

**UNIVERSITÉ LILLE 2 – DROIT ET SANTÉ  
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2012

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

**DEPRESSION, CULTURE ET MIGRATION:  
ENQUÊTE AUPRÈS DE TROIS GÉNÉRATIONS DE MIGRANTS  
Étude du CCOMS sur la santé mentale en population générale**

**Présentée et soutenue publiquement le 6 décembre 2012**

**Par Clément GARCETTE**

**Jury**

**Président : Monsieur le Professeur P.THOMAS**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur G.VAIVA**

**Monsieur le Professeur O. COTTENCIN**

**Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur D. GUARDIA**

## Sommaire

## *INTRODUCTION*

17

1. Dépression et migration : quelle prévalence ? .....	19
2. La migration comme événement psychique ?.....	21
- Un processus potentiellement traumatique.....	21
- Deuil et migration.....	22
- La migration : un risque pondéré.....	22
- Autres facteurs étiologiques.....	24
3. Dépression et migration : une séméiologie singulière ? .....	27
- Les syndromes liés à la culture.....	28
- Vers une clinique du migrant ?.....	28
4. Des représentations multiples .....	29
5. Le diagnostic à l'épreuve de l'expérience transculturelle.....	31
- Utilisation du DSM en situation transculturelle .....	31
- Le concept de misdiagnosis .....	33

## *MATÉRIEL ET MÉTHODE*

37

1. Échantillon.....	38
2. Passation.....	39
3. Outils.....	40
4. Objectifs.....	42
- Objectif et critère de jugement principaux.....	42
- Objectifs et critères de jugement secondaires .....	43
5. Analyse des données.....	44

1. Descriptif des populations migrante et non migrante.....	46
- Données démographiques.....	46
- Situation matrimoniale .....	48
- Situation socio-professionnelle.....	48
- Origine géographique des migrants.....	51
2. Prévalence de la dépression au sein des populations migrante et non migrante.....	53
- Épisode dépressif.....	54
A. Effet des variables « migration » et « degré de migration » sur la prévalence de l'épisode dépressif.....	54
B. Effet de la variable « zone géographique d'origine » sur la prévalence de l'épisode dépressif.....	55
- Épisode dépressif récurrent.....	56
A. Effet des variables « migration » et « degré de migration » sur la prévalence de l'épisode dépressif récurrent.....	56
B. Effet de la variable « zone géographique d'origine » sur la prévalence de l'épisode dépressif récurrent .....	58
3. Expression clinique de la dépression : Étude des items du MINI.....	62
- Effet des variables « migration » et « degré de migration » sur l'expression clinique de l'épisode dépressif.....	62
A. MINI évaluant l'épisode dépressif.....	62
B. MINI évaluant les troubles psychotiques.....	66
- Effet de la variable « zone géographique d'origine » sur l'expression clinique de l'épisode dépressif .....	69
A. MINI évaluant l'épisode dépressif.....	69
B. MINI évaluant les troubles psychotiques.....	71
4. Influence des variables « migration » et « degré de migration » sur les représentations de la dépression.....	76

1. Rappel des objectifs .....	83
2. Limites de l'étude .....	84
- Echantillon.....	84
- Outils utilisés .....	86
- Une tentative d'approche complémentariste.....	88
3. Rappel des résultats et de la littérature .....	89
- Profil socio-démographique des sujets migrants .....	90
- Prévalence de la dépression au sein des populations migrante et non migrante.....	96
A. <i>En fonction des variables « migration » et « degré de migration »</i> .....	96
B. <i>En fonction de la variable « zone géographique d'origine»</i> .....	99
- Expression clinique de la dépression .....	101
A. <i>En fonction des variables « migration » et « degré de migration »</i> .....	101
B. <i>En fonction de la variable « zone géographique d'origine »</i> .....	110
- Représentations de la dépression .....	111
4. Vers des profils de dépression spécifiques ? .....	116
- Selon la zone géographique d'origine ?.....	116
- Selon la variable migratoire ?.....	118
5. Perspectives.....	123
- Pistes de recherche.....	123
- Un enjeu majeur : l'approche transculturelle des soins.....	127

<i>CONCLUSION</i> .....	131
<i>BIBLIOGRAPHIE</i> .....	133
<i>ANNEXES</i> .....	154
1. Annexe 1 : MINI évaluant la dépression.....	155
2. Annexe 2 : MINI évaluant la psychose.....	156

*Et je pensais qu'il n'y a pas entre les hommes, au point de vue de l'intelligence ou de la race, de différence aussi profonde que celle qui existe entre malades et bien portants.*

Francis Scott Fitzgerald (1925)  
Gatsby le Magnifique

## Introduction



Selon l'Insee (2008), 3,6 millions d'étrangers vivaient en France en 2006 ce qui représente 5,8 % de la population totale. Notre pays est en effet un territoire d'immigration ancien qui a connu différentes vagues migratoires. Après-guerre, la reconstruction du pays et la forte croissance économique attirent principalement une migration de travail. Les migrants sont alors en majorité des hommes, venant essentiellement d'Espagne, du Portugal, du Maroc et d'Algérie. À partir de 1974, avec le ralentissement de la croissance économique, le gouvernement restreint l'immigration au regroupement familial et aux demandes spécifiques émanant d'employeurs. Le regroupement familial devient alors le premier motif de mouvement migratoire. Aujourd'hui encore, ce motif prédomine. Les conflits ou la déstabilisation de certains États continuent également à alimenter une migration politique. Depuis 1974, les immigrés originaires d'Europe sont moins nombreux que ceux originaires du Maghreb. Dans le même temps, la part des migrants originaires d'Asie et d'Afrique subsaharienne s'accroît fortement, reflétant ainsi une diversification des flux migratoires (Insee 2008).

L'état de santé des populations migrantes est globalement moins bon que celui des populations non-migrantes (Carballo et al. 1998). Les pathologies mentales n'échappent pas à cette règle avec des taux augmentés dans presque toutes les catégories diagnostiques comme, par exemple, les troubles de l'humeur, les états de stress post-traumatique ou encore la schizophrénie (Carta et al. 2005).

Les difficultés liées à la justesse du diagnostic en situation transculturelle ont motivé ce travail. En effet, l'appartenance culturelle peut modifier la présentation du patient, les modalités d'expression de son mal-être psychique jusqu'à la séméiologie des troubles (Kirmayer et al. 2011). Le praticien peut donc se trouver désœuvré face à un filtre culturel qui brouille sa relation au patient et son acuité clinique. Pourtant, dans un monde de plus en plus métissé, ces rencontres entre patient et soignant d'univers culturels différents vont croître et le diagnostic reste une préoccupation centrale en médecine, a fortiori en psychiatrie, pour pouvoir communiquer entre professionnels de santé et organiser des soins les plus adaptés possibles. Cela se vérifie pour les migrants, population particulièrement sensible aux troubles psychiques et pour qui les filières de soins ne semblent que trop peu adaptées (Kirmayer et al. 2007). Face à ce constat, certains services proposent des consultations de psychiatrie transculturelle et le guide de formulation culturelle du DSM-IV, bien qu'ambigu, est lui aussi une avancée encourageante (American Psychiatric Association 2003).

Il semble donc pertinent de s'inscrire dans cette dynamique et de continuer à réfléchir à la question du diagnostic chez les migrants, et plus précisément sur celui de la dépression qui représentera la deuxième cause d'incapacité au niveau mondial en 2020 (Lopez & Murray 1998). Nous proposons de faire, en guise d'introduction, un état des lieux des connaissances actuelles sur les difficultés diagnostiques de la dépression en situation transculturelle. Nous présenterons ensuite l'étude SMPG et ses principaux résultats.

## ***1. Dépression et Migration : quelle prévalence ?***

La dépression est restée, pendant des décennies, réservée aux seuls pays occidentaux. On peut citer Kraepelin (1913) pour qui les épisodes dépressifs « *faisaient complètement défaut à Java* » ou encore Carrothers (1953) dont les théories colonialistes niaient l'existence de la dépression chez l'individu noir. Nous savons aujourd'hui qu'il s'agit d'une pathologie universelle qui touche toutes les aires culturelles (Weissman et al. 1996). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère même que les troubles dépressifs se placent au cinquième rang des causes de morbidité au niveau mondial (Lopez & Murray 1998).

S'agissant des sujets migrants, la majorité des études montrent qu'ils présentent significativement plus de troubles psychopathologiques que les non migrants, et cela quelle que soit leur origine (Ritsner et al. 2001; Grant et al. 2004; Steel et al. 2004; Wittig et al. 2008). Toutefois, certains auteurs nuancent ce dernier point et ne retrouvent pas d'influence de la variable migratoire dans la prévalence des troubles mentaux (Klimidis et al. 1994; Rousseau & Drapeau 2003).

Le premier travail portant sur le lien entre dépression et migration date de 1932. Son auteur montrait que le taux de dépression chez les immigrants norvégiens aux Etats-Unis était plus élevé qu'en population générale (Ödegaard 1932). Depuis, de nombreuses études ont été publiées même si elles restent encore trop rares en Europe et particulièrement en France (Kirkcaldy et al. 2006). La plupart utilisent des instruments d'évaluation européens ou nord-américains qui peuvent ne pas identifier certains cas de dépression si n'apparaissent pas chez le patient les symptômes occidentaux « classiques » : c'est ainsi que la reconnaissance par les cliniciens de la dépression en situation transculturelle ne serait que de 50% (Ballenger et al. 2001). Les chiffres sur le sujet varient donc largement en fonction des études avec des prévalences allant de 3% à 81% (Aichberger et al. 2010). Silove (1997) montre dans une

étude européenne que le risque relatif de dépression serait de 1,42 pour les migrants. Les taux de dépression semblent, sans surprise, plus élevés dans la population de réfugiés que dans celle des travailleurs migrants ( Lindert et al. 2009).

Cette surreprésentation de la dépression chez les migrants persiste quelle que soit la génération de migration concernée pour décroître au fil des générations, sans pour autant atteindre les taux de fréquence observés chez les non migrants ( Rousseau & Drapeau 2003).

La littérature internationale, qu'elle soit américaine (Jackson-Triche et al. 2000; Oquendo et al. 2001; Williams et al. 2007) ou européenne (Levecque 2007 ; VanDerWuff 2004 ; Bhugra 2009), relève des différences de prévalences des troubles dépressifs en fonction de l'origine géographique des migrants. Ces résultats vont dans le sens des travaux internationaux signalant des prévalences de dépression différentes en fonction des pays où les enquêtes avaient lieu (Sartorius et al. 1983; Weissman et al. 1996).

Différents profils de facteurs de risque spécifiques au pays d'origine comme la stigmatisation sociale, la réticence culturelle à évoquer les troubles mentaux mais également les limites de certaines études pourraient être partiellement responsables de ce phénomène (Weissman et al. 1996; Ahmed & Bhugra 2006). Les biais méthodologiques de ces études, particulièrement les outils utilisés, les différences de méthodologie peuvent également expliquer ces résultats.

Les migrants ne doivent pas être regroupés au sein d'un groupe homogène, comme un seul bloc : le pays et la culture d'origine, l'histoire de la migration, mais surtout les caractéristiques personnelles de celui qui la vit rendent chaque histoire unique. On peut toutefois s'interroger sur les raisons qui semblent favoriser la dépression au sein de « ces groupes » de migrants.

## ***2. La migration comme événement psychique ?***

Migrer est le processus durant lequel un individu quitte un contexte culturel pour un autre, pour une longue période ou de façon définitive (Lindert et al. 2008) . Il s'agit toujours d'un acte complexe qui correspond à une série de motivations conscientes et inconscientes, intriquées en proportions variables, rendant chaque histoire unique. Ces raisons qui motivent la migration sont diverses et le plus souvent associées: socio-économiques, politiques ou psychologiques (Bhugra & Ayonrinde 2004). Elles peuvent être vécues comme un sacrifice ou, au contraire, désirées. Dans la majorité des cas, les motifs se chevauchent et sont parfois ambivalents. La migration est le moment riche et subtil du questionnement de l'identité de celui qui la vit: comme le souligne Baubet (2009), elle constitue un « *événement psychique* » à différents niveaux et par plusieurs mécanismes.

### *Un processus potentiellement traumatique*

Il est important de rappeler que la migration est avant tout un élément de la biographie du sujet, c'est-à-dire un événement sociologique et qu'elle n'entraîne pas systématiquement de répercussion psychopathologique. Toutefois, elle peut aussi être un moment de vulnérabilité et avoir un impact traumatique. Nathan (1986) rappelle, à la suite des travaux de Freud (1920), que le traumatisme se définit comme « *un soudain afflux pulsionnel non élaborable et non susceptible d'être refoulé du fait de l'absence d'angoisse au moment de sa survenue* ». A côté de ce premier traumatisme classiquement décrit par la théorie psychanalytique, il souligne le traumatisme « intellectuel » ou traumatisme du « non sens ». Il existe enfin un troisième type de traumatisme, celui de « *la perte du cadre culturel interne à partir duquel était codé la réalité externe* ». L'événement migratoire est ainsi considéré comme un acte psychique : par rupture du cadre externe qu'elle implique, la migration entraîne, par ricoché, une rupture au niveau du cadre culturel intériorisé du patient. D'après Baubet (2009), lorsqu'il y a traumatisme migratoire, c'est généralement un traumatisme du troisième type même si les trois mécanismes sont souvent intriqués.

### *Deuil et Migration*

La migration est marquée par la séparation d'avec une famille, une terre, un statut social ou encore un mode de vie. La notion de deuil y tient donc une place centrale. Ainsi se déclencheraient des mécanismes de défense spécifiques visant à annuler la perte et à maîtriser l'angoisse de séparation. Ces phénomènes s'amplifient d'autant plus que le retour est devenu impossible que ce soit pour des raisons socio-économiques ou du fait de violences politiques.

La nécessité de trouver un espace réparateur et contenant dans le pays d'accueil est rendue d'autant plus difficile et douloureuse que les temps de deuil ne peuvent se faire en raison de la contrainte subjective (et sociale ou politique parfois) à ne rien pouvoir traduire en mots de ce que les migrants ont vécu intimement (Douville & Galap 1999). Ce travail de deuil au décours de la migration, et ses différentes phases, ont été décrits par Grinberg et Grinberg (1986): la douleur de la perte d'objet initiale accompagnée de désorganisation anxieuse dans un sentiment de détresse laisse peu à peu place à des affects dépressifs.

### *La migration : un risque pondéré*

Même si la migration est un facteur de risque en soi de développer des troubles dépressifs, ce risque est modulé par l'histoire personnelle du sujet : par ses *expériences prémigratoires*, les *conditions de la migration elles-mêmes* et enfin par *ce qui suit la migration* à l'arrivée dans le pays d'accueil (Kirmayer et al. 2011).

Ainsi les conditions prémigratoires sont représentées par les caractéristiques démographiques du migrant, comme l'âge (Bhugra & Mastrogianni 2004) et le genre puisque ce sont les femmes qui seraient les plus touchées par la dépression (Dennis & Chung-Lee 2006).

Le profil psychologique et les compétences sociales du migrant sont d'autres variables déterminantes dans la survenue des troubles. L'optimisme et un sens du contrôle aigu sont ainsi des facteurs protecteurs (Chou 2009) et cela quelles que soient les pathologies somatiques ou psychiatriques préexistantes. L'hypothèse de la migration sélective, postulant que ce soit les personnes vulnérables qui aient le plus tendance à migrer, est contestée. Toutefois dans une étude de 2007, Breslau montre que les troubles anxieux sont un facteur prédictif de migration, migration qui à son tour favorise l'apparition de troubles alourdissant ainsi la symptomatologie prémigratoire. Le motif de la migration (volontaire ou forcée) et son degré de planification, l'existence d'événements traumatisants subis dans le pays d'origine (guerre, famine, agressions) sont eux aussi liés à la survenue de symptômes dépressifs (Silove et al. 1997).

Le risque de développer des troubles psychopathologiques se majore si l'individu est seul lors de l'expérience migratoire, s'il est confronté à des événements traumatisants lors du trajet tels que des violences physiques ou psychologiques ou encore des noyades en mer (Bhugra & Ayonrinde 2004). La durée d'errance et l'itinéraire emprunté, l'incertitude quant à l'issue de la migration sont eux aussi des facteurs de risque (Kirmayer et al. 2007). Si l'origine du migrant semble avoir une influence sur la prévalence des troubles, la destination pourrait, elle

aussi, être une donnée qui compte. Aichberger (2010) et ses associés ont ainsi montré que la dépression était plus représentée chez les migrants dans le Nord et l'Ouest de l'Europe qu'ailleurs sur ce continent.

Toutefois, des études récentes montrent une prévalence des troubles mentaux chez les migrants plus faible que chez les non migrants. La sélection, de plus en plus stricte, des migrants par les pays hôtes aboutirait à une surreprésentation des migrants en bonne santé, phénomène encore appelé « healthy migrant effect » ( Canino et al. 1987; Vega et al. 1998; Grant et al. 2004). On constate néanmoins dans ces études, qu'après quelques années, les taux des troubles mentaux rejoignent et dépassent ceux de la population non migrante (Wu & Schimmele 2005). Il semblerait donc que le stress de la migration soit remplacé par ce qui la suit dans le pays d'accueil (Iley & Nazroo 2007). Il est maintenant reconnu que l'une des plus grandes influences sur la santé mentale en situation post-migratoire est le faible statut socio-économique : chômage, niveaux inférieurs d'éducation, conditions de logement précaires (Molarius et al. 2009). Néanmoins, il existe, au moins dans certains groupes d'âge de migrants, des preuves qui indiquent que ce seraient plutôt les taux plus élevés de détresse et de dépression dans ce groupe qui pourraient être la raison de la baisse du niveau social, des conditions socioéconomiques et de la santé physique plutôt que la migration en elle-même (Aichberger et al. 2010).

Une mauvaise maîtrise de la langue, une dynamique familiale perturbée (dans le pays d'accueil mais aussi avec la famille restée dans le pays d'origine) et une mauvaise connaissance du système de santé favoriseraient aussi la survenue de symptômes dépressifs (Husain et al. 1997). Le statut administratif du migrant (Steel et al. 2004; Carta et al. 2005) ainsi que les conditions d'accueil du pays hôte sont également des facteurs de risque. L'abus et la dépendance aux produits sont des comorbidités logiquement retrouvées dans la majorité des régions du monde (Bhugra & Mastrogianni 2004). Pour Bhugra et Ayonrinde (2004), il semble que le meilleur facteur protecteur soit la présence de pairs dans le pays d'accueil.

Le racisme reste une réalité dans nos sociétés (Montgomery & Foldspang 2008). La discrimination raciale perçue a été associée à des taux plus élevés de troubles mentaux, notamment de dépression et de psychose. Comme le montre Furtos (2008) cette exclusion, cette mise à l'écart ou marginalisation crée de l'isolement, du repli sur soi, de la méfiance, de la non-reconnaissance, de la disqualification et du rejet, toute une gamme de sentiments, qui on le sait bien aujourd'hui, affectent durablement l'estime de soi et le bon fonctionnement psychologique (Furtos & Collectif 2008). Une revue de la littérature américaine sur l'association entre racisme et maladie mentale a révélé que 92% des études sur le sujet

mettaient en évidence une association positive entre l'expérience du racisme perçu et des signes non-spécifiques de détresse (McKenzie 2006). Sur 12 études, 11 ont trouvé une association négative entre bien-être psychologique et l'expérience du racisme. Quatre des cinq études portant sur les liens entre racisme et dépression ont souligné une association positive entre ces deux facteurs.

### *Autres facteurs étiologiques*

Ces différents facteurs vont influencer le *processus d'acculturation*. L'une des premières définitions revient à Redfield, Linton et Herskovits en 1936 pour qui l'acculturation est « *l'ensemble des phénomènes résultant du contact direct et continu entre des groupes d'individus de cultures différentes, entraînant des changements dans les types de cultures originales de l'un ou des deux groupes* ». Il s'agit pour Laplantine (1988) de la « *situation dans laquelle une culture dominante impose ses systèmes de valeurs et de comportements à une culture dominée* » mais aussi d'une interpénétration telle que les groupes de civilisations en présence se transforment en se mélangeant (ibid). Pendant le processus d'acculturation, les cultures du migrant et de l'hôte peuvent donc toutes les deux évoluer et des changements de comportements, de valeurs, d'affiliations sociales peuvent se produire à la fois dans la culture minoritaire mais aussi au sein de la culture majoritaire (Bhugra 2004).

L'acculturation peut aussi être définie selon un mode dimensionnel: d'un côté, le maintien de son identité culturelle et de l'autre, les relations tissées avec la nouvelle communauté (Berry et al. 1989). Dans le processus d'acculturation, l'individu dans son nouvel environnement, peut rencontrer des conflits résultant d'une concurrence entre son propre patrimoine culturel et celui de la société hôte ( Berry et al. 1987). Selon le type d'interaction, les stratégies qui en résultent peuvent être *l'intégration* (c.-à-d. que le sujet désire maintenir sa culture d'origine et son identité et établir des contacts avec la société d'accueil), *la séparation* encore appelée *ségrégation* (c.-à-d. que l'individu cherche à conserver son identité et sa culture d'origine, tout en évitant des interactions ou des relations avec la société d'accueil), *l'assimilation* (c.-à-d. que l'individu abandonne son identité et sa culture d'origine et cherche à établir des relations avec la société d'accueil. Il adopte alors la culture de la société d'accueil au détriment de sa culture d'origine) et enfin la *marginalisation* (le rejet des deux cultures, de la culture d'origine et de la culture hôte) ( Berry 2008). Les études indiquent que l'intégration est généralement associée à une meilleure adaptabilité alors que la marginalisation a été rapportée comme étant plus fréquemment liée à des difficultés (Ward & Kennedy 1994; Phinney & Devich-Navarro 1997). Cf. *Figure 1*.

		<i>Maintien de la culture d'origine :</i> faut-il maintenir son identité et sa culture d'origine ?	
		Oui ←	→ Non
<i>Contact et participation avec l'environnement socioculturel :</i> faut-il avoir des relations avec la société d'accueil et participer à la vie sociale ?	Oui ↑	Intégration	Assimilation
	↓ Non	Séparation	Marginalisation

Figure 1 : Les stratégies d'acculturation de Berry (Berry et Sam, 1997, p.296)

L'acculturation implique donc un ensemble complexe de processus et possède un impact différentiel en santé mentale (Abrams, Allen & Gray, 1993; Miranda & Umhoefer, 1998; Shen & Takeuchi, 2001). *Le stress d'acculturation* est défini comme la réduction de l'état de santé des individus qui sont l'objet de l'acculturation, et pour qui il est évident que les phénomènes de santé sont en lien avec les phénomènes d'acculturation. L'acculturation est devenue une variable considérable en santé mentale mais les travaux sur le lien entre dépression et acculturation restent équivoques (Berry et al. 1987; Calliess & Machleidt 2011). Certaines ont montré qu'il existait une association bénéfique entre acculturation et santé mentale (Organista et al. 2003, Rodriguez-Reimann et al. 2004). Inversement, l'acculturation pourrait augmenter le stress et les conflits entre deux cultures opposées (Nguyen & Peterson 1993) ou être associée à une réduction du soutien familial (Gil et al. 2000). Certains travaux ne retrouvent pas de lien du tout entre les deux variables. Une des raisons possibles de ces écarts retrouvés dans les résultats peut être imputable aux outils évaluant l'acculturation qui varient selon les études, ce qui entraînerait une hétérogénéité de mesure considérable (Zane & Mak 2003).

*Le choc culturel* est une réaction au stress découlant de l'incertitude de pouvoir maintenir sa propre intégrité physique ou psychologique (Olberg 1960). *Le conflit culturel* renvoie, pour sa part, aux tensions vécues par les personnes d'une culture minoritaire. Choc et conflits culturels peuvent induire une symptomatologie dépressive chez les migrants, probablement en interagissant avec les traits de personnalité des individus (Bhugra & Ayonrinde 2004).



Les schémas cognitifs qui sous-tendent la dépression chez les migrants et les minorités ethniques semblent être perturbés. Le modèle standard de la triade dépressive - «Je suis un échec, le monde est un endroit horrible et l'avenir est sombre» - pourrait ne pas s'appliquer universellement et les notions du Soi pourraient aussi varier selon les cultures. En effet, dans les groupes socio-centriques, le soi individuel pourrait être englouti dans la parenté, la famille et la société. Néanmoins, ces théories laissent à penser que des populations n'auraient pas accès à certains types d'émotions ou de vécus, laissant entendre qu'elles ne seraient réservées qu'à certaines sociétés. De plus, il n'existe aucun travail sanctionnant définitivement de telles hypothèses.

La migration, indépendamment de l'origine culturelle, pourrait toutefois amener à reconsidérer, et même à changer, ces notions du Soi, ce qui pourrait causer un stress supplémentaire. Ainsi, le schéma cognitif des réfugiés et des demandeurs d'asile politique peuvent contenir des composants réalistes de persécution. Ces pensées paranoïaques ou persécutoires, alimentées par le racisme, pourraient contribuer davantage au retrait social et à un sentiment de désespoir et d'aliénation (Bhugra & Ayonrinde 2004).

### ***3. Dépression et migration : une sémiologie singulière ?***

Depuis les voyages de Kraepelin à Java il y a plus de 100 ans, les psychiatres cherchent à caractériser l'expression de certains troubles psychiatriques en situation transculturelle. Le tableau clinique de la dépression était apparu particulier au psychiatre munichois. Ainsi, et à propos des états dépressifs chez les Javanais, Kraepelin (1904) écrit « *je n'ai jamais trouvé d'états dépressifs complètement développés et durables tels qu'ils remplissent nos salles d'hôpital ou en tout cas ils sont rares. L'absence d'idées de culpabilité et de tendances suicidaires va dans le même sens.* » Si aujourd'hui tout le monde s'accorde à dire qu'il existe un ensemble restreint d'émotions universelles, leur vécu et leur expression symptomatique semblent varier en fonction de l'origine culturelle. Dans un certain nombre de cas, le processus dépressif n'est pas tout de suite repérable, ce dernier étant masqué derrière des symptômes ou des plaintes culturellement codées : c'est ce thème que notre travail développe.

Comme le souligne Selod (1998), la littérature sur le sujet est essentiellement anglo-saxonne, américaine en particulier. La réflexion sur la transculturalité y est particulièrement développée. Nous déplierons plus tard les résultats de ces études pour les mettre en perspective avec les résultats de notre travail.

Présentons dès à présent l'étude de l'OMS sur la dépression de 1983, l'une des premières études épidémiologiques internationales sur le sujet (Sartorius et al. 1983). Menée à Bâle, Montréal, Nagasaki, Téhéran et Tokyo, elle montra que les symptômes les plus communs au cours de la dépression, à travers les différents sites, étaient la tristesse, l'absence de joie, l'anxiété, le manque d'énergie, la perte d'intérêt, les troubles de la concentration, et les idées d'insuffisance, d'incapacité ou de dévalorisation. Sur les 573 patients sélectionnés, 75 à 100% des patients présentaient le même cœur de symptômes. Cependant les auteurs conclurent que ces résultats n'excluaient « pas l'existence de nombreux autres syndromes dépressifs *atypiques* ou *spécifiques d'une culture*, pour lesquels il faudrait élaborer d'autres méthodes de dépistage et d'évaluation » (p.102).

### *Les syndromes liés à la culture :*

Traduits par « syndromes liés à la culture », les « *culture-bound syndromes* » correspondent à des catégories diagnostiques locales populaires qui associent des significations cohérentes à certains types d'expériences et d'observations répétitives, structurées et exprimant de l'affliction. Ils peuvent être considérés par les autochtones comme des maladies ou au moins des affections (Guarnaccia & Rogler 1999). Pour ce qui est de la psychiatrie, c'est encore à Kraepelin que revient la primauté de s'être intéressé à la question mais ce n'est qu'en 1994 que les CBS font leur apparition officielle dans un système nosographique psychiatrique moderne, en l'occurrence la quatrième version de la classification américaine des troubles mentaux (American Psychiatric Association, 1994). On peut citer à titre d'exemple l'*Amok* en Malaisie et en Indonésie, le *Koro* en Asie ou le *Latah* en Indonésie.

Deux types de publications sur la question peuvent être différenciés : celles qui traitent d'un syndrome précis et cherchent à en dégager les particularités, essentiellement cliniques et épidémiologiques ; et celles qui s'interrogent sur la pertinence d'isoler ces entités et sur la place à leur accorder (Perez et al. 2000). La question de savoir si les syndromes liés à la culture correspondent à des variantes atypiques des diagnostics psychiatriques conventionnels, en particulier de la dépression, ou au contraire, s'ils sont situés hors des nosologies actuelles, n'est pas encore tranchée. Selon Hugues (1998), l'important est de ne pas en faire des entités diagnostiques figées, une sorte de « musée exotique », mais plutôt un moyen de réfléchir sur les relations entre la psychopathologie et le contexte culturel. En soi, l'isolement même de ces entités qui seraient culturellement spécifiques, désignées comme aberrantes au regard d'un clinicien occidental, est donc toujours remis en question (Littlewood, 2001).

### *Vers une clinique du migrant ?*

Existe-t-il des tableaux cliniques spécifiques liés à la migration comme il semble exister des tableaux cliniques spécifiques de certaines aires culturelles ? Sans vouloir réduire la diversité et la singularité de la migration à une expérience généralisable et homogène, c'est une des questions à laquelle nous allons essayer de réfléchir grâce à l'enquête SMPG. Notre objectif est d'apporter un éclairage pragmatique au thérapeute qui se trouve confronté aux difficultés diagnostiques en contexte migratoire.

#### ***4. Des représentations multiples :***

La culture peut influencer la séméiologie de la dépression mais aussi les réactions aux symptômes, les explications de la maladie, la recherche d'aide et les relations du patient avec sa famille et les professionnels de santé. La psychiatrie transculturelle poursuit aujourd'hui l'exploitation des rapports entre clinique, biologie, société et culture : les représentations de la maladie vues par les patients tendent à être de plus en plus prises en compte en clinique et en recherche transculturelle (Weinstein, 1983). Elles permettent une meilleure compréhension de l'altérité du patient, du migrant en l'occurrence et de son rapport à la maladie.

La représentation sociale est un concept de psychologie sociale introduit par Durkheim en 1895 et développé dans les années 50 par Moscovici puis par Jodelet. Pour Jodelet (1991, 2002), il s'agit d' « *une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* ». C'est un savoir naïf qui permet de se positionner dans la vie quotidienne. Ces représentations sociales peuvent impliquer des cognitions complexes. Sperber (1989) signale même que « *beaucoup de représentations culturelles complexes ne sont jamais rendues publiques sous la forme d'un discours intégré* ». On peut toutefois circonscrire cinq dimensions permettant d'accéder aux représentations de la maladie : les discours, les pratiques, la temporalité, la subjectivité, l'influence des acteurs les uns sur les autres (Sakoyan 2005). Pour accéder aux représentations sociales d'un groupe, il faut d'abord interroger l'individu, ce que notre enquête permet.

Les recherches sur le sujet se multiplient actuellement (Chou et al. 1996; Jorm et al. 1999; Angermeyer & Matschinger 1999; Jodelet 2002; Dietrich et al. 2006). Certains auteurs se sont penchés sur une vision péjorative des représentations (Wilson et al. 2000; Dietrich et al. 2006; Klin & Lemish 2008). D'autres analysent l'impact de l'installation de malades mentaux dans la ville (Cheung 1990; Jodelet 2002) et signalent certains facteurs de rejets des malades mentaux. Brockington (1993) retrouve un lien fort entre la tolérance des sujets, leur âge, leur éducation, ou encore la proximité qu'ils peuvent avoir avec des malades mentaux.

La culture peut influencer profondément tous les aspects d'une pathologie, a fortiori ses représentations (Kirmayer et al. 2011). Guardia (2009) montre par exemple que quel que soit le trouble, les sujets migrants avaient significativement plus le « *sentiment d'être malade* ».

Kleinman, dans les années 70, définit l'existence de modèles explicatifs de la maladie pour l'individu malade, pour sa famille et pour le praticien qu'il soit professionnel ou non. Seule une partie d'un modèle explicatif est conscient, l'autre restant inconscient (Kleinman 1980). Taïeb (2005) rappelle que les modèles explicatifs cherchent à expliquer la maladie selon cinq axes : l'étiologie, le moment et le mode d'apparition des symptômes, la physiopathologie, l'évolution du trouble (avec le degré de sévérité, le type d'évolution aiguë, chronique...) et enfin le traitement.

Ils doivent être distingués des croyances générales (*general beliefs*) autour des maladies et des techniques de soins. Ces croyances appartiennent à l'idéologie des différents secteurs du système de soins et existent de façon indépendante à la maladie d'un sujet. Les modèles explicatifs, eux, sont rassemblés en réponse à un épisode particulier de maladie chez un sujet donné dans un secteur donné. Ils regroupent l'ensemble des réseaux sémantiques (*semantic networks*) qui relient le vécu des troubles et les représentations des patients, des soignants et de toute autre partie concernée par la maladie. Ceux des profanes sont souvent vagues, transportent de multiples sens, peuvent changer et ne sont que rarement invalidés par l'expérience. Ils sont, en général, suffisamment souples pour couvrir un spectre large d'expériences et suffisamment imprécis pour ne pas être infirmés par l'évolution du trouble. Les modèles explicatifs sont donc le principal moyen de construction de la réalité clinique.

Sous cette lumière, la maladie ne paraît plus comme un événement isolé mais comme un fait social dont l'expression est construite selon les représentations dominantes du malheur, de la vie et de la mort.

Enfin, en s'appuyant sur sa pratique de l'ethnopsychanalyse, dans le cadre des thérapies parents-enfant en situation migratoire, Moro (1994) a montré que l'on pouvait définir des processus qui génèrent du discours autour de l'enfant : « *ces représentations sont de véritables supports d'insight* ». Moro en a étudié trois de manière systématique: les matrices ontologiques, les théories étiologiques et les logiques thérapeutiques. Les matrices ontologiques, celles de l'être, désignent l'ensemble des représentations partagées par un groupe culturel. Elles concernent notamment les manières de voir et de considérer le monde, l'Homme, le normal et l'anormal. Le niveau des théories étiologiques, qui sont pourvoyeuses de sens, s'établit de manière congruente aux représentations ontologiques. Ce sont les récits des parents pour donner un sens aux malheurs qui touchent leur enfant. Le troisième niveau, qui découle des deux précédents, est celui des logiques du faire. Cela peut impliquer un acte thérapeutique de type traditionnel. La compréhension des symptômes psychiatriques chez le migrant nécessite ainsi un « décodage » qui passe par une analyse à partir de ces trois niveaux.

## ***5. Le diagnostic à l'épreuve de l'expérience transculturelle***

En dépit de progrès considérables dans le domaine de la psychopathologie transculturelle, persistent encore des controverses autour de questions aussi fondamentales que celle de la définition de la culture. Il en existerait plus de 300, sans qu'aucune ne soit réellement consensuelle (Baubet & Moro 2009). On peut toutefois retenir celle d'Herkovitz (1948) pour qui la culture serait « *la part de l'environnement façonnée ou fabriquée par l'homme* ». Pour Lopez et Guarnaccia (2000), « *la culture n'est pas simplement un ensemble de croyances ou de valeurs résidant au sein d'un individu, mais plutôt un processus dynamique, caractérisé par l'engagement d'un individu au sein d'un réseau social* ».

Les premières réflexions sur la question culturelle en psychiatrie ont souvent été réalisées dans le contexte de la colonisation et donc de subjectivité (Baubet & Moro 2009). La transculturalité s'est ensuite développée avec l'accroissement des flux migratoires et l'émergence d'une société de plus en plus métissée en évoluant de courants tels que la « psychiatrie comparée » jusqu'à la « nouvelle psychiatrie transculturelle » initiée par Arthur Kleinman, psychiatre et anthropologue (1977). Ainsi, les positions sur le rapport entre culture et psychiatrie sont multiples, allant de l'universalisme total au relativisme complet. On peut retenir la définition de Devereux (1980), père de l'ethnopsychanalyse, pour qui la transculturalité ou les situations transculturelles sont « *des rencontres cliniques où le thérapeute et son patient n'appartiennent pas à la même culture* ». Il s'agit par exemple de la rencontre d'un médecin avec un patient migrant ou un malade appartenant à une minorité ethnique de son pays.

