes migratoires actuels, et ceci de manière transversale (tant sur le plan législatif que sur celui des situations rencontrées par les travailleurs sociaux). Au milieu de la complexité de ces questions, celle de la santé mentale, notamment sous ses aspects psychopathologiques, m'a interpellé, étant donné ma formation médicale actuelle en psychiatrie. Ainsi, j'ai voulu construire ce travail de mémoire de DIU autour d'une réflexion concrète à partir d'une situation clinique, qui est venue m'interroger à l'interface de ces problématiques.

Afin de situer le cadre de ce travail, il convient d'emblée de proposer une définition de la migration humaine, pour pouvoir évoluer par la suite avec une sémantique claire. Ainsi, de manière très pragmatique, considérons au départ la définition donnée par le dictionnaire Larousse :

« Déplacement de personnes d'un lieu dans un autre, en particulier d'un pays (émigration) dans un autre (immigration) pour des raisons politiques, sociales, économiques ou personnelles, et qui est le fait soit d'une population entière, soit d'individus s'intégrant dans un phénomène de société plus large. ».

A partir de cette définition, la migration se conçoit donc comme une modification profonde et complexe de l'environnement dans lequel s'est construit l'individu et à partir duquel il va pouvoir, ou non, envisager son avenir. Et c'est dans ce processus que s'engagent les individus qui migrent et qui va venir parfois questionner, mettre à mal, ou impacter leur santé mentale. La santé mentale est une notion aussi difficile à définir, de nombreuses définitions ont été proposées – et, en guise de préliminaire à ce travail, on retiendra celle qu'a proposée *J.FURTOS*¹ :

« Une santé mentale suffisamment bonne est définie par la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non pas sans révolte. »

Ainsi, la question de l'articulation entre migration et santé mentale revêt d'emblée un caractère dynamique, évolutif, dont les enjeux apparaissent comme majeurs pour le développement de l'individu.

¹ - Furtos, J. "Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale." *Mental'idées* n°11. 09/2007.

Bien évidemment, des études et des connaissances épidémiologiques en psychiatrie émergent sur le sujet, afin d'aider les professionnels de santé mentale à prendre en charge le moins mal possible (ou avec le moins de malveillance) le public migrant en souffrance psychique, de plus en plus souvent précaire. Puisqu'en effet, à la rencontre de ces patients en souffrance, les professionnels peuvent se retrouver égarés devant ceux dont la migration a parfois marqué le parcours. Les problématiques qui émergent sont nombreuses, de la « barrière de la langue », à cette polémique dimension « culturelle », le recours à l'interprétariat, sous-tendue par l'inévitable réinterrogation des classifications nosographiques, et la question de l'universalité de la folie, à travers les mondes et les sociétés humaines.

En tant qu'interne de psychiatrie des hôpitaux publics, les rencontres cliniques faites dans mon travail offrent une riche occasion d'interroger la singularité des parcours. Ainsi, durant l'année d'enseignement du DIU, j'ai pu constater à quel point le sujet de l'identité, de la personnalité, allait être remis en question à travers ce processus qu'est la migration. Puis, la réflexion fut amplifiée, comme bien souvent, devant une situation clinique complexe, présentée dans ce travail, qui est venu lier la question des troubles de la personnalité et celle de la migration. L'histoire de Mme S., celle qu'elle a bien voulu nous confier, vient souligner l'articulation complexe entre la migration et une personnalité pathologique.

Après une présentation du contexte de cette rencontre, j'essaierai de restituer au mieux les éléments de cette vignette clinique qui permettent de réfléchir à la fois, sur le lien, s'il en existe un ou non, entre le processus migratoire et la souffrance d'une personnalité pathologique, et sur possibilité d'émettre des hypothèses de compréhension. Il s'agira de comprendre, à travers cet exemple, comment la personnalité d'un individu, soumise à des contraintes migratoires, va pouvoir s'adapter à cette « *modification profonde de l'environnement* ». Cette analyse tente de prendre en compte les biais d'évaluation présents dans cette rencontre, et essaie d'en compléter l'analyse par l'apport des sciences sociales. Ces éléments de réflexion seront complétés par l'apport d'une recherche bibliographique menée en parallèle sur ces thématiques, afin d'apporter l'éclairage des publications scientifiques actuelles concernant ce sujet.

I. Présentation du contexte et de la vignette clinique

I.1. Contexte

I.1.1. Place, rôle et fonction d'un interne de psychiatrie

Afin de resituer le parcours de formation, il faut préciser que l'internat de psychiatrie correspond à une période de 4 ans, qui constitue le troisième cycle des études médicales, orientée autour de l'apprentissage de sa spécialité médicale. Pour la psychiatrie, ce cycle est organisé en 8 semestres de 6 mois chacun ; il débute après la validation du deuxième cycle des études médicales. L'interne prend un poste sur un terrain de stage clinique où il observe le travail des médecins séniors tout en assurant un rôle autonome d'évaluation médicale, de prise en charge et de suivi des patients rencontrés sur son terrain de stage. Ce cursus de formation est dominé par l'apprentissage de la psychiatrie publique hospitalière, au cœur du métier de médecin psychiatre. Lors des stages en intra-hospitalier, dans un service de psychiatrie de secteur, l'interne a la possibilité d'assurer un temps de consultation au CMP.

I.1.2. Le lieu, le « Centre Médico-psychologique »

I.1.2.1. Définition

Le Centre Médico-Psychologique (CMP) est une structure intégrée au dispositif de soins de la fonction publique hospitalière, dans le cadre de la sectorisation en psychiatrie. Anciens « dispensaires d'hygiène mentale » les CMP équivalent à un centre de consultation et de soins extra-hospitalier. Dans ce cadre, le CMP assure ses missions de prévention, évaluation, orientation et soins des personnes souffrant de troubles psychiatriques, âgées de 16 à 65 ans et résidant sur les communes de son secteur.

I.1.2.2. Modalités d'accueil dans ce CMP

Toute personne qui en fait la demande peut bénéficier d'un avis et d'une évaluation par un membre de l'équipe infirmière. En cas d'orientation par un professionnel du secteur sanitaire et social ET sous réserve d'être en possession d'un courrier ou document circonstancié de sa part, un rendez-vous médical ou auprès d'un psychologue peut directement être proposé. Dans ce cas, l'accueil est fait en binôme avec un membre de l'équipe infirmière. L'infirmier(e) d'accueil devient alors l'interlocuteur privilégié pour la personne, sa famille et les professionnels intervenant dans la

prise en charge. Les personnes peuvent se présenter, si elles le désirent, accompagnées d'un proche ou d'un membre de la famille.

I.1.2.3. Les soins psychiatriques dans ce CMP

Toutes les personnes prises en charge peuvent bénéficier :

- D 'entretiens médicaux, psychologiques, infirmiers, individuels ou familiaux,
- De thérapies groupales,
- De visites à domicile ou d'accompagnements dans la cité.

Pour les jeunes adultes (16-25 ans), l'accent est mis sur le fait de proposer rapidement un rendez-vous d'accueil et offrir une prise en charge intensive, individuelle et familiale.

I.1.2.4. Place de l'interne dans ce CMP

Au sein de ce CMP, l'interne assure des consultations qui ont une fonction dite « d'accueil et d'orientation », où l'objectif est de réaliser une évaluation psychiatrique globale, afin de pouvoir examiner avec le patient ses symptômes, d'évoquer les hypothèses diagnostiques qui permettront de proposer par la suite une prise en charge, voire d'instaurer si nécessaire un traitement. Elles prennent place dans les locaux du CMP, durent en moyenne une heure, et se déroulent en présence d'un infirmier du CMP. Il est possible, si nécessaire, de proposer d'autres RDV afin de parfaire l'évaluation avant de rendre compte de la synthèse.

I.2. Méthodologie de l'étude de la vignette clinique

I.2.1. Présentation

Afin d'illustrer et d'aborder la problématique de ce travail, la méthode choisie est celle de l'étude d'une vignette clinique. J'ai donc retranscrit, en veillant à rendre anonyme au maximum les informations, la situation d'une patiente, que j'ai eu l'occasion de rencontrer dans le cadre des consultations d'accueil au CMP.

Après la présentation de ce cas clinique, une discussion sur les aspects diagnostiques et leur caractère atypique est exposée. Les éléments saillants de cette discussion seront ensuite confrontés aux résultats et données issus d'une recherche bibliographique. Enfin, je tente d'analyser ces éléments à l'aide de l'apport de connaissances de sciences humaines transmises lors du DIU.

Enfin, de par la synthèse de ces éléments, une compréhension clinique de cette situation est proposée.

I.2.2. Recherche bibliographique

Cette recherche bibliographique a été effectuée à partir de bases de données référencées internationales (PubMed, Medline, CisMef), à partir des mots-clefs suivants : « *borderline personality disorders* », « *human migration* », « *personality disorders* », « *hallucinations* ».

Étant donné la spécificité de ces thématiques, j'ai choisi de retenir tous les types de publication (revue de la littérature, étude épidémiologique, étude de cas, commentaire, ...). Les publications sélectionnées ont été celles qui traitaient plus spécifiquement du lien entre le phénomène migratoire et les troubles de personnalité borderline, les modalités cliniques des hallucinations dans les troubles de personnalité borderline, ainsi que les articles d'analyse des perturbations et remaniements identitaires dans les migrations. Ont été retenues aussi les recommandations en santé mentale d'accueil et de prise en charge pour les populations migrantes.