### *Utilisation du DSM en situation transculturelle*

Ballenger et al (2001) suggèrent que les variations cliniques et épidémiologiques de la dépression décrites ci-dessus ne reflètent pas nécessairement une réalité médicale mais qu'elles ne seraient que les conséquences de biais méthodologiques comme l'utilisation dans les études de classifications différentes ou le manque d'instruments culturellement appropriés (ou dont la traduction n'est pas validée). Ainsi Hollifield (2002) met en évidence que seules une vingtaine d'échelles, sur les 125 utilisées en psychiatrie, ont spécifiquement été développées pour une évaluation des populations migrantes.

On peut s'interroger sur la diffusion internationale du DSM qui a été le vecteur d'une mondialisation des catégories diagnostiques, soit disant universelles, pourtant élaborées dans un contexte social, historique et culturel particulier : celui des Etats-Unis de la fin du XXème siècle. La référence aux aspects culturels de la psychiatrie y est apparue récemment (Baubet 2005). Dans le DSM-III et le DSM-III-TR, on ne trouvait qu'une brève allusion à cette question dans l'introduction du manuel. C'est en 1990, dans le cadre de l'élaboration du DSM-IV que les aspects transculturels commencèrent réellement à être pris en considération. La culture est ainsi évoquée dans quatre rubriques du DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 2003) :

- Une déclaration sur les aspects culturels (*culturels statement*) dans l'introduction du manuel qui alerte le clinicien sur la prudence nécessaire dans son utilisation du dans un contexte multiculturel. Elle souligne l'importance des concepts de culture et d'ethnicité et encourage le clinicien à prendre en compte le biais de l'ethnocentrisme;
- Des considérations culturelles pour la plupart des catégories diagnostiques du manuel ;
- Un guide de formulation culturelle figurant en appendice ;
- Un glossaire des syndromes liés à la culture, figurant également en appendice.

Dans la catégorie des épisodes dépressifs majeurs (DSM IV TR, 2000, p 408), est mentionné le risque d'erreur diagnostique liée entre autres à l'expression somatique, plutôt qu'à l'expression de la tristesse ou de la culpabilité, rencontrée dans certaines cultures. Le DSM-IV stipule également qu'il existerait « *des raisons de penser que les cliniciens ont tendance à surdiagnostiquer la Schizophrénie au détriment du Trouble Bipolaire dans certains groupes ethniques* » (p330).

Malgré cette avancée réelle , le DSM fut l'objet de nombreuses critiques (Maser et al. 1991; Manson 1995; Kirmayer & Minas 2000). Kirmayer (2000) souligna que le refus d'inclure certaines recommandations culturelles ne reflétait pas tant le manque d'arguments scientifiques que le refus d'intégrer des commentaires susceptibles d'entrer en conflit avec les positions théoriques implicites du DSM. Il manifesta aussi le regret que ce guide relègue la question culturelle « à un musée des curiosités exotiques ». Il est important de rappeler que lors de son inclusion dans le DSM, il n'y a pas eu de validation précise de ce guide, pas de publications sur son utilité, ni de préconisation d'une utilisation systématique (Lewis-Fernandez & Diaz 2002).

Toutefois l'utilisation du Guide de formulation culturelle aurait été appliqué avec succès sur des patients de quelques minorités ethniques des Etats-Unis (Afro-Américains, Indiens d'Amérique, Asiatiques, Latino-américains) mais sans que les résultats aient été publiés, ni que nous en connaissions les modalités.

De plus, il a le mérite d'ajouter à la démarche diagnostique une démarche complémentaire d'évaluation de l'expérience du trouble telle que le patient la décrit avec ses propres références. On parle, ces dernières années, d'approches *émique* (utilisation de catégories localement signifiantes basées sur des représentations sociales) et *étique* (utilisation des critères nosographiques internationaux dérivés de notre système de soins occidental au moyen d'échelles et d'instruments occidentaux), deux approches qui ont donné lieu à de nombreuses publications (Fabrega 1989; Thakker & Ward 1998). Ces deux approches émiques et étiques sont à concevoir en complémentarité, et les chercheurs tentent, aujourd'hui, de combiner la recherche quantitative à une approche plus souple à l'aide des récits locaux et des modèles explicatifs des troubles mentaux (Weiss et al, 1992; Lloyd et al, 1996).

Les travaux préconisés pour la rédaction du DSM-V (à paraître en 2013) par l'équipe de réflexion actuelle sont consignés dans un ouvrage intitulé « A research agenda for DSM-V », dans lequel un chapitre entier sur six est consacré à la culture, ce qui semble de bon augure. D'autant plus qu'un des auteurs de ce chapitre n'est autre que Bedirban Ustun, responsable également de la préparation de la CIM-11, donc à vocation plus internationale !

### *Le concept de misdiagnosis :*

Comme le soulignent les travaux de Radjack (2009), deux types d'éléments symptomatiques sont souvent distingués en situation transculturelle: les éléments pathogéniques, organiques, stables car liés à des processus biologiques - déterminant la forme universelle - et les éléments pathoplastiques, variables car liés à la culture - déterminant le contenu particulier (Birnbaum, 1923). Cette dichotomie forme *vs* contenu, qui peut paraître utile pour rendre compte des constantes autant que des variations des tableaux cliniques à travers le monde, se heurte à plusieurs critiques. Littlewood (2001), par exemple, démonte les présupposés de la position dite scientifique-occidentale :

- Comment fixer la limite entre ce qui est forme (universelle) et ce qui est contenu (culturel) ?

Dans le cas du délire persécutif, ne s'agit-il pas globalement d'une forme universelle : les modalités de cette persécution étant, elles, de l'ordre du contenu culturel ?

- L'idée même d'une telle dichotomie est, selon l'auteur, déjà révélatrice d'un mode de pensée particulier.



Les discussions sur une approche culturelle en psychiatrie ont tendance à se concentrer sur le patient appartenant à une minorité. Pourtant, la psychiatrie elle-même est une institution culturelle (Kleinman 1996). L'anthropologie médicale a montré comment de nombreux aspects de la théorie de la pratique psychiatrique sont basés sur des concepts culturels spécifiques.

La «culture» n'est donc pas simplement une caractéristique des patients (Laurence & Kirmayer 2001). On peut donc remettre en question la mondialisation et l'ethnocentrisme des conceptions occidentales présentées comme universelles (Petryna & Kleinman 2001).

Ce problème est débattu depuis les années 1970, essentiellement aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne. Kleinman (1977) a proposé le concept de *category fallacy* pour désigner l'application à un groupe culturel de critères diagnostiques définis au sein d'un autre, et dont la validité transculturelle n'a pas été établie : un risque élevé d'erreurs diagnostiques, encore appelé *misdiagnosis*, en résulte notamment à travers un risque plus élevé de diagnostics de psychose et d'hospitalisations sous contrainte. Ce concept a fait l'objet d'une littérature considérable sur le sujet, même s'il reste encore trop absent en France (Baubet & Moro 2009).

Selod (1998) propose trois causes à l'origine du *misdiagnosis* :

- La distance culturelle, où les comportements, le langage, les croyances sont à l'origine de mauvaises interprétations cliniques. La barrière du langage serait ainsi le premier facteur limitant de prise en charge et serait associée à un allongement de la durée de la consultation et d'errance diagnostique (Carter 1979; Lindert et al. 2008).
- La variabilité symptomatique du trouble dépressif et des troubles post-traumatiques où l'expression culturelle peut être source d'erreur: les troubles dépressifs, anxieux, somatoformes et dissociatifs sont souvent intriqués.
- La présence de syndromes liés à la culture, développés plus haut.

Certains auteurs dénoncent les problèmes liés aux stéréotypes, aux préjugés et aux contre-attitudes des cliniciens et mettent en cause un certain racisme institutionnel (Carter 1979; Jones & Gray 1986).

Les *misdiagnoses* concernent particulièrement les patients migrants. Ainsi, comme précisé plus haut, la dépression reste méconnue et sous-traitée au sein des populations migrantes, en particulier en soins primaires.

Des études sur les soins primaires au Royaume-Uni montrent que même si les patients migrants consultent plus leur médecin généraliste que les non-migrants, ils sont moins susceptibles d'avoir leurs troubles identifiés (Gillam et al. 1989).

Des études menées aux Etats-Unis ont également montré que les médecins sont d'autant moins susceptibles de détecter la dépression chez les migrants afro-américains et hispaniques que chez les non migrants, surtout si le médecin et le patient sont d'une ethnie différente (Leo et al, 1998; Borowsky et coll, 2000).

Comino et ses collaborateurs (2001) ont rapporté qu'en Australie, les patients asiatiques ont en général de plus faibles taux de diagnostics justes par rapport aux patients australiens, même s'ils présentent les mêmes symptômes.

Une confusion entre dépression et troubles somatoformes peut aussi être à l'origine d'errances diagnostiques. Nous verrons plus tard comment la symptomatologie somatique peut souvent constituer le premier point d'appel d'un épisode dépressif caractérisé.

Quant aux difficultés diagnostiques entre dépression et psychose, il semble exister une véritable épidémie de diagnostics de schizophrénie au sein des populations migrantes. Selon Cochrane (1987), il existerait cinq hypothèses relatives à ces taux élevés de psychoses chez les migrants :

- Une différence concernant les caractéristiques socio-démographiques des migrants pourrait expliquer la différence des taux de schizophrénie.
- Un taux plus élevé de schizophrénie existerait dans les pays d'origine.
- Il existerait une prédisposition des schizophrènes à la migration.
- La schizophrénie serait une conséquence de la migration.
- L'erreur diagnostique serait une explication plus spécifique à certains groupes ethniques.

Nous nous pencherons sur cette dernière hypothèse dans le cadre de cette recherche, et plus particulièrement sur le cas des patients souffrants d'épisodes dépressifs diagnostiqués à tort comme psychotiques ou schizophrènes. De nombreuses études sur le sujet ont été publiées que nous développerons plus tard (Welner et al. 1973; Raskin et al. 1975; Cheetham & Griffiths 1981; Kalunta 1981; Strakowski et al. 1997).

Baubet (2009) rappelle que dans la majorité des études épidémiologiques, la stabilité du diagnostic est un élément qui fait défaut. Certains travaux ont montré que les patients caribéens atteints de troubles bipolaires présenteraient d'avantage de symptômes de premier rang de schizophrénie et d'idées délirantes non congruentes à l'humeur que leurs homologues blancs (Kirov et Murray 1999). Un certain nombre de patients présentant des troubles de l'humeur dans cette population pourraient donc être considérés à tort comme schizophrènes. Ozek, en 1988, avait noté qu'un grand nombre de patients turcs qui avaient reçu un diagnostic

de schizophrénie en Allemagne s'amélioreraient considérablement et durablement après leur retour en Turquie sous antidépresseur.

D'autres hypothèses ont été développées par la suite pour expliquer les prévalences élevées des troubles psychotiques comme le manque d'étayage par la communauté (Bhugra 2004), l'influence de la densité ethnique (Boydell et al. 2001), certains biais d'inclusion de cas.

Certains auteurs soulignent le fait que considérer la culture comme objet de recherche en Santé Mentale risque de médicaliser et donc de réduire une problématique plus large en lien également avec le racisme et les préjugés dont souffre la population migrante. Par exemple, Sashidharan a exprimé son inquiétude face à une concentration des recherches sur les différences psychologiques entre les « noirs » et les « blancs » plutôt que sur le déséquilibre des pouvoirs en place, inhérents à une société à prédominance raciste (Sashidharan 2001).

Ce sujet de réflexion est assurément complexe, voir gênant ou dérangeant. Il nécessite aussi d'éviter les stéréotypes et les généralisations. Néanmoins, les difficultés diagnostiques en situation transculturelle sont une réalité et les questions sur ce sujet demeurent plus nombreuses que les réponses.

Notre travail a pour objectif d'apporter une réflexion supplémentaire et pragmatique en tentant de recueillir et de comparer l'expression clinique de la dépression en fonction de la variable migratoire, du degré de migration et selon l'origine géographique des migrants déprimés. Il s'appuie sur les données de l'étude sur « La santé mentale en population générale: images et réalités » (SMPG), menée sous l'égide du Centre Collaborateur Français de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS), en association avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Dress)

## Matériel et Méthode

## ***1. Echantillon :***

L'étude sur la santé mentale en population générale: images et réalités (SMPG) est une recherche-action internationale multicentrique qui s'est déroulée principalement de 1999 à 2003. Elle a été menée par l'association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique (ASEP) en partenariat avec le centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale (Lille, France), et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère de la Santé (Roelandt et al. 2000).

L'enquête a été réalisée en France mais aussi en Algérie, en Belgique, aux Comores, en Grèce, à Madagascar, à Maurice et en Mauritanie. Pour chaque site participant à l'enquête, les données ont été recueillies par des enquêteurs formés, grâce à des questionnaires administrés au cours d'entretiens en face-à-face. Pour des raisons de méthodologie, certains groupes n'ont pas pu être inclus comme les personnes vivant en institution, en maison de retraite, hospitalisées, incarcérées ou sans domicile fixe, dont une proportion significative a des pathologies avérées (Bellamy et al. 2004).

L'échantillon national français, composé de 37063 personnes, a été obtenu par agrégation des échantillons de 44 sites français, hors DOM-TOM. Les sites ont été choisis en fonction des caractéristiques sociodémographiques des départements et de la répartition de l'offre de soins psychiatriques. Au total, une cinquantaine d'équipes de secteur psychiatrique ont assuré coordination, suivi, encadrement du terrain, saisie des données et présentation des résultats dans le cadre de leur mission de service public (Roelandt et al. 2000).

Afin de rendre l'échantillon représentatif de la population générale âgée de plus de 18 ans et vivant en France métropolitaine, une pondération aurait pu être réalisée selon les variables: sexe, âge, niveau de formation et catégorie socioprofessionnelle. Toutefois, le recensement réalisé ne tenait pas compte du statut de migration. Aucun poids ne pouvait donc être affecté à aucune des variables socio-économiques. Compte tenu du risque non négligeable de biais induit par des pondérations hasardeuses, nous avons décidé de traiter les informations contenues dans la base non pondérée (Guardia 2009).

Les données sur la migration ont permis l'élaboration de trois sous-groupes, selon qu'il s'agissait de sujets primo-arrivants, de sujets ayant connu la migration d'un de leurs parents ou d'un de leurs grands-parents.

Pour les besoins de notre étude, 5 sous-groupes ont pu être définis selon les origines géographiques les plus représentées chez les interviewés:

- Sujets non migrants (n'ayant pas connu de migration sur les 3 dernières générations) ;
- Sujets migrants originaires du Maghreb ;
- Sujets migrants originaires d'Afrique subsaharienne;
- Sujets migrants originaires d'Europe (de l'Est et de l'Ouest) ;
- Sujets migrants originaires de Guadeloupe et de Martinique (exclusion des individus interviewés dans les DOM-TOM).

## ***2. Passation :***

La méthode préconisée au départ par l'Insee était le tirage au sort des ménages. Toutefois, l'Institut, au vu des thématiques abordées, prévoyait un taux de refus d'environ 50 %. D'autres enquêtes, menées par téléphone, sur le thème de la santé mentale ont connu des taux de refus importants, par exemple l'enquête ESMed avec 54 % de non-réponses (Lépine et al. 2005). Pour une bonne fiabilité des réponses, il est important que les sujets aient la garantie que l'enquêteur (habitant souvent dans la même région que lui) ne pourra pas les identifier. Pour toutes ces raisons, il a été choisi d'utiliser la méthode des quotas et de ne pas recruter les personnes à domicile (Caria et al. 2010).

Les répondants ont donc été recrutés dans des lieux publics (rues, halls de grands magasins ou de services publics, avec l'accord des responsables). Les entretiens avaient lieu dans des lieux d'accueil déterminés à l'avance, afin de maintenir des conditions de confidentialité (mairies proches, locaux associatifs, bancs publics isolés etc...).

Les sujets répondaient après avoir reçu une information sur les objectifs et les conditions de l'enquête et après avoir donné leur consentement oral. Pour chaque personne interrogée, les questions exploraient ses propres représentations de la santé mentale ainsi que la présence de troubles mentaux actuels ou passés ainsi que les recours thérapeutiques et/ou aides utilisées. Les troubles actuels étaient plus explorés que les troubles sur la vie entière, afin de tenir compte du biais de mémoire (difficulté de se remémorer avec précision des problèmes de santé mentale, qui ne sont pas toujours identifiés comme tels par le sujet) (Caria et al. 2010).

Le questionnaire de l'enquête SMPG durait en moyenne 40 minutes. Le temps de passation pouvait être plus court puisque le questionnaire diagnostique fonctionne avec des questions filtres. Pour environ 75% des personnes interrogées, c'est-à-dire celles qui répondaient négativement à ces questions, l'entretien ne durait que 20 à 25 minutes. Une fois que la personne consentait à répondre, il y avait très peu d'interruption de la passation.

En début de projet (1996), l'Institut national de la statistique et des études économiques français (Insee), a estimé le coût de réalisation par des enquêteurs professionnels à 150 000 euros par site pour 900 personnes interrogées (hors analyse statistique), coût beaucoup trop important à assumer pour les promoteurs de l'enquête. Des étudiants ont donc été recrutés dans des écoles de formations en soins infirmiers (IFSI) pour constituer des équipes d'enquêteurs. Au total, plus de 2000 étudiants ont ainsi participé à cette action de santé publique, après avoir été sensibilisés à la stigmatisation des troubles psychiques, à l'épidémiologie psychiatrique, et aux classifications des pathologies.

Les frais d'enquêtes locales ont été pris en charge par chaque site d'enquête (essentiellement les établissements de santé). Le coût de réalisation (photocopies des questionnaires, frais de formation, déplacements, saisie des données et restitution des résultats) était de l'ordre de 6200 euros par site.

### **3. Outils :**

Les données ont été recueillies grâce aux quatre questionnaires suivants :

- *un questionnaire sur les représentations* de la « folie », de la « maladie mentale », de la «dépression » et des modes d'aides et de soins;
- *un questionnaire diagnostique* permettant d'estimer les prévalences des principaux troubles dépressifs, anxieux, addictifs (alcool et drogues) et les syndromes d'allure psychotique (certaines catégories de troubles étant optionnelles, elles n'ont pu être renseignées : anorexie et boulimie par exemple);
- *une fiche complémentaire de recours aux soins* en cas de trouble repéré;
- *un questionnaire sociodémographique*.

Dans ce travail, seule la fiche complémentaire de recours aux soins n'a pas été utilisée. Le questionnaire sociodémographique nous a permis d'obtenir les données descriptives suivantes: sexe, âge, situation matrimoniale, niveau de formation, type d'emploi exercé, revenus familiaux mensuels, nombre de personnes vivant dans le logement, croyance et pratique religieuse, pays d'origine du sujet interrogé, d'un de ses parents, d'un de ses grands-parents ou de son conjoint.

Le questionnaire diagnostique utilisé était le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Il s'agit d'un outil développé afin de disposer d'un entretien diagnostique semi-structuré court, fiable et validé. L'enquête pilote a permis de valider l'utilisation du MINI par des non-cliniciens, par comparaison avec des cliniciens (Lecrubier et al. 1997).

Cet instrument (120 questions) permet notamment d'interroger les individus sur 17 des pathologies de l'axe I du DSM IV (American Psychiatric Association 1994) et de la CIM 10 (Organisation mondiale de la santé 1995). Le MINI est organisé en sections diagnostiques ; les questions filtres (2 à 4 par pathologie) correspondent aux principaux symptômes. Les réponses positives (réponse « oui/non » pour chaque question) fournissent un score, qui, grâce à la fixation d'un seuil, permet de diagnostiquer ou non la pathologie (Lecrubier et al. 1997).

Notre travail reprend certains modules du MINI concernant :

- les épisodes dépressifs et épisodes dépressifs récurrents. La définition du DSM IV (American Psychiatric Association 2003) de l'épisode dépressif « majeur » est plus restrictive et abaisse la prévalence par rapport à l'épisode dépressif de la CIM 10 (Organisation mondiale de la santé 1995). Cf. *Annexe 1*.

- les syndromes d'allure psychotique : syndromes psychotiques isolés ou récurrents, passés ou actuels. L'enquête SMPG n'a utilisé que les questions filtres de cette section, c'est pourquoi les résultats sont présentés sous les termes de syndromes d'allure psychotique. Aux questions du MINI (réponse « oui/non » et questions ouvertes) a été rajoutée une procédure de validation clinique. Les réponses à ces questions ont, en effet, été systématiquement analysées par des cliniciens après passation du questionnaire, permettant de réaliser des repérages plus efficaces (Bellamy et al. 2004). Nous n'avons choisi d'utiliser que les items évaluant les syndromes psychotiques côtés positivement chez les individus déprimés et pour lesquels le diagnostic de psychose a été exclu, par le questionnaire ou par le clinicien à la relecture du dossier. Cf. *Annexe 2*. Le participant pouvait ainsi répondre positivement à certains items du MINI évaluant les syndromes d'allure psychotique, par exemple avoir déjà eu l'impression « de voir des choses que les autres ne pouvaient pas voir », sans être pour autant diagnostiqué psychotique.

Une telle méthodologie pose la question de la validité transculturelle de l'outil et de la définition du trouble dépressif à partir de laquelle il se construit, celle de la CIM10 dans notre cas. Le MINI semblait toutefois particulièrement adapté à notre étude, car la passation est courte et peut être réalisée par des non professionnels. Il a été traduit et validé dans de nombreuses langues, ce que nous avons considéré comme la marque de sa relative applicabilité à diverses cultures (Sheehan et al. 1997; Kadri et al. 2005).

Un questionnaire spécifique sur les représentations sociales a été développé pour l'étude SMPG en suivant la méthodologie OMS de développement multicentrique et international (Caria & Quemada 1995), avec la collaboration de sociologues, d'anthropologues et de



professionnels de la santé mentale. Le questionnaire final comprend une cinquantaine de questions ouvertes, semi-ouvertes et fermées, qui explorent les représentations liées à la folie, la maladie mentale et la dépression, aux types d'aides et de soins possibles (médicaux, religieux, magico-religieux et autres), à la tolérance de la société et au rôle de la famille. L'acceptabilité des questions a été vérifiée à chaque étape de développement, en passant le questionnaire à une dizaine de personnes tout-venant. A chaque session de formation, un test de fidélité inter-juge est mené auprès de tous les enquêteurs par cotation d'un entretien vidéo. Plus de 90 % des cotations sont identiques entre les enquêteurs ; les différences sont attribuables à la hiérarchisation des codages dans les questions semi-ouvertes (Roelandt et al. 2000). Notre travail ne reprend que les questions ou propositions du questionnaire qui concernent les troubles dépressifs.

#### ***4. Objectifs:***

Cette étude a pour objectif de mieux appréhender le filtre culturel qui perturbe le diagnostic et la prise en charge de la dépression en contexte migratoire. Il s'agit donc de déterminer si les variables « migration », « génération de migration » et « origines géographiques » des migrants ont une influence sur l'expression de la symptomatologie dépressive et sur les représentations de la dépression.

Cela s'inscrit donc parfaitement dans la mission, plus globale, de l'enquête internationale «Santé Mentale en Population Générale : images et réalités » (SMPG) qui a deux objectifs :

- Décrire les représentations liées à la folie, à la maladie mentale. C'est l'axe socio-anthropologique ;
- Evaluer la prévalence des principaux troubles mentaux parmi les adultes, en population générale. C'est l'axe épidémiologique.

Il s'agissait aussi de sensibiliser les partenaires sanitaires, sociaux, associatifs et politiques à l'importance des problèmes de santé mentale et de promouvoir l'instauration d'une psychiatrie intégrée dans la Cité (Caria et al. 2010).

### *Objectif et critère de jugement principaux :*

L'objectif est d'étudier l'influence de la variable « zone géographique d'origine des migrants » sur l'expression de la symptomatologie dépressive et d'identifier ainsi des profils cliniques spécifiques.

L'échantillon de travail était constitué par des sujets déprimés mais ne souffrant pas de troubles psychotiques ou d'état de stress post-traumatique. En effet, les populations migrantes sont plus exposées que les autres aux pathologies traumatiques et la comorbidité entre dépression et état de stress post-traumatique est élevée (American Psychiatric Association 1994; Lépine et al. 2005).

Face aux faibles effectifs lors de la stratification par pays d'origine, un appariement par un tirage au sort dans la population non migrante déprimée a été réalisé en vue d'une analyse de type cas/témoin. Une analyse bivariée, visant à identifier l'influence de la zone géographique d'origine sur l'expression des différents critères diagnostiques du MINI évaluant la dépression et les troubles psychotiques (sans diagnostic de psychose avéré), a ainsi pu être effectuée. Une analyse multivariée a ensuite été réalisée pour éliminer d'éventuels facteurs de confusion.

L'influence des variables « migration » et « degré de migration » sur l'expression du MINI évaluant la dépression et les troubles psychotiques a été ensuite étudiée en analyses bivariée puis en multivariée au sein de la population déprimée, non psychotique et ne souffrant pas d'état de stress post-traumatique.

### *Objectifs et critères de jugement secondaires :*

1. Une analyse bivariée au sein de la cohorte SMPG comparant les données socio-démographiques des échantillons migrant et non migrant a été effectuée.

2. Une analyse bivariée portant sur l'influence des variables « migration », « degré de migration » et « origine géographique des sujets migrants » sur la prévalence des épisodes dépressifs et des épisodes dépressifs récurrents a été réalisée. Une analyse multivariée a également été réalisée pour éliminer d'éventuels facteurs de confusion. Les sujets souffrant de troubles psychopathologiques confondants ont été écartés de la population de travail (trouble psychotique ou état de stress post-traumatique associé à la dépression).

3. Au sein de la cohorte SMPG, nous avons tenté de mettre en évidence une influence significative des variables « migration » et « degré de migration » sur les représentations de la dépression et cela grâce à une analyse bivariée des items du questionnaire sur les représentations de la dépression.

## ***5. Analyse des données :***

Compte tenu de l'absence de pondération possible selon les variables (sexe, âge, niveau de formation, catégorie socioprofessionnelle), nous avons traité les informations contenues dans la base non pondérée, c'est-à-dire non rapportée à la population générale. Néanmoins, la cohorte étant composée de 37 063 observations, la puissance obtenue lors de l'analyse statistique a été jugée suffisante.

L'analyse des données est réalisée à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute Inc., Cary, NC 25513). Les valeurs de  $p < 0,05$  sont considérées comme statistiquement significatives. L'analyse des variables qualitatives est effectuée à l'aide d'un test de Chi-2 ou un test de Fisher exact selon l'importance de l'échantillon.

Pour cela, l'ensemble des variables ayant un lien statistique avec la survenue d'un trouble est intégré dans un modèle de régression logistique multivariée pas à pas, dans la mesure où la « valeur p » rattachée à ce lien est inférieure à 20 % ( $p < 0,2$ ). La prédictibilité des variables est ensuite déterminée à l'aide d'une analyse ROC, le seuil de significativité étant défini par une aire sous la courbe au moins égale à 80%.

## Résultats

Nous commencerons par décrire les caractéristiques socio-démographiques des échantillons migrants et non migrants. Nous présenterons ensuite les effets de la variable migratoire, du degré de migration et de la zone géographique d'origine des migrants sur la prévalence des troubles dépressifs puis sur leurs expressions cliniques. Enfin, nous nous intéresserons aux représentations sociales de la dépression au sein des deux groupes.

## ***1. Descriptif de la population migrante et non migrante:***

*Les données migratoires sont répertoriées au sein des tableaux I à VI, et dans la figure 2.*

### *Données démographiques:*

Parmi les 37063 participants à l'étude, 26,50 % sont d'origine migrante (n= 9821 sujets) dont 19,45 % (n = 1911) de première génération, 42,23 % de seconde génération (n = 4147) et 38,32 % de troisième génération (n = 3763). Les sujets primo-arrivants représentent donc 5,15 % de l'ensemble de la cohorte. *Cf. Tableau I.*

Cette dernière est composée de 53,94 % de femmes et de 46,06 % d'hommes. Nous observons une inversion du ratio dans le groupe migrant, le pourcentage d'hommes étant significativement plus élevé que celui des femmes ( $\chi^2 = 104654$  ; ddl = 1 ;  $p < 0,0001$ ). La tendance au fil des générations est marquée par une réduction de cette différence, les taux de fréquence s'harmonisant à la troisième génération (50,05 % de femmes vs 49,95 % d'hommes). *Cf. Tableau II et III.*

L'âge moyen, retrouvé au cours de l'enquête SMPG, est de 44,9 ans (D.S. = 18,24). L'échantillon migrant est significativement plus jeune que l'échantillon non migrant ( $t = -30,65$  ;  $p < 0,0001$ ). Plus précisément, la population primo-arrivante est aussi âgée que la population non migrante alors que les migrants de seconde et de troisième génération sont globalement plus jeunes. *Cf. Tableau II et III.*

**Tableau I : Répartition de la population en fonction du statut de migration et de la variable degré de migration.**

Sujets Non migrants	Sujets Migrants			Total
	G0	G1	G2	
27242 (73,50%)	1911 (5,15%)	4147 (11,20%)	3763 (10,15%)	9821 (26,50%)

*G0 : sujets primo-arrivants ; G1 : sujets ayant connu la migration d'un des parents ;*

*G2 : sujets ayant connu la migration d'un des grands-parents.*

**Tableau II : Situation démographique et matrimoniale en fonction du statut de migrant**

	Échantillon total (SMPG)	Échantillon non migrant	Échantillon migrant	ddl	P
	N=37063	N = 27242	N = 9821		
<b>Sexe</b>					
% d'hommes	46,06	46,46	51,92	1	< 0,0001
% de femmes	53,94	53,54	48,08	1	< 0,0001
<b>Âge moyen (D.S.)</b>	44,90 (18,24)	48,81 (18,71)	42,14 (17,08)	1	< 0,0001
<b>Situation matrimoniale</b>				3	< 0,0001
Célibataire	27,46	21,46	31,24		
Marié	54,64	57,73	51,33		
Séparé	8,47	8,25	10,06		
Veuf	9,43	12,56	7,37		
<b>Migration du conjoint</b>	2,52	1,94	4,61	1	< 0,0001

**Tableau III : Situations démographique et matrimoniale en fonction de la génération de migrants.**

	Échantillon total (SMPG)	Échantillon non migrant	Échantillon migrant			Ddl	P
			G0	G1	G2		
	N = 37 063	N = 27242	N =1911	N = 4147	N = 3763		
<b>Sexe</b>							
% d'hommes	46,06	46,46	54,8	52,26	49,95	3	< 0,0001
% de femmes	53,94	53,54	45,2	47,74	50,05	3	< 0,0001
<b>Âge moyen (D.S.)</b>	44,90 (18,24)	48,81 (18,71)	48,11 (18,71)	41,35 (17,25)	39,77 (16,45)	3	< 0,0001
<b>Situation matrimoniale</b>						9	< 0,0001
Célibataire	27,46	21,46	20,62	34,93	32,83		
Marié	54,64	57,73	58,59	47,97	51,2		
Séparé	8,47	8,25	10,51	9,91	9,98		
Veuf	9,43	12,56	10,28	7,2	5,98		
<b>Migration du conjoint</b>	2,52	1,94	17,41	1,39	1,27	3	< 0,0001

G0 : sujets primo-arrivants ; G1 : sujets ayant connu la migration d'un des parents ; G2 : sujets ayant connu la migration d'un des grands-parents.

### *Situation matrimoniale :*

Parmi les sujets migrants, nous observons significativement plus de sujets célibataires ou séparés, et moins de sujets mariés ou veufs ( $\chi^2 = 650885$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ). Les sujets primo-arrivants sont moins fréquemment célibataires et plus souvent mariés, séparés ou veufs que les migrants de seconde ou de troisième génération.

Quant à la migration du conjoint, elle est significativement et logiquement plus fréquente chez les sujets migrants ( $\chi^2 = 244346$  ; ddl = 1 ;  $p < 0,0001$ ), particulièrement lors de la première génération. Nous y retrouvons une migration du conjoint dans 17,41 % des cas, contre 1,39 % des cas pour les migrants de seconde génération, 1,27 % des cas pour les migrants de troisième génération et 1,94 % pour l'échantillon non migrant. *Cf. Tableaux III et IV.*

### *Situation socioprofessionnelle :*

Une différence de niveau de formation est observée au sein des groupes ( $\chi^2 = 437194$  ; ddl = 5 ;  $p < 0,0001$ ). L'échantillon migrant est caractérisé par des taux plus élevés de sujets non scolarisés ou au contraire ayant suivi des études longues (cycle secondaire et cycle universitaire). En revanche, ils sont moins nombreux à avoir achevé le cycle primaire. Concernant le fort taux de sujets n'ayant pas suivi de scolarité, il s'agit principalement de primo-arrivants. Les taux de fréquence passent, en effet, de 3,07 % à 1,17 % et 0,25 %, selon qu'il s'agit de la première, seconde ou troisième génération. À l'inverse, l'accession au cycle secondaire voire au cycle universitaire est principalement le fait des migrants de troisième génération, avec un effet de gradient globalement croissant au fil des générations.

Concernant la situation professionnelle, les différences s'avèrent être globalement significatives entre les groupes migrants et non migrants ( $\chi^2 = 1047718$  ; ddl = 10 ;  $p < 0,0001$ ). Ces différences sont marquées par un taux plus faible d'agriculteurs chez les migrants. En revanche le taux d'artisans, de commerçants, ou de chefs d'entreprise reste équivalent dans les deux groupes. Il en va de même pour les cadres. Les professions intermédiaires sont globalement plus nombreuses dans le groupe non migrant. À l'inverse, les employés et les ouvriers sont plus fréquemment migrants. Concernant les classes inactives, le taux de sujets retraités interrogés est significativement plus important dans le groupe non

migrant. En revanche, le nombre de chômeurs est plus grand dans le groupe des migrants. Il en va de même pour le nombre d'étudiants. Enfin, le taux d'hommes ou de femmes au foyer est globalement comparable dans les deux groupes.

L'analyse en sous-groupes nous renseigne sur l'évolution des tendances au fil des générations. C'est ainsi que nous observons un doublement du nombre de migrants exerçant la profession d'agriculteur à compter de la seconde génération, ce taux restant toutefois significativement plus faible que celui du groupe non migrant. Le nombre d'artisans, de commerçants, ou de chefs d'entreprise tend à diminuer au fil des générations. À l'inverse, le nombre de cadres, de professions intermédiaires et d'employés tend lui à augmenter. Le taux d'ouvriers d'origine migrante reste globalement stable et significativement plus élevé que dans le groupe non migrant, avec des taux de 14,57 % à la première génération et de 14,91 % à la troisième contre 6,41 % pour les non migrants. Concernant cette fois les sujets inactifs, la fréquence des chômeurs reste globalement stable au fil des générations, passant de 10,18 % à la première génération à 9,23 % à la troisième, contre 6,41 % des sujets non migrants. Enfin, pour ce qui est du statut d'étudiant, nous observons un gradient croissant du nombre d'étudiants au fil des générations, avec un croisement des courbes de fréquence avec celle du groupe non migrant entre la première et la deuxième génération.

Le nombre de personnes migrantes vivant sous le même toit est significativement plus important ( $t = 12,61$  ;  $p < 0,0001$ ): 2,81 personnes partagent le même logement (D.S. = 1,72) dans l'échantillon migrant contre 2,52 personnes (D.S. = 1,96) dans celui non migrant. Ce nombre tend à diminuer au fil des générations.

S'agissant du revenu des ménages, les différences observées entre les groupes migrant et non migrant sont statistiquement significatives ( $\chi^2 = 61781,9532$  ;  $ddl = 10$  ;  $p < 0,0001$ ). La tendance globale est marquée par des revenus plus faibles dans l'échantillon migrant et des revenus plus élevés dans le groupe non migrant. Exception faite des très hauts salaires (revenu mensuel supérieur à 42000 francs), pour lesquels nous observons un taux discrètement plus élevé dans le groupe migrant. L'évolution au fil des générations est marquée par une diminution de la fréquence des faibles revenus (revenu mensuel inférieur à 5500 francs) au profit des hauts salaires (revenu mensuel compris entre 16500 et 42000 francs). Pour ce qui est des salaires moyens (revenu mensuel compris entre 5500 et 16500 francs) et des très hauts salaires, l'amplitude de variations est plus faible et les taux globalement constants au fil des générations. Cf. *Tableau IV et V*.