I.3. La vignette clinique : Le dialogue de Mme S.

Il s'agit d'une femme de 30 ans (née au GABON), qui se présente d'elle-même en consultation au CMP car elle dit souffrir d'un « *dialogue interne* ». En effet, en demandant une consultation, Mme S explique entendre des voix qui la gênent et qui seraient responsables de troubles de concentration. Nous la rencontrerons pour 3 consultations espacées de 15 jours chacune.

I.3.1. Antécédents

I.3.1.1. Médicaux généraux

Mme S est porteuse d'une drépanocytose homozygote (maladie génétique de l'hémoglobine, qui peut entraîner des malformations des globules rouges), avec plusieurs crises vaso-occlusives (où la micro-circulation s'embolise du fait des globules rouges malformés) nécessitant plusieurs passages aux urgences avec hospitalisations, ainsi qu'une ostéonécrose de la tête humérale droite, pour laquelle la patiente est en Affection de Longue Durée (ALD).

Elle ne souffre pas d'allergie.

1.3.1.2. Psychiatriques

Dans l'ordre chronologique, on retrouve dans l'histoire de Mme S :

- Durant l'adolescence : 2 tentatives de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire, au GABON,
- Novembre 2010 à juin 2011 : Épisode Dépressif Caractérisé,
- Juin 2011 : 1 tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire, nécessitant une hospitalisation courte, durant laquelle on instaure un traitement antipsychotique pendant 6 mois suite à la découverte d'hallucinations acoustico-verbales, qui, selon la patiente, ont rapidement cédé par la suite,
- Mars 2012 : nouvelle hospitalisation de quelques jours, pour suspicion d'hallucinations acoustico-verbales, maintien du traitement antipsychotique,
- 2012 à 2014 : Suivi psychiatrique dans un CMP, recherche diagnostique qui évoque prudemment une schizophrénie atypique. Mais l'observance du suivi par Mme S est mauvaise, le traitement sera modifié en 2013 en faveur d'un autre antipsychotique (*aripiprazole* - ABILIFY®) prescrit au long cours, et le soutien psychothérapeutique ne sera jamais effectif. Le suivi sera interrompu par la patiente en 2014, sans qu'un diagnostic ait pu être formulé, bien que l'hypothèse d'une psychose ait semblé de moins en moins probable.

1.3.1.3. Gynécologiques

Pas de contraception, pas d'antécédent de grossesse.

1.3.1.4. Familiaux

Mme S. ne signale ni pathologie psychiatrique ni événement suicidaire au sein de sa famille, bien qu'elle précise que sa mère « *est toujours triste* ».

1.3.2. Traitements en cours à la première consultation

- ABILIFY® 15 mg 0-0-1
- MORPHINE®/PARACETAMOL® si besoin, en cas de crises algiques drépanocytaires

1.3.3. Anamnèse et histoire familiale

Mme S. est originaire du Gabon (Afrique centrale), elle est arrivée en France en 2007 à Pau, puis à Lyon par la suite, fin 2011. Elle est issue d'une fratrie de 6, elle a un petit frère de 24

ans avec qui elle vit en colocation à Lyon, 2 frères qui vivent avec sa mère au Gabon, et 1 frère et 1 sœur qui vivent en France.

Concernant l'enfance, Mme S. se décrit comme une enfant réservée, honteuse et « *sans amis* », avec déjà une tristesse ancienne, due au « *rejet des autres* ». Elle se dit assez proche de sa mère, décrit un père plus distant. Sur le plan de la scolarité, elle explique avoir toujours été en difficulté, sans retard identifié, mais avec des résultats passables qui lui auraient fait beaucoup de tort « *et lui mettaient la honte vis à vis des autres enfants* ». Pendant l'adolescence, le sentiment « *d'exclusion des autres* » est devenu très douloureux ; le sentiment de solitude persiste malgré une famille décrite comme aimante, et ce sont ces éléments-là qui sont mis en avant quand Mme S. évoque sa première tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire.

Le départ de Mme S. pour la France, à l'âge de 21 ans, a été une décision prise en accord avec ses parents, à l'instar de ses frères et sœurs qui vivaient déjà là-bas, avec l'objectif de poursuivre ses études dans les sciences sociales en France, dans un environnement que Mme S souhaitait « *plus accueillant* » qu'au Gabon. Le voyage s'est fait en avion, sans difficulté particulière. Lors de son arrivée, elle décrit un vécu de solitude intense et douloureux, ce qui l'a conduite à rapidement investir une communauté religieuse locale, ce qui lui a permis de se faire progressivement des amis. Cependant ces derniers devront partir vivre ailleurs dans les années qui suivent, occasionnant pour Mme S plusieurs séparations rapportées comme insupportables.

A noter dans sa biographie le décès de son père en octobre 2010, assez brutal et de cause cardiovasculaire, alors que Mme S était en France. Elle n'a pu rentrer au Gabon vers sa famille qu'après l'enterrement de ce dernier. Ce décès et le deuil consécutif semblent avoir été tellement douloureux qu'il est mis en lien par la patiente directement avec l'épisode dépressif qui a suivi. De plus, c'est de cette période que la patiente date « *le début des voix* ». Le dernier voyage au Gabon date d'octobre 2015 ; elle est toujours en lien avec sa mère et sa grand-mère.

Mme S avait entamé des études d'Assistante Sociale lors de son arrivée en 2007 ; par la suite en échec et actuellement en bilan de compétence, Mme S s'interroge sur le fait de commencer un BTS l'année prochaine ou bien de trouver directement un emploi.

Mme S a une carte de séjour « *Étranger Malade* », ses ressources proviennent de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), qu'elle touche suite aux complications de sa maladie drépanocytaire. Elle vit dans un appartement qu'elle partage en colocation avec son petit-frère de 24 ans.

La religion tient une place importante dans la vie de Mme S, investie de nouveau dans une communauté religieuse active dans sa ville et qui constitue un réseau et soutien social bienveillant,

bien qu'elle ne s'autorise pas à partager sa souffrance psychique avec eux, du fait d'un vécu de honte intense.

Sur le plan affectif, Mme S est célibataire. Elle nous raconte qu'elle a failli « être fiancée » au Gabon avant son départ, mais que cette relation a pris fin lors de sa migration. Elle n'a pas de relation amoureuse actuellement, et nous expliquera qu'elle n'en a pas eu depuis son arrivée en France, puisqu'elle attend une rencontre qui pourra convenir pour un mariage, ceci en accord avec ses convictions religieuses.

Il est important de noter que l'interrogatoire n'a pas relevé d'antécédent d'abus ou d'agression sexuelle durant le parcours de Mme S.

I.3.4. Histoire de la maladie

Mme S. nous explique avoir traversé une période d'hallucinations acoustico-verbales (ce qui s'apparente à une ou plusieurs « voix » que la personne entend) intenses dans sa vie, qui auraient commencé autour du décès de son père en octobre 2010 et se seraient stoppées en juin 2011, lors d'une prise unique d'antipsychotique (olanzapine). Elle décrit avoir entendu des voix multiples, toutes familières (de sa famille, de « ceux qui ne sont pas là », du garçon qui aurait pu "la fiancer"), envahissantes. Cependant, elle ne rapporte aucune injonction auto ou hétéro-agressive, ni aucun élément en faveur d'un syndrome d'influence de la part de ces hallucinations. Depuis l'arrêt brutal des hallucinations acoustico-verbales, la patiente ne signale pas de récurrence.

Mais depuis, elle explique avoir "un dialogue interne" où elle se parle à elle-même, imagine qu'elle parle à des gens, ce qui l'envahit beaucoup quand elle est seule, et l'empêche de se concentrer sur une tâche, puisqu'elle parle toute seule, rit ou pleure seule. Ce "dialogue" est pointé comme étant responsable de ses échecs d'étude, avec des revendications envers la psychiatrie qui n'a pas pu lui donner de diagnostic, ni d'aide efficace. A noter que Mme S fait la différence entre les hallucinations acoustico-verbales et ce dialogue intérieur.

Sur le plan thérapeutique, elle expliquera de manière revendicatrice que le traitement anti-psychotique en cours (aripiprazole) qu'elle a depuis plus d'un an ne l'a jamais aidée ; il présentait un intérêt sédatif au début, mais qui n'est plus retrouvé désormais - à noter d'ailleurs une observance aléatoire du traitement, sans que Mme S constate une différence quand elle prend ou ne prend pas le traitement.

I.3.5. Examen psychiatrique

Au cours des 3 entretiens réalisés, l'examen clinique permet de constater le tableau suivant, qui, selon le dossier, semble évoluer de manière similaire avec quelques fluctuations depuis plus de 3 ans :

- Un contact un peu défensif au début, qui s'améliore largement par la suite, une présentation soignée.
- Le discours est cohérent, rapidement débité, avec un cours de la pensée fluide sans syndrome de désorganisation. Par ailleurs, on ne relèvera aucun élément délirant.
- Sur le plan de l'humeur, la patiente est eutymique², mais on retrouve une tendance à la dépressivité, fluctuante et réactionnelle à son environnement, surtout matinale où elle peut parfois s'accompagner d'une clinophilie³, ainsi que des épisodes de pleurs sporadiques. De plus, Mme S décrit un vécu de honte sur cette tristesse qu'elle se refuse de confier à ses proches.
- Pas de plainte anxieuse itérative, mais on comprendra que dans des moments de solitude ou d'inattention, Mme S a des ruminations idéiques anxieuses intenses qui semblent correspondre à ce qu'elle nomme un "dialogue interne". Ces phénomènes idéiques semblent importants, ne sont pas perçus comme étrangers à elle-même, et concernent là encore des sujets familiers (par exemple, elle « *s'entend discuter* » avec sa mère).
- Les conduites instinctuelles sont globalement préservées, à noter cependant une anorexie légère avec perte de 10 kg en 4 an, et un retard à l'endormissement de 1 à 2 heures, avec quelques dyssomnies peu fréquentes. Pas de cauchemars à répétition.
- Sur le plan suicidaire : Mme S rapporte avoir déjà eu des idéations suicidaires, qui surviennent de manière très impulsives et réactionnelles à des situations de dépressivité. Elles sont généralement fugaces et bien circonscrites à ces moments d'abattement. Cependant, elle reviendra sur ses antécédents de passage à l'acte suicidaire comme étant toujours très réactionnels et impulsifs, qu'elle critique désormais, en précisant qu'elle condamne ce genre de geste sur le plan moral, et notamment pour des raisons religieuses.
- Sur le plan psychotique : on ne retrouve pas d'hallucinations actives, pas d'automatisme mental ou de syndrome d'influence, ni d'éléments délirants.
- Sur le plan de la personnalité, on retrouve une hypersensibilité au rejet avec une crainte de l'abandon (marquée par les séparations douloureuses au cours de l'histoire de Mme S), avec

² - dont l'humeur est neutre, dans la normale

³ - difficultés à sortir du lit

une sensation de vide intérieur qu'elle met en lien avec une intolérance à la solitude, ce qui amène Mme S à avoir une certaine hyperactivité psycho-motrice défensive. Elle se plaindra par ailleurs d'achats compulsifs de vêtements qui peuvent accompagner ces périodes d'activité. Au cours des entretiens, on perçoit des défenses d'allure passive-agressive.

- Sur le plan addictif, Mme S ne signale aucune consommation d'alcool, ni d'autre substance psychoactive.

Aussi, en l'absence de manifestation psychotique, et après réévaluation de la balance bénéfique/risque, on a préconisé rapidement l'arrêt progressif du traitement antipsychotique, un entretien à 15 jours permettant de surveiller l'évolution, qui a permis de constater l'absence de modification du tableau clinique. On a par contre pris soin de prescrire un traitement anti-histaminique sédatif à visée hypnotique au coucher afin de diminuer le retard à l'endormissement, qui s'est révélé efficace et bien toléré par la patiente.

L'hypothèse diagnostique retenue après discussion en réunion pluridisciplinaire au CMP a été celle d'un trouble de personnalité borderline, avec des manifestations anxieuses atypiques caractérisées par le « *dialogue intérieur* » dont se plaint la patiente.

La fenêtre thérapeutique faite avec l'arrêt du traitement antipsychotique, sans émergence de symptomatologie psychotique par la suite, a été un argument de plus afin de retenir cette hypothèse diagnostique comme étant la principale.

Aussi, selon les recommandations internationales disponibles sur la prise en charge et le traitement des troubles de personnalité borderline, la patiente a été par la suite orientée sur une psychothérapie.

II. Discussion

II.1. Discussion diagnostique

II.1.1. Biais transculturel

Avant de développer l'analyse, il est important de souligner l'aspect de « *biais transculturel* » présent dans cette consultation. En effet, le fait de rencontrer en consultation des patients étrangers peut créer ce genre de biais. Ce dernier consiste en une erreur d'appréciation et d'évaluation de la situation d'une personne, du fait d'une méconnaissance ou une interprétation erronée de certains éléments, et ceci imputable à la « *différence culturelle* » entre le patient et l'examineur. Il est important de le prendre en compte, le risque étant de projeter des a priori et stéréotypes qu'on impute à « *la culture du patient* », en oubliant que ces a priori sont forgés par « *la culture de l'examineur* ». Le risque culturaliste qui en découle peut amener à des erreurs diagnostiques et d'orientation, il convient donc d'y être très vigilant.

Dans cette situation clinique, le biais transculturel qu'on peut relever est le fait que la caractéristique de migrante de Mme S. a pu entraîner dans la primo-évaluation un risque de surestimation du diagnostic de psychose et de sous-estimation du diagnostic de trouble de personnalité. Il est important de préciser que le cadre de consultation, c'est à dire au CMP, sans urgence, et le nombre (3) ont permis de minimiser ce risque en prenant le temps de restituer le parcours de vie et la chronologie des troubles de la patiente.

II.1.2. L'hypothèse diagnostique proposée : le trouble de personnalité borderline

II.1.2.1. Critères généraux des troubles de personnalité

Selon la dernière édition du *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders*⁴ (DSM-V), référence nosographique de la psychiatrie internationale, les critères diagnostiques généraux des troubles de la personnalité sont les suivants :

⁴ - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).2013. Washington, DC.

Critères généraux des troubles de la personnalité (DSM-V)

A. Modalité persistante du fonctionnement et des comportements qui dévie significativement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :

- La cognition,
- L'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle),
- Le fonctionnement interpersonnel,
- Le contrôle des impulsions.

B. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses.

C. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

E. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.

F. Ce mode durable n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., drogue) ou d'une affection médicale générale.

II.1.2.2. Critères spécifiques du trouble de personnalité borderline

Ainsi, les critères généraux de troubles de personnalité permettent d'approcher le cadre dans lequel prennent racines différents sous-types spécifiques de troubles de personnalité. Cette nosographie répond à une conceptualisation dite « *catégorielle* » des troubles de personnalité. Ainsi, le DSM-5 en distingue 10 différents, non détaillés dans ce travail, ne retenant que le trouble de personnalité borderline, évoqué par la vignette clinique de Mme S.

Critères du trouble de personnalité borderline (DSM-V)

Se définit comme une modalité durable d'instabilité dans les relations interpersonnelles, l'image de soi et les affects, accompagnée d'une impulsivité marquée, débutant dès le début de l'âge adulte et présente dans des contextes variés, correspondant à 5 (ou plus) des critères suivants :

1 – Efforts effrénés afin d'éviter un abandon réel ou imaginé (Note : N'inclut pas les comportements suicidaires ou auto-mutilatoires mentionnés au critère 5).

2 – Une modalité de relations interpersonnelles instables ou intenses caractérisées par l'alternance entre un extrême d'idéalisation ou de dévalorisation.

3 – Perturbation de l'identité : Instabilité persistante et significative de l'image de soi ou de la perception de soi.

4 – Impulsivité dans au minimum deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (i.e. Dépenses, sexualité, abus de substance, conduites à risque, boulimie) (Note : N'inclut pas les comportements suicidaires ou auto-mutilatoires mentionnés au critère 5.).

5 – Récurrence de comportements, gestes ou menaces suicidaires, ou de comportements auto-mutilatoires.

6 – Instabilité affective secondaire à une réactivité importante de l'humeur (i.e. Épisodes dysphoriques intenses, irritabilité, ou anxiété durant quelques heures, et rarement plus de quelques jours).

7 – Sentiment chronique de vide.

8 – Sentiment de colère intense ou inappropriée ou difficulté à contrôler sa colère (i.e. Fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées)

9 – Idéations persécutoires ou symptômes dissociatifs sévères survenant de manière transitoire dans les situations de stress.

La prévalence moyenne en population générale est estimée à 1,6 % mais pourrait monter jusqu'à 5,9%. Des auteurs comme *Millon*⁵ ont avancé que la prévalence était plus importante dans les pays occidentaux. L'hypothèse de compréhension avancée est celle que l'évolution des sociétés

⁵ - Millon, T. "Sociocultural Conceptions of the Borderline Personality." *The Psychiatric Clinics of North America* 23, no. 1 (March 2000): 123–136, viii.

occidentales ont idéalisé l'instantanéité et l'intensité. Ainsi, se développer dans un environnement où ces notions sont favorisées et encouragées pourrait avoir un lien avec l'impulsivité de certaine structure de personnalité.

Dans la vignette clinique de Mme S, cette hypothèse diagnostique a pu être retenue du fait de la présence de plus de 5 critères diagnostiques :

- Les efforts afin d'éviter un abandon réel ou imaginé ; une modalité de relations interpersonnelles instables,
- L'instabilité de l'image de soi,
- La récurrence des idéations suicidaires, voire de gestes suicidaires,
- La réactivité importante de l'humeur avec une dépressivité fluctuante,
- Le sentiment de vide chronique.

Il est intéressant de noter la stabilité de cette modalité de fonctionnement dans l'histoire de la patiente, en effet, on note le premier passage à l'acte suicidaire dès l'adolescence (encore au pays d'origine), la dépressivité ancienne – avec une continuité de ces éléments dans le temps, en pré et post-migratoire. De plus, les difficultés d'observance du suivi et du traitement, les inversions de posture vis-à-vis du soin (demande insistante d'aide, puis revendication véhémement de « l'incapacité de la psychiatrie à l'aider ») témoignent bien de l'instabilité chronique avec ces alternances d'idéalisation et de dévalorisation extrême. L'âge de la patiente (29 ans) nous permet de pouvoir distinguer ses troubles actuels des remaniements identitaires plutôt classiques à l'adolescence, qui ne sont pas à considérer comme des troubles mentaux.