Tableau IV : Situation socioprofessionnelle en fonction du statut de migrant.

	Échantillon total (SMPG)	Échantillon non migrant	Échantillon migrant	ddl	P
	N=37063	N = 27242	N = 9821		
<b>Niveau de formation</b>				5	< 0,0001
<i>Pas de scolarité</i>	0,74	0,79	1,21		
<i>Cycle primaire non terminé</i>	3,8	4,63	3,83		
<i>Cycle primaire terminé</i>	19,24	22,24	13,76		
<i>Cycle secondaire non terminé</i>	32,54	34,14	37,79		
<i>Cycle secondaire terminé</i>	16,2	16,47	18,5		
<i>Niveau universitaire ou équivalent</i>	27,48	21,72	24,91		
<b>Emploi</b>				10	< 0,0001
<i>Agriculteur</i>	0,97	1,61	0,66		
<i>Artisan, commerçant, chef d'entreprise</i>	3,66	3,16	3,81		
<i>Cadre</i>	7,27	6,54	6,8		
<i>Profession intermédiaire</i>	11,89	11,83	11,02		
<i>Employé</i>	16,59	13,88	16,28		
<i>Ouvrier</i>	13,15	11,86	15,57		
<i>Retraité</i>	22,51	26,44	14,35		
<i>Chômeur</i>	6,61	6,41	10,27		
<i>Étudiant</i>	9,33	6,2	9,2		
<i>H / f au foyer</i>	4,38	6,74	6,3		
	3,65	5,33	5,76		
<b>Personnes dans le logement (D.S.)</b>	2,63 (1,96)	2,52 (1,96)	2,81 (1,72)	1	< 0,0001
<b>Revenus familiaux mensuels</b>				5	< 0,0001
<i>&lt; 3500 francs</i>	5,82	4,99	6,76		
<i>de 3500 à 5500 francs</i>	9,57	10,23	10,31		
<i>de 5500 à 8500 francs</i>	21,73	22,06	22,72		
<i>de 8500 à 16500 francs</i>	40,84	41,3	39,84		
<i>de 16500 à 42000 francs</i>	20,88	20,29	19,13		
<i>&gt; 42000 francs</i>	1,17	1,13	1,23		

**Tableau V : Situation socioprofessionnelle en fonction du statut de migrant et de la génération de migration.**

	Échantillon total (SMPG) N = 37 063	Échantillon non migrant N = 27242	Échantillon Migrant			Ddl	P
			G0	G1	G2		
			N =1911	N = 4147	N = 3763		
<b>Niveau de formation</b>					15	< 0,0001	
<i>Pas de scolarité</i>	0,74	0,79	3,07	1,17	0,25		
<i>Cycle primaire non terminé</i>	3,8	4,63	7,15	3,82	2,04		
<i>Cycle primaire terminé</i>	19,24	22,24	17,99	12,92	12,4		
<i>Cycle secondaire non terminé</i>	32,54	34,14	32,53	41,39	36,58		
<i>Cycle secondaire terminé</i>	16,2	16,47	14,65	18,09	21,07		
<i>Niveau universitaire ou équivalent</i>	27,48	21,72	24,61	22,61	27,67		
<b>Emploi</b>					30	< 0,0001	
<i>Agriculteur</i>	0,97	1,61	0,36	0,73	0,74		
<i>Artisan, commerçant, chef d'entreprise</i>	3,66	3,16	4,26	3,62	3,78		
<i>Cadre</i>	7,27	6,54	6,53	6,07	7,77		
<i>Profession intermédiaire</i>	11,89	11,83	9,49	10,34	12,62		
<i>Employé</i>	16,59	13,88	13,38	16,48	17,63		
<i>Ouvrier</i>	13,15	11,86	14,57	16,63	14,91		
<i>Retraité</i>	22,51	26,44	20,83	13,7	11,52		
<i>Chômeur</i>	6,61	6,41	10,18	11,22	9,23		
<i>Étudiant</i>	9,33	6,2	4,42	9,35	11,64		
<i>h / f au foyer</i>	4,38	6,74	8,49	6,2	5,22		
	3,65	5,33	7,49	5,65	4,92		
<b>Personnes dans le logement (D.S.)</b>	2,63 (1,96)	2,52 (1,96)	2,87 (2,08)	2,89 (1,72)	2,69 (1,49)	3	< 0,0001
<b>Revenus familiaux mensuels</b>						15	< 0,0001
<i>&lt; 3500 francs</i>	5,82	4,99	8,34	6,64	6,03		
<i>de 3500 à 5500 francs</i>	9,57	10,23	13,89	9,97	8,75		
<i>de 5500 à 8500 francs</i>	21,73	22,06	22,54	24,13	21,23		
<i>de 8500 à 16500 francs</i>	40,84	41,3	40,53	39,55	39,81		
<i>de 16500 à 42000 francs</i>	20,88	20,29	13,47	18,44	22,99		
<i>&gt; 42000 francs</i>	1,17	1,13	1,24	1,26	1,2		

G0 : sujets primo-arrivants ; G1 : sujets ayant connu la migration d'un des parents ; G2 : sujets ayant connu la migration d'un des grands-parents.

### *Origine géographique des migrants :*

Concernant la zone géographique d'origine des sujets migrants, nous retrouvons toutes générations confondues et par ordre décroissant de fréquence : le Maghreb dans 14,7 % des cas (n = 1439), l'Europe (Europe de l'Ouest/Suisse et Europe de l'Est) dans 11,94% des cas (n=1169) et l'Afrique hors Maghreb dans 4,1 % des cas (n = 401). Enfin, les migrants sont originaires de la Guadeloupe et de la Martinique dans 2,1% des cas (n=206 individus).

Les sujets migrants originaires d'autres régions du globe représentent 1,65% de la cohorte SMPG, échantillon non exploitable. Pour mémoire, étaient représentés : l'île de La Réunion, les îles de l'Océan Indien (hors Réunion), le Moyen Orient (dont la Turquie), l'Amérique

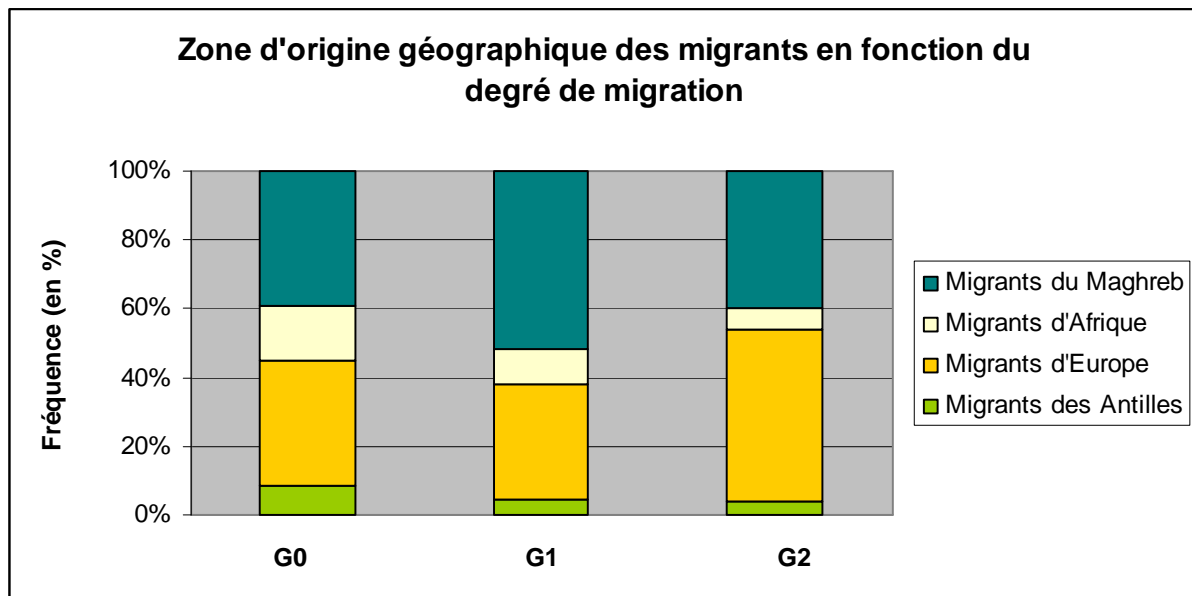
Centrale et les Caraïbes (hors Guadeloupe et Martinique), l'Amérique du Nord, l'Amérique du Sud, l'Inde, le Pakistan et le Sri Lanka, et enfin l'Océanie.

Cette répartition n'est pas la même en fonction du degré de génération. Les sujets primo-arrivants sont originaires du Maghreb dans 31,58 % des cas (n = 602), d'Europe dans 29,28% des cas (n=558), d'Afrique dans 12,8 % des cas (n = 244) et des Antilles (Guadeloupe et Martinique) dans 7,08% des cas (n=135).

Pour les migrants de seconde génération, nous retrouvons le Maghreb dans 17,55 % des cas (n = 725), l'Europe dans 11,38% des cas (n=470) et l'Afrique subsaharienne dans 3,9 % des cas (n=140). Les migrants sont originaires des Antilles dans 1,45% des cas (n=60).

Enfin, la zone géographique d'origine des migrants de troisième génération est représentée par l'Europe dans 3,76% des cas (n=141), le Maghreb dans 2,98 % des cas (n = 112) et l'Afrique hors Maghreb dans 0,45 % des cas (n = 17). Les individus originaires de Guadeloupe et de Martinique représentent 0,29% de cette tranche de migrants (n=11). Cf.

Tableau VI et figure 2.



G0 : sujets primo-arrivants ; G1 : sujets ayant connu la migration d'un des parents ; G2 : sujets ayant connu la migration d'un des grands-parents.

Figure 2 : Evolution de la zone géographique d'origine des migrants en fonction du degré de migration.

Tableau VI : Zone géographique d'origine en fonction des statuts de migration et du degré de migration.

	Echantillon total (SMPG)	Échantillon non migrant	Échantillon migrant			
			G0	G1	G2	Total
	N = 36 797	N = 27007 (%)	N = 1906 (%)	N = 4130 (%)	N = 3754 (%)	N = 9790 (%)
France métropolitaine	32738	26686 (98,81)	76 (3,99)	2541 (61,53)	3435 (91,5)	6052 (61,82)
Guadeloupe, Martinique	246	40 (0,15)	135 (7,08)	60 (1,45)	11 (0,29)	206 (2,1)
La Réunion	79	18 (0,07)	36 (1,89)	18 (0,44)	7 (0,19)	61 (0,62)
Europe de l'Ouest, Suisse	1115	88 (0,33)	482 (25,29)	420 (10,17)	125 (3,33)	1027 (10,49)
Europe de l'Est	153	11 (0,04)	76 (3,99)	50 (1,21)	16 (0,43)	142 (1,45)
Îles de l'Océan Indien	132	27 (0,1)	56 (2,94)	41 (0,99)	8 (0,21)	105 (1,07)
Afrique	420	19 (0,07)	244 (12,8)	140 (3,39)	17 (0,45)	401 (4,1)
Maghreb	1515	76 (0,28)	602 (31,58)	725 (17,55)	112 (2,98)	1439 (14,7)
Moyen Orient	92	9 (0,03)	40 (2,1)	36 (0,87)	7 (0,19)	83 (0,85)
Amérique Centrale, Caraïbes	36	4 (0,01)	18 (0,94)	12 (0,29)	2 (0,05)	32 (0,33)
Amérique du Nord	18	1 (0,00)	11 (0,58)	5 (0,12)	1 (0,03)	17 (0,17)
Amérique du Sud	58	7 (0,03)	38 (1,99)	10 (0,24)	3 (0,08)	51 (0,52)
Inde, Pakistan, Sri Lanka	25	2 (0,01)	12 (0,63)	10 (0,24)	1 (0,03)	23 (0,23)
Asie	120	9 (0,03)	55 (2,89)	50 (1,21)	6 (0,16)	111 (1,13)
Océanie	7	1 (0,00)	2 (0,1)	3 (0,07)	1 (0,03)	6 (0,06)
Autres	43	9 (0,03)	23 (1,21)	9 (0,22)	2 (0,05)	34 (0,35)

G0 : sujets primo-arrivants ; G1 : sujets ayant connu la migration d'un des parents ; G2 : sujets ayant connu la migration d'un des grands-parents.

## 2. Prévalence de la dépression au sein des populations migrante et non migrante:

Les données épidémiologiques sont répertoriées dans les tableaux VII à X et dans les figures 3 à 5.

Parmi les 37063 participants à l'étude, 12053 sujets présentent au moins un trouble psychopathologique actuel ou passé, soit 32,52 % de la cohorte. Cette population se compose à 69,31 % de sujets non migrants et à 30,69 % de sujets migrants, dont 5,60 % de première génération, 13,38 % de seconde génération et 11,71 % de troisième génération.

L'analyse par groupes (migrant vs non migrant) révèle cette fois que 37,94 % des sujets migrants présentent au moins un trouble psychopathologique actuel ou passé, contre 29,81 % des sujets non migrants ( $\chi^2 = 266448$  ; ddl = 1 ;  $p < 0,0001$ ). Enfin, l'analyse en sous-groupes

par génération de migrants montre que ces derniers sont globalement plus touchés ( $\chi^2 = 289103$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ) et que la fréquence des troubles, toutes pathologies confondues, tend à augmenter entre la première et la deuxième génération, passant de 33,92 % à 39,08 % des sujets, pour atteindre un plateau, la fréquence des troubles à la troisième génération restant voisine de la seconde et égale à 38,86 %. Toutefois, cette tendance observée, qui rend compte d'un état de santé psychique plus précaire, varie en fonction des pathologies et laisse apparaître un profil psychopathologique spécifique.

Pour le reste de notre travail, afin d'obtenir des résultats plus précis et pour écarter les facteurs confondants, ont été exclus les individus diagnostiqués psychotiques ou souffrant d'un état de stress post-traumatique. En effet, les populations migrantes sont plus exposées que les autres aux pathologies traumatiques et la comorbidité entre dépression et état de stress post-traumatique est élevée (Lépine et al. 2005; American Psychiatric Association 1994). Une fois ces populations écartées, l'échantillon comprend 35223 sujets sur les 37063 participants du départ.

### *Épisode dépressif*

#### A. Effet des variables « migration » et « degré de migration » sur la prévalence de l'épisode dépressif:

Sur les 37063 individus de l'échantillon, 3637 sujets (10,33%) présentent un épisode dépressif. Dans 68,77 % des cas, les sujets ne sont pas d'origine migrante. Parmi les 31,23 % restant, 5,72 % sont des sujets primo-arrivants, 13,97 % des migrants de seconde génération et 11,55 % des migrants de troisième génération. Cf. *Tableau VII*.

En première analyse, nous observons un taux de fréquence de l'épisode dépressif significativement supérieur dans le groupe migrant ( $\chi^2 = 81,2654$  ; ddl = 1 ;  $p < 0,0001$ ). Ainsi, 12,85% des migrants souffrent d'un épisode dépressif contre 9,48% des non migrants. Cette différence tend à décroître au fil des générations, sans pour autant atteindre les taux de fréquence observés chez les populations non migrantes. En effet, le taux d'épisode dépressif enregistré chez les migrants de troisième génération reste significativement supérieur à celui de la population non migrante ( $\chi^2 = 87,5328$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ). Cf. *Figure 3 et 4*.

Ainsi, le risque relatif (RR) global pour un migrant de présenter un épisode dépressif majeur est de 1,41. La variable génération possède un effet significatif. Il est illustré par une variation des risques relatifs selon qu'il s'agisse d'un sujet primo-arrivant, d'un migrant de seconde ou de troisième génération : ils sont respectivement de 1,53, de 1,49 et de 1,28.

Une analyse multivariée est ensuite réalisée afin de confirmer que la variable migration constitue un facteur de risque en soit et qu'il ne s'agit pas d'un effet de confusion lié à l'action de différentes variables intercurrentes. Une identification des facteurs de confusion potentiels, liés à la variable migration ou au diagnostic d'épisode dépressif majeur, est réalisée au préalable. Nous observons ainsi un effet significatif des variables suivantes sur la survenue d'un épisode dépressif majeur : sexe ( $\chi_2 = 141,1546$ ; ddl = 1 ;  $p < 0,0001$ ), âge ( $\chi_2 = 24,9313$ ; ddl = 2 ;  $p < 0,0001$ ), situation matrimoniale ( $\chi_2 = 272,6697$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ), niveau d'étude ( $\chi_2 = 117,6942$  ; ddl = 2 ;  $p < 0,0001$ ), situation professionnelle ( $\chi_2 = 256,1446$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ). L'analyse multivariée révèle également un effet significatif de la variable migration ( $\chi_2 = 77,9326$  ; ddl = 1 ;  $p < 0,0001$ ) sur la survenue d'un épisode dépressif majeur et ce après avoir pris en compte les différents facteurs de confusion. L'analyse des contrastes nous permet de définir l'odd ratio et l'intervalle de confiance affecté à chaque variable et de distinguer les facteurs de risque des facteurs de protection. A ce titre, nous observons un effet de gradient décroissant au fil des générations, avec un risque maximal pour les sujets primo-arrivants qui tend à diminuer au fil des générations pour tendre, sans pour autant l'atteindre, vers un risque comparable à celui de la population générale.

Seront définies comme facteur de risque à part entière les variables suivantes : le sexe féminin, être célibataire, séparé de son conjoint, ou veuf, avoir un bas niveau d'étude (cycle primaire et cycle secondaire inachevé), être chômeur et être migrant quelle que soit la génération concernée. Parmi ce spectre de risque, la variable migration constitue donc en tant que tel un facteur de risque de survenue d'un épisode dépressif majeur. Toutefois, ce spectre ne saurait être exhaustif comme en témoigne l'aire sous la courbe, (*area under curve*, AUC), obtenue lors de la réalisation de la courbe ROC ( $AUC = 0,641 < 0,8$ ).

Enfin, à l'inverse, certaines variables constitueraient un facteur de protection. C'est le cas du sexe masculin, du statut marital, du haut niveau d'étude (cycle universitaire), de l'existence d'une activité professionnelle et d'un âge supérieur à 58 ans. Cf. *Tableau IX*.

## B. Effet de la variable zone géographique d'origine sur la prévalence de l'épisode dépressif:

En analyse bivariée, nous retrouvons une influence significative de la zone géographique d'origine sur la prévalence de l'épisode dépressif ( $\chi_2 = 85,28$  ; ddl =5 ;  $p < 0,0001$ ). Alors qu'au sein de la cohorte, 9,48% des non migrants souffrent d'un épisode dépressif, il existe une surreprésentation de la dépression au sein de certaines populations: 14,62 % des migrants originaires du Maghreb (n=200), 13,02% des migrants originaires des Antilles (n=25), 12,85% des migrants originaires d'Europe (n=143) et enfin 12,53 % (n=46) des migrants originaires d'Afrique étaient ainsi concernés par le diagnostic d'épisode dépressif. Cf. *Tableau VIII et Figure 4.*

Une analyse multivariée est ensuite réalisée afin de confirmer que la variable migration constitue un facteur de risque en soit et qu'il ne s'agit pas d'un effet de confusion lié à l'action de différentes variables intercurrentes. Ont été pris en compte les différents facteurs de confusion détaillés plus haut (sexe, âge, situation matrimoniale, niveau d'étude, situation professionnelle).

Cette analyse révèle un effet significatif de l'origine géographique pour les sujets originaires du Maghreb, d'Europe, de d'Afrique subsaharienne puisque les odds ratios étaient respectivement de 1,59 (IC à 95% : 1,353-1,860) pour les individus originaires du Maghreb, de 1,40 (IC à 95% : 1,162-1,678) pour ceux originaires d'Europe et de 1,39 (IC à 95% : 1,014-1,912) pour les migrants d'Afrique. Les résultats ne mettent pas en évidence de risque accru pour les sujets originaires de Guadeloupe et de Martinique. L'aire sous la courbe témoigne (AUC), une fois encore, du caractère partiel des facteurs de confusion pris en compte dans notre étude (AUC=0,641 <0,8).

### *Episode dépressif récurrent*

A. Effet des variables « migration » et « degré de migration » sur la prévalence de l'épisode dépressif récurrent :

Ont été répertoriés 1864 cas d'épisodes dépressifs récurrents au sein de l'échantillon soit 5,29% de l'ensemble des individus. Parmi ces cas, 31,81 % étaient d'origine migrante, dont 5,79 % de première génération, 14,06 % de seconde génération et 11,96 % de troisième génération.

L'analyse par sous groupe rapporte des taux de 4,82 % pour l'échantillon non migrant et de 6,71 % pour l'échantillon migrant. La différence observée au sein de ces deux derniers échantillons est significative ( $\chi_2 = 47,2243$  ; ddl = 1 ;  $p < 0,0001$ ). Comme pour l'épisode dépressif, nous constatons une diminution des taux avec les générations sans pour autant rejoindre ceux de la population non migrante ( $\chi_2 = 49,2384$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ). Cf. *Tableau VII et figure 3*.

Le RR global pour un migrant de présenter un trouble dépressif récurrent est comparable à celui observé pour l'épisode dépressif isolé : RR = 1,41. En revanche, les taux sont sensiblement augmentés pour les sujets primo-arrivants et les migrants de seconde génération, ces derniers étant respectivement de 1,52 et de 1,47. Le risque relatif est de 1,3 pour les migrants de troisième génération. Cf. *figure 4*.

Une analyse multivariée est de nouveau réalisée afin de confirmer que la variable migration constitue un facteur de risque en soit, et qu'il ne s'agit pas d'un effet de confusion. Ces facteurs de confusion potentiels, qu'ils soient liés à la variable migration ou au diagnostic de trouble dépressif récurrent sont identifiés au préalable. Nous observons ainsi un effet significatif des variables suivantes : sexe ( $\chi_2 = 82,5953$  ; ddl = 1 ;  $p < 0,0001$ ), âge, notamment après 60 ans ( $\chi_2 = 13,8502$  ; ddl = 1 ;  $p = 0,0002$ ), situation matrimoniale, qu'il s'agisse du fait d'être veuf ( $\chi_2 = 16,9638$  ; ddl = 1 ;  $p < 0,0001$ ), célibataire ( $\chi_2 = 47,2438$  ; ddl = 1 ;  $p < 0,0001$ ), ou séparé ( $\chi_2 = 85,2286$  ; ddl = 1 ;  $p < 0,0001$ ), niveau d'étude et notamment le fait d'avoir au mieux achevé le cycle primaire ( $\chi_2 = 45,3754$  ; ddl = 1 ;  $p = 0,0001$ ), de ne pas avoir achevé des études secondaires ( $\chi_2 = 39,0929$  ; ddl = 1 ;  $p < 0,0001$ ), situation professionnelle et notamment le fait d'être chômeur ( $\chi_2 = 46,6769$  ; ddl = 1 ;  $p < 0,0001$ ). A l'inverse, nous n'observons pas d'effet significatif de la tranche d'âge comprise entre 37 et 57 ans ( $\chi_2 = 1,3943$  ; ddl = 1 ;  $p = 0,2377$ ).

L'analyse multivariée révèle un effet significatif de la variable migration ( $\chi_2 = 399,2180$  ; ddl = 12 ;  $p < 0,0001$ ). Celle-ci augmente le risque de survenue d'un trouble dépressif récurrent. L'analyse des contrastes nous permet, en outre, de définir l'odds ratio et l'intervalle de confiance affectés à chaque variable et de distinguer les facteurs de risque des facteurs de protection. Sont ainsi définis comme facteurs de risque associés : le sexe féminin, la séparation d'avec son conjoint, le veuvage, le célibat, le niveau d'étude (cycle primaire et cycle secondaire) et le chômage. À l'inverse, certaines variables pourraient constituer un facteur de protection. C'est le cas du statut marital, d'un haut niveau d'étude (cycle universitaire), de l'activité professionnelle et d'un âge supérieur à 58 ans. Enfin, les variables restantes pourraient agir comme facteurs confondants, leur effet n'étant pas statistiquement



significatif. C'est le cas notamment de la tranche d'âge 18-24 ans. Le profil de risque ainsi défini ne saurait être exhaustif, comme en témoigne l'AUC obtenue lors de la réalisation de la courbe ROC ( $AUC = 0,634 < 0,8$ ). Cf. *Tableau X*.

B. Effet de la variable « zone géographique d'origine » sur la prévalence de l'épisode dépressif récurrent:

En analyse bivariée, nous retrouvons une influence significative de l'origine géographique des participants ( $\chi_2 = 47,2462$ ; ddl =5 ;  $p < 0,0001$ ). Alors que 4,82% des non migrants souffrent d'un épisode dépressif récurrent, sont concernés par ce diagnostic 7,09 % des migrants originaires du Maghreb (n= 97), 7,29% des migrants originaires des Antilles (n=14), 7,10% des migrants originaires d'Europe (n= 79) et 7,08 % de ceux originaires d'Afrique subsaharienne (n=26). Cf. *Tableau VIII et figure 5*.

L'analyse multivariée permet de confirmer l'existence de risques différents selon la région d'origine des migrants. Ainsi, les odds ratios étaient de 1,49 (IC à 95% : 1,171-1,890) pour les individus originaires d'Europe et de 1,43 (IC à 95% :1,151-1,778) pour ceux du Maghreb. Fait intéressant, il n'existe pas de risque augmenté de récurrence des troubles pour les sujets migrants originaires des Antilles (Guadeloupe et de Martinique) ou d'Afrique, et ce contrairement à ce qui avait été mis en évidence pour l'épisode dépressif. L'AUC témoigne une fois encore du caractère non exhaustif des facteurs de confusion pris en compte dans l'étude SMPG ( $AUC=0,634 < 0,8$ ).

**Tableau VII : Prévalence de la dépression et de l'épisode dépressif récurrent en fonction du statut du migrant et du degré de migration.**

	Echantillon total (SMPG)	Échantillon non migrant	Echantillon migrant				ddl	P(1) vs (2)
			G0	G1	G2	Total		
Episode dépressif	10,33	9,48	13,6	13,47	11,86	12,85	3	<0,0001
Episode dépressif récurrent	5,29	4,82	7,06	6,95	6,3	6,71	3	<0,0001

G0 : sujets primo-arrivants ; G1 : sujets ayant connu la migration d'un des parents ; G2 : sujets ayant connu la migration d'un des grands-parents.

**Tableau VIII : Prévalence de l'épisode dépressif et de l'épisode dépressif récurrent en fonction de la zone géographique d'origine du migrant.**

	Echantillon total (SMPG)	Echantillon non migrant	Echantillon migrant				ddl	P
			Antilles	Europe	Afrique	Maghreb		
<b>Episode dépressif</b>	10,33	9,48	13,02	12,85	12,53	14,62	5	<0,0001
<b>Episode dépressif récurrent</b>	5,29	4,82	7,29	7,1	7,08	7,09	5	<0,0001

*G0 : sujets primo-arrivants ; G1 : sujets ayant connu la migration d'un des parents ; G2 : sujets ayant connu la migration d'un des grands-parents.*

**Tableau IX: Régression logistique multivariée sur l'ensemble des variables sociodémographiques en lien avec la survenue d'un épisode dépressif majeur.**

Effet	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%	
<b>Sexe féminin</b>	1,559	1,447	1,679
<b>Âge supérieur à 58 ans</b>	0,622	0,534	0,723
<b>Statut matrimonial</b>			
<i>Célibataire</i>	1,492	1,354	1,644
<i>Séparé</i>	2,024	1,805	2,268
<i>Veuf</i>	1,75	1,531	1,999
<b>Niveau d'étude</b>			
<i>Cycle primaire</i>	1,833	1,625	2,068
<i>Cycle secondaire</i>	1,554	1,409	1,713
<b>Statut professionnel</b>			
<i>Chômage</i>	2,229	1,926	2,579
<b>Degré de migration</b>			
<i>Première génération</i>	1,56	1,336	1,823
<i>Seconde génération</i>	1,423	1,281	1,581
<i>Troisième génération</i>	1,254	1,12	1,404

Tableau X : Régression logistique multivariée sur l'ensemble des variables socio démographiques en lien avec la survenue d'un épisode dépressif récurrent.

Effet	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%	
<b>Sexe féminin</b>	1,6	1,447	1,77
<b>Âge supérieur à 58 ans</b>	0,67	0,545	0,823
<b>Statut matrimonial</b>			
Célibataire	1,571	1,381	1,786
Séparé	2,024	1,743	2,351
Veuf	1,488	1,232	1,798
<b>Niveau d'étude</b>			
Cycle primaire	1,749	1,485	2,06
Cycle secondaire	1,521	1,334	1,735
<b>Statut professionnel</b>			
Chômage	1,953	1,610	2,370
<b>Degré de migration</b>			
Première génération	1,535	1,248	1,888
Seconde génération	1,38	1,199	1,589
Troisième génération	1,25	1,075	1,454

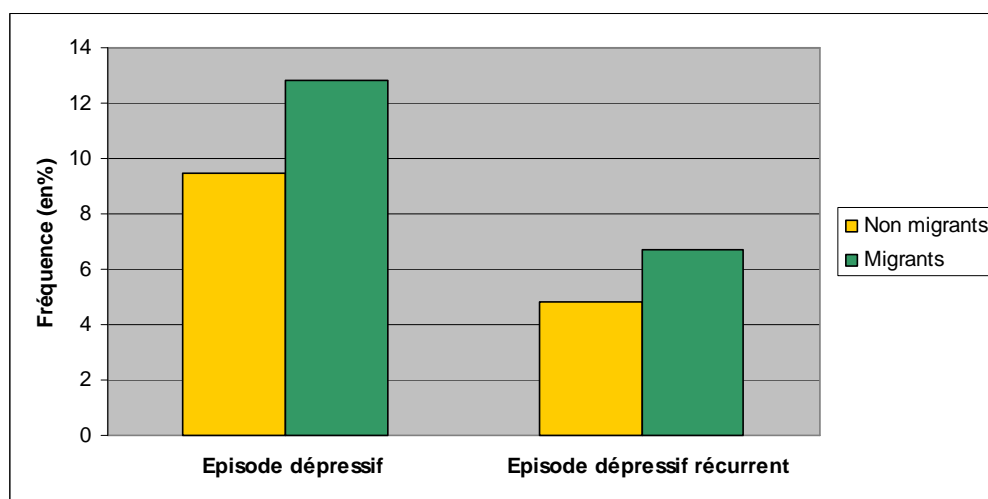
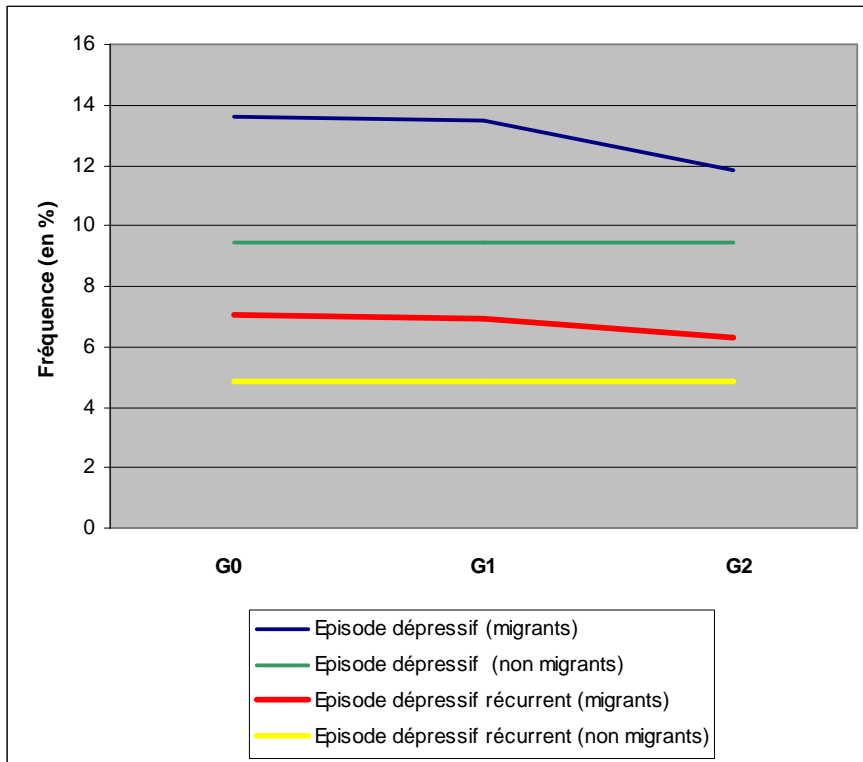
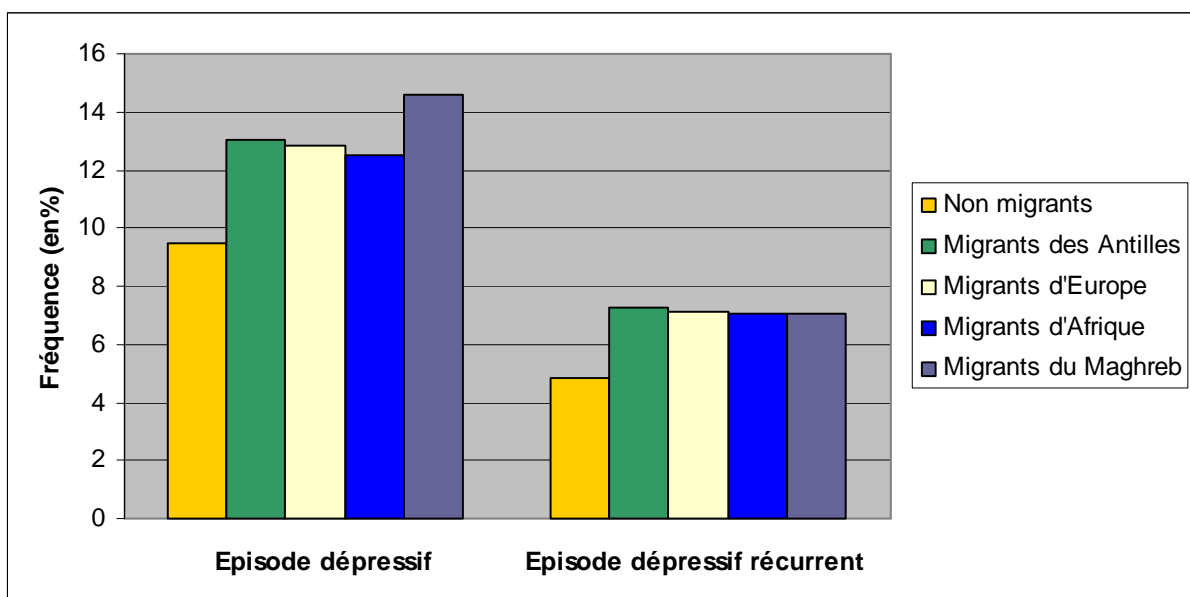


Figure 3 : Prévalence de l'épisode dépressif et de l'épisode dépressif récurrent en fonction de la variable migratoire.



G0 : sujets primo-arrivants ; G1 : sujets ayant connu la migration d'un des parents ;  
 G2 : sujets ayant connu la migration d'un des grands-parents.

**Figure 4 : Evolution de la prévalence de la dépression et de l'épisode dépressif récurrent en fonction des générations de migration.**



**Figure 5 : Prévalence de la dépression et de l'épisode dépressif récurrent en fonction de la zone géographique d'origine des migrants.**

### ***3. Expression clinique de la dépression: étude des items du MINI***

*Les données du MINI sont répertoriées dans les tableaux XI à XV ainsi que dans les figures 6 et 7.*

Comme nous l'avons précisé précédemment, la suite de ce travail se limitera à l'étude des individus déprimés non migrants et des quatre groupes de sujets déprimés migrants les plus représentés, c'est-à-dire les individus originaires du Maghreb, d'Europe, d'Afrique subsaharienne et enfin des Antilles (Guadeloupe et Martinique). En effet, la constitution et l'exploitation des autres groupes de migrants n'a pas été possible, les effectifs étant trop réduits. Les individus diagnostiqués psychotiques ou ayant un état de stress post-traumatique n'ont pas été inclus dans l'échantillon.

Nous étudierons l'expression clinique de la dépression grâce aux données issues du MINI. L'objectif étant de déterminer s'il existe une différence sémiologique significative entre les populations d'origines géographiques différentes au cours de l'épisode dépressif et de l'épisode dépressif récurrent.