La définition catégorielle d'un trouble de personnalité impose quelques remarques concernant cette approche. En effet, *Rolland et De Fruyt*⁶ précisent à ce sujet que le fait de retenir 5 critères sur 9 conduit à une hétérogénéité considérable. En effet, cela signifie que deux personnes peuvent recevoir le diagnostic de trouble de personnalité borderline mais n'avoir qu'un seul symptôme en commun ; cela signifie encore que cette approche peut correspondre à 126 configurations critériologiques. Avec ce constat, la dimension « *atypique* » de la présentation clinique de Mme S peut être nuancée.

II.1.2.3. Aspects « culturels » du trouble de personnalité borderline

Le DSM-V précise donc à propos de l'aspect « *relatif au culturel* » du diagnostic que les modalités comportementales observées dans le trouble de personnalité borderline ont pu être

⁶ - Guelfi et al. Les personnalités pathologiques. Juin 2013. Edition Lavoisier.

identifiées dans de nombreux endroits dans le monde. Les adolescents et jeunes adultes souffrant de problèmes identitaires (surtout avec des co-morbidités d'abus de substance) sont susceptibles de manifester de manière transitoire des comportements qui peuvent à tort suggérer un trouble de personnalité borderline. Ces situations sont caractérisées par une instabilité émotionnelle, des dilemmes « *existentiels* », une incertitude, des choix contraints par l'anxiété, questionnements autour de l'orientation sexuelle, et un esprit de compétition dans la gestion des pressions sociales.

Autre élément : la perturbation du fonctionnement perçue « *au sein de la culture de l'individu* ». Cela implique une évaluation diagnostique qui prendrait idéalement place au sein de l'environnement « *culturel* » dans lequel l'individu se serait développé. Ainsi, il convient d'être prudent dans l'approche d'un éventuel trouble de personnalité chez une personne migrante, du fait que « *le référentiel culturel* » de l'examineur est différent. Ainsi, on retrouve encore le risque d'un biais transculturel dans l'évaluation erronée de la « *déviaton significative* » sous-tendue par une référence à « *une norme* » peut-être différente.

La dimension « *culturelle* » ou « *ethnique* » du trouble de personnalité borderline n'a pas été récemment beaucoup étudiée dans la littérature scientifique. On rappellera surtout l'étude de *Selby et al*⁷, qui a tenté d'analyser les structures de personnalité dans 3 groupes d'origine ethnique différents, en Floride. Leurs résultats, ingénieux dans la méthode, suggèrent que les facettes (troubles de la régulation émotionnelle, dysfonctions des schémas cognitifs, dysrégulation comportementale, perturbations interpersonnelles) structurant la symptomatologie des troubles de personnalité borderline présenteraient des variations dans leur congruence au sein des groupes ethniques. Ils émettent l'hypothèse que les attitudes « *culturelles* » de ces groupes vis à vis du vécu émotionnel seraient différentes, par exemple les caucasiens toléreraient moins les démonstrations émotionnelles que les hispaniques, ce qui justifieraient chez le groupe caucasien une plus forte congruence de la facette « *trouble de la régulation émotionnelle* ». Il convient de rester très conscient face au risque de biais culturaliste dans cette étude, dont les résultats ne sont statistiquement pas généralisables. On retiendra donc qu'il peut être intéressant de rechercher des attitudes de valorisation ou dépréciation du vécu émotionnel qui ont accompagné le développement d'un individu, en restant prudent sur la proportion a priori culturelle d'une sur-expression de l'une ou l'autre de ces attitudes. En effet, le développement de la vie et la gestion émotionnelle d'un individu doivent être considérés dans leur singularité.

⁷ - Selby, Edward A., and Thomas E. Joiner. "Ethnic Variations in the Structure of Borderline Personality Disorder Symptomatology." *Journal of Psychiatric Research* 43, no. 2 (December 2008): 115–23. doi:10.1016/j.jpsychires.2008.03.005.

II.1.3. Le diagnostic différentiel : le trouble schizophrénique.

La manière dont s'était annoncée cette consultation, ainsi que les données anamnestiques dont nous avons déjà connaissance nous ont fait craindre une schizophrénie. Cette psychose chronique se définit actuellement par la présence d'un délire, d'hallucinations, ainsi qu'un syndrome de désorganisation. Il y a plusieurs éléments qui sous-tendent le fait d'évoquer a priori une schizophrénie chez Mme S.

En premier lieu, Mme S s'est présentée d'elle-même, ainsi que dans le passé, comme « *quelqu'un qui entend des voix* ». Les internes de psychiatrie apprennent très rapidement dans leur clinique qu'un patient qui se plaint d'entendre des voix impose un examen clinique afin de rechercher une schizophrénie. Puis il s'avère que Mme S. a en effet eu un épisode dans sa vie où elle a expérimenté des hallucinations acoustico-verbales. En effet, la description rapportée par la patiente de ces « voix » est plutôt fidèle sur le plan sémiologique. Et ce symptôme reconnu de la lignée psychotique est classiquement l'un des signes les plus fréquents de la schizophrénie. De plus, c'est un diagnostic de gravité dans son retentissement en cas d'erreurs ou d'omission diagnostique. A noter cependant que l'évolution de ce symptôme n'est pas le plus typique chez Mme S. : telles qu'on les connaît, les hallucinations acoustico-verbales cessent rarement dès la première prise d'antipsychotiques.

Mais cet a priori est influencé aussi par des raisons épidémiologiques : des études fournissent des résultats en faveur du fait que la migration peut constituer un facteur de risque de troubles schizophréniques.

II.1.3.1. Epidémiologie

Dans une méta-analyse récente⁸, *Bourque et al.* ont pu réunir plus d'une vingtaine d'études épidémiologiques concernant les possibles associations entre la présence de troubles psychotiques dans différentes populations migrantes, dans différents pays, et les comportements d'une population témoin « *native* », et surtout sans histoire de migration. Les résultats présentés montrent que le ratio des taux d'incidence des troubles psychotiques (IRR) était de 2,3 (IC95%=[2,0-2,7]) chez les migrants de première génération vis à vis de la population générale. En conclusion, ces éléments pourraient s'interpréter comme un risque deux fois supérieur de présenter des troubles psychotiques (majoritairement schizophréniques) si on a une histoire migratoire.

⁸ - Bourque, F., et al. "A Meta-Analysis of the Risk for Psychotic Disorders among First- and Second-Generation Immigrants." *Psychological Medicine* 41, no. 5 (May 2011): 897–910. doi:10.1017/S0033291710001406.

II.1.3.2. Hypothèses explicatives proposées

Ces éléments ont soulevé de nombreuses questions, et surtout de nombreuses hypothèses de compréhension de cette association psychose/migration. Celles-ci sont à considérer avec prudence, mais sont intéressantes à citer dans ce travail, afin de saisir les pistes d'exploration adoptées. Voici quelques-unes des hypothèses explicatives qui ont été proposées⁹ :

- Il y aurait une prévalence plus importante de schizophrénie dans les pays d'origine. Cette explication n'a jamais été corrélée par les études réalisées dans les pays d'origine. Sur le plan étiologique, la schizophrénie est un trouble psychotique retrouvé dans toutes les contrées, et la communauté scientifique admet bien aujourd'hui son caractère multifactoriel.
- L'hypothèse d'une auto-sélection, qui suggère que les individus porteur d'une vulnérabilité à la schizophrénie sont ceux qui migrent plus facilement. Si cette hypothèse était valide, on retrouverait des taux plus importants de schizophrénie dans les premières générations de migrants, comparées aux suivantes, ce qui n'est pas le cas¹⁰ - ainsi on peut éloigner cette proposition. De plus, on peut souligner que les individus qui initient une migration ont plus de capacité à s'adapter à toutes les difficultés qu'elle peut comporter s'ils sont en bonne santé mentale.
- L'hypothèse que la migration en soi constitue un facteur de stress qui, chez des individus vulnérables favoriserait l'émergence de pathologies psychiatriques. Mais cela devrait alors s'observer pour la plupart des principaux troubles psychiatriques, et les études ne vont pas dans ce sens, en discriminant plus finement la schizophrénie. Aussi, on peut s'interroger si au-delà du stress de la migration ce n'est pas le stress d'un environnement social étranger dans lequel l'individu doit évoluer qui pourrait être plus pertinent à retenir.
- L'hypothèse d'une erreur diagnostique, du fait que les évaluateurs ne comprennent pas le contexte culturel de leur patient et ignorent les explications culturelles de la maladie. Cependant, cette proposition est à nuancer du fait que les études s'intéressent à des patients migrants d'origine diverses, par conséquent analysent plus les symptômes qu'un diagnostic.

⁹ - Amad, A., et al. "Increased prevalence of psychotic disorders among third-generation migrants: Results from the French Mental Health in General Population survey." *Schizophr Res* 2013;147:193-5.

¹⁰ - Cantor-Graae, Elizabeth, and Carsten B. Pedersen. "Risk of Schizophrenia in Second-Generation Immigrants: A Danish Population-Based Cohort Study." *Psychological Medicine* 37, no. 4 (April 2007): 485-94. doi:10.1017/S0033291706009652.