L'échantillon de travail comprenait, au final, 3637 individus diagnostiqués déprimés parmi lesquelles 31,23% de sujets migrants (n=1136) dont 5,72% était primo-arrivants (n=208), 13,97% de seconde génération (n=508) et enfin 11,55% de troisième génération. Les effectifs étaient représentés par 200 individus d'origine maghrébine, 143 sujets originaires d'Europe (de l'Est et de l'Ouest), 46 migrants originaires d'Afrique subsaharienne, 25 sujets originaires des Antilles, et enfin par 2501 non migrants.

*Effet des variables « migration » et « degré de migration » sur l'expression clinique de l'épisode dépressif*

#### A. MINI évaluant l'épisode dépressif

Rappelons que le MINI évaluant la dépression comporte dix critères diagnostiques. Les sept dernières propositions ne sont pas posées aux personnes répondant négativement à deux ou trois des premières questions. Au sein de l'échantillon, les items les plus représentés étaient donc logiquement les trois premières propositions. Ainsi, 90,43% (n=3289) des individus présentent une humeur dépressive, c'est-à-dire qu'ils se disent « tristes, cafardeux, déprimés

la plupart du temps », 86,36% (n=3140) se sentent « fatigués, sans énergie » et enfin 74,75% (n=2718) rapportent « une perte de plaisir et d'intérêt ». Les autres critères sont représentés par les troubles du sommeil (68,34%), le ralentissement des fonctions intellectuelles (64,79%), les idées de dévalorisation (61,91%), le vécu de culpabilité (59,57%), la perturbation de l'appétit (58,59%) et enfin par le ralentissement des fonctions motrices ou par une agitation (52,49%). Les idées suicidaires sont présentes chez 37,35% des individus. Cf. *annexe 1*.

L'analyse bivariée met en évidence un effet significatif de la variable migratoire sur l'expression de certains critères diagnostiques du MINI. Ainsi 63,03% des sujets migrants déprimés présentent une modification de l'appétit contre 56,58% des non migrants déprimés ( $\chi_2 = 13,3984$  ; ddl = 1 ;  $p < 0,0003$ ). Il existe une évolution générationnelle puisqu'étaient concernés 61,06% des primo-arrivants, 65,55% des sujets de seconde génération et 60,95% de troisième génération ( $\chi_2 = 15,8101$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0012$ ).

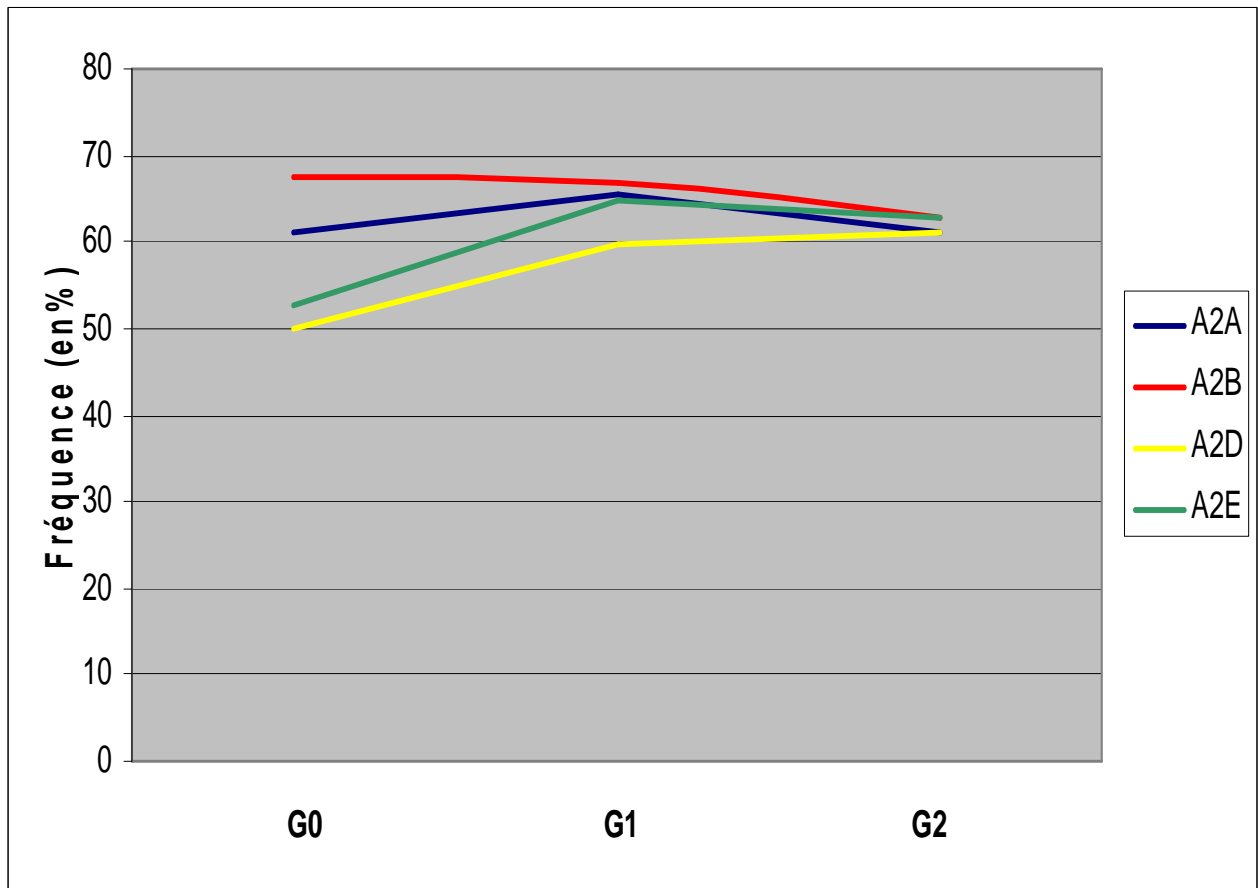
Les troubles du sommeil sont significativement plus fréquents dans l'échantillon non migrant (69,60%) que dans celui des migrants (65,55%) ( $\chi_2 = 5,9154$ ; ddl = 1 ;  $p < 0,0150$ ). Nous constatons un gradient décroissant de ces troubles au cours des générations de migration. En effet, le taux d'insomnie des primo-arrivants (67,63%), déjà plus faible que celui des non migrants, diminue pour arriver à 66,93% chez les migrants de seconde génération, et à 62,86% chez les petits-enfants de migrants ( $\chi_2 = 8,1845$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0423$ ).

Le vécu de dévalorisation est exprimé par 63,48% des non migrants déprimés pour 58,45% de leurs homologues migrants ( $\chi_2 = 8,3778$ ; ddl = 1 ;  $p < 0,0038$ ). Nous observons cette fois-ci un accroissement de l'expression du sentiment de dévalorisation au fil des générations: les taux de fréquence sont de 50% pour les primo-arrivants, de 59,84% pour les sujets de seconde génération, et de 60,95% pour ceux de troisième génération ( $\chi_2 = 16,2088$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0010$ ).

Si les individus primo-arrivants expriment relativement peu d'idées de culpabilité (52,66% des primo-arrivants vs 58,51% des non migrants), ceux de seconde et de troisième générations présentent des taux plus importants que la population non migrante avec des fréquences respectives de 64,96% et 62,77% des sujets ( $\chi_2 = 13,1811$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0043$ ).

Enfin, les individus non migrants rapportent significativement plus d'idées suicidaires que les individus migrants (38,97% vs 33,77% ;  $\chi_2 = 9,0059$ ; ddl = 1 ;  $p < 0,0027$ ). Les migrants de seconde génération sont ceux qui en expriment le plus avec 36,61% des individus contre 29,61% de primo-arrivants et 32,38% de ceux de troisième génération ( $\chi_2 = 12,6307$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0055$ ).

Nous ne retrouvons pas d'influence de la variable migratoire concernant les autres critères diagnostiques de la dépression évalués par le MINI, qu'il s'agisse de la tristesse de l'humeur, de l'anhédonie, de l'asthénie, du ralentissement des fonctions motrices ou du ralentissement des fonctions intellectuelles (ns,  $p > 0,05$ ). Cf. *Tableau XI et figure 6*.



*G0* : sujets primo-arrivants ; *G1* : sujets ayant connu la migration d'un des parents ; *G2* : sujets ayant connu la migration d'un des grands-parents.

*A2a* : « Votre appétit a-t-il notablement changé ou vous avez pris du poids sans en avoir l'intention ? » ;

*A2b* : « Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits ? » ;

*A2d* : « Manquiez-vous de confiance en vous-même, ou vous sentiez-vous sans valeur, voire inférieur(e) aux autres ? » ;

*A2e* : « Vous êtes-vous fait des reproches, ou vous êtes-vous senti(e) coupable ? ».

**Figure 6 : Expression clinique de la dépression (items du MINI évaluant la dépression) en fonction des générations de migration.**

Tableau XI : Expression clinique de la dépression (items du MINI évaluant la dépression) en fonction des variables migration et degré de migration.

	Échantillon de non migrants déprimés  N =2501	Échantillon de migrants déprimés				ddl	P(1) vs (2)
		Total	G0	G1	G2		
		N= 1136	N =208	N = 508	N = 420		
<i>Vous êtes-vous senti(e) triste, cafardeux (se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?</i>	90,56	90,14	88,46	90,35	90,71	3	0,795
<i>Aviez-vous presque tout le temps le sentiment de ne plus avoir gout à rien d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent ?</i>	74,61	75,07	80,29	75,39	72,08	3	0,1643
<i>Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie ?</i>	87,09	84,76	82,21	83,83	87,14	3	0,0677
<i>Votre appétit a-t-il notablement changé ou vous avez pris du poids sans en avoir l'intention ?</i>	56,58	63,03	61,06	65,55	60,95	3	0,0012
<i>Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits ?</i>	69,6	65,55	67,63	66,93	62,86	3	0,0423
<i>Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire, vous sentiez-vous agité(e) et aviez-vous du mal à rester en place ?</i>	51,74	54,14	57,21	53,35	53,57	3	0,4287
<i>Manquiez-vous de confiance en vous-même, ou vous sentiez-vous sans valeur, voire inférieur(e) aux autres ?</i>	63,48	58,45	50	59,84	60,95	3	0,001
<i>Vous-êtes vous fait des reproches, ou vous êtes-vous senti(e) coupable ?</i>	58,51	61,9	52,66	64,96	62,77	3	0,0043
<i>Avez-vous eu du mal à réfléchir ou à vous concentrer, ou aviez-vous du mal à prendre les décisions ?</i>	64,72	64,93	61,95	67,85	62,86	3	0,321
<i>Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou aviez-vous pensé à vous faire du mal ?</i>	38,97	33,77	29,61	36,61	32,38	3	0,0055

G0 : sujets primo-arrivants ; G1 : sujets ayant connu la migration d'un des parents ; G2 : sujets ayant connu la migration d'un des grands-parents.



## B. MINI évaluant les troubles psychotiques

La construction du MINI est ainsi faite qu'il était possible, pour les sujets participants à l'étude, d'exprimer de façon isolée des critères diagnostiques du MINI évaluant la psychose, par exemple « voir des choses que les autres ne pouvaient pas voir », sans que le diagnostic de trouble psychotique soit posé. Nous présenterons ici, avec l'objectif d'explorer d'éventuels tableaux atypiques de dépression, les différences d'expression de ces items au sein des populations déprimées migrante et non migrante pour lesquelles le diagnostic de trouble d'allure psychotique n'a pas été confirmé.

En analyse bivariée, on retrouve un impact significatif de la variable migratoire pour l'ensemble des items, à l'exception d'un seul. Ainsi, 20,77% des migrants déprimés ont l'impression que leurs proches les considèrent comme ayant des « idées étranges ou inhabituelles » contre 15,27% des non migrants ( $\chi_2 = 16,7583$  ; ddl = 1 ;  $p < 0,0001$ ). Cette différence entre migrants et non migrants tend à décroître au fil des générations: en effet, 17,79% des primo-arrivants, 20,47% des enfants de migrants et 22,62% des migrants de troisième génération décrivent ce vécu de bizarrerie ( $\chi_2 = 19,1191$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0003$ ).

Les migrants déprimés décrivent significativement plus d'idées de persécution ou de complot que leurs homologues non migrants (27,29% vs 18,39% ;  $\chi_2 = 37,0438$  ; ddl = 1 ;  $p < 0,0001$ ). Avec des fréquences de 28,85% pour les sujets primo-arrivants, de 27,17% pour ceux de seconde génération et de 26,67% pour la troisième génération, il existe un gradient décroissant dans l'expression de ces idées ( $\chi_2 = 37,4481$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ).

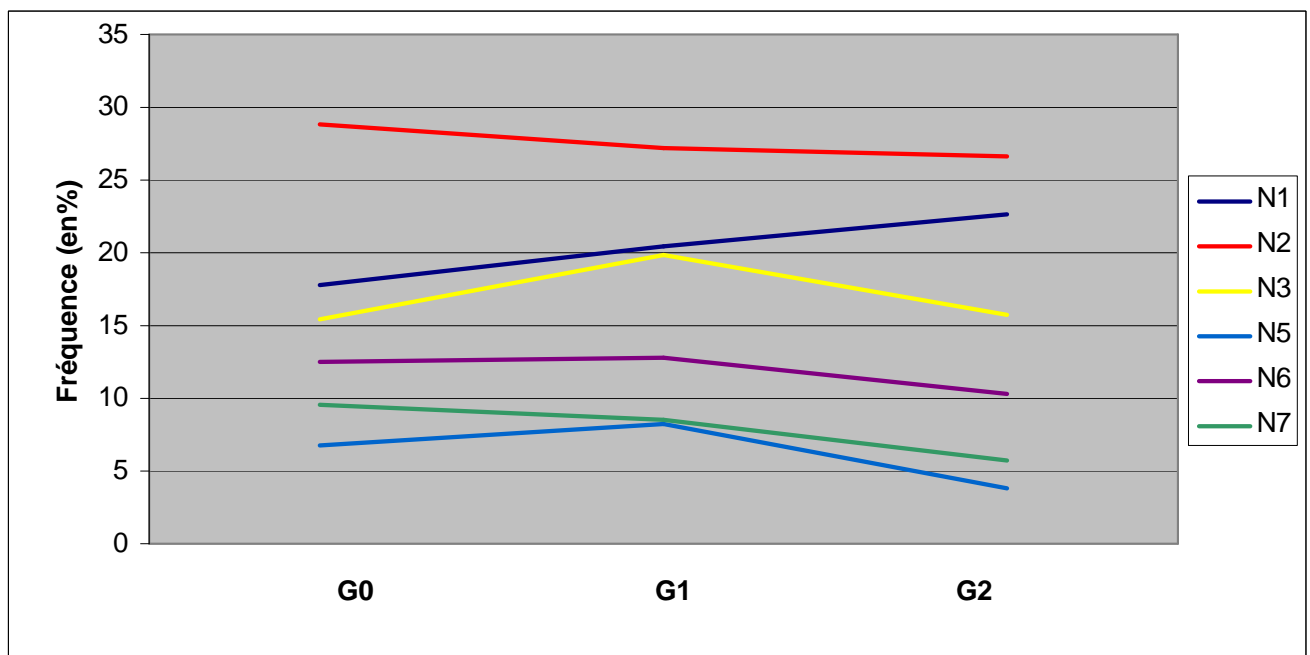
Les individus migrants et déprimés sont 17,53% à avoir déjà eu l'impression que l'on pouvait « lire ou entendre leur pensées » ou qu'ils pouvaient au contraire « lire ou entendre celles des autres » contre 12,16% des non migrants ( $\chi_2 = 18,9013$  ; ddl = 1 ;  $p < 0,0001$ ). Sont concernés 15,38% des primo-arrivants, 19,92% des migrants de deuxième génération et 15,71% de dernière génération ( $\chi_2 = 23,2968$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ).

Parmi les migrants déprimés, 6,34% rapportent avoir déjà eu l'impression que l'on s'adressait à eux « à travers la télévision, la radio ou les journaux, ou que certaines personnes » inconnues s'intéressaient particulièrement à eux contre 3,52% de leurs homologues non migrants ( $\chi_2 = 14,7651$  ; ddl = 1 ;  $p < 0,0001$ ). L'évolution générationnelle est telle que 6,73% des migrants de première génération, 8,27% des migrants de seconde génération et 3,81% chez les migrants de troisième génération ( $\chi_2 = 25,7238$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ) sont concernés.

L'expérience se rapprochant de notre définition des hallucinations visuelles est décrite par 11,81% des migrants et par 8,08% des non migrants ( $\chi_2 = 12,9194$  ; ddl = 1 ;  $p < 0,0003$ ). Les taux sont similaires chez les migrants de première et de seconde générations (respectivement 12,56% et 12,80% des sujets), alors qu'ils diminuent à la troisième génération avec 10,24% des sujets ( $\chi_2 = 14,8833$  ; ddl = 3 ;  $p=0,0019$ ).

Enfin, l'échantillon migrant rapporte avoir plus souvent entendu « des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix » (7,66% vs 5,20% ;  $\chi_2 = 8,4121$  ; ddl = 1 ;  $p < 0,0037$ ). Il existe un gradient décroissant générationnel: les taux étant de 9,62% pour les migrants de première génération, de 8,46% pour ceux de la seconde génération et de 5,71% pour les petits-enfants de migrants ( $\chi_2 = 13,2486$  ; ddl = 3 ;  $p=0,0041$ ).

Seul l'item « Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à vous pouvait influencer ou contrôler vos pensées ou vos actes? », évaluant le mieux la thématique d'influence, ne voit pas son expression modifiée par la variable migratoire. Cf. *Tableau XII et figure 7.*



G0 : sujets primo-arrivants ; G1 : sujets ayant connu la migration d'un des parents ; G2 : sujets ayant connu la migration d'un des grands-parents.

N1 : « Avez-vous déjà eu des idées que vos proches considéraient comme étranges ou inhabituelles, et qu'ils ne partageaient pas avec vous ? » ;

N2 : « Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, ou complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ? » ;

N3 : « Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre dans vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ? » ;

N5 : « Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait à vous à travers la télévision, la radio ou les journaux, ou que certaines personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ? » ;

N6 : Vous est-il déjà arrivé d'avoir des visions, ou de voir des choses que d'autres personnes ne pourraient pas voir ? » ;

N7 : « Vous est-il arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ? ».

Figure 7 : Expression des items du MINI évaluant la psychose en fonction des générations de migration.

Tableau XII: Expression des items du MINI évaluant la psychose en fonction des variables migration et degré de migration.

	Échantillon de non migrants Déprimés N =2501	Échantillon de migrants déprimés				ddl	P(1) vs (2)
		Total N=1136	G0 N =208	G1 N = 508	G2 N = 420		
<i>Avez-vous déjà eu des idées que vos proches considéraient comme étranges ou inhabituelles, et qu'ils ne partageaient pas avec vous ?</i>	15,27	20,77	17,79	20,47	22,62	3	0,0003
<i>Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, ou complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ?</i>	18,39	27,29	28,85	27,17	26,67	3	<0,0001
<i>Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre dans vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ?</i>	12,16	17,53	15,38	19,92	15,71	3	<0,0001
<i>Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à vous pouvait influencer ou contrôler vos pensées ou vos actes?</i>	8,04	9,42	11,06	10,43	0,85	3	0,01345
<i>Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait à vous à travers la télévision, la radio ou les journaux, ou que certaines personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous?</i>	3,52	6,34	6,73	8,27	3,81	3	<0,0001
<i>Vous est-il déjà arrivé d'avoir des visions, ou de voir des choses que d'autres personnes ne pourraient pas voir ?</i>	8,08	11,81	12,56	12,8	10,24	3	0,0019
<i>Vous est-il arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ?</i>	5,2	7,66	9,62	8,46	5,71	3	0,0041

G0 : sujets primo-arrivants ; G1 : sujets ayant connu la migration d'un des parents ; G2 : sujets ayant connu la migration d'un des grands-parents.

## *Effet de la variable « zone géographique d'origine » sur l'expression clinique de l'Episode Dépressif*

Lors de la stratification par pays d'origine les effectifs étaient très réduits. Face à ce constat, un appariement par tirage au sort dans la population non migrante déprimée a été effectué dans le but de réaliser une analyse de type cas/témoin. Pour s'assurer de la représentativité de cet échantillon par rapport à l'échantillon non migrant et déprimé, un test de représentativité prenant en compte les facteurs sociodémographiques confondants a été réalisé. On ne retrouvait pas, en fin de test, de différence significative entre les deux populations concernant les facteurs sociodémographiques étudiés, c'est-à-dire le sexe, l'âge, la situation socioprofessionnelle, la situation matrimoniale et le niveau d'étude. L'effet de la zone géographique d'origine sur l'expression clinique de la dépression a alors pu être étudié.

### A. MINI évaluant l'épisode dépressif :

En analyse bivariée, on retrouve un impact significatif de la zone géographique d'origine sur l'expression de trois critères diagnostiques du MINI sur les 10 évaluant la dépression. Le premier concerné est celui qui évalue l'anhédonie ( $\chi_2 = 11,1093$  ; ddl = 5 ;  $p = 0,0493$ ). Ainsi, 82,61% des sujets migrants originaires d'Afrique, 80,99% des migrants d'Europe, et 80% des individus originaires des Antilles et du Maghreb rapportent de façon différenciée une perte d'intérêt ou de plaisir contre 74,38% des non migrants.

Une modification de l'appétit ou du poids est retrouvée chez 55% des sujets non migrants contre 56% des migrants originaire des Antilles, 57,34% d'Europe, 65,22% d'Afrique subsaharienne et chez 69% des migrants originaires du Maghreb ( $\chi_2 = 17,4239$  ; ddl = 5 ;  $p = 0,0038$ ).

Enfin, le retentissement moteur de la dépression diffère lui aussi en fonction de l'origine géographique ( $\chi_2 = 18,4207$  ; ddl = 5 ;  $p = 0,0025$ ). Ainsi, 51,15% des non-migrants déprimés déclarent parler ou se déplacer plus lentement que d'habitude ou, au contraire, avoir du mal à tenir en place. C'était le cas de 56% des migrants originaires des Antilles, 56,64 des migrants d'Europe, 58,70% des migrants originaires d'Afrique et enfin 49,72% des sujets migrants du Maghreb. Cf. *Tableau XIII*.

Tableau XIII : Expression clinique de la dépression (items du MINI évaluant la dépression) en fonction de la variable zone d'origine géographique.

	Echantillon de non migrants	Échantillon de migrants déprimés				ddl	P(1) vs (2)
		des Antilles	d'Europe	d'Afrique	du Maghreb		
<i>Vous êtes-vous senti(e) triste, cafardeux (se), déprimé(e), la plupart la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours?</i>	89,7	96	86,01	80,43	8,21	5	0,0605
<i>Aviez-vous presque tout le temps le sentiment de ne plus avoir goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent?</i>	74,38	80	80,99	82,61	80	5	0,0493
<i>Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie ?</i>	86	68	85,31	76,09	86,43	5	0,0802
<i>Votre appétit a-t-il notablement changé ou avez-vous pris du poids sans en avoir l'intention ?</i>	55,9	56	57,34	65,22	69	5	0,0038
<i>Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits ?</i>	69,6	60	71,33	65,22	6,01	5	0,103
<i>Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire, vous sentiez-vous agité(e) et aviez-vous du mal à rester en place ?</i>	51,15	56	56,64	58,7	65,5	5	0,0025
<i>Manquiez-vous de confiance en vous-même, ou vous sentiez-vous sans valeur, voire inférieur(e) aux autres ?</i>	63,2	52	55,94	47,83	57,5	5	0,0993
<i>Vous-êtes vous fait des reproches, ou vous êtes-vous senti(e) coupables ?</i>	57,8	72	58,04	60,87	55,78	5	0,0848
<i>Aviez-vous eu du mal à réfléchir ou à vous concentrer, ou aviez-vous du mal à prendre les décisions ?</i>	64,41	48	65,49	60	6,32	5	0,1177
<i>Aviez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?</i>	52,8	28	6,71	2,11	8,32	5	0,352

Compte tenu des différences observées entre les groupes, une analyse multivariée est ensuite réalisée afin de confirmer que l'origine géographique constitue un facteur de risque en soit et qu'il ne s'agit pas d'un effet de confusion. Après prise en compte de ces facteurs confondants, l'origine géographique n'est plus considérée comme un facteur de risque influençant l'expression de l'anhédonie au cours de l'épisode dépressif.

Avec un odd ratio de 1,66 (IC à 95% : 1,195-2,306), seule l'origine maghrébine conserve une influence sur l'expression des troubles de l'appétit au cours de l'épisode dépressif. Ces mêmes migrants originaires du Maghreb connaissent une surrexpression du ralentissement ou de l'agitation psychomotrice au cours de la dépression, l'odd ratio étant égal à 1,73 (IC à 95% : 1,257-2,376). Cf. *Tableau XV*.

#### B. MINI évaluant les syndromes d'allures psychotiques :

L'analyse bivariée montre que l'origine géographique modifie significativement l'expression de la plupart des critères diagnostiques du MINI évaluant la psychose. Ainsi, 32,00% des migrants d'origine antillaise, 28% des migrants originaires d'Afrique, 18,88% des migrants européens, et enfin 16,50% des migrants originaires du Maghreb contre 15,32% des individus non migrants rapportent avoir déjà eu des idées que leurs proches « considéraient comme étranges ou inhabituelles » ( $\chi_2 = 18,8876$  ; ddl = 5 ; p = 0,002).

Le vécu de persécution, exploré par l'item « Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, ou complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ? » ( $\chi_2 = 44,4889$  ; ddl = 5 ; p < 0,0001) est partagé, pour sa part, par 17,08% des non migrants contre 40% des sujets d'origine antillaise et 43,48% des migrants d'origine africaine. Les taux sont légèrement plus faibles pour les sujets déprimés originaires d'Europe (24,48%) et du Maghreb (25,50%).

Les sujets non migrants sont 11% à avoir « déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre dans » leur pensées ou qu'ils « pouvaient lire ou entendre les pensées des autres » contre 28% des migrants des Antilles, 13,99% des migrants d'Europe, 23,91% des migrants d'Afrique et 17,50% de ceux originaires du Maghreb ( $\chi_2 = 24,1191$  ; ddl = 5 ; p = 0,0002).

Les non migrants sont 3,17% à avoir « déjà eu l'impression que l'on s'adressait » à eux « à travers la télévision, la radio ou les journaux, ou que des personnes » qu'ils ne connaissaient « pas personnellement s'intéressaient particulièrement » à eux. C'est aussi le cas pour 12%

des migrants des Antilles, 6,99% des migrants européens, 15,22% de ceux d'Afrique et enfin pour 7% des migrants du Maghreb ( $\chi_2 = 24,5591$  ; ddl = 5 ; p = 0,0002).

Les hallucinations visuelles sont rapportées par 7,57% des non migrants. En comparaison, 32% des migrants des Antilles, 9,09% des migrants d'Europe, 13,04 des migrants d'Afrique, et 14,07% de ceux originaires du Maghreb ( $\chi_2 = 26,4837$  ; ddl = 5 ; p < 0,0001) décrivent la même expérience.

Enfin, 20% des migrants antillais, 6,29% des migrants européens, 10,87% des migrants africains et 10,50% des migrants maghrébins déclarent avoir déjà entendu « des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ». En comparaison, 4,84% des non migrants rapportent une telle expérience ( $\chi_2 = 19,8245 = 5$  ; p = 0,0013).

Seul le quatrième item, « Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à vous pouvait influencer ou contrôler vos pensées ou vos actes ? », évaluant la thématique d'influence, ne semble justement, pas avoir été influencé par la zone géographique d'origine. Cf. *Tableau XIV*.

Tableau XIV : Expression des items du MINI évaluant la psychose en fonction de la variable zone d'origine géographique.

	Echantillon de non migrants	Échantillon de migrants déprimés				ddl	P(1) vs (2)
		des Antilles	d'Europe	d'Afrique	du Maghreb		
<i>Avez-vous déjà eu des idées que vos proches considéraient comme étranges ou inhabituelles, et qu'ils ne partageaient pas avec vous ?</i>	15,32	32	18,88	28,26	16,5	5	0,002
<i>Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, ou complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ?</i>	17,08	40	24,48	43,48	25,5	5	<0,0001
<i>Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre dans vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ?</i>	11	28	13,99	23,91	17,5	5	0,0002
<i>Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à vous pouvait influencer ou contrôler vos pensées ou vos actes?</i>	7,39	12	8,39	15,22	8,5	5	0,3267
<i>Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait à vous à travers la télévision, la radio ou les journaux, ou que des personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous?</i>	3,17	12	6,99	15,22	7	5	0,0002
<i>Vous est-il déjà arrivé d'avoir des visions, ou de voir des choses que d'autres personnes ne pourraient pas voir ?</i>	7,57	32	9,09	13,04	14,07	5	<0,0001
<i>Vous est-il arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ?</i>	4,84	20	6,29	10,87	10,5	5	0,0013



L'analyse multivariée a permis d'écartier les facteurs confondants et de vérifier que l'origine géographique des migrants constitue toujours un facteur déterminant dans l'expression de ces items.

À l'issue de cette analyse, le territoire d'origine conserve son influence en ce qui concerne le vécu de persécution. Ainsi, les odds ratios sont respectivement, et de façon décroissante, de 3,3 pour les migrants d'origine africaine (IC à 95% : 1,795-6,138) , de 2,9 pour les migrants de Guadeloupe et Martinique (IC à 95% : 1,251-6,537), de 1,6 pour les migrants d'Europe (IC à 95% : 1,049-2,442) et enfin de 1,5 (IC à 95% : 1,014-2,087) pour ceux du Maghreb ( $\chi_2 = 91,5927$  ; ddl = 16 ;  $p < 0,0001$ ).

Avec un odds ratio de 2,6 (IC à 95% : 1, 049-6,399), seuls les sujets antillais semblent avoir plus l'impression que l'on pouvait « lire ou entendre dans leurs pensées ou inversement » ( $\chi_2 = 65,9567$  ; ddl = 16 ;  $p < 0,0001$ ).

Les idées de référence sont plus présentes dans certains groupes de migrants: ainsi, les odds ratios sont de 3,9 pour les migrants d'Afrique (IC à 95% : 1,567-9,486), de 2,8 pour les migrants d'Europe (IC à 95% : 1,318-5,822) et de 1,9 pour ceux du Maghreb (IC à 95% : 1,009-3,718) (AUC=0,719). Les sujets originaires des Antilles ne sont pas plus exposés que la population non migrante ( $\chi_2 = 68,3370$  ; ddl = 16 ;  $p < 0,0001$ ).

Avoir « des visions, ou voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir » est plus fréquemment rapporté chez les migrants des Antilles et du Maghreb que dans les autres populations. Leurs odds ratios sont respectivement de 5,6 (IC à 95% : 2,310-13,525) pour les migrants des Antilles et de 1,9 (IC à 95% : 1,165-2,962) pour ceux du Maghreb ( $\chi_2 = 45,2638$  ; ddl = 16 ;  $p < 0,0001$ ).

Les migrants antillais, dont l'odd ratio est de 5,07 (IC à 95% : 1,792-14,380), et ceux du Maghreb, dont l'odd ratio est de 2,1 (IC à 95% : 1,245-3,679), décrivent plus souvent avoir entendu « des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix » que dans les autres groupes (AUC= 0,657) ( $\chi_2 = 49,1629$  ; ddl = 16 ;  $p < 0,0001$ ).

*Cf. Tableau XV.*

En analyse bivariée on ne retrouve pas d'influence significative du territoire d'origine sur l'expression clinique de l'épisode dépressif récurrent.

**Tableau XV : Régression logistique multivariée sur les zones géographiques d'origine des migrants influençant sur l'expression clinique de la dépression.**

<b>Item du MINI</b>	<b>Région d'origine</b>	<b>Odd Ratio</b>	<b>Intervalle de confiance à 95%</b>	
<i>Votre appétit a-t-il notablement changé ou vous avez pris du poids sans en avoir l'intention ?</i>	<i>Maghreb</i>	1,66	1,195	2,306
<i>Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire, vous sentiez-vous agité(e) et aviez-vous du mal à rester en place ?</i>	<i>Maghreb</i>	1,728	1,257	2,376
<i>Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, ou complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ?</i>	<i>Antilles</i>	2,86	1,251	6,537
	<i>Europe</i>	1,601	1,049	2,442
	<i>Afrique</i>	3,319	1,795	6,138
	<i>Maghreb</i>	1,455	1,014	2,087
<i>Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre dans vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ?</i>	<i>Antilles</i>	2,59	1,049	6,399
<i>Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait à vous à travers la télévision, la radio ou les journaux, ou que certaines personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ?</i>	<i>Europe</i>	2,77	1,318	5,822
	<i>Afrique</i>	3,856	1,567	9,486
<i>Vous est-il déjà arrivé d'avoir des visions, ou de voir des choses que d'autres personnes ne pourraient pas voir ?</i>	<i>Antilles</i>	5,59	2,31	13,525
	<i>Maghreb</i>	1,858	1,165	2,962
<i>Vous est-il arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ?</i>	<i>Antilles</i>	5,076	1,792	14,38
	<i>Maghreb</i>	2,14	1,245	3,679

#### ***4. Influence des variables «migration » et «degré de migration » sur les représentations de la dépression :***

*Les données sur les représentations de la dépression sont répertoriées dans les tableaux XVI à XIX.*

Une analyse bivariée des représentations de la dépression en fonction des variables « migration » et « générations de migration » a été réalisée au sein de la cohorte SMPG (population entière). Il était demandé aux participants de répondre à des questions ou propositions relatives à la maladie mentale parmi quatre choix possibles : « fou », « malade mental », « dépressif » ou « aucun des trois ». Seules les données concernant la dépression ont été utilisées et analysées.

Ainsi, à la proposition « Selon vous, quelqu'un qui pleure souvent, et qui est la plupart du temps triste est... », les sujets non migrants sont 87,90% à répondre « dépressif » contre 84,08% des migrants ( $\chi_2 = 92,7479$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ). L'écart diminue avec le degré de migration: les taux sont ainsi de 77,78% pour les sujets de première génération, de 83,62% pour ceux de la seconde et de 87,30% pour la dernière, taux proche de celui des non-migrants ( $\chi_2 = 288,2349$  ; ddl = 9 ;  $p < 0,0001$ ).

A la proposition « Selon vous, quelqu'un qui tente de se suicider est... », les sujets non migrants sont 81,01% à répondre « dépressif » contre 77,38% des sujets migrants ( $\chi_2 = 94,5827$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ). La proportion évolue également au fil des générations: 70,29% des primo-arrivants, 77,09% des migrants de la seconde génération et 80,77% de la troisième génération ( $\chi_2 = 234,3492$  ; ddl = 9 ;  $p < 0,0001$ ).

A la proposition « Selon vous, quelqu'un qui prend régulièrement des drogues est... », les non migrants sont 17,83% à répondre « dépressif » contre 19,92% des sujets migrants ( $\chi_2 = 20,9857$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ) dont 25,14% de migrants de première génération, 20,62% de la seconde génération et enfin 16,90% de troisième génération ( $\chi_2 = 164,8698$  ; ddl = 9 ;  $p < 0,0001$ ).

A la proposition « Selon vous, quelqu'un qui boit régulièrement des boissons alcoolisées est... », les sujets non migrants sont 23,40% à répondre « dépressif » pour 26,79% des migrants ( $\chi_2 = 45,4204$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ). L'écart diminue au fil des générations pour se rapprocher de celui de la population non-migrante : 28,91% des migrants de première génération, 27,36% de la seconde génération et 25,26% donnent la même réponse ( $\chi_2 = 94,5041$  ; ddl = 9 ;  $p < 0,0001$ ).

A la proposition « Selon vous, quelqu'un qui est violent envers les autres et les objets est... », les sujets non migrants sont 9,47% à répondre « dépressif » pour 13,55% des migrants ( $\chi_2 = 128,8115$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ) dont 17,73% de première génération, 14,84% de la seconde génération et 10,36% de la troisième ( $\chi_2 = 220,7806$  ; ddl = 9 ;  $p < 0,0001$ ).