II.1.3.3. Hypothèse socio-développementale

Ainsi, on constate que chacune de ces hypothèses est insuffisante à elle-seule pour expliquer ce lien statistique. L'ensemble des recherches est plus en faveur d'une étiologie multifactorielle, compatible avec l'élaboration d'une hypothèse dite « *socio-développementale* », qui considère que l'exposition à l'adversité et au trauma interagit avec un risque génétique sous-jacent et peut avoir un impact sur le développement cérébral, la sensibilité au stress, amenant à un état de vulnérabilité à la psychose qui peut se décompenser lors de l'accumulation de stressseurs. En considérant cette hypothèse, déjà soutenue dans le cas d'autres situations, on pourrait comprendre la migration comme un stressseur qui, confronté à des individus vulnérables à la schizophrénie, pourrait en favoriser l'émergence.

Mais, la vignette clinique présentée ici rapporte uniquement un antécédent d'hallucinations acoustico-verbales, sans, au moment de l'examen, présenter d'idées délirantes ou de signe de désorganisation ; aussi a-t-on pu éliminer ce diagnostic différentiel en faveur d'un trouble de personnalité borderline.

II.1.4. Place des hallucinations acoustico-verbales au sein du cas clinique

Autant la présentation de ce cas clinique semble clairement orienter l'hypothèse diagnostique vers un trouble de personnalité borderline, autant il demeure que Mme S. s'est plainte d'un symptôme n'appartenant pas à la critériologie DSM-5 de ce trouble : la plainte hallucinatoire. Or, il est décrit que certains troubles de personnalité peuvent expérimenter des épisodes psychotiques brefs, au sens où ils seraient très limités dans le temps. Pour rappel historique, l'approche psychodynamique nomme le trouble de personnalité borderline « *les personnalités limites* », dans le sens où la structure de personnalité se construirait entre la névrose et la psychose – ce qui peut laisser entendre, et ce qui se confirme assez en clinique, que les patients avec ces personnalité pathologiques peuvent expérimenter des symptômes du registre psychotique. Ainsi, on pourrait intégrer l'antécédent d'hallucinations acoustico-verbales dans le diagnostic de trouble de personnalité borderline et non d'origine schizophrénique. Les éléments suivants seraient en faveur de cette lecture.

II.1.4.1. Aspects sémiologiques

On s'interroge donc sur la place de ces voix dont Mme S a souffert pendant plusieurs mois. Dans un premier temps, on l'a dit, la sémiologie présentée n'est pas extrêmement caractéristique des hallucinations schizophréniques : Mme S dit avoir entendu plusieurs voix, toutes familières, dont la tonalité bienveillante ou malveillante semblait fluctuante, mais sans injonction.

De plus, ces voix se seraient arrêtées lors d'une prise unique d'anti-psychotique, ce qui est assez inhabituel.

Pour mémoire, les hallucinations acoustico-verbales schizophréniques sont plus souvent perçues comme étrangères, et peuvent être menaçantes, au risque d'influencer la personne dans ses actes ou ses pensées. En terme de traitement, il convient la plupart du temps de recourir à un traitement d'au minimum plusieurs jours pour stopper totalement les phénomènes hallucinatoires, quand on arrive à les stopper.

II.1.4.2. Aspects bibliographiques

Concernant la place des hallucinations acoustico-verbales dans ce trouble de personnalité, on peut citer l'article de *A.GRAS et al*¹¹, qui ont réalisé une revue récente de la littérature au sujet des hallucinations et du trouble de personnalité borderline. D'après ces auteurs, le principal type d'hallucinations retrouvées chez les individus avec un trouble de personnalité borderline est acoustico-verbal. En terme de fréquence, les épisodes isolés d'hallucinations ne semblent pas si rares, puisque *Yee et al.*¹² retrouvent une prévalence de 29 % dans une cohorte relativement importante de 171 patients atteints d'un trouble de personnalité borderline.

Bien que les données de la littérature médicale soient relativement restreintes à ce sujet, elles suggèrent fortement le fait que les personnes souffrant de trouble de personnalité borderline peuvent expérimenter des expériences psychotiques transitoires de type hallucinatoires.

II.1.4.3. Hypothèse explicative

Le modèle explicatif avancé est celui « *de la réactivité psychotique au stress* » ; il permet de comprendre en quoi des stressseurs de la vie d'un individu peuvent déclencher l'apparition de symptômes psychotiques. Ce modèle mettrait en jeu l'axe hormonal hypothalamo-hypophyso-surrénalien articulé avec le système dopaminergique. Ainsi, cette hyperactivité dopaminergique, qui est aussi avancée comme modèle de compréhension dans la schizophrénie, pourrait être une voie commune aussi à ces phénomènes observés dans le trouble de personnalité borderline.

II.1.4.4. Implications cliniques

Cet élément rend compatibles les symptômes rapportés précédemment par la patiente et le diagnostic de trouble de personnalité borderline. D'autant plus que son histoire nous permet de repérer un facteur déclenchant, qui aurait pu jouer le rôle de stressseur et potentiellement

¹¹ - Gras, A., et al. "Hallucinations et trouble de personnalité borderline : une revue de littérature." *L'Encéphale* 40, no. 6 (December 2014): 431–38. doi:10.1016/j.encep.2014.07.002.

¹² - Yee, Lesley, et al. "Persistent Hallucinosi in Borderline Personality Disorder." *Comprehensive Psychiatry* 46, no. 2 (April 2005): 147–54. doi:10.1016/j.comppsy.2004.07.032.

déclencheur : le décès du père. En effet, celui-ci revêt certaines caractéristiques qui en font un décès dont le deuil est plus complexe. Déjà, la mort d'un proche d'un individu souffrant d'un trouble de personnalité borderline est une double peine : à la souffrance physiologique de la perte d'un proche, s'ajoute la souffrance de l'abandon, si amplifiée dans ce trouble. La migration se place ici comme un élément qui vient compliquer le deuil : le décès est vécu de loin, par définition. C'est durant « *son absence* » que l'autre meurt. De plus, l'historique de migration ajoute le déracinement, l'éloignement familial ; l'abandon provoqué par le décès est d'abord imaginaire avant d'être réel. On peut aussi s'interroger sur le déclenchement d'un épisode dépressif caractérisé avec des traits psychotiques.

Le fait d'avoir à émettre une proposition de compréhension clinique de la place des voix de Mme S. nous permet de considérer le motif de la consultation, à savoir « *le dialogue interne* ». Ce « *dialogue interne* » dont se plaint la patiente, qui, pour rappel, est différent des hallucinations, prend l'allure d'un phénomène anxieux : il se déclenche lors des moments de solitude, de tristesse. La patiente « *parle dans sa tête à ceux qui ne sont pas là* ». Elle s'imagine discuter avec sa mère, rire avec un cousin, se disputer avec un frère. Comme l'anxiété, cela évolue de manière cyclique et répétée, et peut être difficile à contrôler. Ici encore, l'histoire de migration prend un sens précis : les proches qui participent à « *ce dialogue interne* » sont ceux que la migration a séparés de Mme S.

II.2. Caractéristiques de la migration de Mme S.

II.2.1. Analyse des caractéristiques générales

Les recommandations¹³ de la *World Psychiatric Association* (WPA) nous indiquent que l'analyse du parcours de migration doit se faire en trois temps (pré-migration ; péri-migration ; post-migration), et de les confronter aux caractéristiques de l'intervieweur. Dans l'histoire de la migration de Mme S, nous pouvons retenir les éléments suivants :

- **Période pré-migratoire :**
 - Les motivations sont d'ordre professionnel et social, à considérer principalement comme une migration d'étudiant,
 - Elle a pu être anticipée, préparée ; la réflexion à son sujet fut personnelle et validée par la famille,

¹³ - Bhugra, D., et al. "WPA Guidance on Mental Health and Mental Health Care in Migrants." *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 10, no. 1 (February 2011): 2–10.

- La migration a été envisagée pour Mme S toute seule, bien qu'elle retrouve dans le pays d'accueil des membres de sa fratrie,
- Le degré de maîtrise de la patiente sur sa migration semble plutôt satisfaisant.
- ***Période péri-migratoire :***
 - A eu lieu en 2007, soit à 9 ans de l'année de la consultation,
 - A cette époque, la patiente avait 21 ans,
 - Les conditions du voyage migratoire ont été assez simples et rapides: voyage en avion, qui ne semble pas avoir posé de problème à Mme S.
 - C'est une migration qui permettait à Mme S de conserver la possibilité d'un retour si nécessaire.
- ***Post-migratoire :***
 - L'accomplissement des aspirations initiales semble partiel: en effet, sur le plan professionnel, Mme S. n'a pas réussi à mener à bien ses études d'assistante sociale. Sur le plan social, elle bénéficie en effet d'un entourage qui semble bienveillant, mais avec lequel elle ne réussit toujours pas à partager son vécu douloureux.
 - Sur le plan administratif, Mme S. ne signale pas de difficulté sur l'accueil de la France à son sujet. Par la suite, une complication de sa maladie drépanocytaire (ostéonécrose de la tête humérale) justifiera une carte de séjour « étranger malade », lui permettant ainsi de rester dans le droit commun.
 - A signaler quand même un vécu douloureux de solitude à l'arrivée dans le pays d'accueil, qui semble être resté présent bien que fluctuant depuis, et qui n'est pas partagé par l'entourage familial ou communautaire de la patiente.
 - Les phénomènes d'acculturation accessibles à l'analyse à travers le récit de la patiente sont en faveur d'une « intégration » (au sens détaillé plus bas) équilibrée : Mme S. s'est appropriée de nombreux éléments du mode de vie du pays d'accueil, sans difficulté particulière au niveau linguistique, puisque le Gabon est un pays francophone. Elle semble à la fois avoir pu participer à des formations et des activités professionnelles tout en sachant garder un lien fort avec son pays d'origine (liens conservés avec la famille, quelques voyages vers le pays d'origine qui ont pu être effectués). Enfin, l'investissement de la patiente dans une communauté religieuse assez jeune et active lui a permis d'avoir un support communautaire et social efficace.
 - Les attitudes envers et de la part du pays d'accueil : Mme S n'est pas apparue en conflit sur le plan des processus d'acculturation et ne rapporte pas d'épisode de discrimination.

Ainsi, on peut comprendre que les facteurs extrinsèques de la migration de Mme S sont plutôt satisfaisants et semblent a priori peu pathogènes. Quant au vécu intrinsèque, les aspirations pré-migratoires de la patiente semblent avoir été un peu déçues, et le vécu de séparation d'avec la famille très douloureux et marquant.

II.2.2. Temporalité migratoire et sémiologie

Dans toute approche clinique en médecine, il convient d'être particulièrement attentif à l'évolution chronologique des troubles, notamment en lien avec d'éventuels événements de vie. Ainsi, nous pouvons confronter les éléments à notre disposition à la symptomatologie de la patiente :

- **Période pré-migratoire :**
 - Sensibilité au rejet et vécu de honte, en faveur d'une fragilité narcissique dès l'enfance, maintenu à l'adolescence,
 - Deux TS impulsives durant l'adolescence,
 - La patiente rapporte un vécu de tristesse marqué dans le temps.
- **Période post-migratoire :**
 - Un épisode dépressif caractérisé, associé à une période d'hallucinations acoustico-verbales,
 - Une nouvelle tentative de suicide, cette fois nécessitant des soins hospitaliers,
 - Suivi psychiatrique chaotique associé à la prescription de psychotropes,
 - Cette plainte de « discours interne » qui s'apparente à des phénomènes anxieux envahissants.

Ainsi, bien que cette analyse chronologique des symptômes soit bien en faveur du caractère « *durable et stable* » du fonctionnement de cette patiente, on constate cependant une **aggravation significative des troubles et de la souffrance de cette patiente en période post-migratoire**. De plus, il est intéressant de constater que ces manifestations ne sont pas apparues en post-migratoire immédiat, mais à distance (soit environ 3 ans).

Ces éléments amènent à s'interroger sur l'association et les rapports qui lient la migration au trouble de personnalité borderline.

II.3. Articulation entre le trouble de personnalité borderline et le phénomène migratoire

II.3.1. L'apport des sciences sociales : les modifications psycho-sociales de l'identité lors d'une migration : le stress d'acculturation.

Afin de pouvoir comprendre comment considérer l'impact de la migration de Mme S sur ses symptômes et sa personnalité, il convient d'abord de considérer l'impact d'une migration sur une personnalité non pathologique. A ce sujet, la recherche bibliographique n'a pas permis la mise en évidence d'études spécifiquement axées autour de la question d'une éventuelle modification de la personnalité lors du parcours migratoire. La plupart des publications s'approchant de ce sujet traite plus la question sous l'angle identitaire, ce qui reste pertinent à introduire ici, du fait du lien étroit entre l'instabilité identitaire et le trouble de personnalité borderline.

II.3.1.1. Le processus d'acculturation

Aussi, de manière plus générale, *Bhugra*¹⁴ propose de comprendre les retentissements du processus migratoire sur l'identité de la façon suivante :

- Cela implique la perte de son réseau social pré-migratoire,
- Ajoutée après le départ à un vécu de perte, de dislocation, d'aliénation et d'isolement,
- Ces éléments vont permettre l'émergence d'un processus que l'auteur nomme « *acculturation* ».

L'acculturation est un processus qui peut survenir quand deux cultures rentrent en contact et qui implique le fait que ces deux cultures peuvent se modifier. Ainsi, l'acculturation est définie comme le phénomène qui se produit quand des groupes d'individus de cultures différentes rentrent en contact continu, impliquant des changements ultérieurs dans les modalités culturelles initiales d'un ou des deux groupes.

Les sciences sociales permettent d'approcher les stratégies et phénomènes saillants lors de la rencontre des questions de migration et d'acculturation. En effet, si l'acculturation a été définie dans un premier temps à l'échelle groupale, on peut tout à fait l'appliquer à l'échelle individuelle.

¹⁴ - Bhugra, D. "Migration, Distress and Cultural Identity." *British Medical Bulletin* 69 (2004): 129–41. doi:10.1093/bmb/ldh007.

II.3.1.2. *Stratégies d'adaptation*

Ainsi, *Berry*¹⁵ explique-t-il que des migrants en situation d'acculturation vont avoir recours à des stratégies d'adaptation, qui vont s'opérer sur 3 dimensions.

A - Le niveau *d'attitude d'acculturation* qui concerne le positionnement de l'individu entre les deux cultures au contact. Ce positionnement va résulter de l'équation entre la volonté de l'individu de « *maintenir sa culture d'origine* » et celle de favoriser les contacts « *interculturels* ». Ainsi, *Amin*¹⁶ nous amène-t-il à distinguer 4 attitudes d'acculturation :

- ***L'assimilation***, où l'individu abandonne son identité et sa culture d'origine en cherchant uniquement à établir des relations avec la société d'accueil. C'est une adoption des codes et comportements culturels de la société d'accueil au détriment de ceux de la culture d'origine.
- ***L'intégration***, où coexiste un équilibre entre identité d'origine et l'absorption de la culture de la société d'accueil. C'est l'idéal du modèle multiculturaliste.
- ***La séparation***, où l'individu cherche à conserver son identité et sa culture d'origine, en évitant volontairement les interactions et relations avec la société d'accueil. Si c'est une attitude imposée par la société d'accueil, on préférera le terme « *ségrégation* ».
- ***La marginalisation***, qui amène l'individu à perdre son identité culturelle, sans réussir à participer ou se mettre en lien avec la société d'accueil. C'est une des situations les plus compliquées à cerner.

B - Le niveau *comportemental* ou comment chaque attitude d'acculturation va impliquer une négociation entre comportement conflictuel, en rupture ou en adaptation.

C - Le niveau *psychique* – ces attitudes d'acculturation, leur retentissement comportemental, vont générer un état de stress dit « *stress d'acculturation* », qui peut favoriser l'émergence de problématiques de santé mentale, ou des difficultés identitaires. A noter que ce stress est possible lors du phénomène migratoire, mais pas obligatoire.

¹⁵ - Berry, J. W. "Acculturation et identité", in J. Costa-Lascoux, M. A. Hily & G. Vermès. *Pluralité des cultures et dynamiques identitaires : hommage à Carmel Camilleri*. (2000) Paris : L'Harmattan.

¹⁶ - Amin, A. "Stratégies identitaires et stratégies d'acculturation : deux modèles complémentaires." (2012) *Revue internationale de la Recherche Interculturelle*. 2 (2), 103-116

II.3.1.3. Implications cliniques

On comprend bien alors qu'à travers les perturbations inhérentes au phénomène migratoire, l'individu va être amené à solliciter ses propres capacités d'adaptation, de gestion du stress, ce qui sollicite directement la nature et la rigidité de la personnalité de l'individu. D'autant que ces éléments vont concerner directement la notion d'identité. Dans le cas de notre vignette clinique, le TPB implique des perturbations de l'image de soi, comme une sorte d'instabilité identitaire. Aussi, on peut percevoir la migration de Mme S. comme un élément potentiellement perturbateur dans la négociation identitaire qu'elle a pu lui imposer, et le stress d'acculturation induit comme un facteur d'aggravation de sa santé mentale.

II.3.2. Relation entre migration et trouble de personnalité borderline

La vignette clinique de Mme S vient interroger plus en profondeur le lien entre trouble de personnalité borderline et migration. S'il en existe un, y a-t-il un rapport de causalité, ou bien la migration vient-elle causer une amplification de la souffrance des patients avec un trouble de personnalité borderline ? On peut considérer cette question sous plusieurs aspects.

Un élément à garder à l'esprit en explorant cette question est bien la nature particulière du trouble de personnalité, vis à vis d'autres troubles psychiatriques. En effet, il est question de personnalité en difficulté pathologique d'adaptation et non d'un épisode de trouble psychiatrique à un moment t de la vie d'un individu. Aussi, dire que la migration pourrait entraîner dans un rapport de causalité l'apparition d'un trouble de personnalité n'a pas de sens chez l'adulte qui a déjà une personnalité structurée (et puisque logiquement le trouble de personnalité commence à s'exprimer en fin d'adolescence/début de l'âge adulte). Ainsi, dans le cas de Mme S, on n'explorera pas le phénomène migratoire et le trouble de personnalité borderline sous un rapport de causalité, mais plus sous l'angle de l'articulation entre les deux.