A la proposition « Selon vous, quelqu'un qui est violent envers lui-même est... », les sujets non migrants sont 23,12% à répondre « dépressif » pour 25,47% des sujets migrants ( $\chi_2 = 42,7749$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ) dont 27,26% de première génération, 25,79% de seconde génération et 24,35% de troisième génération, taux semblable à celui des non-migrants ( $\chi_2 = 86,9980$  ; ddl = 9 ;  $p < 0,0001$ ).

A la proposition « Selon vous, quelqu'un qui délire, hallucine, est... », les sujets non migrants sont 8,14% à répondre « dépressif » contre 8,72% des migrants ( $\chi_2 = 12,0624$  ; ddl = 3 ;  $p = 0,0072$ ). Les taux sont respectivement pour les primo-arrivants, les migrants de deuxième génération et de troisième génération de 13,43%, de 9,25% et de 6,10%. ( $\chi_2 = 97,9964$  ; ddl = 9 ;  $p < 0,0001$ ).

A la proposition « Selon vous, quelqu'un qui est déficient intellectuel, attardé est... », 1,61% des sujets non migrants répondent « dépressif » contre 1,85% des migrants ( $\chi_2 = 29,5338$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ) dont 4,33% de première génération, 1,72% de la seconde génération et 0,91% de la dernière ( $\chi_2 = 119,9541$  ; ddl = 9 ;  $p < 0,0001$ ).

A la proposition « Selon vous, quelqu'un qui fait des crises, des convulsions (chute, tremblement, bave, évanouissement) est... », les sujets non migrants sont 7,20% à répondre « dépressif » contre 10,94% des individus migrants ( $\chi_2 = 131,0253$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ) dont 13,95% de première génération, 12,85% de seconde génération et 7,60% de troisième génération, taux semblable à celui des non-migrants ( $\chi_2 = 282,9061$  ; ddl = 9 ;  $p < 0,0001$ ).

A la proposition « Selon vous, quelqu'un qui a un comportement bizarre est... », les sujets non migrants sont 10,10% à répondre « dépressif » contre 9,49% des migrants ( $\chi_2 = 39,0314$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ) dont 12,79% de première génération, 9,77% de seconde génération et 7,75% de la troisième génération ( $\chi_2 = 157,2253$  ; ddl = 9 ;  $p < 0,0001$ ).

A la proposition « Selon vous, quelqu'un qui a un discours bizarre est... », les sujets non migrants sont 6,79% à répondre « dépressif » pour 7,35% des migrants ( $\chi_2 = 51,8567$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ). L'écart entre les deux échantillons diminue avec degré de migration : 9,03% des primo-arrivants, 7,12% des enfants de migrants et 6,86% des petits-enfants de migrants répondent ainsi « dépressif » ( $\chi_2 = 86,8588$  ; ddl = 9 ;  $p < 0,0001$ ).

A la proposition « Selon vous, quelqu'un qui est négligé, souvent sale est... », les sujets non migrants sont 22,84% à répondre « dépressif » contre 24,27% des migrants dont 26,41% de première génération, 23,95% de seconde génération et 23,68% de troisième génération ( $\chi_2 = 524,2796$  ; ddl = 9 ;  $p < 0,0001$ ).

A la proposition « Selon vous, quelqu'un qui est en retrait, cherche à être seul est... », les sujets non migrants sont 63,38% à répondre « dépressif » pour 60,64% des migrants ( $\chi_2 = 50,4577$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ). Il existe également un gradient croissant générationnel: les taux sont de 56,04% pour la première génération, de 61,12% pour la seconde et de 62,11% pour la troisième génération ( $\chi_2 = 163,4318$  ; ddl = 9 ;  $p < 0,0001$ ).

A la proposition « Selon vous, quelqu'un qui est anxieux est... », les sujets non migrants sont 35,49% à répondre « dépressif » pour 35,89% des migrants ( $\chi_2 = 37,7790$ ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ) dont 41,11% de la première génération, 38,52% de la seconde et 30,84% pour la troisième ( $\chi_2 = 239,7960$  ; ddl = 9 ;  $p < 0,0001$ ). Cf. *Tableau XVI*.

**Tableau XVI : Représentations de la dépression en fonction du statut de migrant et du degré de migration : première partie.**

Est « déprimé » ...	Échantillon non migrant	Échantillon migrant			ddl	P(1) vs (2)	
		Total	G0	G1			G2
Qui pleure souvent...	87,9	84,08	77,78	83,62	87,3	9	<0,0001
Qui tente de se suicider...	81,01	77,38	70,29	77,09	80,77	9	<0,0001
Qui prend des drogues...	17,83	19,92	25,14	20,62	16,9	9	<0,0001
Qui boit régulièrement de l'alcool...	23,4	26,79	28,91	27,36	25,26	9	<0,0001
Qui est violent envers les autres, les objets...	9,47	13,55	17,73	14,84	10,36	9	<0,0001
Qui est violent envers lui-même...	23,12	25,47	27,26	25,79	24,35	9	<0,0001
Qui délire, qui hallucine...	8,14	8,72	13,43	9,25	6,1	9	<0,0001
Qui est déficient intellectuel...	1,61	1,85	4,33	1,72	0,91	9	<0,0001
Qui fait des crises, des convulsions...	7,2	10,94	13,95	12,85	7,6	9	<0,0001
Qui a un comportement bizarre...	10,1	9,49	12,79	9,77	7,75	9	<0,0001
Qui a un discours bizarre...	6,79	7,35	9,03	7,12	6,86	9	<0,0001
Qui est négligé...	22,84	24,27	26,41	23,95	23,68	9	<0,0001
Qui est en retrait, cherche à être seul...	63,38	60,64	56,04	61,12	62,11	9	<0,0001
Qui est anxieux...	35,49	35,89	41,11	38,52	30,84	9	<0,0001

G0 : sujets primo-arrivants ; G1 : sujets ayant connu la migration d'un des parents ; G2 : sujets ayant connu la migration d'un des grands-parents.

La question « Selon vous, à quoi peut-on reconnaître à première vue un dépressif ? » était ensuite posée aux participants. L'analyse bivariée retrouve une influence des variables « migration » ( $\chi^2 = 59,8122$  ; ddl = 5 ;  $p < 0,0001$ ) et « degré de migration » ( $\chi^2 = 107,2117$  ; ddl = 15 ;  $p < 0,0001$ ).

Ainsi les non migrants déterminent, par ordre décroissant, les critères discriminants de la dépression suivants : l'apparence (38,05%), le comportement (23,17%), la non reconnaissance des troubles de l'extérieur (12,44%), le discours (11,03%), le regard (7,76%), et enfin la réponse « autre » (7,54%).

Les migrants, quand à eux, répondent de façon décroissante : l'apparence (35,91%), le comportement (25,97%), le discours (11,47%), la non reconnaissance des troubles par l'entourage (11,33%), autre (8,62%), le regard (6,70%). Les sujets primo-arrivants répondent pour leur part : l'apparence (30,52%), le comportement (29,16%), le discours (12,97%), autre (10,36%), ne se reconnaît pas (9,99%), le regard (7,01%). Les sujets migrants de seconde génération répondent par ordre décroissant : l'apparence (36,00%), le comportement (26,12%), ne se reconnaît pas (11,46%), le discours (11,38%), autre (8,77%), le regard (6,28%). Les petits-enfants de migrants répondent, enfin, dans des proportions voisines des non-migrants : l'apparence (38,17%), le comportement (24,42%), ne se reconnaît pas (11,78%), le discours (10,92%), autre (7,71%), le regard (7,01%). Cf. *Tableau XVII*.

**Tableau XVII : Représentations de la dépression en fonction du statut de migrant et du degré de migration : deuxième partie.**

A quoi peut-on reconnaître un dépressif?	Échantillon non migrant	Échantillon migrant			
		Total	G0	G1	G2
<i>A son comportement</i>	23,17	25,97	29,16	26,12	24,42
<i>A son apparence</i>	38,05	35,91	30,52	36	38,17
<i>A son discours</i>	11,03	11,47	12,97	11,38	10,92
<i>A son regard</i>	7,76	6,7	7,01	6,28	7,01
<i>Ne se reconnaît pas</i>	12,44	11,33	9,99	11,46	11,78
<i>Autre</i>	7,54	8,62	10,36	11,78	7,71

*G0 : sujets primo-arrivants; G1 : sujets ayant connu la migration d'un des parents ; G2 : sujets ayant connu la migration d'un des grands-parents.*  
*ddl : 15 ; p < 0,0001*

Les sujets non migrants sont 63,22% à juger les individus déprimés responsables de leurs actes contre 66,85% des migrants ( $\chi_2 = 397194$  ; ddl = 1 ;  $p < 0,0001$ ), dont 64,15% des primo-arrivants, 66,46% des migrants de seconde génération et 68,44% de ceux de troisième génération ( $\chi_2 = 49,1848$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ).

A l'opposé, les sujets non migrants sont 71,62% à répondre qu'un dépressif n'est pas responsable de sa dépression. C'est également le cas pour 65,62% des migrants ( $\chi_2 = 118,8144$  ; ddl = 1 ;  $p < 0,0001$ ) dont 62,89% des individus primo-arrivants, 66,04% des migrants de seconde génération et 66,36% des petits-enfants de migrants ( $\chi_2 = 125,8575$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ).

Pour 95,61% des migrants de première génération, 97,14% de seconde et 98,01% de troisième génération, l'individu déprimé souffre ( $\chi_2 = 24,1207$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ). La réponse est la même pour 97,00% des non migrants ( $\chi_2 = 24,1207$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ). Cf. *Tableau XVIII*.

La famille du dépressif souffre également pour 95,22% des non migrants. Sont du même avis, 93,57% des migrants ( $\chi_2 = 38,5036$  ; ddl = 1 ;  $p < 0,0001$ ) dont 93,64% de primo-arrivants, 92,96% d'individus de seconde génération et 94,17% de dernière génération ( $\chi_2 = 44,2248$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ).

Il semble exister une exclusion du dépressif par sa famille pour 19,27% des sujets non migrants et 21,96% des migrants ( $\chi_2 = 31,4510$  ; ddl = 1 ;  $p < 0,0001$ ), avec 22,33% des primo-arrivants, 22,46% des enfants de migrants et 21,28% des migrants de troisième génération ( $\chi_2 = 33,2747$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ).

Le sujet dépressif est également exclu de la société pour 23,02% des non-migrants et 25,17% des sujets migrants ( $\chi_2 = 17,9041$  ; ddl = 1 ;  $p < 0,0001$ ), dont 26,98% des primo-arrivants, 25,82% des enfants de migrants et 23,71% des petits-enfants de migrants ( $\chi_2 = 26,1530$  ; ddl = 3 ;  $p < 0,0001$ ). Enfin, dans des proportions identiques, migrants (83,82%) comme non migrants (84,19%) pensent que le dépressif est conscient de sa dépression. Cf. *Tableau XVIII*.

Tableau XVIII : Représentations de la dépression en fonction du statut de migrant et du degré de migration : troisième partie.

	Échantillon non migrant	Échantillon Migrant				ddl	P(1) vs (2)
		Total	G0	G1	G2		
<i>Un dépressif est responsable de ses actes</i>	63,22	66,85	64,15	66,46	68,44	3	<0,0001
<i>Un dépressif est responsable de sa dépression</i>	28,38	34,38	37,11	33,96	33,64	3	<0,0001
<i>Un dépressif souffre</i>	97	97,22	95,61	97,14	98,01	3	<0,0001
<i>La famille d'un dépressif souffre</i>	95,22	93,57	93,64	92,96	94,17	3	<0,0001
<i>Un dépressif est exclu de sa famille</i>	19,27	21,96	22,33	22,46	21,28	3	<0,0001
<i>Un dépressif est exclu de la société</i>	23,02	25,17	26,98	25,82	23,71	3	<0,0001

G0 : sujets primo-arrivants ; G1 : sujets ayant connu la migration d'un des parents ; G2 : sujets ayant connu la migration d'un des grands-parents.

Nous retrouvons également une influence significative de la variable migratoire sur les représentations des causes de la dépression ( $\chi^2 = 89,9138$  ; ddl = 9 ;  $p < 0,0001$ ). Ainsi, pour les sujets non migrants, les étiologies principales de la dépression retrouvées sont par ordre décroissant : événement de vie (29,57%), sentimentale (15,09%), inconnue (13,65%), professionnelle (11,23%), socio-économique (8,97%), relationnelle (8,95%), physique (6,01%) sociétale (5,24%), addictive (1,27%), et enfin l'origine magico-religieuse (0,03%). Les causes évoquées par les sujets migrants sont quant à elles: événement de vie (27,29%), sentimentale (16,60%), inconnue (14,35%), professionnelle (10,82%), socio-économique (9,20%), relationnelle (8,78%), sociétale (6,09%), physique (4,70%), addictives (2,09%), et enfin l'origine magico-religieuse (0,06%).

Nous retrouvons également une influence de la variable « degré de migration » ( $\chi^2 = 182,9988$  ; ddl = 27 ;  $p < 0,0001$ ) sur ces représentations puisque pour les primo-arrivants, les étiologies principales sont par ordre décroissant : un événement de vie (22,64%), inconnue (16,25%), sentimentale (14,27%), professionnelle (11,91%), socio-économique (10,98%), relationnelle (9,55%), sociétale (5,65%), physique (5,40%) addictions (3,16%), origine magico-religieuse (0,19%). Pour les migrants de seconde génération, la répartition est la suivante : événement de vie (26,75%), sentimentale (17,11%), inconnue (15,05%), professionnelle (10,38%), socio-économique (8,86%), relationnelle (8,95%), sociétale (6,04%), physique (4,31%) addictions (2,36%), origine magico-religieuse (0,08%). Enfin les migrants de troisième génération expliquent la dépression par : des événements de vie (29,88%), une cause sentimentale (17,07%), inconnue (12,79%), professionnelle (10,82%), socio-économique (8,59%), relationnelle (8,37%), sociétale (6,33%), physique (4,82%), par des addictions (1,35%), ou encore une origine magico-religieuse (0,00%). Cf. *Tableau XIX*.



**Tableau XIX : Représentations de la dépression en fonction du statut de migrant et du degré de migration : quatrième partie.**

<i>Qu'est ce qui peut rendre dépressif?</i>	Échantillon non migrant	Échantillon Migrant			
		Total	G0	G1	G2
<i>Origine physique</i>	6,01	4,7	5,4	4,31	4,82
<i>Origine événement de la vie</i>	29,57	27,29	22,64	26,75	29,88
<i>Origine sentimentale</i>	15,09	16,6	14,27	17,11	17,07
<i>Origine magico-religieuse</i>	0,03	0,06	0,19	0,08	0
<i>Origine socio-économique</i>	8,97	9,2	10,98	9,06	8,59
<i>Origine relationnelle</i>	8,95	8,78	9,55	8,86	8,37
<i>Société</i>	5,24	6,09	5,65	6,04	6,33
<i>Travail</i>	11,23	10,82	11,91	10,38	10,82
<i>Origine addictive</i>	1,27	2,09	3,16	2,36	1,35
<i>Autres, ne sait pas</i>	13,65	14,35	16,25	15,05	12,79

*G0 : sujets primo-arrivants ; G1 : sujets ayant connu la migration d'un des parents ; G2 : sujets ayant connu la migration d'un des grands-parents.*  
*ddl=27; p<0,0001*

## Discussion

## ***1. Rappel des objectifs:***

Cette étude a pour objectif une meilleure appréhension du filtre culturel qui perturbe le diagnostic et la prise en charge de la dépression en contexte migratoire. Il s'agit donc de déterminer si les variables « migration », « génération de migration » et « origine géographique » des sujets migrants modifient l'expression clinique de la dépression ainsi que ses représentations.

L'objectif principal est donc d'étudier l'influence des variables « zone géographique d'origine », « migration » et « degré de migration » sur l'expression des symptômes dépressifs afin d'identifier ou non des profils spécifiques.

Ce travail permet aussi d'analyser la prévalence des épisodes dépressifs et des épisodes dépressifs récurrents en fonction des variables migratoires (dont la génération de migration) et de la zone géographique d'origine des migrants. En dernier lieu, les représentations de la dépression chez les sujets migrants sont analysées ainsi que leur évolution en fonction du degré de migration.

## ***2. Limites de l'étude:***

Nous présenterons, dans un premier temps, les limites liées à l'échantillonnage des populations étudiées. Dans une seconde partie, nous discuterons la validité transculturelle de l'outil diagnostique utilisé, c'est-à-dire le MINI, ainsi que les biais liés au questionnaire socio-démographique.

### *Echantillon :*

Cette étude prospective menée en population générale, bien que non randomisée, possède une forte puissance, principalement liée à l'importance des recrutements réalisés, c'est-à-dire à ses 37063 interviewés. Comme précisé plus haut, pour des raisons de méthodologie, certains groupes n'ont pas pu être inclus comme les personnes vivants en institutions, en maison de retraite, hospitalisées, incarcérées, ou sans domicile fixe, dont une proportion significative présente des pathologies avérées. En outre, les personnes étaient recrutées dans des lieux publics (rues, hall de grands magasins ou de services publics). ***Un biais de sous-représentation est donc probable***, tant du point de vue de la fréquence des troubles que de

l'intensité des symptômes présentés. Compte tenu de la population étudiée, la crainte engendrée par la création d'éventuels fichiers (en dépit de l'anonymisation) a pu également majorer cette sous-représentation (Fazel et al. 2005). Ce biais est retrouvé dans plusieurs travaux comme l'étude ESEMeD (Alonso et al. 2004) qui n'incluait pas non plus les patients institutionnalisés. A contrario, la recherche d'étayage social pourrait faciliter la participation de certains autres sujets (Lépine et al. 2005).

L'entretien, au cours duquel l'étudiant infirmier recueillait les données, avait lieu en français. Il est évident que, du fait de la *barrière linguistique*, une partie de la population migrante ne maîtrisant pas la langue échappait aux inclusions. Une nouvelle fois, une sous-représentation de ces populations est donc attendue et notamment concernant les sujets récemment arrivés sur le territoire. Elle est d'autant plus gênante que les migrants ne maîtrisant pas la langue du pays hôte sont particulièrement sensibles aux troubles psychopathologiques (Husain et al. 1997). La limite linguistique pourrait en partie expliquer la sous-représentation des sujets primo-arrivants au regard des résultats obtenus lors des derniers recensements (Boëldieu & Borrel 2000; Insee 2008a).

*Il n'a pas été possible de rendre l'échantillon représentatif* de la population générale âgée de plus de 18 ans, et vivant en France métropolitaine. En effet, plutôt que de réaliser une pondération hasardeuse des données socio-démographiques, nous avons décidé de traiter les informations contenues dans la base non pondérée. Les résultats obtenus ne doivent donc pas être rapportés à la population générale. Toutefois, comme le précise Guardia dans son étude de 2009, les données socioéconomiques obtenues dans notre étude sont en accord avec celles de la littérature (Boëldieu & Borrel 2000; Thave 2000 OMI 2003).

Une autre limite importante de cette étude est *l'absence d'information concernant les motivations de la migration des sujets primo-arrivants*. En effet, le questionnaire ne permettait pas de savoir s'il s'agissait d'une migration économique, d'une demande d'asile ou d'un rapprochement familial. Il ne permettait pas non plus de connaître la situation administrative des migrants ni leur statut légal. Il n'a donc pas été possible de prendre en compte cette variable dans l'analyse de la prévalence des troubles au sein des différents groupes de migrants. Pourtant, les populations réfugiées ou en situation administrative précaire sont plus vulnérables quant à l'apparition de troubles psychopathologiques (Steel et al. 2004; Carta et al. 2005; Lindert et al. 2009).

*La constitution des sous-groupes de sujets migrants* a été réalisée à partir des données du questionnaire sociologique. Il appartenait à l'interviewé de préciser son origine géographique, particulière et unique, et cela même s'il avait des ascendants issus de régions différentes. Nous sommes conscients de la part arbitraire, et partiellement réductrice de la définition de ces groupes.

Affecter une origine ethnique à un individu est une tâche assurément complexe et comporte le risque d'être non spécifique, voir d'imposer des stéréotypes. L'ethnicité est une notion dynamique et mouvante qui comprend plusieurs dimensions : le territoire d'origine mais aussi la langue, l'ethnie, un courant spirituel ou religieux, etc. (Le Bras 2007). Cette définition, mais aussi les résultats qui en découlent, varient selon le contexte socio-politique dans lesquelles ils sont menés et selon le lien entretenu avec le reste de la population (Baubet & Moro 2009). L'anthropologie montre que les formes singulières de l'individualité ne se déduisent pas des logiques collectives, que la culture évolue de par la migration, et que tout patient, étant soumis à des codes sociaux préexistants contraignants, développe des stratégies pour y échapper (Rechtman 2000). Toutefois, notre réflexion, dans un souci de comparaison avec le reste de la littérature, se base sur bon nombre d'autres études épidémiologiques, notamment anglo-saxones, utilisant la même méthodologie (Kirkbride et al. 2006 ; Patel et al., 2006 ; Veling et al., 2007; Archie et al., 2008; Knifton et al. 2009).

A noter que les migrants originaires des Antilles, faisant partie du territoire national, n'avaient pas le même vécu ni les mêmes problématiques que ceux originaires de pays étrangers, à commencer par la maîtrise de la langue.

La puissance de cette étude est amoindrie par *la constitution des sous-groupes de migrants*: par exemple, le groupe des migrants déprimés originaires de Guadeloupe et de Martinique n'était composé que de 25 individus. La taille de ces sous-groupes de migrants, bien que réduite, reste néanmoins dans la moyenne des études sur le sujet (Shaw et al. 1999; Lloyd 1998; Jackson-Triche et al. 2000; Bhui et al. 2001).

### *Outils utilisés :*

Nous avons utilisé le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) comme outil diagnostique. Le MINI s'appuie sur la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes dixième version (CIM 10) et sur la quatrième version du Manuel Statistique et Diagnostique des Troubles Mentaux (DSM IV) (Sheehan et al. 1997; Lecrubier et al. 1997; American Psychiatric Association 2003). Cette quatrième version n'inclue pas le

glossaire des différents idiomes utilisés pour décrire la souffrance ni les principaux syndromes en lien avec la culture (APA, 1994). La dimension transculturelle, tant sur le plan contextuel, que de la spécificité clinique, n'a donc pas pu être prise en compte.

***Cette vision ethnocentrique d'une nosologie occidentale supposée universelle constitue une limite conséquente à notre travail*** (Marsella et al. 1985; Fabrega 1989; Manson 1995). Toute utilisation d'un outil et d'une définition identiques d'un trouble mental dans un contexte comparatif pose la question de la validité de cette définition dans chacune des cultures où ils sont utilisés. Les résultats obtenus doivent être interprétés avec prudence dans la mesure où des risques de faux-positifs et de faux-négatifs sont à prévoir, c'est-à-dire des risques de misdiagnosis (Kleinman 1977). Sartorius (1983), dans son étude internationale, souligne que l'utilisation d'échelles basées sur la CIM exclue l'évaluation de symptômes non occidentaux de traduction de la détresse psychique. Néanmoins, les échelles ayant bénéficié d'une validité transculturelle sont encore très rares (Patel & Sumathipala 2001; Summerfield 2001).

Dans le cadre de ce travail, nous ne pouvions nous départir de cette limite dans la mesure où nous souhaitons conserver la comparabilité des populations. Il faut voir dans cette utilisation du MINI, au sein de populations évoluant dans des contextes culturels non identiques, une mise à l'épreuve de l'hétérogénéité culturelle des critères explorés. De plus, le MINI a été traduit et validé dans de nombreuses langues, ce que certains auteurs considèrent comme la marque de sa relative applicabilité à diverses cultures (Flaherty et al. 1988; Sheehan et al. 1997; Kadri et al. 2005; Otsubo et al. 2005; Durieux-Paillard et al. 2006).

***Si la barrière du langage est un facteur d'exclusion de certaines populations, elle est aussi un facteur limitant l'efficience de ces échelles.*** Cette seconde barrière linguistique constitue, selon Lindert (2008), le premier facteur associé à l'errance diagnostique. Lopez et Taussig (1991) montrent, par exemple, que les patients ne maîtrisant pas l'anglais aux Etats-Unis seraient les premiers candidats au misdiagnosis.

Enfin, il semble exister ***un conditionnement des opinions émises sur la dépression, de part le choix des trois items décrivant les représentations*** (« fou », « malade mental », « dépressif »). Ce choix s'est opéré suite à une enquête pilote qui a déterminé ces termes comme pertinents dans le vocabulaire populaire pour décrire ce qui relève du champ de la maladie mentale. Elle confirme que les trois termes correspondent, pour la population, à des notions très différentes quant à la gravité perçue et à la possibilité de soins (Anguis et al. 2001; Defromont & Roelandt 2003; Surault 2010). Toutefois, le champ sémantique et lexical des représentations (savoir socio-anthropologique) ne recouvre pas celui du diagnostic psychiatrique (savoir médical), ni totalement la réalité de la sémiologie (Defromont &

Roelandt 2003). L'utilisation d'un vocabulaire psychiatrique pour explorer les représentations aurait sans doute facilité la comparaison entre représentations et diagnostics mais nous aurait éloignés de la représentation populaire du sujet « dépressif » (Roelandt et al. 2010).

### *Une tentative d'approche complémentariste :*

Ce travail interroge donc la nosographie internationale en tentant un **décloisonnement des outils diagnostiques existants** (MINI). Notre travail permet aussi d'ajouter à la démarche diagnostique une **démarche complémentariste et émique** d'évaluation de l'expérience du trouble dépressif grâce au questionnaire anthropologique sur les représentations mentales. Rappelons qu'un construit émique se définit selon Lett (1990) comme étant « *les récits, les descriptions et les analyses exprimés dans les termes des schèmes conceptuels et des catégories considérés comme significatifs et appropriés par les membres natifs d'une culture dont les croyances et les comportements sont étudiés* ». Sont définis comme construits étiques « *les récits, les descriptions et les analyses exprimés dans les termes des schèmes conceptuels et des catégories considérés comme significatifs et appropriés par la communauté des observateurs scientifiques* ».

Ces termes se rapprochent de ce que les anthropologues anglo-saxons distinguent *illness*, ou l'expérience de la maladie telle qu'elle est vécue et comprise par le patient, du terme *disease*, qui se rapporte à la maladie telle que les professionnels la décrivent (Eisenberg 1977). On pourrait même ajouter le terme *sickness* qui n'est ni la réalité psychologique, ni la réalité biomédicale, mais la réalité socioculturelle de la « maladie », c'est-à-dire, l'ensemble des représentations socio-culturelles de la maladie en générale (Zempléni 1985). La dimension individuelle de la maladie est aussi un discours social, ne serait-ce que parce que l'appartenance sociale et culturelle structure la forme et le contenu du discours. Ce n'est qu'après investigation par le thérapeute que la maladie sera définie en termes techniques.

Le problème avec une approche exclusivement émique est qu'elle ne permet pas une comparaison quantitative entre des époques et des cultures différentes. Le problème avec une approche exclusivement étique est que les manifestations et expressions d'un phénomène universel, par exemple la dépression, peuvent être différentes selon les cultures. Ces manifestations sont alors ignorées si les outils diagnostiques sont appliquées aveuglément en situation transculturelle (Ahmer et al. 2007). Le défi de l'anthropologie de la santé est de

montrer comment ces dimensions s'articulent entre elles dans le rapport de l'homme à la maladie. La majorité des études en nouvelle psychiatrie transculturelle combine donc ces deux approches émiqque et étique (Weiss 1997; Lloyd 1998; Peterson & Pike 2002).

Ainsi, le temps « épidémiologique » de cette recherche et l'utilisation d'une définition étique de l'épisode dépressif, à travers le MINI, participent à un questionnement sur la possibilité de dégager une dimension transculturelle, comme traversant les cultures, du trouble dépressif. A la suite de quoi, l'évaluation de l'expérience du trouble est expérimentée en tentant de combiner à la recherche quantitative une approche émiqque à l'aide du questionnaire sur les représentations de la dépression.

### ***3. Rappel des résultats et de la littérature :***

Ce travail est l'occasion de rapporter les données de la littérature sur le sujet et de les confronter avec nos résultats. Nous présenterons dans un premier temps le profil socio-démographique de la population étudiée puis les spécificités relevées dans l'échantillon migrant en termes de prévalence et de clinique du syndrome dépressif. Enfin, nous mettrons en perspective les données sur les représentations de la dépression au sein des échantillons migrant et non migrant.

Il faut garder à l'esprit les critiques et les considérations méthodologiques sur les statistiques, quelles qu'elles soient, lorsqu'on essaie de comparer les études entre elles (Westermeyer 1987):

- Les prévalences ponctuelles dépendent de la structure démographique de la population étudiée.
- Les prévalences périodiques varient en fonction de la période étudiée.
- Les prévalences sur la durée de la vie abasent les différences concernant la durée en elle-même des symptômes, puisqu'elles sont indexées sur la durée de vie.
- Les changements de diagnostics en fonction du temps peuvent interférer sur les différences nationales quant à leurs résultats.
- L'accès aux soins influence également les statistiques.



## *Profil socio-démographique des sujets migrants:*

### Degré de migration:

Au sein de l'étude, on retrouve environ **un quart** (26,50%) **de sujets migrants**, c'est-à-dire primo-arrivants, ou dont les parents, ou les grands-parents ont migré. Cette proportion est relativement équivalente (23%) à celle retrouvée par l'Institut Nationale des Etudes Démographiques (Tribalat 2004).

Les **sujets primo-arrivants** représentent 5,15% de la cohorte SMPG. A titre de comparaison, l'Insee recensait en 2007 un peu moins de 2,4 millions d'actifs immigrés en emploi ou au chômage, soit 8,6 % de l'ensemble des actifs (Perrin-Haynes 2008). Les immigrés y étaient définis comme étant des individus nés à l'étranger ou de nationalité étrangère à la naissance. Notre travail sous-estimerait donc le nombre de sujets primo-arrivants, en partie, sans doute, à cause de la barrière linguistique et de la crainte de constitution de fichiers.

**Les migrants de seconde génération** représentent 11,18% de la population étudiée dans notre étude. L'Insee rapportait des chiffres équivalents en 2008 puisque les enfants d'immigrés, descendants directs d'un ou de deux immigrés, représentaient 6,5 millions de personnes, soit environ 11 % de la population française (Borrel & Lhommeau 2010). **Les migrants de troisième génération** représentent, quant à eux, 10,15% de la cohorte SMPG.

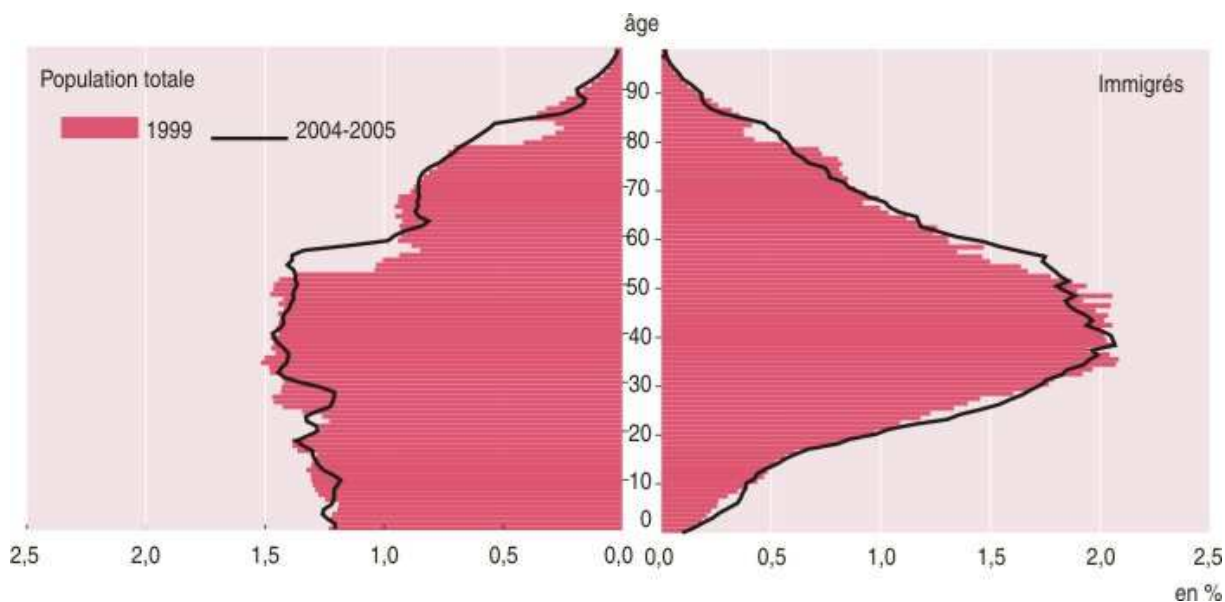
### Genre :

Nous observons dans le groupe migrant **un pourcentage d'hommes significativement plus élevé que celui de femmes**. La tendance au fil des générations est marquée par une réduction de cette différence, les taux de fréquence s'harmonisant à la troisième génération. Toujours d'après l'Insee, les migrations pour motif familial prédominent désormais et se traduisent par une féminisation de la population immigrée : dans les années 2000, les femmes représentaient ainsi la moitié des immigrés vivant en France contre 45 % en 1946 (Borrel 2006).

Age :

*L'âge moyen retrouvé au cours de l'enquête SMPG est de 44,9 ans.* L'échantillon migrant est significativement plus jeune que l'échantillon non migrant. La population primo-arrivante est aussi âgée que la population non migrante. En revanche, les migrants de seconde et de troisième génération sont globalement plus jeunes.

L'Insee retrouvait en 2004 un âge moyen équivalent chez les migrants (44,9ans). Les populations immigrées se différencient sensiblement par leur âge selon leurs origines, ce qui reflète l'ancienneté des courants migratoires. Plus de la moitié des migrants originaires d'Italie (54 %) ont plus de 65 ans contre 4 % des natifs d'Afrique subsaharienne. Parmi ces derniers, 21 % sont âgés de moins de 25 ans, contre 13 % parmi l'ensemble des immigrés. Plus nombreuses ces dernières années, les arrivées d'immigrés ont globalement compensé le vieillissement des populations plus anciennes sur le territoire (Borrel 2006). Cf. Figure 8.



Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, recensement de 1999, enquêtes annuelles de recensement de 2004 et 2005.

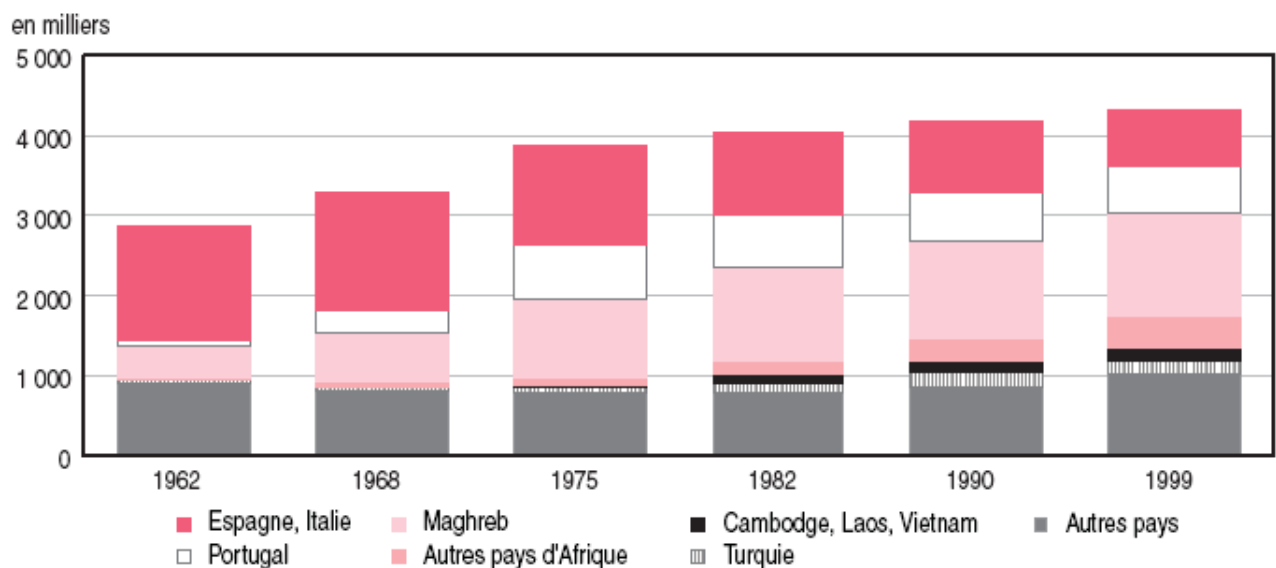
Figure 8 : Pyramide des âges des immigrés et de l'ensemble de la population en 1999 et 2004-2005.

Origine géographique :

Parmi ces individus migrants, *les régions les plus représentées* sont, toutes générations confondues, et par ordre décroissant de fréquence : le Maghreb dans 14,7 % des cas, l'Europe (de l'Est et de l'Ouest) dans 11,94% des cas, l'Afrique subsaharienne dans 4,1 % des cas et enfin les Antilles (Guadeloupe et Martinique) dans 2,1% des cas. Les autres régions du monde sont peu présentes au sein de la cohorte SMPG.

*Cette répartition varie, en proportion, au fil des générations.* Les sujets primo-arrivants sont ainsi originaires du Maghreb dans 31,58 % des cas, d'Europe dans 29,28 % des cas, et d'Afrique subsaharienne dans 12,8 % des cas. On retrouve sensiblement la même hiérarchie pour les migrants de seconde génération, avec le Maghreb dans 17,55 % des cas, l'Europe dans 11,38 % des cas, et l'Afrique subsaharienne dans 3,9 % des cas. Enfin, les migrants de troisième génération sont, pour leur part, plus fréquemment issus de pays d'Europe (3,76 % des cas), que du Maghreb (2,98 % des cas) ou d'Afrique subsaharienne (0,45 % des cas). Concernant l'origine antillaise, il existe un gradient croissant au fil des générations de migrants: ils représentent ainsi 7,08% des primo-arrivants, 1,45% des sujets de seconde génération, et enfin 0,29% des petits-enfants de migrants.

A titre de comparaison, l'Insee recensait, en 2008, 31 % de migrants originaires d'un pays du Maghreb et 12% originaires d'Afrique subsaharienne, chiffres en hausse par rapport à 1999. Les migrants originaires de l'Europe des 27 représentaient, pour leur part, 34% du nombre total de migrants. Les immigrés en provenance de pays européens extra-communautaires étaient au nombre de 215 000, en hausse également. 1 000 000 de personnes, soit 19 % des immigrés venaient du reste du monde, principalement d'Asie. La part de l'Asie, Turquie comprise, dans la population immigrée était de 14 %, contre 12,7 % en 1999, et seulement 3,6 % en 1975 (Insee 2008b). Notre travail souligne cette diversification des flux migratoires mais semble toutefois sous-estimer les migrants d'Asie qui ne représentent qu'une part minime de la cohorte SMPG. Cf. Figure 9.



Source : Insee, recensements de la population, 1962-1999

Figure 9 : Evolution de l'effectif des immigrés par pays d'origine.

Situation matrimoniale :

*Parmi les sujets migrants, nous observons significativement plus de sujets célibataires ou séparés, et moins de sujets mariés ou veufs.* Une tendance similaire était rapportée lors du recensement de la population de 1999 par l'Insee.

L'analyse des générations montre que les sujets primo-arrivants sont moins fréquemment célibataires et plus fréquemment mariés, séparés ou veufs que les migrants de seconde ou de troisième génération. Quant à la migration du conjoint, elle est significativement plus fréquente chez les sujets migrants, particulièrement lors de la première génération, résultat probablement expliqué par le rapprochement familial.

Niveau de formation :

*Le niveau de formation des sujets migrants est caractérisé par des taux plus élevés de sujets non scolarisés ou au contraire ayant suivi des études longues. En revanche, ils sont moins nombreux à avoir achevé le cycle primaire.*

L'analyse du degré de migration nous permet d'expliquer cette hétérogénéité. En effet, les sujets n'ayant pas suivi de scolarité sont principalement des primo-arrivants. À l'inverse, l'accession au cycle secondaire voire au cycle universitaire est principalement le fait des migrants de troisième génération, avec un effet de gradient globalement croissant au fil des générations. Ces résultats sont en partie confirmés par l'Insee qui rappelle que les immigrés actifs, définition la plus proche de celle des primo-arrivants de notre étude, sont trois fois plus nombreux que les non-immigrés à ne posséder aucun diplôme. En revanche, la proportion de ceux qui ont un diplôme du supérieur se rapproche de celle des non-immigrés (25 % contre 29 %). De 1990 à 2005, le niveau de formation des immigrés actifs a ainsi nettement progressé: en 1990, seuls 12 % des immigrés actifs âgés de 30 à 64 ans possédaient un diplôme de l'enseignement supérieur. Dans le même temps, la part de ceux qui ne disposent d'aucun diplôme est passée de 53 % à 37 %. Le niveau de formation des immigrés actifs diffère selon le pays d'origine. Parmi les 30-64 ans, les immigrés originaires de Turquie, du Portugal et, dans une moindre mesure, du Maroc ou de Tunisie sont particulièrement nombreux à n'avoir aucun diplôme : plus de six immigrés natifs de Turquie sur dix sont dans ce cas. Par contre, une part importante des immigrés originaires des pays européens, autres que l'Espagne, l'Italie ou le Portugal, possède un diplôme de l'enseignement supérieur. Les écarts entre hommes et femmes varient également selon le pays d'origine (Perrin-Haynes 2008).

Situation professionnelle :

*Nous constatons, au sein de la population migrante, un taux plus faible d'agriculteurs et de professions intermédiaires alors que les employés et les ouvriers y sont plus fréquemment rencontrés. Les taux de cadres, d'artisans, de commerçants, ou de chefs d'entreprises restent équivalents dans les deux groupes. Concernant les classes inactives, le taux de sujets retraités interrogés est significativement plus important dans le groupe non migrant. En revanche, le nombre de chômeurs est plus grand dans le groupe des migrants. Il en va de même du nombre d'étudiants. Enfin, le taux d'hommes ou de femmes au foyer est globalement comparable dans les deux groupes.*

L'Insee rapporte que même si un immigré sur quatre est diplômé du supérieur, trois sur dix occupent un emploi non qualifié et, qu'en Ile-de-France, dans les entreprises de nettoyage, sept salariés sur dix sont immigrés (Perrin-Haynes 2008).

*Il existe une évolution au fil des générations.* C'est ainsi que nous observons un doublement du nombre de migrants exerçant la profession d'agriculteur à compter de la seconde génération, sans pour autant atteindre les taux du groupe non migrant. Le nombre de cadres, de professions intermédiaires et d'employés tend lui aussi à augmenter. A l'inverse, le nombre d'artisans, de commerçants, ou de chefs d'entreprises tend à diminuer au fil des générations. Le taux d'ouvriers d'origine migrante reste globalement stable et significativement plus élevé que dans le groupe non migrant. L'Insee (2008) souligne cette dynamique en précisant que, depuis 10 ans, la structure des emplois s'est fortement modifiée, sous l'effet notamment de la progression des activités tertiaires dans l'économie: les emplois peu qualifiés ont diminué au profit de ceux d'employés, mais aussi des postes d'encadrement.

La fréquence des chômeurs reste quant à elle stable au fil des générations, passant de 10,18 % à la première génération à 9,23 % à la troisième, pour 6,41 % des sujets non migrants. Ces taux restent bien en deçà de ceux retrouvés par l'Insee en 2007, qui mettait en évidence, à catégorie socioprofessionnelle et diplôme équivalents, des taux de chômage deux fois plus élevés dans le groupe primo-arrivant: 15,2 % contre 7,3 %. Cet écart serait en partie dû aux différences de qualifications : les immigrés sont plus nombreux à occuper des emplois peu ou non qualifiés et sont donc davantage exposés au chômage. Les femmes seraient par ailleurs plus touchées que les hommes. Toujours selon l'Insee, la fréquence des chômeurs, à diplôme équivalent, est différente selon l'origine géographique des sujets migrants. Ainsi, les immigrés actifs nés dans l'Union européenne (Espagne, Italie, Portugal) sont beaucoup moins exposés au chômage que les autres. A l'inverse, les natifs d'Algérie ou de Turquie ont un risque de chômage triple de celui des non-immigrés (Perrin-Haynes 2008).

Enfin, pour ce qui est du statut d'étudiant, nous observons un gradient croissant du nombre d'étudiants au fil des générations, avec un croisement des courbes de fréquence avec celle du groupe non migrant entre la première et la deuxième génération. Cf. Figure 10.

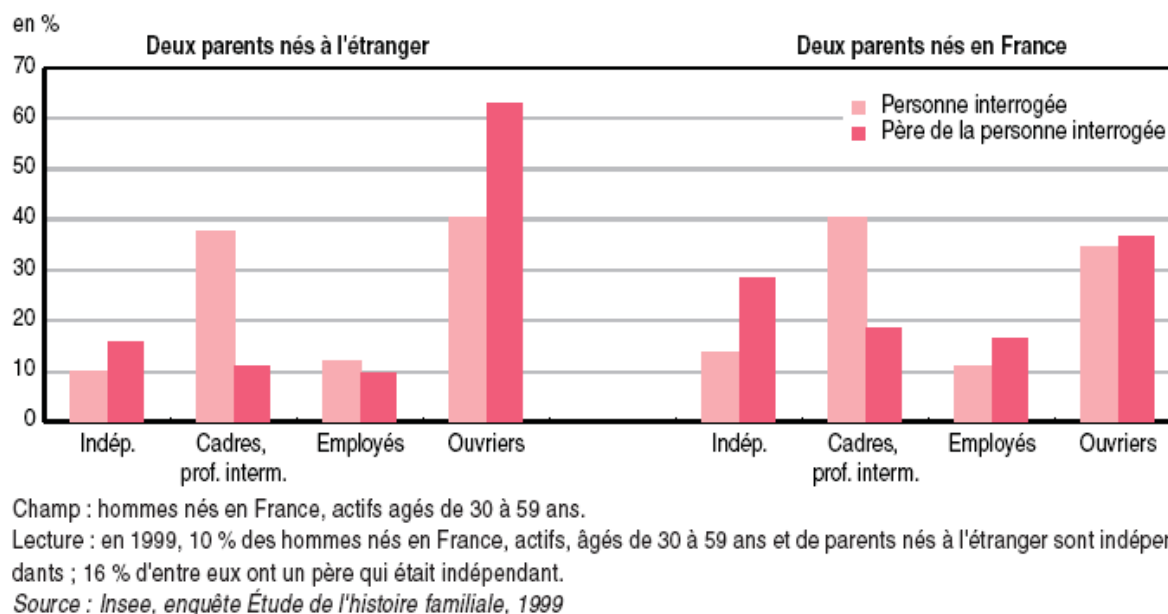


Figure 10 : Catégories socio-professionnelles des hommes âgés de 30 à 59 ans et de leurs pères.

Situation au domicile :

*Le nombre de personnes migrantes vivant sous le même toit est significativement plus important dans l'échantillon migrant, conformément aux résultats obtenus lors du recensement de 2005 (Insee, 2005). Ce nombre tend à diminuer au fil des générations.*

Revenu des ménages :

*Les revenus sont plus faibles chez les sujets migrants, à l'exception des très hauts salaires (revenu mensuel supérieur à 42000 francs), pour lesquels nous observons un taux discrètement plus élevé dans le groupe migrant. Selon l'Insee, les personnes vivant dans un ménage immigré ont un niveau de vie moyen de 14 630 euros par an, soit 1 220 euros par mois. À caractéristiques sociodémographiques identiques, les écarts de niveau de vie entre ménages immigrés et ménages non immigrés restent marqués. Les personnes qui vivent dans un ménage immigré sont moins souvent en emploi ; elles sont ainsi plus du tiers à vivre sous le seuil de pauvreté (Lombardo & Pujol 2010).*

L'évolution au fil des générations est marquée par une diminution de la fréquence des faibles revenus (revenu mensuel inférieur à 5500 francs) au profit des hauts salaires (revenu mensuel compris entre 16500 et 42000 francs). Pour ce qui est des salaires moyens (revenu mensuel compris entre 5500 et 16500 francs) et des très hauts salaires, l'amplitude de variations est plus faible et les taux globalement constants au fil des générations.

### *Prévalence de la dépression au sein des populations migrante et non migrante :*

A. En fonction des variables « migratoire » et du « degré de migration » :

***Les sujets migrants, et ce quelque soit leur origine géographique, présentent un risque plus important de développer des pathologies que les non migrants*** (Syed et al. 2006; Razum & Samkange-Zeeb 2008). ***Les troubles psychopathologiques ne font pas exception à ce constat*** (Krupinski & Docent. 1967; Carballo et al. 1998; Chang & Cheng 1999; Ritsner et al. 2001; Bhugra & Jones 2001; Fossion et al. 2002; Steel et al. 2004; Carta et al. 2005; Hoschl et al. 2008).

Les données de l'étude SMPG confirment cette tendance puisqu'environ 38 % des sujets migrants y présentent au moins un trouble psychopathologique, contre 30 % des sujets non migrants. Lindert et ses collaborateurs (2009), dans une méta-analyse sur le sujet, retrouvaient des taux de prévalence moyens de 20 % pour les migrants économiques et de 44 % pour les réfugiés. La prévalence rapportée dans notre étude est comprise entre ces taux. Notre cohorte pourrait donc être en partie composée de migrants économiques et de réfugiés.

***Cette tendance concerne les trois générations de migration, du primo-arrivant au petit fils de migrant avec une augmentation des troubles psychopathologiques de la première à la seconde génération pour finalement se stabiliser à la troisième génération.***

Les résultats des études comparant la santé mentale entre les générations de migrants sont variables et parfois contradictoires (Noirhomme & Deccache 2007). La plupart des travaux mettent néanmoins en avant une augmentation générationnelle des troubles psychopathologiques et des conduites addictives (Ortega et al. 2000; Galvan & Caetano 2003). Ainsi, des travaux menés aux Etats-Unis suggèrent que les migrants d'origine mexicaine nés aux Etats-Unis ont un risque beaucoup plus élevé d'être atteints de troubles psychiatriques que ceux qui sont nés dans leur pays d'origine (Vega et al. 1998; Grant et al. 2004; Borges et al. 2009). Une étude belge montre que les migrants marocains de seconde

génération présentent un taux accru de psychose (Fossion et al. 2002). Les enfants de migrants, qui n'ont pas connu directement l'exil, peuvent donc partager des expériences similaires en termes d'identité culturelle et de stress d'acculturation.

*L'épisode dépressif est, lui aussi, plus fréquent au sein des populations migrantes* (Foyle et al. 1998; Bhugra 2003). Les individus déprimés sont d'origine migrante dans un tiers des cas. Parmi les migrants, 12,85% des sujets souffrent de dépression contre 9,48% des non migrants, ce qui semble correspondre à la littérature sur le sujet (Ballenger et al. 2001; Aichberger et al. 2010). Une étude européenne montre que le risque relatif de dépression serait de 1,42 pour les sujets migrants (Silove et al. 1997). L'étude SMPG va dans ce sens puisque la dépression est 1,41 fois plus présente dans l'échantillon migrant que dans celui des non migrants.

*Ce risque décroît au fil des générations sans pour autant atteindre les taux de la population non migrante.* Les travaux sur cette question restent équivoques, parfois en contradiction avec ceux concernant l'ensemble des troubles psychopathologiques: certains mettent en évidence, comme c'est le cas dans notre étude, une diminution de la prévalence de la dépression au fil des générations de migrants (Sack et al. 1999; Hjern & Angel 2000). Sieber (2011), dans une étude transversale menée chez 7062 individus, montre que la prévalence des troubles dépressifs était plus faible chez les migrants de seconde génération que chez les primo-arrivants. D'autres travaux menés chez des adolescents turcs de Norvège et de Suède (Virta et al. 2004) montrent que l'adaptation psychologique était significativement plus faible parmi ceux de première génération que parmi ceux de la seconde: estime de soi plus faible, satisfaction de vie moindre et plus de problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, symptômes psychosomatiques).

En revanche, pour Harris (1999) ainsi que pour Oppedal et Roysamb (2004), les prévalences de détresse psychologique, de dépression et d'anxiété en particulier ne montraient pas de différence significative générationnelle.

Enfin, d'autres auteurs rapportent une persistance, voire une augmentation des mêmes troubles au cours des générations (Vega et al. 1998; Grant et al. 2004). Les résultats de l'étude de Harker (2001) ont, par exemple, montré que les adolescents primo-arrivants présentaient moins de dépression et un bien-être plus important que les adolescents nés aux États-Unis ayant les mêmes caractéristiques démographiques et familiales.



Nos résultats n'étaient pas l'hypothèse du « *healthy migrant effect* », selon laquelle ce sont les sujets en bonne santé qui migrent (Canino et al. 1987; Vega et al. 1998; Grant et al. 2004; Wu & Schimmele 2005). Puisque les petits-enfants de migrants sont moins déprimés que les sujets primo-arrivants, ils illustrent par contre l'hypothèse de l'acculturation comme étant un facteur protecteur de la dépression (Gonidakis et al. 2011; Organista et al. 2003; Rodríguez-Reimann et al. 2004).

L'analyse multivariée confirme l'influence de la migration sur la prévalence de l'épisode dépressif, et ce quelque soit la génération. *Des facteurs de risques supplémentaires sont mis en évidence comme le sexe féminin, être célibataire, séparé de son conjoint, ou veuf, avoir un bas niveau d'étude (cycle primaire et cycle secondaire inachevé) ou être chômeur.* Ces données constituent autant de facteurs de risque de décompensation dépressive (Comstock & Helsing 1977; Rouillon & Gorwood 1996; Husain et al. 1997; Lépine et al. 2005; McKenzie 2006; Dennis & Chung-Lee 2006; Molarius et al. 2009).

N'oublions pas les processus plus complexes aussi à l'œuvre, décrit en introduction, comme l'intégration et l'acculturation (Krupinski & Docent. 1967; González et al. 2001; Iley & Nazroo 2007), le statut de migration (Bhugra 2003; Lindert et al. 2009). Les discriminations ou le racisme, l'isolement social peuvent également expliquer le maintien d'une prévalence élevée des troubles (Montgomery & Asberg 1979; Chakraborty & McKenzie 2002).

Les expériences liées à l'acte migratoire (Lu 2010; Hwang et al. 2010; Bhugra & Ayonrinde 2004; Kirmayer et al. 2007) ainsi que les expériences précédant la migration comme par exemple le profil psychologique du migrant (Chou 2009) ou les violences subies dans le pays d'origine (Silove et al. 1997) comptent aussi .

Les différentes analyses réalisées nous mènent à penser que le phénomène migratoire en tant que tel constitue un facteur de risque de dépression. Les migrants cumulent donc à la fois le risque lié à la migration avec ceux, socio- démographiques, liés à une population souvent précarisée (Nazroo 1998; Syed et al. 2006).

Il est néanmoins nécessaire de souligner l'existence de travaux qui ne retrouvent pas l'influence de la migration dans la prévalence des troubles mentaux (Klimidis et al. 1994; Rousseau & Drapeau 2003; Lassetter & Callister 2009). Ces auteurs suggèrent que l'augmentation de la prévalence des troubles chez les migrants pourrait être liée à certains biais comme les critères d'inclusion, les méthodes d'échantillonnage, ou les instruments diagnostiques utilisés (Tarricone et al. 2011).

## B. En fonction de « l'origine géographique » des migrants:

*Les résultats de la recherche sur la santé mentale en population générale mettent en évidence la réalité transculturelle du construit étiqueté « épisode dépressif ».* L'épidémiologie permet, en effet, de poser que le trouble dépressif n'est pas simplement un « syndrome lié à la culture » occidentale mais une réalité humaine pouvant être retrouvée dans d'autres aires culturelles.

Loin du discours colonialiste des premières recherches épidémiologiques (Kraepelin 1913; Carrothers 1953), les études récentes reconnaissent le caractère universel de la dépression (Sartorius et al. 1983; Lopez & Murray 1998). Cependant des différences de prévalence du trouble entre les lieux d'investigation sont retrouvées (Dewey et al. 1993; Bland 1997; Weissman et al. 1996; Simon et al. 2002; Bryden 2003).

*L'analyse multivariée met en évidence une influence de l'origine géographique des sujets migrants sur les taux de prévalence de la dépression.* Les sujets migrants d'origine maghrébine, avec un odd ratio de 1,59 (IC à 95% : 1,353-1,860), semblent être les plus à risque d'être déprimés. Ils sont suivis par les migrants originaires d'Europe et d'Afrique subsaharienne dont les odds ratios sont respectivement de 1,40 (IC à 95% : 1,162-1,678) et de 1,39 (IC à 95% : 1,014-1,912). Après contrôle des facteurs confondants, l'origine antillaise ne constituait pas un facteur de risque en soi.

De nombreuses études vont dans le sens des résultats de l'enquête SMPG. Par exemple, une étude européenne (France, Italie, Royaume-Uni) montre des taux plus importants de pathologies mentales chez les migrants, et plus particulièrement chez les migrants afro-caribéens, bien que les raisons en soient encore peu connues (Claassen et al. 2005). Pour deux autres études, néerlandaise et belge, ce sont les migrants turcs et marocains qui seraient les plus vulnérables face à la dépression (VanDerWurff et al. 2004; Levecque et al. 2007).

Les troubles dépressifs, chez les groupes minoritaires au Royaume-Uni, n'ont pas été étudiés de manière aussi approfondie que la schizophrénie, et les résultats sont souvent contradictoires. Plusieurs auteurs ont toutefois rapporté des taux plus élevés de dépression chez certains groupes de migrants (Carpenter & Brockington 1980; Lloyd 1998; Iley & Nazroo 2007; Swinnen & Selten 2007). Shaw et ses collègues (1999), ont comparé des sujets originaires des Caraïbes au reste de la population, et ont constaté que la prévalence de la dépression y était plus élevée, bien que cela ne fût significatif que pour les femmes. Bhui (2001) rapporte que les parlants Punjabis n'auraient pas de taux de dépression plus élevés

que les anglophones mais qu'ils avaient, néanmoins, plus d'idées dépressives (Bhugra & Mastrogianni 2004). Ryan et ses collègues mettent en évidence, en 2006, une surreprésentation des troubles dépressifs chez les migrants originaires d'Irlande en Grande-Bretagne.

Les études américaines retrouvent des taux de dépression équivalents entre les afro-américains et le reste de la population lorsque des facteurs démographiques, socio-culturels et socio-économiques sont contrôlés (Comstock & Helsing 1977; Jackson-Triche et al. 2000; Diala et al. 2001; Kessler 2003). Toutefois, les sujets portoricains seraient plus déprimés que le reste de la population (Oquendo et al. 2001), alors que les américains d'origine asiatique, en dépit d'une intensité des symptômes dépressifs comparables, semblent avoir des taux plus faibles de troubles (Jackson et al-Triche, 2000). Aichberger (2010) met pour sa part en évidence un risque accru de dépression chez les migrants mexicains et un risque plus élevé de chronicisation des troubles dépressifs chez les Noirs des Caraïbes.

Certains auteurs montrent, cependant, qu'une fois les variables sociodémographiques prises en compte, cette différence n'existe plus (Comstock & Helsing 1977; Kessler et al. 1994; Diala et al. 2001). Les biais méthodologiques détaillés plus haut, les différences culturelles dans la vision de la maladie pourraient également expliquer ces résultats.

Dans bon nombre d'études, le critère «pays d'origine» est indissociable du critère «migration», le premier pouvant ainsi agir comme facteur confondant du second. Seules des études de grandes ampleurs en population générale peuvent assurer un recrutement et donc une puissance suffisante permettant de contrôler ce biais. C'est le cas dans notre étude.

***La récurrence des épisodes dépressifs est également concernée par la variable migratoire,*** même après analyse multivariée. Une tendance comparable à celle observée pour les épisodes dépressifs isolés est retrouvée (Williams et al. 2007), avec une diminution des taux de prévalence au fil des générations sans pour autant atteindre les chiffres de la population non migrante (Carta et al. 2002). On note des facteurs de risques sociodémographiques équivalents à ceux de l'épisode dépressif isolé.

Seule l'influence de la zone géographique d'origine diffère puisque ce sont les sujets d'origine maghrébine, avec un odd ratio égal à 1,43 (IC à 95% :1,151-1,778), et européenne, avec un odd ratio égal à 1,49 (IC à 95% : 1,171-1,890), qui présentent cette fois-ci un risque majoré de développer une récurrence des troubles dépressifs.

## *Expression clinique de la dépression :*

### A. En fonction des variables « migration » et « degré de migration » :

L'intérêt de l'étude SMPG est de permettre, au-delà d'une estimation de la prévalence de l'épisode dépressif, une exploration de la séméiologie de la dépression au sein des différentes populations de migrants. ***Ainsi, près de la moitié des items du MINI évaluant la dépression voient leur expression modifiée par les variables migration et génération de migration.***

Il s'agit des troubles de l'appétit, des troubles du sommeil, des vécus de dévalorisation et de culpabilité et enfin des idées suicidaires. Nous ne retrouvons pas de différence d'expression du fonctionnement psycho-moteur (ralentissement des fonctions intellectuelles ou motrices, asthénie), de l'anhédonie ou de la tristesse de l'humeur entre migrants et non migrants déprimés.

Nos résultats confirment l'étude de l'OMS sur l'évaluation des troubles dépressifs (Sartorius et al. 1983). Rappelons que les symptômes les plus courants (75% des cas) entre les pays participants y étaient la tristesse, l'absence de joie, l'anxiété, la tension, le manque d'énergie, la perte d'intérêt, l'incapacité à se concentrer, et les idées d'insuffisance, d'inadéquation et d'inutilité. Bryden, en 2003, montre que c'est l'anhédonie qui serait le critère diagnostique le plus communément partagé de part le monde.

Ils montrent dans le même temps que la présentation clinique de ce qui est identifié en Occident comme maladie dépressive semble, au moins partiellement, fonction du contexte culturel de l'individu qui en fait l'expérience (Murphy et al. 1964; Kinzie & S M Manson 1987; Desjarlais & Eisenberg 1996; Weissman et al. 1996; Ballenger et al. 2001; Laurence & Kirmayer 2001; Deisenhammer et al. 2011).

Idées de dévalorisation et de culpabilité :

***Les sujets déprimés migrants expriment moins d'idées de dévalorisation et de culpabilité que leurs homologues non migrants. Il existe un gradient croissant de l'expression de ces deux symptômes au fil des générations avec, concernant le sentiment de culpabilité, un croisement des courbes des deux échantillons entre la première et la seconde génération.***

La prévalence de la culpabilité et du sentiment de dévalorisation pourrait donc varier, en fréquence et en intensité, en fonction de l'appartenance culturelle (Marsella et al. 1973; Murphy 1977; Darcourt et al. 2003; Ktiouet 2004). Dans l'étude de l'OMS de 1983, les sentiments de culpabilité et d'auto-reproche étaient plus importants à Bâle et à Montréal (Sartorius 1983).

Pour certains auteurs, la fréquence des idées de persécution est plus importante dans les pays non occidentaux, alors que parallèlement, les idées de culpabilisation et de dévalorisation y sont moindres. Murphy (1967) fait l'hypothèse que la culpabilité est limitée aux patients de cultures judéo-chrétiennes. Regwellera (1981) en réfère à des habitudes d'attribuer à l'autre les causes de son malheur chez certains groupes de migrants. Pour Delille (1986), l'importance du groupe dans les sociétés traditionnelles avec l'extériorisation des instances morales favoriserait une dynamique de honte et de persécution au détriment des idées de culpabilité. De même, l'investissement total de l'individu dans le groupe, la cohésion fermée des collectivités africaines pourrait expliquer « *la fréquence de la persécution vécue en tant que menace, diminution de l'être par une action externe* » (Diop 1964, cité par Selod).

Le mot « culpabilité » est lié en arabe au mot « péché », qui lui-même est associé à un comportement antireligieux. De plus, dans la culture arabe, la culpabilité serait plus souvent associée à un comportement qu'à une expérience consciente.

Bertschy (1992) rappelle, quant à lui, « *que les idées de culpabilité n'ont pas forcément toujours fait partie du tableau clinique en Europe et que les idées de persécution mélancolique n'y ont pas toujours été rares* ».

D'autres auteurs signalent cependant que les patients issus de cultures différentes connaissent tous l'expérience de la culpabilité dans la dépression, et que les différences de prévalence retrouvée sont liées à des modalités d'expressions particulières de cette émotion (Field 1960; Binitie 1981). Dans leur étude, Bhugra et Ayonrinde (2004), rapportent des taux de culpabilité élevés dans le sous-continent indien, contrairement à ce qui avait pu être dit par le passé. El-Islam (1969) considère la culpabilité comme étant une émotion commune en population musulmane. De la même façon, Sulaiman et al. (2001) ont également identifié, dans leur travail, la culpabilité comme étant un symptôme présent au cours de la dépression à Dubaï.

Hamdi (1997) soutient l'hypothèse que le vécu de culpabilité est moins facilement relevé dans certaines populations car son expression peut exiger l'installation d'une relation de confiance entre le patient et son thérapeute. Binitie (1981) propose, quant à lui, de considérer les idées de persécution retrouvées chez l'Africain équivalentes aux idées de culpabilité.

Idées suicidaires :

*Les idées suicidaires sont, elles aussi, plus présentes dans l'échantillon de sujets déprimés non migrants que dans le groupe migrants.* L'ethnicité est reconnue depuis longtemps comme une variable importante dans la recherche sur le suicide. Sartorius, rapporte, par exemple, dans l'étude de l'OMS (1983), qu'elles variaient de plus de 70% à Montréal et Nagasaki à 41% à Tokyo.

Les premières études en population migrante ont relevé des taux plus élevés de tentatives de suicide que dans la population indigène (Raskin et al. 1975; Glover 1989; Bhugra & Bahl 1999; Jackson-Triche et al. 2000) mais certains de ces travaux présentent des biais de sélection (Bhugra & Mastrogianni 2004). Ainsi lorsqu'ils sont mis en relation avec les taux de dépression, les taux de suicides sont équivalents, ou plus bas que ceux rencontrés en population non migrante.

Oquendo et ses collègues, dans une étude menée aux Etats-Unis et publiée en 2001, mettent en évidence des taux plus bas de suicide chez les portoricains et les latino-américains que dans le reste de la population. Ces résultats sont étayés par d'autres études sur les afro-américains (Griffith & Bell 1989; Stack 1998; Baca-Garcia et al. 2010) ou sur les latino-américains (Sorenson & Golding 2010).

Bensmaïl (cité dans Kiss 1999), dans une revue de la littérature, rappelle l'importance des facteurs culturels, dont la religion, dans la faible prévalence du suicide et des idées suicidaires au sein de certains groupes ethniques. Ces résultats suggèrent non seulement qu'il existe des facteurs de risque de suicide différents à travers les cultures, mais aussi qu'il existe probablement des facteurs de protection culturels encore inconnus. L'identification de ces facteurs devrait être au cœur de toute stratégie de prévention du suicide (Bhugra & Mastrogianni 2004).

*L'étude SMPG retrouve des taux plus importants d'idées suicidaires chez les enfants de migrants que chez les primo-arrivants et les migrants de troisième génération.* Ces derniers présentent des taux voisins mais légèrement inférieurs à ceux de la population non-migrante. Des travaux américains, vont dans ce sens en mettant en évidence chez les migrants de seconde génération, c'est-à-dire chez les enfants de migrants, un risque plus important de présenter des idées suicidaires que chez leurs homologues nés à l'étranger (Ungemack & Guarnaccia 1998; Eschbach et al. 2007; Borges et al. 2009).

Des hypothèses étiologiques en lien avec l'acculturation et l'expérience du racisme y sont développées. Willis et ses collègues (2002) constatent, pour leur part, que depuis une vingtaine d'années, les taux de suicide chez les Noirs des Etats-Unis augmentent pour atteindre ceux de la population blanche illustrant la plasticité des symptômes au cours du temps.

Symptômes somatiques :

*Les résultats de l'étude SMPG concernant les symptômes somatiques sont équivoques.* En effet, on constate une prévalence plus faible des troubles du sommeil chez les sujets migrants déprimés que chez leurs homologues non migrants. Cet écart grandit au fil des générations avec des taux s'éloignant d'autant plus des prévalences rencontrées chez les non migrants.

A l'inverse, les migrants déprimés présentaient plus de perturbations de l'appétit, particulièrement ceux de seconde génération. Nous ne retrouvons pas d'influence de la variable migratoire concernant l'asthénie, la perturbation des fonctions motrices ou intellectuelles.

Beaucoup d'auteurs rapportent que, chez le sujet déprimé d'Afrique, les plaintes somatiques sont très fréquentes (Collomb 1978; Kielholz 1979; Binitie 1981; Rwegellera 1981). Sartorius (1983) montre que la proportion de patients déprimés ayant déclaré des symptômes somatiques variait de 45% à Paris à plus de 95% à Ankara (pour une prévalence globale de 69%). Nak et Yano (2006) mettent en avant une prévalence plus importante des troubles somatiques au Japon et font l'hypothèse de la somatisation comme syndrome lié à la culture. Ryder (2008) arrive au même constat en ce qui concerne les patients déprimés originaires de Chine.

Les théories antérieures, colonialistes et évolutionnistes, sur le lien entre dépression et somatisation, postulaient que la somatisation était un équivalent culturel de la dépression, survenant généralement dans les cultures non occidentales n'ayant pas accès à l'intellectualisation des « blancs ». Il s'agissait du concept de « dépression masquée » dont la symptomatologie psychique était masquée par des symptômes différents, particulièrement somatiques (Kielholz 1979).

Depuis, un panel d'études a rapporté que les symptômes somatiques sont des caractéristiques communes de la dépression à travers le monde (Weissman et al. 1996; Bhui et al. 2001; Laurence & Kirmayer 2001). Bibeau (1981) récuse les conceptions « *faussement évolutionnistes* » de certains auteurs selon lesquelles « *il y aurait [...] d'un côté les cultures*

*qui psychologisent les états émotionnels et qui les nomment en utilisant des termes abstraits à contenu psychique et de l'autre des cultures qui somatisent les émotions et qui les nomment à partir de leur accompagnement somatique ».*

Guereje (1997), quant à lui, ne retrouve pas de différence de prévalence de la somatisation en soins primaires au sein des 14 pays étudiés : son expression était seulement liée au statut socio-économique des individus.

Simon (1999), en utilisant les données de l'étude de l'OMS sur les troubles psychopathologiques, a examiné la relation entre les symptômes somatiques et la dépression. Lorsque la somatisation était définie en termes de « symptômes somatiques médicalement inexplicables » ou par un « déni de détresse psychologique », aucune variation significative entre les centres n'a alors été retrouvée. Les taux de fréquence des symptômes somatiques dépendent donc de la façon dont ils sont définis (Kirmayer & Robbins 1991). Le terme « dépression » est d'ailleurs absent de la langue de nombreuses cultures (Manson 1995), rarement utilisé dans d'autres ou encore utilisé de façon différente (Abusah 1993). Hamdi (1997), explorant la détection de la dépression dans les Émirats Arabes Unis, a constaté que les patients arabes utilisent le plus souvent des métaphores somatiques pour décrire la dépression. Pang (1998) arrive aux mêmes conclusions pour les migrants coréens aux États-Unis (1998). Leff (1973) et Bertschy (1991) soulignent que l'évaluation des affects peut être difficile dans certaines cultures africaines.

Il a été avancé que la somatisation est un concept qui reflète le dualisme inhérent à la pratique biomédicale occidentale, tandis que dans la plupart des grandes traditions de la médecine (monistes), une nette distinction entre le « mental » et le « physique » n'existe pas en tant que telle (Kirmayer & Young 1998).

On peut aussi émettre l'hypothèse que la somatisation est la voie préférentielle pour exprimer sa souffrance psychique dans certaines cultures où la maladie mentale est fortement stigmatisée : par exemple, en Chine, le diagnostic de neurasthénie est perçu comme moins menaçant que celui de dépression pour une symptomatologie presque équivalente (Kleinman 1977; Parker et al. 2005).

Quant à Sayar, il a montré dans une étude de 2003 sur des patients déprimés turcs, que les somatisations étaient plus liées aux symptômes anxieux qu'à l'origine ethnique ou à la migration, résultats déjà mis en avant par d'autres (Bhatt et al. 1989; Mumford et al. 1991). De la même façon, pour Leff (1973) la discrimination entre l'anxiété, la dépression et l'irritabilité est souvent difficile.