II.3.2.1. Incidence des troubles de personnalité non spécifiques en population migrante ; l'exemple du Danemark

En premier lieu, concernant l'incidence des troubles de personnalité non-spécifiques en population migrante, il convient de se référer à l'étude de *Cantor-Grae*¹⁷ qui est conséquente par le nombre d'individus analysés. Cette vaste étude de population danoise, impressionnante par le nombre de données qu'elle a généré, permet d'approcher la proportion de troubles psychiatriques en population migrante, et ceci quel que soit la modalité ou le « degré » de la migration. Elle présente

¹⁷ - Cantor-Grae, E., and Carsten B. P. "Full Spectrum of Psychiatric Disorders Related to Foreign Migration: A Danish Population-Based Cohort Study." *JAMA Psychiatry* 70, no. 4 (April 2013): 427–35. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.441.

des ratios de taux d'incidence de pathologies psychiatriques (selon la CIM-10) chez les individus avec un historique personnel ou familial de migration vis-à-vis des Danois natifs.

Plus particulièrement, sur la question des troubles de personnalité non spécifiques, l'étude indique que le ratio des taux d'incidence (IRR) chez les migrants dits de « 1^{ère} génération » ne présentent pas de différence significative vis à vis des danois natifs (IRR = 0.85 ; IC95% = [0.77-0.94] ; p = 0.0011). Concernant les migrants dits de « 2^{ème} génération », les auteurs retrouvent une différence significative (p<0,001) avec un IRR plus important chez les individus n'ayant qu'un seul parent étranger, soit (IRR = 1.32 ; IC95% = [1.23-1.40]) pour ceux dont la mère est étrangère, et (IRR = 1.38 ; IC95% = [1.30-1.47]) pour ceux dont le père est étranger. Ainsi, on retiendra surtout qu'un individu qui migre (au Danemark, du moins) n'a a priori pas plus de risque de souffrir d'un trouble de personnalité qu'un natif.

II.3.2.2. Recherches bibliographiques autour du lien entre trouble de personnalité borderline et migration

La recherche bibliographique menée pour ce travail a permis de réunir au final peu d'articles traitant spécifiquement de cette question. Ceux qui permettaient d'apporter quelques informations ou éléments de réflexion sur cette question sont présentés ci-dessous.

La publication la plus ancienne est celle de Paris¹⁸ qui émet l'hypothèse que dans les pays d'origine en voie de développement, il existerait des facteurs sociaux protecteurs, qui entraveraient le développement de traits de personnalité pathologique. Selon cet auteur, la migration priverait l'individu de ces facteurs protecteurs, et on verrait alors émerger le TPB (sous-entendu comme pré-existant mais non symptomatique) dans la période post-migratoire. Dans une réponse à cet article, Miller¹⁹ rappelle que dans de nombreuses sociétés, il existe des individus avec de grandes fragilités narcissiques, avec en effet certaines variations d'expressions symptomatiques, mais qui sont similaires aux troubles de personnalité borderline, notamment sur le plan de la détresse individuelle. Cela permet d'éloigner l'hypothèse de « facteurs protecteurs collectifs » dans les pays d'accueil, brisés par la migration.

Comme cela a déjà été signifié, les études menées sur la prévalence des troubles de personnalité borderline en population migrante sont peu nombreuses, et assez sujettes à polémique, mais ne semblent pas en faveur d'une augmentation de la prévalence du trouble de personnalité

¹⁸ - Paris, J. "Cultural Factors in the Emergence of Borderline Pathology." *Psychiatry* 59, no. 2 (1996): 185–92.

¹⁹ - Miller, S. G. "Borderline Personality Disorder in Cultural Context: Commentary on Paris." *Psychiatry* 59, no. 2 (1996): 193–95.

borderline en population migrante, encore moins d'un effet générateur de la migration sur ce trouble (ce qui de toute façon n'est pas cohérent avec la définition d'un trouble de personnalité borderline, qui est une modalité durable et non une pathologie aiguë déclenchée à la faveur d'un événement de vie).

Une des études les plus spécifiques sur ce sujet est celle de *Pascual et al.*²⁰ qui a pour objectif d'examiner l'association entre trouble de personnalité borderline et migration dans un service d'urgences psychiatriques en Espagne. Pour ce faire, ils ont analysé de manière rétrospective les admissions (11 578 dossiers) dans un service d'urgence psychiatrique d'un grand centre hospitalier espagnol sur une durée de 4 ans. Leurs résultats présentent un taux significativement ($p < 0,001$) moins important de diagnostics de trouble de personnalité borderline portés chez les patients migrants (5,7%) vis-à-vis des patients natifs espagnols (9,5%). Ainsi, cela suggère que le diagnostic de trouble de personnalité borderline est moins posé pour les populations migrantes que natives dans un service d'urgences psychiatriques. Il convient aussi de souligner qu'il y a un biais de sélection, en effet, les auteurs rappellent que les migrants ont moins facilement accès aux soins psychiatriques, d'urgence en général, et que par conséquent les patients migrants transférés aux urgences présentent souvent une symptomatologie plus sévère. Ainsi les situations étudiées dans un service d'urgence ne peuvent pas être considérées comme totalement représentatives de la population générale des migrants. De plus, le diagnostic de trouble de personnalité borderline est difficile à poser dans le cadre d'un service d'urgence psychiatrique. Ce résultat est concordant avec les recherches de *Tyrer*²¹ et *Baleyrier*²² qui étaient aussi en faveur d'une moindre proportion de diagnostics de trouble de personnalité borderline posés dans les services d'urgences psychiatriques chez les migrants. Les explications possibles avancées par les auteurs sont les suivantes :

- Il y aurait en effet moins de patients migrants qui souffrent d'un trouble de personnalité borderline, ce qui conforterait l'hypothèse de « facteurs protecteurs collectifs présents dans certaines sociétés ». La migration serait alors la combinaison entre la perte de ses facteurs protecteurs et la découverte de sociétés plus individualistes et moins solidaires. Mais cette explication n'est pas concordante avec le constat du moindre nombre de patients migrants diagnostiqués avec un trouble de personnalité borderline aux urgences.

²⁰ - Pascual, J. C., et al. "Immigrants and Borderline Personality Disorder at a Psychiatric Emergency Service." *The British Journal of Psychiatry* 193, no. 6 (December 1, 2008): 471–76. doi:10.1192/bjp.bp.107.038208.

²¹ - Tyrer, P., et al. "The Effect of Personality Disorder on Clinical Outcome, Social Networks and Adjustment: A Controlled Clinical Trial of Psychiatric Emergencies." *Psychological Medicine* 24, no. 3 (August 1994): 731–40.

²² - Baleyrier, B., et al. "[Comparison between Swiss and foreign patients characteristics at the psychiatric emergencies department and the predictive factors of their management strategies]." *L'Encéphale* 29, no. 3 Pt 1 (June 2003): 205–12.

- Il y a un biais de mesure, du fait que le diagnostic de trouble de personnalité borderline est particulièrement difficile à poser au sein d'un service d'urgence, cumulé au fait qu'on ne peut exclure de nouveau ce que les auteurs nomment « *le biais transculturel* » de ce diagnostic.
- Il est aussi possible que les patients migrants souffrant d'un trouble de personnalité borderline ne cherchent pas d'aide pour traiter leurs symptômes.
- De plus, le fait que les patients ne reçoivent aux urgences qu'un seul diagnostic constitue un biais certain. En effet, on peut penser que les diagnostics posés de troubles anxieux ou de troubles liés à l'usage d'une substance peuvent s'accompagner d'une comorbidité trouble de personnalité borderline associée, non mesurée ici donc.

Ainsi, cette étude n'est pas en faveur du fait que la migration pourrait constituer un facteur de risque de trouble de personnalité borderline. Il est intéressant de constater que le sujet de lien entre la migration et le trouble de personnalité borderline discuté dans cet article a soulevé plusieurs réponses et commentaires. En effet, *Mushtaq*²³ rappelle bien que contrairement à des pathologies itératives, les troubles de personnalité se forment durant l'enfance et l'adolescence avant de s'exprimer clairement au début de l'âge adulte. De plus, il n'est pas étonnant de constater une moindre prévalence des trouble de personnalité borderline aux urgences psychiatriques des pays d'accueil, du fait qu'il a été documenté que la prévalence des trouble de personnalité borderline était plus importante dans les pays occidentaux.

L'étude la plus récente qu'on a pu trouver est celle de *Nielsen*²⁴ *et al.*, qui conforte le fait que la migration ne serait pas un facteur de risque de trouble de personnalité borderline ; leur recherche a porté sur la population d'un hôpital psychiatrique universitaire en Allemagne. En effet, ils évaluent la proportion de migrants souffrant d'un trouble de personnalité borderline à 3,5% pour 6,5% dans la population native, cette différence étant significative ($p=0,025$).

Ainsi, le peu d'études qu'on a pu trouver sur ce sujet présente des résultats concordants, bien que quelques biais méthodologiques soient présents.

On en retiendra que dans le cas de Mme S, la migration n'est pas à considérer comme étant un facteur de risque de son trouble de personnalité borderline. Par contre, le statut de migrante de cette patiente peut être compris différemment dans la psychopathologie de ses troubles.

²³ - Mushtaq, S. A. "Immigration and Borderline Personality Disorder." *The British Journal of Psychiatry* 194, no. 5 (May 1, 2009): 467–68. doi:10.1192/bjp.194.5.467b.

²⁴ -Nielsen, F., et al. "Prevalence of Borderline Personality Disorder in Immigrants in a Psychiatric Inpatient Setting." *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 48, no. 5 (May 1, 2014): 488–488. doi:10.1177/0004867413518618.

II.3.3.3. Approches cliniques finales

Nous avons vu que la situation de migration de Mme S l'a probablement exposée à un stress d'acculturation, à risque pathogène sur une structure de personnalité borderline probablement déjà établie en pré-migratoire. Mais au-delà du stress d'acculturation, on peut aussi émettre l'hypothèse qu'ici la migration n'a pas été un facteur causal ou déclenchant, mais bien une amplification du vécu cognitif et émotionnel de la patiente. En effet, la sensibilité à l'abandon de la patiente a été éprouvée par les séparations causées par la migration. De plus, le décès de son père resté dans le pays d'origine, en l'absence de la patiente, a probablement amplifié le vécu d'abandon « réel et imaginaire » (puisque sans élément de réalité sur le moment), puis un deuil compliqué et douloureux par la suite. En effet, rappelons que la patiente identifie le décès de son père comme élément précipitant un épisode de dépression avec des symptômes hallucinatoires atypiques. Puis, se remettant par la suite de la tentative de suicide qui est venue compliquer cet épisode, les symptômes psychotiques disparaissent. Se révèle alors le « *dialogue interne* » de la patiente – qu'on comprendra comme un phénomène idéique anxieux défensif lors des moments de solitude. En effet, Mme S précisera, lorsqu'on examine ses symptômes, « qu'elle parle sans s'arrêter à ceux qui sont absents ». A comprendre – les membres de sa famille, ses proches qui vivent au Gabon.

On propose donc l'interprétation suivante : le phénomène migratoire dans l'histoire de cette patiente est une modalité d'abandon supplémentaire.

Par la suite, et ceci est vérifié a posteriori en examinant avec la patiente ses manifestations, elle ne vivra plus d'expérience hallucinatoire similaire, mais, par contre, s'installera progressivement le « *discours intérieur* » qui, lui, perdurera, insensible au maintien pourtant d'un traitement antipsychotique, pendant plusieurs années.

Conclusion

Ainsi, la vignette clinique de Mme S, dans mon parcours d'interne de psychiatrie, aura été l'occasion de réfléchir et de m'interroger sur les intrications entre troubles de personnalité et migration. En commençant ce travail, j'avais l'idée de pouvoir étoffer « *la clinique transculturelle du trouble de personnalité borderline* » en réussissant à intégrer les manifestations atypiques présentées par cette patiente au sein d'une nosographie plus large. En réalité, bien que l'analyse sémiologique de cette vignette clinique soit riche – la recherche bibliographique menée en parallèle n'a pas permis la mise en évidence de facteurs « *transculturels* » d'expression des troubles de la personnalité, et encore moins d'association statistique significative entre la migration et le trouble de personnalité borderline. De plus, on retiendra qu'il est fondamental d'être attentif à la chronologie des troubles, autant qu'au rythme de leurs successions et de leurs expressions dans le vécu d'un individu.

Donc, bien que le trouble de personnalité borderline tende à exister, avec quelques variations, dans la plupart des sociétés, on retiendra que la question de « la différence culturelle entre l'examineur et le patient » doit pour le coup être gardée à l'esprit. Non pas parce qu'elle serait la promesse d'une révélation sémiologique ou symptomatologique autre et rare, mais parce qu'elle peut constituer un biais, dans les a priori et la compréhension erronée de certains symptômes. La vignette clinique de Mme S l'illustre bien avec le diagnostic différentiel de schizophrénie.

A ce sujet, l'*European Psychiatric Association*²⁵ formule l'absolu constat que désormais la psychiatrie européenne se doit d'être en mesure de proposer des soins adaptés et dignes aux populations migrantes. Ceci, en admettant que le stress généré par la migration, ou l'acculturation, peut être un facteur précipitant chez des individus à risque. Ainsi, l'EPA a conceptualisé et préconisé le concept de compétence culturelle. La compétence culturelle d'un clinicien est définie par une pratique clinique orientée autour du but selon lequel chaque patient, surtout ceux en provenance de groupes minoritaires, doit se sentir compris et soutenu. Il est précisé que la compétence culturelle du praticien est son aptitude à prendre la mesure de la différence qui peut exister entre les valeurs, attitudes et comportements culturels du professionnel de santé et du patient. Ainsi, ce serait une sorte d'habilitation à comprendre en quoi les facteurs culturels impactent la relation thérapeutique entre le thérapeute et le patient. Mais il est bien précisé que c'est autant, voire surtout (puisque c'est par définition celle qu'il connaît le mieux) la connaissance de l'identité ethnoculturelle du clinicien et de l'impact de cette dernière sur le patient qui est soulignée. En effet,

²⁵ - Bhugra, D., et al. "EPA Guidance Mental Health Care of Migrants." *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists* 29, no. 2 (February 2014): 107–15. doi:10.1016/j.eurpsy.2014.01.003.

on prétend à tort que ce sont toujours les patients issus de minorités qui « ont une culture ». Cette attitude qu'on comprend devoir être recommandée dans l'idée de pouvoir diminuer « le biais transculturel » se doit aussi d'être vigilante et analyser le stress d'acculturation, afin de déterminer quel impact éventuel ce dernier peut avoir dans la psychopathologie des troubles. L'EPA précise aussi que la capacité d'un clinicien à travailler avec un interprète dépend de sa compétence culturelle.

Par ailleurs, sans qu'on puisse en déduire une quelconque hypothèse, l'enseignement de cette vignette clinique est que les personnalités borderline peuvent aussi passer les limites des frontières, et souffrir de leurs abandons, réels, géographiques, ou imaginaires, sous le prisme de la migration.

Bibliographie

- Furtos J. “Les effets cliniques de la souffrance psychique d’origine sociale.” *Mental’idées* n°11. 09/2007.
- Amad, A., et al. “Increased prevalence of psychotic disorders among third-generation migrants: Results from the French Mental Health in General Population survey.” *Schizophr Res* 2013;147:193-5.
- Bourque, F., et al. “A Meta-Analysis of the Risk for Psychotic Disorders among First- and Second-Generation Immigrants.” *Psychological Medicine* 41, no. 5 (May 2011): 897–910. doi:10.1017/S0033291710001406.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Millon, T. “Sociocultural Conceptions of the Borderline Personality.” *The Psychiatric Clinics of North America* 23, no. 1 (March 2000): 123–136, viii.
- Selby, E. A., and Thomas E. J. “Ethnic Variations in the Structure of Borderline Personality Disorder Symptomatology.” *Journal of Psychiatric Research* 43, no. 2 (December 2008): 115–23. doi:10.1016/j.jpsychires.2008.03.005.
- Cantor-Graae, E., and Carsten B. P. “Risk of Schizophrenia in Second-Generation Immigrants: A Danish Population-Based Cohort Study.” *Psychological Medicine* 37, no. 4 (April 2007): 485–94. doi:10.1017/S0033291706009652.
- Gras, A., et al. “Hallucinations et trouble de personnalité borderline : une revue de littérature.” *L’Encéphale* 40, no. 6 (December 2014): 431–38. doi:10.1016/j.encep.2014.07.002.
- Yee, L., et al. “Persistent Hallucinosis in Borderline Personality Disorder.” *Comprehensive Psychiatry* 46, no. 2 (April 2005): 147–54. doi:10.1016/j.comppsy.2004.07.032.

- Bhugra, D., et al. “WPA Guidance on Mental Health and Mental Health Care in Migrants.” *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 10, no. 1 (February 2011): 2–10.
- Bhugra, D. “Migration, Distress and Cultural Identity.” *British Medical Bulletin* 69 (2004): 129–41. doi:10.1093/bmb/ldh007.
- Berry, J. W. “Acculturation et identité”, in J. Costa-Lascoux, M. A. Hily & G. Vermès. *Pluralité des cultures et dynamiques identitaires : hommage à Carmel Camilleri*. (2000) Paris : L'Harmattan.
- Amin, A. “Stratégies identitaires et stratégies d'acculturation : deux modèles complémentaires.” (2012) *Revue internationale de la Recherche Interculturelle*. 2 (2), 103-116
- Cantor-Graae, E., and Carsten B. P. “Full Spectrum of Psychiatric Disorders Related to Foreign Migration: A Danish Population-Based Cohort Study.” *JAMA Psychiatry* 70, no. 4 (April 2013): 427–35. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.441.
- Pascual, J. C., et al. “Immigrants and Borderline Personality Disorder at a Psychiatric Emergency Service.” *The British Journal of Psychiatry* 193, no. 6 (December 1, 2008): 471–76. doi:10.1192/bjp.bp.107.038208.
- Tyrer, P., et al. “The Effect of Personality Disorder on Clinical Outcome, Social Networks and Adjustment: A Controlled Clinical Trial of Psychiatric Emergencies.” *Psychological Medicine* 24, no. 3 (August 1994): 731–40.
- Baleyrier, B., et al. “[Comparison between Swiss and foreign patients characteristics at the psychiatric emergencies department and the predictive factors of their management strategies].” *L'Encéphale* 29, no. 3 Pt 1 (June 2003): 205–12.
- Mushtaq, S. A. “Immigration and Borderline Personality Disorder.” *The British Journal of Psychiatry* 194, no. 5 (May 1, 2009): 467–68. doi:10.1192/bjp.194.5.467b.
- Nielsen, F., et al. “Prevalence of Borderline Personality Disorder in Immigrants in a Psychiatric Inpatient Setting.” *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 48, no. 5 (May 1, 2014): 488–488. doi:10.1177/0004867413518618.