D'ailleurs, une étude de Kirmayer de 2001 prouve que la majorité des patients, quel que soit leur origine, amènent une symptomatologie essentiellement somatique à leurs médecins lors des premières consultations pour dépression. Seul 15% des patients ayant un épisode dépressif



majeur y présentaient des plaintes purement psycho-sociales. Par contre, les patients appartenant à des minorités ethniques et présentant ces mêmes points d'appel étaient moins facilement orientés vers des structures de soins psychiatriques (Laurence & Kirmayer 2001).

Expériences délirantes :

*L'analyse des données de l'étude SMPG permet de mettre en évidence, chez les sujets migrants déprimés et non psychotiques, une plus grande prévalence d'idées de persécution, d'intrusion de la pensée, d'idées de référence, d'expériences se rapprochant de notre définition des hallucinations visuelles ou auditives.*

*A l'inverse, on ne retrouve pas d'influence de la variable migratoire sur l'expression de l'item évaluant l'automatisme mental (« Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à vous pouvait influencer ou contrôler vos pensées ou vos actes ? »).* On pourrait donc émettre l'hypothèse qu'il existe une plus grande spécificité de ce critère diagnostique avec la psychose.

De nombreuses études, particulièrement anglo-saxonnes, rapportent une plus grande fréquence des hallucinations et des idées délirantes chez les migrants, notamment chez les migrants originaires d'Afrique, sans que le diagnostic de psychose ne soit retenu.

Aux Etats-Unis, Vitols (1963) puis Sletten (1972) retrouvent ainsi, chez les individus noirs non schizophréniques, une plus grande incidence d'hallucinations et d'idées délirantes que dans la population blanche. Liss, en 1973, réalise un suivi prospectif de patients sur 39 mois: il rapporte un taux significativement plus élevé chez les afro-américains d'hallucinations ou d'idées délirantes, sans que cette différence ne se traduise par une différence concernant la distribution des diagnostics. Les résultats de ces études sont confirmés par les travaux américains de Singer (1977) et d'Adebimpe (1981).

La littérature française est marquée par l'influence de Collomb et de son équipe de Dakar. Collomb, (1978) rappelle qu'en Afrique de l'Ouest, « *il est souvent malaisé de dissocier les hallucinations des représentations oniriques vécues pendant le sommeil ou les états d'assoupissement, des images virtuelles ou sonores facilement sensorialisées, voire des hallucinations normales au cours de certains états de conscience très communs dans la vie quotidienne* ». L'idée qu'un état délirant aigu puisse masquer une dépression chez des patients d'Afrique subsaharienne non acculturés, a été proposée par Hanck et Collomb (1976). Les auteurs parlèrent de « masque noir de la dépression » pour qualifier l'association d'un délire persécutif à des plaintes somatiques. Le délire prendrait alors la forme d'une

persécution par le groupe (Bertschy et al. 1992; Louiz et al. 1999) ou d'un dysfonctionnement attribué à l'autre. Le caractère délirant d'une dépression serait alors associé à la sévérité des symptômes, à une majoration du risque suicidaire et à des sentiments de culpabilité plus intenses (Charney & Nelson 1981; Walter & Thomas 2009).

Charalabaki (1995), dans une étude belge sur trois groupes de patients psychiatriques d'origines grecque, ibérique et belge, souligne, après prise en charge des facteurs de confusion, une prévalence accrue de délires et d'hallucinations chez les migrants. Les auteurs mettent ces différences sur le compte de facteurs culturels.

Makanjuola et Olaifa (2007) mettent en évidence chez les Yorubas du Nigeria souffrant d'un état appelé «Ode Ori » des éléments hallucinatoires. Des symptômes anxieux et dépressifs y occupaient aussi une place importante.

Les différences entre les cultures occidentales et non occidentales au sujet des concepts d'hallucination et de réalité se reflètent donc dans des attitudes différentes à l'égard des hallucinations et de la réaction émotionnelle à leur égard (Al-Issa 1995). La présence non pathologique d'expériences se rapprochant de notre définition du délire dans certains groupes ethniques a été confirmée par une littérature riche (Kiev 1963; Schwab 1977; Glover 1989). Jones et Gray (1986) montrent que les individus originaires des Caraïbes présentaient 2,5 fois plus d'hallucinations que le reste de l'échantillon non migrant. Seuls 25% de ces individus exprimaient les critères pour être diagnostiqués psychotiques. Des enquêtes en population générale aux Etats-Unis suggèrent que 10 à 25% des participants migrants ou non ont connu au moins une fois dans leur vie des expériences hallucinatoires (Slade & Bentall 1988; Tien 1991). Posey et Losh (1983) ont révélé que 39% des étudiants déclaraient avoir entendu leur propre pensée s'exprimer à haute voix, et que 5% ont eu des conversations avec ces voix. Barrett et Etheridge (1992) ont confirmé ces résultats. Bien que les théories et la recherche sur les hallucinations tentent de mettre en évidence des substrats organiques impliqués dans ces expériences, les auteurs rappellent que les facteurs sociaux et culturels doivent donc également être pris en considération.

Cette surreprésentation des expériences délirantes en population migrante a conduit à de nombreuses erreurs diagnostiques. Adebimpe et ses collègues (1984) révèlent des pratiques discriminantes envers les Noirs en passant en revue les études publiées depuis les années vingt jusqu'aux années quatre-vingt, et concluent sur la tendance à sur-diagnostiquer la schizophrénie au détriment des troubles affectifs.

Des années trente à cinquante, la psychiatrie coloniale africaine, surtout représentée par Carothers, a fait des ravages en affirmant l'infériorité psychique des Africains sur des bases neurobiologiques (Carothers 1953). Pour la plupart des auteurs de l'époque, la dépression n'existait quasiment pas chez les Africains, contrairement aux pathologies psychotiques, plus «primaires».

En 1983, Mukherjee et ses collègues ont montré que les patients bipolaires afro-américains et hispano-américains encouraient un risque significativement plus élevé que les caucasiens de se voir attribuer un diagnostic de schizophrénie. Un des facteurs prédictifs d'erreur était la survenue de phénomènes hallucinatoires au cours de l'accès pathologique.

En 2003, Geltman et Chang arrivent aux mêmes conclusions en soulignant, dans une étude rétrospective sur les latino-caribéens, que 46% des individus présentaient une symptomatologie hallucinoïde mais que seuls 9% des individus étaient diagnostiqués comme ayant un trouble.

Haasen (2001) apporte les preuves, au sein d'une population souffrant de syndrome hallucinoïde paranoïaque, d'une prévalence plus élevée des erreurs diagnostiques au sein de la population migrante d'origine turque. La maîtrise de la langue n'était pas liée à ces difficultés diagnostiques.

Makanjuola et Olaifa (2007) mettent également en avant, dans une étude rétrospective de patients souffrant de troubles dépressifs, la fréquence des hallucinations auditives et visuelles en rapport avec la sorcellerie ou le contact avec les morts, ainsi que des idées de persécution.

Strakowski rapporte dans une étude transversale américaine (1997) que le taux de schizophrénies diagnostiquées par les cliniciens était plus élevé chez les Noirs que chez les Blancs. La présentation des troubles étaient différente selon l'appartenance ethnique.

Selod fait état, en 1998, des nombreuses études anglo-saxonnes sur le sujet qui rapportent une épidémie de psychose, a fortiori de schizophrénie, chez les patients antillais migrants, mais aussi chez les enfants issus de migrants (Littlewood & Lipsedge 1978; Carpenter & Brockington 1980; Cochrane & Bal 1987). Le paradoxe est majeur, étant donné que l'on considère le taux de la schizophrénie comme relativement invariant de par le monde (Sartorius & Leff 1992). Selod rapporte également de nombreux biais, au sein de ces études, notamment en ce qui concerne la construction des « groupes » de migrants. Les résultats sont souvent contradictoires, et il n'existe que peu d'études prospectives sur la question permettant de pondérer ces résultats.

*Nous retrouvons une diminution générationnelle de l'expression de cette symptomatologie « psychotique » chez les migrants déprimés. Les migrants de troisième génération ont donc des profils qui se rapprochent, sans les rejoindre, de ceux de la population non migrante.*

Le seul item qui voit la prévalence de son expression augmenter avec les générations est celui évaluant la présence d'idées jugées « étranges ou inhabituelles » par l'entourage de l'individu. Cela pourrait être mis en lien avec des problématiques identitaires ou avec une acculturation compliquée générant des difficultés de compréhension intergénérationnelles ou avec la société hôte. Suresh et Bhui (2006) rappellent que la première génération de migrants a tendance à maintenir l'identité ethnique, les croyances et les attitudes face au système de soins qui sont présents dans la culture d'origine. Ceux de deuxième et de troisième génération adoptent, à divers degrés, les valeurs de la culture dans laquelle ils sont nés et ont grandi. Cela peut conduire à de nouvelles identités culturelles qui ne sont pas facilement comprises par la famille du migrant ni par le pays hôte.

Des pistes pour comprendre l'évolution générationnelle :

La question de l'évolution de la symptomatologie dépressive au cours des générations chez les migrants est encore peu traitée mais la majorité des données insistent sur le caractère dynamique, évolutif de la séméiologie ainsi que sur le rôle de l'acculturation (Parker et al. 2005).

Pour certains, les individus pourraient maintenir ou augmenter certaines valeurs de leur culture d'origine ou processus « d'enculturation » tout en s'adaptant aux valeurs de la culture dominante (Ryder et al. 2000). En réalité, la plupart des instruments de mesure considèrent qu'il existe un continuum dans lequel l'acquisition des valeurs de la culture d'accueil est accompagnée d'une diminution des proportions des valeurs de la culture d'origine (Chung et al. 2004).

La majorité des études montrent que l'acculturation pourrait ainsi induire des variations cliniques conduisant à un profil plus commun dans le pays d'accueil. Chen, Guarnaccia, et Chung (2003) ont étudié la relation entre l'acculturation et les symptômes de dépression. Ils rapportent un lien entre l'acculturation et la présence accrue de symptômes affectifs lors de la dépression. En outre, ils ont constaté que l'acculturation était associée à une expression moindre de symptômes somatiques chez les sujets migrants. Les auteurs concluent à une association entre l'évolution culturelle, c'est à dire un glissement dans l'auto-attention du soi somatique vers un soi affectif, et un niveau élevé d'acculturation.

Une investigation américaine, portant sur des sujets déprimés originaires de Corée, montre également que les individus les moins acculturés avaient les symptômes les plus éloignés de ceux de la population générale (Jang et al. 2005).

Dans une étude réalisée entre la Turquie et l'Allemagne, Akbiyik (2009) souligne l'importance du contexte culturel en montrant que les symptômes dépressifs étaient différents en Turquie et chez des patients d'origine turque résidants en Allemagne.

Louiz (1999) met, pour sa part, en évidence chez les individus déprimés une augmentation du vécu de culpabilité et une diminution des thématiques de persécution et des plaintes somatiques au Maghreb, avec des profils se rapprochant des modèles occidentaux. Inversement, les signes de la lignée psychotique seraient devenus plus fréquents chez les déprimés français (Darcourt et al. 2003). Comme détaillé plus haut, les migrants de seconde génération présenteraient plus d'idées suicidaires que leurs parents. Enfin, une étude réalisée en Inde a apporté les preuves que les symptômes dépressifs n'étaient pas les mêmes en fonction du degré d'occidentalisation des individus évalués (Rao et al. 2007).

Ces données sont intéressantes, et probablement à creuser, même si l'on peut toutefois regretter le regard ethnocentrique de la méthodologie de ces études, où le référentiel reste toujours dépendant de la nosologie occidentale.

## B. En fonction de la variable « zone géographique d'origine » :

*Contrairement à ce qui est observé avec la migration ou le degré de migration, l'impact de l'origine géographique des migrants sur l'expression clinique des items évaluant la dépression reste limité.* L'analyse multivariée met néanmoins en évidence, chez les déprimés, une relation entre l'origine maghrébine et les troubles de l'appétit et de la perturbation des fonctions motrices (ralentissement ou excitation). Notre travail est probablement limité par le manque de puissance des populations migrantes étudiées.

*Les items du MINI évaluant la psychose, c'est à dire le vécu de persécution, l'intrusion de la pensée, les idées de référence et les expériences hallucinatoires auditive et visuelle, sont quant à eux, exprimés différemment en fonction de l'origine des migrants.*

Ceux qui rapportent le plus d'idées de persécution sont les sujets originaires d'Afrique avec un odd ratio égal à 3,3 (IC à 95% : 1,795-6,138), suivis des migrants originaires des Antilles dont l'odd ratio égal à 2,9 (IC à 95% : 1,251-6,537), d'Europe avec un odd ratio égal à 1,6

(IC à 95% : 1,049-2,442), et enfin du Maghreb dont l'odds ratio est égal à 1,5 (IC à 95% : 1,014-2,087). Le vécu de persécution concerne donc tous les groupes de migrants y compris ceux d'Europe.

Les sujets originaires des Antilles rapportent 2,6 fois plus que le reste de la population avoir déjà eu l'impression que l'on pouvait « lire ou entendre » dans leurs pensées (IC à 95% : 1,049-6,399).

L'expression des idées de référence est, elle aussi, dépendante de l'origine des migrants puisque les odds ratios sont de 3,9 pour les migrants d'Afrique (IC à 95% : 1,567-9,486), de 2,8 pour les migrants d'Europe (IC à 95% : 1,318-5,822) et de 1,9 pour les migrants du Maghreb (IC à 95% : 1,009-3,718).

Le sentiment d'avoir eu « des visions, ou de voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir » est plus fréquent chez les migrants des Antilles et du Maghreb avec des odds ratios de 5,6 (IC à 95% : 2,310-13,525) pour ceux originaires des Antilles et de 1,9 (IC à 95% : 1,165-2,962) pour les migrants du Maghreb.

Enfin, l'impression « d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix » est aussi concernée par ce phénomène puisque les odds ratios étaient de 5,07 (IC à 95% : 1,792-14,380) pour les migrants originaires des Antilles, et de 2,1 (IC à 95% : 1,245-3,679) pour ceux du Maghreb. A l'issue de cette analyse multivariée, le territoire d'origine n'est plus retrouvé comme étant une variable influençant l'expression de l'expérience de bizarrerie du discours ou des idées.

### *Représentations de la dépression :*

Lorsque les individus migrent, ils ne laissent pas leurs croyances derrière eux. Ces croyances modulent la façon d'exprimer leur mal-être et donc leurs symptômes mais aussi les moyens de recherche d'aide (Guarnaccia & Rogler 1999; Bhugra 2004). ***Grâce au questionnaire sur les représentations des pathologies mentales, nous avons pu mettre en évidence un partage certain des représentations de la dépression entre migrants et non migrants.***

Ainsi, de façon décroissante, la dépression est associée à la tristesse pour 87,90% des non migrants et 84,08% des migrants, au suicide pour 81,90% des non migrants et pour 77,38% des migrants, à la quête de solitude pour 63,38% des non migrants et pour 60,64% des migrants, à l'anxiété pour 35,49% des non migrants et pour 35,89% des migrants, à la consommation d'alcool pour 23,40% des non migrants et pour 26,79% des migrants, à des comportements violents pour 23,12% des sujets non migrants et 25,47% des sujets migrants, à

la saleté et à la négligence pour 22,84% des sujets non migrants et pour 24,27% des migrants et à la consommation régulière de drogues pour 17,83% des sujets non migrants et pour 19,92% des sujets migrants.

La dépression est décrite comme étant liée à la violence envers les autres et les objets pour 9,47% des sujets non migrants et pour 13,55% des migrants, aux crises et aux convulsions pour 7,20% des non migrants et pour 10,94% des individus migrants, à une bizarrerie du comportement pour 10,10% des non migrants et pour 9,49% des migrants, au délire et aux hallucinations pour 8,14% des sujets non migrants et pour 8,72% des migrants. La dépression est aussi liée à la bizarrerie du discours pour 6,79% des sujets non migrants et pour 7,35% des migrants et enfin à la déficience intellectuelle pour 1,61% des non migrants et pour 1,85% des migrants.

*En dépit de ce partage apparent entre les deux populations, l'analyse bivariée met en évidence une influence significative de la variable migratoire sur les représentations.* Les sujets migrants se représentent ainsi d'avantage un dépressif comme étant un individu « qui prend régulièrement de la drogue », « qui boit régulièrement des boissons alcoolisées », « qui est violent envers lui-même », « qui délire, hallucine », « qui est déficient intellectuel, attardé », « qui fait des crises, des convulsions », « qui a un comportement bizarre », « qui a un discours bizarre », « qui est négligé, souvent sale » et enfin « qui est anxieux ». A l'inverse, les sujets migrants identifient significativement moins comme étant dépressif un individu « qui pleure souvent, et qui est la plupart du temps triste », « qui tente de se suicider », « qui est en retrait ou cherche à être seul ».

De la même façon, les migrants se représentent significativement plus l'individu dépressif comme étant « responsable de ses actes », plus souvent « exclu de sa famille » et « de la société ». A l'inverse, ils identifient moins le dépressif comme sachant « qu'il est dépressif », comme ayant « une famille qui souffre ». Nous ne retrouvons pas d'influence de la migration sur l'appréciation de la souffrance du dépressif.

Les non migrants rapportent, par ordre décroissant, les critères discriminants de la dépression suivants : l'apparence, le comportement, la non reconnaissance des troubles par leur entourage, le discours et enfin le regard. Quant aux sujets migrants, ils répondent de façon décroissante: l'apparence, le comportement, le discours, la non reconnaissance des troubles par l'entourage, et enfin le regard. Le comportement et le discours sont légèrement plus cités par les migrants à l'inverse du regard et de l'apparence qui le sont moins.

Nous retrouvons également une influence de la variable migratoire sur les représentations des étiologies de la dépression. Il s'agit, pour les sujets migrants, par ordre décroissant d'un événement de vie, d'une cause sentimentale, d'autres causes (non spécifiées par le questionnaire), de causes professionnelle, socio-économique, relationnelle, sociétale, physique, d'addictions, d'une origine magico-religieuse. Pour les sujets non migrants, les causes principales de la dépression sont par ordre décroissant un événement de vie, une cause sentimentale, inconnue, professionnelle, socio-économique, relationnelle, physique, sociétale, les addictions, une origine magico-religieuse. Les causes sentimentale, socio-économique, sociétale, magico-religieuse et les addictions sont légèrement plus représentées chez les migrants à l'inverse des causes professionnelle, physique, relationnelle, et des événements de vie qui le sont moins.

De nombreuses publications ont mis en évidence des représentations de la dépression et des maladies mentales différentes entre les cultures (Leff 1973; Tanaka-Matsumi & Marsella 1976; Ebert & Martus 1994). Defromont et Roelandt (2003) montrent, par exemple, dans une étude internationale, que la dépression est peu connue à Madagascar, mais que ceux qui la connaissent décrivent une tristesse de l'humeur, une conséquence liée à des conflits psychologiques, des déceptions, un deuil. Aux Comores, le dépressif est proche du fou et du malade mental. À l'île Maurice, on retrouve la notion de fatigue mentale et de découragement, secondaire à des soucis familiaux, mais aussi à la drogue. Sur les sites français, on retrouve deux thèmes, le premier étant attaché de façon prédominante aux sites métropolitains, le second à la Réunion et à la Guadeloupe. En France métropolitaine, il s'agit essentiellement de la souffrance psychologique : le sujet est triste, a une vision négative de l'avenir et, surtout, est incapable d'assumer la vie courante. À la Réunion et à la Guadeloupe, c'est une théorie nerveuse qui prédomine : le sujet est pris des nerfs, il fait des crises et ne contrôle plus ses émotions.

Une enquête menée à Dubaï, rapporte que les principaux symptômes de la dépression identifiés par les participants étaient : le retrait social, la peur, l'irritabilité, la perte de sommeil, la perte d'appétit, la tristesse, les pleurs, l'ennui et la perte de libido. Les causes de dépression identifiées comprenaient: un événement stressant familial ou sociétal, un conflit relationnel, le manque de soutien, les conflits conjugaux et les problèmes avec les enfants. La stratégie la plus efficace face aux troubles identifiés était le recours à la religion et aux religieux (Sulaiman et al. 2001).



Les causes surnaturelles ont toujours été des facteurs explicatifs des pathologies mentales dans de nombreuses cultures, y compris la notre (Kulhara et al. 2000). Pfeifer, dans une étude de 1999, montre que les croyances liées à la possession ne se limitent pas à la schizophrénie mais aussi à d'autres troubles tels que la dépression ou l'anxiété.

Dans le même sens, McCabe et Stefan Priebe (2004) souligne que les non migrants citent trois fois plus les causes biologiques que les migrants originaires des Caraïbes et d'Afrique, chez qui on retrouve plus souvent des causes rapportées surnaturelles.

Une étude sur les femmes du Pendjab ayant migré au Royaume-Uni rapportent que ces dernières maintiennent leurs croyances sur la dépression, particulièrement qu'il ne s'agit pas d'une affaire médicale (Bhugra 2004). Notre étude va dans ce sens puisque, même si l'origine magico-religieuse est citée en dernier par les deux échantillons, les migrants considèrent deux fois plus que la dépression peut avoir une origine surnaturelle (0,06 vs 0,03).

Enfin, les représentations sociales de la dépression jouent également un rôle indirect dans la sévérité des troubles dépressifs, particulièrement par le biais d'une moindre recherche de soins chez les patients déprimés issus des minorités ethniques (Defromont & Roelandt 2003; Lawrence et al. 2006). Citons le travail de Karasz (2005) dans lequel il compare les représentations d'américains d'origines européenne et asiatique. Le groupe d'origine européenne rapporte la dépression à une maladie selon un modèle biomédical alors que le groupe originaire d'Asie l'associe à un modèle plus relationnel. L'auteur souligne que dans ce dernier modèle, la dépression est souvent stigmatisée comme un sentiment de faiblesse personnelle et la recherche d'aide moins aisée (Ballenger et al. 2001; Walter & Thomas 2009).

***Les représentations de la dépression ne sont pas les mêmes en fonction de la génération de migration.*** Ainsi, on constate qu'au fil des générations, les représentations des sujets migrants ont toutes tendance à se rapprocher, voire à se confondre avec celles de la population témoin. Collomb (1978) rappelle qu'avec les changements sociaux, la modification des structures familiales et des rapports interindividuels, « *les systèmes de régulation des tensions des conflits mis en place par la culture sont de moins en moins efficaces. La dépression prend d'autres formes* ». Avec une plus grande fréquence des idées d'indignité, de culpabilité, des suicides, il s'agit d'une forme qui se rapproche plus des tableaux observés en Occident.

Les études sur le sujet sont anciennes : Parra montre, dans un travail réalisé en 1987, que les jeunes Chicanos (les Mexicains vivant aux Etats-Unis) perçoivent moins la pathologie que les vieux Chicanos ou que les Américains.

A Macao, la description d'un cas de schizophrénie simple est moins stigmatisée par les jeunes Chinois que par les jeunes Portugais. Les métis sino-portugais, le plus souvent de mère chinoise et de père portugais, ont des représentations plus proches de celles des Chinois que de celles des Portugais (Dohrenwend & Chin-Shong 1967).

Plusieurs auteurs constatent, en Afrique, l'augmentation de la prévalence du suicide du fait de processus d'acculturation (Scheid 1990). Sue et ses collaborateurs (1976) montrent que les américains d'origine asiatique considèrent la volonté comme le fondement de la santé mentale mais qu'ils partagent des représentations étiologiques plutôt organicistes.

Dans une étude britannique plus récente sur les représentations de la dépression entre migrants d'origine asiatique et non migrants, Furnham et Malik (1994) montrent que les femmes migrantes d'âge moyen diffèrent dans leur représentation par rapport aux migrants plus jeunes et aux non migrants, ces derniers ayant une perception de la dépression similaire. Enfin, une étude allemande montre que depuis la chute du mur dans les années 1990, les représentations de la dépression rapportées par les personnes interrogées en Allemagne de l'Est ont été assimilées à celles de l'Ouest (Beck et al. 2003).

Selon Scheid et Raveau (1991), cette variabilité intra-ethnique est due à des processus d'acculturation qui peuvent être mesurés par la durée de séjour, l'adoption d'une autre nationalité, l'usage de la langue du pays d'accueil ou encore le métissage. La première génération de migrants a tendance à maintenir les croyances et les attitudes de soins présents dans sa culture d'origine. Les migrants de deuxième et de troisième génération adoptent, à divers degrés, les valeurs de la culture dans laquelle ils sont nés et ont grandi (Aspinall 1997; William & Healy 2001).

#### ***4. Vers des profils de dépression spécifiques ?***

*Selon la zone géographique d'origine?*

La dépression, dans sa définition étique, est donc être universellement partagée entre les aires culturelles même s'il existe un risque de survenue des troubles plus important dans certains groupes de migrants. L'impact de l'origine géographique des migrants sur l'expression clinique de la dépression est limité et ne concerne presque qu'exclusivement la symptomatologie qualifiée en Occident de « délirante ». Ces résultats n'excluent pas l'existence d'autres symptômes « atypiques » ou « spécifiques d'une culture » pour lesquels d'autres méthodes de dépistage et d'évaluation devraient être envisagées.

Nous pouvons souligner l'existence d'un lien entre l'origine maghrébine des migrants et les manifestations accrues, lors de la dépression, de troubles de l'appétit, et de la perturbation des fonctions motrices. Nous retrouvons également une surexpression du vécu de persécution, des idées de référence, et de ce que nous définissons comme des hallucinations visuelles et auditives. Plusieurs auteurs, dont les travaux et leurs limites ont été détaillés plus haut, ont noté la rareté des thématiques de culpabilité et la fréquence des thèmes de persécution et des plaintes somatiques chez les déprimés maghrébins (Hamdi et al. 1997; Louiz et al. 1999; Darcourt et al. 2003; Ktiouet 2004).

L'origine européenne et africaine des migrants favorise, quant à elle, l'expression du sentiment de persécution et des idées de référence. Il existe peu d'études concernant les migrants européens : la majorité d'entre elles sont relativement anciennes et portent principalement les migrants issus de l'ex-bloc soviétique. Leurs résultats vont dans le même sens que les nôtres : ils mettent en évidence une augmentation des troubles psychopathologiques au sein de cette population (Buchwald et al. 1993; Miller & Chandler 2002; Blomstedt et al. 2007) et retrouvent des spécificités au cours des troubles thymiques, particulièrement des états psychotiques atypiques (Devarenne-Megas 2003). Masumbuku (1993) a pu constater que, parmi 150 réfugiés polonais en Allemagne, 85% sont devenus anxieux et dépressifs à la suite du rejet de leur demande d'asile. Certains présentaient même des « signes de nature psychotique intermittents ou permanents » comme des idées délirantes hypochondriaques ou des sensations de modifications corporelles. Nous ne reviendrons pas sur la littérature concernant les sujets migrants d'origine africaine, détaillée plus haut.

Enfin, l'origine antillaise semble liée aux expériences telles que les hallucinations visuelles et auditives, le vécu de persécution, et « l'impression que l'on pouvait lire ou entendre dans leurs pensées ». Tremblay(2005) rapporte dans une revue de la littérature des résultats concordants: les symptômes de base de l'épisode dépressif cohabitent fréquemment avec des éléments persécutifs, des hallucinations auditives ou des troubles du comportement, symptômes habituellement associés à la psychose.

Il est intéressant de souligner, chez les migrants déprimés, la présence d'expériences considérées par le DSM IV comme des manifestations délirantes, et cela en dehors de tout trouble psychotique. Il s'agit de la présence accrue d'hallucinations chez les migrants du Maghreb, et chez ceux des Antilles. Le vécu de persécution est également présent au sein des quatre groupes de migrants, y compris chez les migrants d'Europe (proches culturellement). Cette expérience pourrait donc plus être liée à l'événement migratoire en tant que tel qu'à une prédisposition culturelle. Sur ce sujet, Jones et Gray (1986) rappellent que peut être interprété comme élément paranoïaque, ce qui n'est en fait qu'une adaptation à un environnement hostile ou raciste.

Le débat persiste en psychiatrie entre une approche universelle des troubles d'une part et un abord fondé sur la divergence des symptômes en fonction des facteurs culturels ou contextuels d'autre part. Cette controverse se poursuit en raison de l'absence de mesure objective de la pathologie en psychiatrie (Canino & Alegria 2008).

Reconnaître l'altérité culturelle des dispositifs de soins en psychiatrie semble essentiel. Pour Moro (2009), « *ignorer cette altérité c'est non seulement se priver de l'aspect créatif de la rencontre, c'est aussi prendre le risque que nos patients ne s'inscrivent pas dans nos systèmes de prévention et de soins. C'est aussi les contraindre à une solitude, voire à une rigidification. Puisque la rencontre n'est pas possible, chacun s'arc-boute sur son universalité, comme pour préserver une identité culturelle plus ou moins défensive* ».

Il faut toutefois se prémunir contre toute dérive culturaliste, c'est-à-dire réduire la complexité d'une situation clinique au prisme unique de l'approche culturelle. Il importe de rejeter violemment tout a priori de singularisation ou de spécificité irréductible : réifier ainsi les choses aboutirait à se priver du caractère dynamique de la culture et donc à se risquer au préjugé et au stéréotype. Il ne faut donc pas réduire la clinique transculturelle à de simples emprunts ethnographiques de telle ou telle représentation de la maladie ou de telle ou telle technique thérapeutique traditionnelle le plus souvent magico-religieuse, afin que le caractère « exotique », incontestablement recherché, s'affirme dans toute son évidence.

Plusieurs travaux rejettent l'idée que la culture, objet réifié, extraite d'un contexte de vie et d'expériences vécues au quotidien par ces minorités (racisme, préjugés), vient en fait renforcer la notion de race et de différences entre les peuples européens et non européens (Sashidharan 2001).

En effet, comme le souligne Selod (1998), « *dire que la psychiatrie est adéquate à un univers donné et non transposable, dire qu'elle est dépendante uniquement d'un contexte culturel, revient à en réfuter sa validité. C'est-à-dire que si la culture implique la représentation phénoménale, le mal est donc celui qu'on se représente, et il n'y a plus d'objet scientifique* ».

La majorité des études demeurent néanmoins remarquables par l'opposition qu'ils établissent entre un déprimé occidental chez qui l'expérience dépressive s'exprime dans le registre de la faute et qui décrit son malaise affectif dans un langage ou un *idiom* psychologique et un déprimé non occidental mais indifférencié, chez qui l'expérience des affects dépressifs serait médiatisée par la honte et la somatisation (Bryden 2003). Toutes ces approches ont en commun une mise en avant des variations symptomatiques de la maladie dépressive au détriment de leurs éventuelles similitudes. En même temps, Bryden (2003) rappelle que les modèles nosologiques actuels qui, en proposant de faire de la présentation occidentale du trouble dépressif l'étalon descriptif universel (et ce sans accompagner ce projet d'une véritable réflexion sur la validité transculturelle des critères retenus), sont hautement suspects pour nombre d'utilisateurs non occidentaux.

Une issue à ce débat est probablement d'imaginer des structures de soins métissées au sein desquelles chacun aurait sa place (Moro 2009). Comme l'écrit Lantéri-Laura (2004), « *la psychiatrie n'est pas sans rapport avec les cultures, celle où elle est apparue et les autres, mais, par son effort vers une connaissance rigoureuse, elle ne s'y réduit pas* ».

### *Selon la variable migratoire ?*

Il n'est nullement envisageable d'esquisser un profil psychologique propre aux migrants. La diversité des individus qui émigrent, les conditions extrêmement variées de chaque expérience ainsi que le caractère dynamique et évolutif du concept même de culture nous interdisent toute généralisation. Néanmoins, il est possible de dégager quelques tendances qui peuvent nous aider à appréhender de façon pragmatique la réalité, chaque fois singulière, à laquelle ce type de patients nous confronte. De plus, l'intérêt de notre étude est d'avoir une vision

complémentariste en nous interrogeant simultanément sur l'influence de l'aire géographique d'origine des migrants mais aussi sur ce que créent précisément les situations de migration et d'exil en terme psychopathologique.

En effet, si l'impact de la région d'origine sur la clinique de la dépression n'est que relatif, notre travail permet de dégager certaines particularités induites par la variable migratoire. Concernant la prévalence, la migration est un facteur de risque en soi de se voir attribuer le diagnostic de dépression et d'épisode dépressif récurrent, et cela quelque soit le degré de migration.

Du point de vue séméiologique, on ne retrouve pas de différence d'expression du ralentissement psycho-moteur (ralentissement des fonctions intellectuelles ou motrices, asthénie), de l'anhédonie ni de la tristesse de l'humeur entre les populations migrante et non migrante. Il existe toutefois chez le sujet migrant déprimé une expression moindre des vécus de dévalorisation et de culpabilité. Les idées suicidaires sont elles aussi moins souvent rapportées. Concernant les symptômes somatiques, les résultats ne sont pas équivoques.

Les sujets migrants déprimés présentent également une prévalence plus importante des vécus de persécution, d'intrusion de la pensée, d'idées de référence, d'hallucinations visuelles ou auditives, et cela en dehors de tout épisode psychotique.

Quant aux représentations de la dépression, elles sont globalement partagées entre non migrants et migrants. Nous constatons toutefois chez ces derniers une association préférentielle de la dépression à des manifestations plus externes comme la bizarrerie du discours ou du comportement, avoir une présentation négligée, faire des crises convulsives, halluciner, manifester de l'anxiété, consommer des substances ou présenter des troubles du comportement. A l'inverse, les sujets migrants identifient significativement moins, comme liés à la dépression, des états plus internes comme la tristesse, le suicide, le retrait ou la quête de solitude.

Les sujets migrants identifient le dépressif par son apparence, son comportement, son discours et enfin par son regard. Il existe peu de différence avec le groupe contrôle, mis à part pour ce qui est du discours qui est un indice pour reconnaître un « dépressif » plus souvent cité chez les sujets migrants.

L'origine de la dépression était, pour les sujets migrants, et par ordre décroissant : un événement de vie, une cause sentimentale, professionnelle, socio-économique, relationnelle, sociétale, physique, les addictions, l'origine magico-religieuse. Les étiologies sociétales étaient ainsi légèrement surexprimées par rapport aux non migrants et l'origine magico-

religieuse des troubles, même si elle arrivait en dernière position, était deux fois plus rapportée par les migrants. Il semble donc exister une résonance entre ces résultats et ceux concernant la sémiologie de la dépression. Toutes les sociétés humaines véhiculent des croyances relatives aux « façons adéquates » d'être et de se conduire avec les autres dans des domaines aussi variés que le langage, l'expression faciale à tel ou tel moment, etc. (Massé 2001). Le normal comme l'anormal sont définis culturellement. L'analyse de l'influence de la culture sur les manifestations de la maladie est donc fondamentale, tant pour diminuer les erreurs diagnostiques qui entraînent une prise en charge inappropriée que pour améliorer le dépistage des individus requérant des services (Selod 1998).

Nous pouvons donc engager une réflexion sur une véritable psychopathologie des migrants (et non de la migration), en relation avec les variables de contexte, qui conduirait à des tableaux en lien avec l'acte migratoire. Comme nous l'avons vu, les conditions particulièrement dures de la migration d'aujourd'hui semblent être en effet un facteur influençant la santé mentale des nouveaux venus à travers plusieurs mécanismes comme le deuil ou le traumatisme.

La migration est bien souvent connotée comme une rupture, une mise hors-temps, hors-lieu, hors-lien. L'acte migratoire peut agir de diverse façons : il peut venir « révéler » une pathologie antérieure qui était soit compensée, soit tolérée par l'environnement familial et social, et comprise dans le cadre culturel. Les théories antérieures soutenaient d'ailleurs que les migrants les plus « fragiles », « les plus mal adaptés » avaient la plus grande propension à migrer, théories qui n'ont jamais été scientifiquement validées (Ödegaard 1932). A un autre niveau, c'est le processus migratoire qui viendrait donner lieu à l'apparition des troubles, modulés par les facteurs personnels et collectifs détaillés plus haut (Baubet & Moro 2009). Enfin, la migration pourrait n'avoir aucune influence sur la psychopathologie du migrant mais les troubles psychopathologiques seraient entièrement imputables aux conditions socio-économiques précaires de la population migrante (Silove & Steel 2006).

La recherche sur une psychopathologie des migrants a donné lieu à des résultats contradictoires. Les études sur le sujet ont des méthodologies et des échantillons très variables et n'ont pas abouti à une confirmation définitive d'une psychopathologie spécifique de la migration (Rios 2008).

Ont été mis en évidence des profils de troubles spécifiquement rencontrés chez les migrants, qui n'échappent pas toujours à une pathologisation exotique, constitués sur la base d'observations de crises d'angoisse, de psychoses délirantes, de dépressions, d'états psychotiques ou névrotiques (Bensmail 1991) et de diagnostics proches de l'artefact,

notamment en matière de schizophrénie (Cochrane & Bal 1987; McGovern & Cope 1987). Notons, pour illustration, l'«*immigrant syndrome of psychosomatic disadaptation*» de Seguin (1956), l'«*immigrant hypochondriasis*» de Hes (1958) ou encore le «*migrant chronic adaptive disorder*» de Westermeyer (1988).

Les psychiatres du Service d'assistance psycho-pathologique et psychosociale (SAPPIR), situé à Barcelone, ont décrit quant à eux, les symptômes communs que la plupart des migrants présentent lors de leur venue dans ce centre et les ont baptisés symptômes «*Multiple and Chronique Stress Syndrome*» (Ou syndrome d'Ulysse). Ils comparent ainsi le voyage risqué et difficile que les migrants entament à la recherche d'une vie meilleure avec l'odyssée du personnage mythique grecque lors de son long voyage à travers la Méditerranée. Les migrants, touchés par ce syndrome, présenteraient une symptomatologie dépressive avec des caractéristiques atypiques : la symptomatologie dépressive serait mêlée à des symptômes anxieux, somatoformes et même dissociatifs. Ce syndrome se développerait progressivement à mesure que le migrant rencontre les obstacles liés à la migration (Achotegui 2002; 2004).

Il ne faut pas négliger le risque d'enfermer la pathologie des migrants dans une nosologie particulière et de stigmatiser une population qui l'est déjà. Cette façon d'appréhender les choses implique surtout de considérer la migration comme le point « zero » de l'histoire du sujet comme si celui-ci était dépourvu d'existence antérieure. Elle réduit la migration à une expérience stéréotypée : pourtant les troubles rencontrés chez les migrants ne sont jamais la conséquence directe de la migration (Baubet & Moro 2009).

Là encore, l'un des dangers essentiels est alors, comme l'ont illustrés certains développements, la référence à une spécificité globalisante, niant à court terme le fond d'universalité que suggèrent toutes les cultures (Anon 2007). C'est ce que souligne Scotto (1981) qui, mettant en doute cette spécificité fréquemment admise de la psychopathologie de l'immigration maghrébine, s'élève contre la référence trop facile faite au « maghrébisme » : pour lui « *c'est à force de parler de pathologie mentale des migrants qu'on postule l'idée d'une étiopathogénie, donc d'une psychopathologie spécifique* » (Scotto 1979).

De la même façon, il faut se garder d'incomber les troubles psychopathologiques des populations migrantes au seul fait de la migration. Comme nous l'avons vu, le racisme, les conditions d'accueil des pays hôtes, les disparités socio-économiques sont des variables encore trop peu étudiées.



Pour répondre à la question posée plus haut, nous ne croyons pas qu'il existe une pathologie « spécifique » de la migration mais probablement des pathologies des migrants en lien avec la singularité de chacun. Comme le souligne Baubet et Moro (2009), « *la migration pose finalement au sujet la question de l'identité dans ses différentes dimensions : continuité historique, du sentiment de soi, du lien aux autres.* » Nous avons vu que différents facteurs influencent la procédure diagnostique en situation transculturelle : la barrière linguistique, les idiomes traduisant le mal-être psychiques, le non verbal, le rapport à l'invisible, les représentations... Ces « biais culturels » sont autant de variables qui vont intervenir dans la façon d'expérimenter les symptômes de la dépression, expérience universellement partagée. Nous avons vu, par exemple, que des phénomènes hallucinatoires ou persécutifs partagés par certains migrants lors de la dépression pourraient être considérés à tort comme de la lignée psychotique.

Certains auteurs parlèrent pour définir ce domaine de *clinique de l'exil*. Pour eux, l'utilisation du terme « exil » permet, dans sa richesse polysémique, de faire référence, non pas à un état, ni à un traumatisme, ni à une quelconque structure pathologique, mais à une expérience dans un temps, qui met en cause la totalité du sujet dans son existence et dans le rapport à ses signifiants fondamentaux (Benslama 2004).

La prise en charge des troubles susceptibles de survenir dans un tel contexte nécessite pour le soignant l'apprentissage d'un décentrage suffisant pour lui permettre à la fois de se dégager du carcan parfois trop rigide des classifications occidentales tout en se dégageant de celui des préjugés et des stéréotypes imposés par ses propres représentations de la migration et du migrant.

## ***5. Perspectives :***

L'exploitation des données de l'enquête SMPG a permis d'élargir le spectre de nos réflexions. Nous présenterons tout d'abord les pistes de recherche ouvertes par cette étude et ses limites, puis dans un second temps, nous réaffirmerons le caractère essentiel d'une réflexion transculturelle en psychiatrie.

### **Pistes de recherche :**

Des biais à clarifier :

Proposer une interprétation culturaliste de ces résultats qui puisse rendre compte d'une telle variabilité de prévalence et de symptômes de l'épisode dépressif semble risqué. Reste en effet l'hypothèse que ces différences entre les groupes puissent être liées à des facteurs exogènes comme l'expérience du racisme (Jones & Gray 1986) ou la mauvaise maîtrise de la langue (Bhugra & Mastrogianni 2004). Rappelons que la taille réduite des échantillons de migrants pourrait, elle aussi, biaiser certains résultats. Des niveaux différents de conscience et de reconnaissance des troubles, culturellement codés (Lecrubier 2001), des perceptions du médecin spécifiques à chaque pays, la stigmatisation sociale à l'encontre des troubles mentaux, des filières de soins différentes entre les pays pourraient aussi expliquer ces différences (Weissman et al. 1996; Goldberg 1999). Ces hypothèses doivent être prises en compte lors des prochains travaux sur le sujet.

Ballanger et ses collègues (2001) suggèrent que les variations à travers les cultures ne seraient pas tant une réalité médicale, que les conséquences de biais méthodologiques comme la constitution d'échantillons de populations différentes, des différences de classification ou un manque d'instrument culturellement approprié. La possibilité d'une mise en défaut de l'outil dans les sites les plus éloignés culturellement du concept émiqne de dépression doit être envisagée (Bryden 2003). Nous retrouvons ici les critiques formulées par la psychiatrie anthropologique d'Arthur Kleinman (1977) autour de ce qu'il nomme les *category fallacies* détaillées plus haut. Les variations des prévalences estimées de l'épisode dépressif retrouvées devraient donc être pondérées et pourraient être le fait d'une inadéquation conceptuelle de l'outil dans les différentes populations (Hollifield et al. 2002).

Le recours à d'autres méthodologies doit donc être envisagé pour confirmer nos résultats. Ainsi, Marsella et ses collègues (1985) ont énoncé cinq hypothèses pour rendre compte des difficultés en recherche transculturelle:

- il est difficile de déterminer à partir de quel moment une modification de l'humeur cesse d'être normale pour devenir pathologique ;
- les critères diagnostiques utilisés dans les études épidémiologiques varient ;
- les techniques d'échantillonnage diffèrent ;
- les modalités « non occidentales » de souffrance dépressive ne sont pas toujours prises en compte ;
- la question de la validité du diagnostic dans différents groupes culturels a été peu étudiée.

L'une des manières d'optimiser les futurs travaux de recherche pourrait être de mettre en application certaines étapes. Il s'agit de :

- prendre en compte le matériel anthropologique et ethnographique existant pour la conception de l'étude ;
- développer des définitions opérationnelles des symptômes et des catégories diagnostiques à étudier ;
- sélectionner les symptômes pertinents à partir d'une analyse multivariée et non à partir de catégories diagnostiques pré-établies ;
- utiliser des méthodologies similaires dans les différents contextes.

Pourquoi ne pas envisager des instruments psychométriques qui incluraient des critères diagnostiques habituellement réservés à l'évaluation de la psychose? Nous avons vu à travers l'étude SMPG que les phénomènes hallucinatoires ou persécutifs peuvent être présents chez le migrant déprimé en dehors de tout diagnostic de psychose.

Comme le suggère Bhui (2001), une autre piste serait de développer les méthodes d'analyse des données qualitatives et de mieux maîtriser leur exploitation, en complémentarité, avec des données quantitatives. Les recherches dans le cadre de la nouvelle psychiatrie transculturelle s'appuient de plus en plus sur un modèle anthropologique (Baubet & Moro 2009), c'est-à-dire sur l'étude de la maladie comme une expérience culturelle et subjective, reposant sur une définition préalable de la culture comme système de significations (Rechtman 1998). Kleinman (1991;1997), par exemple, développe l'importance de la narrativité pour saisir l'expérience subjective de la maladie, et celle du contexte global dans lequel s'inscrit cette expérience avec la notion de souffrance sociale.

On peut aussi citer dans ce domaine les travaux de Weiss (1997), reprenant en partie ceux de Kleinman, sur les *Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC)*, que l'on pourrait traduire par les *interviews des modèles explicatifs de la maladie* : ce sont des entretiens semi-structurés qui sont fondés sur les modèles explicatifs de la maladie telle qu'elle est expérimentée par ceux qui en souffrent. Les EMIC ont pour but de donner une méthode pour évaluer et comparer de façon fiable et valide les modèles explicatifs d'un trouble donné dans des groupes différents et d'analyser ainsi les relations entre les représentations et les théories étiologiques des patients et des variables de santé publique dans l'idée de pouvoir être complémentaires avec les autres instruments utilisés en épidémiologie psychiatrique. À partir de l'EMIC, Weiss (2001) a proposé d'intégrer les travaux et les méthodes anthropologiques dans la recherche épidémiologique en santé publique, en médecine et en psychiatrie : c'est ce qu'il a appelé l'épidémiologie culturelle.

Place des statistiques ethniques :

Une réflexion autour de l'appartenance ethnique, de la définition même de groupe culturel et de sa place dans la recherche transculturelle est également à engager. En effet, selon que l'ethnicité est évaluée par l'observateur ou par l'observé, selon que les catégories sont imposées ou ouvertes, les résultats statistiques varient amplement (Le Bras 2007). Il est à noter que le groupe « migrants » est souvent considéré comme un vague ensemble indifférencié, dont la validité épidémiologique reste encore douteuse. Les caractéristiques socio-culturelles sont finalement peu prises en compte (Selod 1998).

La place même des statistiques ethniques est l'objet d'un débat sociétal, particulièrement en France, où la question est loin d'être tranchée (Guardia 2009). En effet, les sources sont essentiellement anglo-saxonnes et américaines. La réflexion sur la transculturalité y est très développée. Cela est vraisemblablement lié à l'importance des communautés ethniques qui bénéficient d'un statut particulier dans ces pays, alors que les communautés ne sont pas reconnues en France dont la tradition se veut égalitaire pour tous. La loi Informatique et Libertés de 1978, modifiée en 2004 à la lumière du droit européen, énonce un principe conforme à la Constitution : interdiction de traiter des données personnelles faisant apparaître les orientations politiques, religieuses, syndicales, sexuelles, l'état de santé ou les origines ethniques et raciales. Mais ce principe est assorti d'une série de dérogations légales qui prennent en compte la finalité de l'étude, le consentement individuel, l'anonymat des

données, l'institution qui réalise l'étude. Actuellement, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) accorde ces dérogations au cas par cas aux organismes publics et sur un mode forfaitaire aux instituts de sondage (Héran 2012).

Si la migration et l'origine géographique des migrants sont des variables importantes à considérer dans le domaine de la recherche en santé mentale, il ne faut pas qu'elles réduisent une problématique plus large, en lien également avec le racisme et les préjudices dont souffre la population migrante (Chakraborty & McKenzie 2002). Ainsi, les conditions d'accueil, le statut du migrant, les relations interpersonnelles sont des variables essentielles encore trop peu étudiées (Carta et al. 2002; Steel et al. 2004; Iley & Nazroo 2007).

Nous avons mis en évidence des singularités cliniques lors de la dépression chez les migrants d'origine européenne. Pourtant, en comparaison avec les travaux portant sur les afro-caribéens en Grande Bretagne ou sur les populations noires et latino-américaines aux Etats-Unis, peu d'études leur sont consacrées. On peut se demander pourquoi la population noire (et en particulier afro-antillaise) est la plus concernée par ces recherches. Est-ce que parce que la majeure partie de ces travaux sont des études américaines (forte population noire) ou parce qu'il s'agit toujours d'une population toujours stigmatisée, fantasmée comme un modèle de l'Autre par excellence ?

Réinterroger le misdiagnosis :

L'étude SMPG met en évidence, chez les migrants déprimés, et en dehors de tout trouble psychotique, une expression accrue d'items atypiques. Ces résultats peuvent amener à reconsidérer les travaux qui affirment que la psychose, en particulier la schizophrénie, est plus importante chez les migrants (Littlewood & Lipsedge 1978; Carpenter & Brockington 1980; Cochrane & Bal 1987), et à envisager, tout du moins en partie, une surreprésentation de la schizophrénie au détriment des troubles de l'humeur (Mukherjee & et al 1983). D'autres méthodologies pourraient confirmer cette hypothèse.

## Un enjeu majeur : l'approche transculturelle des soins

Les villes, aujourd'hui plus qu'hier, sont peuplées de gens d'origines diverses. Poser la question de la place du « transculturel » en psychiatrie revient à interroger notre compréhension de l'universalité psychique et renvoie à la responsabilité du psychiatre pour l'Autre. Bien que le Conseil européen des médecins spécialistes reconnaisse l'éveil aux questions culturelles comme étant un élément essentiel de la formation en psychiatrie, seules quelques universités fournissent une formation à ces questions (Qureshi et al. 2008). Une étude américaine récente montre que l'enseignement transculturel est encore sous-représenté : parmi les 109 centres répertoriés dans cette étude, seulement 9 comportaient des mesures visant à améliorer la compétence transculturelle des services (Bhui et al. 2003).

Comme notre travail l'a montré, la présentation des troubles en situation transculturelle peut ne pas être classique. Les conséquences en matière de dépistage des pathologies sont importantes et ont une répercussion sur leur prise en charge (Haasen 2008). En effet, toutes les études rapportent que les migrants demeurent encore moins bien soignés que le reste de la population (Panunzi-Roger 2005; Kirmayer et al. 2007; Stockdale et al. 2008; Lagomasino et al. 2011; Erdal et al. 2011; Herman et al. 2011)

Certains psychiatres prescrivent, en parallèle, des neuroleptiques et des antidépresseurs devant une symptomatologie qu'ils ne parviennent pas à saisir complètement (Guardia 2009). La compliance aux soins est également moins bonne en situation transculturelle, probablement en raison d'attentes différentes en matière d'efficacité de traitement, et d'une communication insuffisante entre le médecin et son patient (Hu et al. 1991; Kirmayer 2001). Une autre perception des effets secondaires liés au traitement et la stigmatisation par l'entourage d'un traitement par psychotropes pourraient aussi expliquer ces résultats. Une étude américaine a ainsi révélé que 53% des patients déprimés originaires d'Asie du Sud qui déclaraient suivre leur traitement n'avaient pas d'antidépresseur détectable dans le sang, et que seulement 16% avaient des niveaux sanguins thérapeutiques dans la bonne fourchette (Kroll et al. 1990). L'accès aux psychothérapies semble également plus limité (Turner & Turner 1996).

L'errance diagnostique aura des conséquences à bien d'autres niveaux : ainsi le délai entre l'apparition des troubles et le l'accès aux soins, le recourt aux urgences et aux services fermés est plus important chez les migrants (Harrison et al. 1984). Le nomadisme médical et le taux de rupture des soins y sont aussi plus représentés (Lindert et al. 2008). L'efficacité ressentie des soins proposés est différente en fonction de la variable migratoire et concerne tant l'utilisation des médicaments, que la psychothérapie ou l'hospitalisation (Guardia 2009).

Une étude menée chez des patients d'origine turque déprimés à Ankara et à Berlin va dans ce sens en montrant que leur qualité de vie des patients est significativement plus élevée à Ankara qu'en Allemagne. Le degré de satisfaction des soins était aussi plus élevé en Turquie (Akbiyik et al. 2008).

Le misdiagnosis est évidemment un facteur limitant mais on retrouve aussi d'autres causes, multiples et souvent intriquées. Retenons de manière non exhaustive les causes socio-économique, linguistique, la recherche de traitements alternatifs et le recours aux proches plutôt qu'aux thérapeutiques « occidentales » (Kirmayer et al. 2007).

Le système de soins est encore lourd de barrières ethniques, voir de racisme, qui inhibent l'accès aux soins de ces populations (Bolton et al. 2004; Brown et al. 2010). Selon Chakraborty et McKenzie (2002), la discrimination institutionnelle est également représentée par le manque de recherche d'une réponse efficace à ces problèmes : cela a pour conséquence de perpétuer ces inégalités sociales. Beaucoup de travaux ont été publiés quant à l'influence néfaste de l'expérience du racisme sur la santé mentale mais il n'existe que peu d'actions réparatrices.

L'approche transculturelle apporte un éclairage sur ces problématiques en permettant de prendre conscience de l'altérité culturelle du patient. Les ethnopsychanalystes et les ethnopsychiatres ont instauré, en plus des mécanismes d'analyse du transfert et du contre-transfert, une modalité spécifique d'analyse du « contre-transfert culturel » du thérapeute (Rouchon 2009). Avec Devereux (1980), le contre-transfert devient la somme de ses réactions explicites et implicites, conscientes et inconscientes par rapport à son patient ou son objet de recherche. Il complexifie ce concept en montrant qu'il existe une dimension culturelle à ces réactions et insiste sur l'importance pour le thérapeute de rester dans une position de « neutralité culturelle ». Il propose de regarder « franchement » les pressions culturelles latentes, catégorisations implicites et modèles inconscients, nécessaires et obligatoires, qui guident ou abusent la pensée à partir duquel le clinicien pense et perçoit son patient. Par là, Devereux nous enseigne que l'altérité dans toute rencontre clinique et notamment interculturelle est à prendre en compte en ce qu'elle assigne aussi bien le patient que le clinicien à une place dans la différence des générations, des sexes et des cultures.

La méthode de travail introduite par Devereux se fonde sur deux principes fondamentaux : *l'universalité psychique* et le *complémentarisme* (Devereux 1980). *Le complémentarisme* consiste en l'utilisation obligatoire et non simultanée de l'anthropologie et de la psychanalyse pour analyser l'impact de la culture sur le symptôme (Devereux 1972). Ces deux champs sont

utilisés comme grilles de lecture du comportement humain, et définissent ensemble la discipline ethnopsychanalyse. Celle-ci est donc construite à partir d'un principe méthodologique, et non d'un principe théorique. « Le complémentarisme n'exclut aucune méthode, aucune théorie valables : il les coordonne » (Devereux, 1972, p. 27). Ce double discours conditionne l'obtention de données. La mise en place du complémentarisme en clinique implique une grande rigueur pour les thérapeutes qui doivent pouvoir travailler constamment sur deux niveaux sans les confondre. Un apprentissage du décentrage est ici nécessaire. Le décentrage permet de débusquer la position qui dénie l'altérité culturelle et arase la complexité humaine en réduisant de l'inconnu au connu et en présupposant que le savoir serait dans la science de l'Occident.

Selon la théorie de *l'universalité psychique*, postulée par Devereux, tout être humain est doué d'un psychisme et d'une culture. Selon lui, ce qui définit l'être humain, est son fonctionnement psychique qui est le même pour tous. De ce postulat découle la nécessité de donner le même statut à tous les êtres humains (éthique et scientifique), à leurs productions culturelles et psychiques, à leurs manières de vivre et de penser même si elles sont parfois déconcertantes. Cette théorie entraîne le rejet d'une définition ethnocentriste de la personnalité dite normale. Néanmoins, si tout homme tend vers l'universel, il y tend par le particulier de sa culture d'appartenance

Moro souligne l'importance de développer *l'altérité en soi* comme Devereux parlait de *culture en soi*. L'altérité s'entend par cette qualité de ce qui est autre, sentiment qui est ressenti peu ou prou par tout migrant dans la mesure où il n'y a pas de cohérence immédiate, sensible, logique, entre le transmis et le vécu, le dedans et le dehors. Que ce soit pour le patient dans sa demande, la construction de l'alliance et du transfert qu'il établit ou pour le thérapeute dans leur contre-transfert, leur vécu de la différence culturelle, l'élaboration de cette altérité apparaît comme un temps nécessaire pour permettre des changements profonds. Moro insiste sur la nécessité du décentrage qui s'acquiert par un travail rapproché avec les migrants, les anthropologues, par des séminaires d'étude ou encore par le travail à l'étranger (Baubet & Moro 2009). Toute relation est culturelle : faire fi de cette distance culturelle, c'est prendre le risque de considérer comme pathologique des éléments qui n'en sont pas.

Plus concrètement, Suresh et Bhui (2006) proposent une série de propositions pour améliorer la prise en charge des populations migrantes : développer la prise de conscience des différentes cultures existantes et de leur influence sur la santé mentale, impliquer les usagers dans l'organisation des services de soins, montrer une sensibilité et une écoute active au sujet



des pratiques et des croyances des autres cultures, lutter contre la stigmatisation associée à la maladie mentale à l'aide d'interventions éducatives, tenter de briser les barrières de communication en utilisant des interprètes professionnels, apprendre à reconnaître les idiomes de la détresse émotionnelle différents, ne pas faire preuve de présomption sur le patient mais toujours lui demander des éclaircissements afin d'assurer une bonne compréhension de la situation clinique, ne pas affirmer le caractère pathologique des habitudes de communication d'un patient sans avoir exploré son sens, être sensible aux tabous religieux et sociaux, s'assurez de mettre le patient à l'aise, ne pas s'attendre à ce que le patient soit toujours en accord avec votre modèle explicatif, respecter le point de vue de la maladie et développer une compréhension partagée du trouble sur laquelle fonder les soins.

## Conclusion

Notre étude confirme l'importance de l'événement migratoire au cours de l'histoire du sujet. La migration est en effet un risque en soi de développer des troubles psychopathologiques en général, des troubles dépressifs en particulier. Ce risque n'est pas le même en fonction du territoire d'origine et diminue au fil des générations sans pour autant atteindre celui des non migrants. L'épisode dépressif est dans sa définition étique universellement partagé et de nombreux symptômes sont partagés entre les migrants et les non migrants.

Les idées suicidaires, ainsi que les vécus de dévalorisation et de culpabilité y sont toutefois moins rapportés, en tous cas dans les formes décrites par les échelles occidentales. A l'inverse, les prévalences des expériences de persécution, d'intrusion de la pensée, de référence et les expériences hallucinatoires sont, quant à elles, plus importantes, et cela en dehors de tout épisode psychotique. Les profils de dépression se rapprochent, au fil des générations, de ceux de la population migrante. L'acculturation pourrait induire des variations d'expression des symptômes vers un profil plus commun dans le pays d'accueil. Quant à l'influence de la région d'origine des migrants, nous ne retrouvons que des variations mineures, concernant principalement les expériences hallucinatoires et non pas les critères diagnostiques classiques de la dépression. Le vécu de persécution concerne ainsi toutes les aires géographiques d'origine, y compris l'Europe. Nos résultats sont peut-être limités par la taille restreinte des échantillons. Les représentations de la dépression sont globalement partagées dans les groupes non migrants et migrants. On retrouve toutefois certaines différences entre les deux groupes, s'amenuisant au fil des générations.

Loin de toutes velléités culturalistes ou relativistes et sans vouloir réifier des aspects cliniques et culturels intrinsèquement dynamiques de la dépression chez le migrant, ces résultats peuvent apporter un éclairage pragmatique pour une meilleure prise en charge en contexte migratoire. Ils interrogent aussi sur la rigidité des outils à notre disposition et sur les lacunes des systèmes de soins actuels.

## Bibliographie

- Abusah, P., 1993. Multicultural influences in case management: Transcultural psychiatry. *Mental Health in Australia*, 5(2), p.67-75.
- Achotegui, J., 2004. Emigrar en situacion extrema: el Sindrome del inmigrante con estres cronico y multiple (Sindrome de Ulises). *Norte de Salud Mentale*, (21), p.39-52.
- Achotegui, J., 2002. La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural, *Editorial mayo*, Barcelone.
- Adebimpe, V., 1981. Overview: white norms and psychiatric diagnosis of black patients. *American Journal of Psychiatry*, (138), p.279-285.
- Ahmed, K. & Bhugra, Dinesh, 2006. Diagnosis and management of depression across cultures. *Psychiatry*, 5(11), p.417-419.
- Ahmer, S., Faruqui, R.A. & Aijaz, A., 2007. Psychiatric rating scales in Urdu: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 7(1), p.59.
- Aichberger, M.C. et al., 2010. Depression in middle-aged and older first generation migrants in Europe: Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *European Psychiatry*, 25(8), p.468-475.
- Akbiyik, D. et al., 2009. Symptoms of Turkish Patients with Depression in Ankara and Berlin. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 33(3), p.412-420.
- Akbiyik, I. et al., 2008. Quality of life of Turkish patients with depression in Ankara and in Berlin. *European Psychiatry*, 23, p.4-9.
- Alarcon, R., Bell, C. & Kirmayer, L. J, 2002. Research agenda on culture and psychiatric diagnosis. *Kupfer DJ, First MB, Regier DA, editors. A research agenda for DSM-V. Washington: American Psychiatric Association*, p.219-289.
- Al-Issa, I., 1995. The illusion of reality or the reality of illusion. Hallucinations and culture. *The British Journal of Psychiatry*, 166(3), p.368 -373.
- Alonso, J. et al., 2004. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (420), p.38-46.
- American Psychiatric Association, 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition)*., Washington DC, USA: Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association, 2003. In *DSM -IV TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson.
- Angermeyer, M. C. & Matschinger, H., 1999. Lay beliefs about mental disorders: a comparison between the western and the eastern parts of Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(5), p.275-281.
- Anguis, M., Roelandt, J-L. & Caria, A., 2001. La perception des problèmes de santé mentale: les résultats d'une enquête sur neufs sites.
- Anon, 2007. La psychopathologie au regard de la culture (1990). *L'Évolution Psychiatrique*, 72(4), p.789-802.

- Aspinall, P., 1997. The conceptual basis of ethnic group terminology and classifications. *Soc Sci Med*, (45), p.689-98.
- Baca-Garcia, E. et al., 2010. Suicidal ideation and suicide attempts in the United States: 1991-1992 and 2001-2002. *Molecular psychiatry*, 15(3), p.250-259.
- Ballenger, J.C. et al., 2001. Consensus statement on transcultural issues in depression and anxiety from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl13), p.47-55.
- Barrett, T.R. & Etheridge, J.B., 1992. Verbal hallucinations in normals. I: People who hear voices'. *Applied cognitive psychology*, 6(5), p.379-387.
- Baubet, T. & Moro, M.R., 2009. Psychopathologie transculturelle. In *Psychopathologie transculturelle*. Paris: Masson.
- Beck, M., Matschinger, Herbert & Angermeyer, Matthias C, 2003. Social representations of major depression in West and East Germany--do differences still persist 11 years after reunification? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(9), p.520-525.
- Bellamy, V., Roelandt, J-L. & Carina, A., 2004. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale: premier résultats de l'enquête santé mentale en population générale. *Etude et résultats\_Dress*, 347: 1-12.
- Benslama, F., 2004. Qu'est-ce qu'une clinique de l'exil ? *L'Évolution Psychiatrique*, 69(1), p.23-30.
- Bensmail, B., 1991. Notes sur les aspects transculturels et psychopathologiques de la migration maghrébine en France. *Psychopathologie Africaine*, 23(3), p.305-327.
- Berry, J. W et al., 1989. Acculturation Attitudes in Plural Societies. *Applied Psychology*, 38(2), p.185-206.
- Berry, J. W. et al., 1987. Comparative Studies of Acculturative Stress. *International Migration Review*, 21(3), p.491-511.
- Berry, John W., 2008. Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Applied Psychology*, 46(1), p.5-34.
- Bertschy, G., Viel, J.F. & Ahyi, R.G., 1992. Depression in Benin: An assessment using the Comprehensive Psychopathological Rating Scale and the principal component analysis. *Journal of Affective Disorders*, 25(3), p.173-180.
- Bhatt, A., Tomenson, Barbara & Benjamin, S., 1989. Transcultural patterns of somatization in primary care: A preliminary report. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(6), p.671-680.
- Bhugra, D & Mastrogianni, A., 2004. Globalisation and mental disorders: Overview with relation to depression. *The British Journal of Psychiatry*, 184(1), p.10-20.
- Bhugra, Dinesh, 2009. Cultural aspects of mood disorders. *Psychiatry*, 8(3), p.87-90.
- Bhugra, D., 2003. Migration and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, p.67-72.
- Bhugra, D., 2004. Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), p.243-258.

- Bhugra, Dinesh & Ayonrinde, O., 2004. Depression in migrants and ethnic minorities. *Adv Psychiatr Treat*, 10(1), p.13-17.
- Bhugra, Dinesh, 2004. Migration, distress and cultural identity. *British Medical Bulletin*, 69(1), p.129 -141.
- Bhugra, Dinesh & Bahl, V., 1999. *Ethnicity: an agenda for mental health*, RCPsych Publications.
- Bhugra, Dinesh & Jones, P., 2001. Migration and mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7(3), p.216-222.
- Bhui, K et al., 2001. Cultural influences on the prevalence of common mental disorder, general practitioners' assessments and help-seeking among Punjabi and English people visiting their general practitioner. *Psychological Medicine*, 31(5), p.815-825.
- Bhui, Kamaldeep et al., 2003. Cultural adaptation of mental health measures: improving the quality of clinical practice and research. *The British Journal of Psychiatry*, 183(3), p.184 -186.
- Binitie, A., 1981. The clinical manifestations of depression in Africans. *Psychopathologie Africaine; Psychopathologie Africaine*, 17(1-3), p.36-40.
- Bland, R C, 1997. Epidemiology of affective disorders: a review. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 42(4), p.367-377.
- Blomstedt, Y., Johansson, S.-E. & Sundquist, J., 2007. Mental health of immigrants from the former Soviet Bloc: a future problem for primary health care in the enlarged European Union? A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 7(1), p.27.
- Boëldieu, J. & Borrel, C, 2000. La proportion d'immigrés est stable depuis 25 ans. *Insee Première, n°748*.
- Borges, G. et al., 2009. Immigration and Suicidal Behavior Among Mexicans and Mexican Americans. *American Journal of Public Health*, 99(4), p.728-733.
- Borrel, C & Lhommeau, B., 2010. Être né en France d'un parent immigré. *Insee Première*, (1287).
- Borrel, Catherine, 2006. Enquête annuelles de recensement 2004 et 2005. *Insee Première n°1098*.
- Boydell, J. et al., 2001. Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interactions with environment. *BMJ: British Medical Journal*, 323(7325), p.1336.
- Le Bras, H., 2007. Quelles statistiques ethniques ? *L'Homme*, (184), p.7-24.
- Breslau, J. et al., 2007. Mental disorders among English-speaking Mexican immigrants to the US compared to a national sample of Mexicans. *Psychiatry Research*, 151(1-2), p.115-122.
- Brockington, I.F. et al., 1993. The Community's Tolerance of the Mentally Ill. *The British Journal of Psychiatry*, 162(1), p.93-99.

- Brown, C. et al., 2010. Depression stigma, race, and treatment seeking behavior and attitudes. *Journal of community psychology*, 38(3), p.350-368.
- Bryden, B., 2003. Culture, dépression et épidémiologie. *Information Psychiatrique*, 79(10), p.895-901.
- Buchwald, D., Klacsanzky, G. & Manson, Spero M, 1993. Psychiatric Disorders Among Recently-Arrived Eastern Europeans Seen Through a Us Refugee Counseling Service. *International Journal of Social Psychiatry*, 39(3), p.221-227.
- Burnes Bolton, L., Giger, J.N. & Georges, C.A., 2004. Structural and racial barriers to health care. *Annual Review of Nursing Research*, 22, p.39-58.
- Calliess, I.T. & Machleidt, W., 2011. S36-03 - Intercultural psychotherapy of depression in migrants of first and second generation. *European Psychiatry*, 26, p.2139.
- Canino, G. & Alegría, Margarita, 2008. Psychiatric diagnosis – is it universal or relative to culture? *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 49(3), p.237-250.
- Carballo, M., Divino, J.J. & Zeric, D., 1998. Migration and health in the European Union. *Tropical Medicine & International Health*, 3(12), p.936-944.
- Caria, A. et al., 2010. « Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités (Smpg) » : Présentation de La méthodologie d'enquête. *L'Encéphale*, 36, p.1-6.
- Caria, A. & Quemada, N., 1995. L'OMS développe un nouvel instrument d'évaluation de la qualité de vie: le WHOQOL. *Information Psychiatrique*, vol. 71, no3, pp. 261-266.
- Carpenter, L. & Brockington, I.F., 1980. A study of mental illness in Asians, West Indians and Africans living in Manchester. *The British Journal of Psychiatry*, 137(3), p.201 - 205.
- Carrothers, J.C., 1953. The African Mind in Health and Disease: A Study in Ethnopsychiatry. *WHO, Geneva*.
- Carta, M. et al., 2005. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1(1), p.13.
- Carta, M.G. et al., 2002. Psychiatric disorders in Sardinian immigrants to Paris: a comparison with Parisians and Sardinians resident in Sardinia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(3), p.112-117.
- Carter, J.H., 1979. Frequent Mistakes Made with Black Patients in Psychotherapy. *Journal of the National Medical Association*, 71(10), p.1007-1009.
- Chakraborty, A. & McKenzie, Kwame, 2002. Does racial discrimination cause mental illness? *The British Journal of Psychiatry*, 180(6), p.475-477.
- Chang, J.C. & Cheng, A T A, 1999. Mental health aspects of culture and migration. *Current Opinion in Psychiatry*, 7(2), p.217-222.
- Charalabaki, E. et al., 1995. Immigration and psychopathology: a clinical study. *European Psychiatry*, 10(5), p.237-244.



- Charney, D.S. & Nelson, J.C., 1981. Delusional and nondelusional unipolar depression: further evidence for distinct subtypes. *The American Journal of Psychiatry*, 138(3), p.328-333.
- Cheetham, R.W. & Griffiths, J.A., 1981. Errors in the diagnosis of schizophrenia in black and Indian patients. *South African medical journal SuidAfrikaanse tydskrif vir geneeskunde*, 59(3), p.71-75.
- Chen, H., Guarnaccia, Peter J. & Chung, H., 2003. Self-Attention as a Mediator of Cultural Influences on Depression. *International Journal of Social Psychiatry*, 49(3), p.192-203.
- Cheng, Andrew T. A, 2001. Case Definition and Culture: Are People All the Same? *The British Journal of Psychiatry*, 179(1), p.1-3.
- Cheung, F.M., 1990. People against the mentally ill: Community opposition to residential treatment facilities. *Community Mental Health Journal*, 26(2), p.205-212.
- Chou, K.-L. et al., 1996. Attitudes Towards Mental Patients in Hong Kong. *International Journal of Social Psychiatry*, 42(3), p.213-219.
- Chou, K.-L., 2009. Pre-migration planning and depression among new migrants to Hong Kong: The moderating role of social support. *Journal of Affective Disorders*, 114(1), p.85-93.
- Chung, R.H.G., Kim, B.S.K. & Abreu, J.M., 2004. Asian American multidimensional acculturation scale: development, factor analysis, reliability, and validity. *Cultural diversity & ethnic minority psychology*, 10(1), p.66-80.
- Claassen, D. et al., 2005. Research on mental disorders and their care in immigrant populations: a review of publications from Germany, Italy and the UK. *European Psychiatry*, 20(8), p.540-549.
- Cochrane, R. & Bal, S.S., 1987. Migration and schizophrenia: an examination of five hypotheses. *Social Psychiatry*, 22(4), p.181-191.
- Collomb, H., 1978. Les aspects culturels de la dépression. *Rev Prat*, (28), p.3025-3031.
- Comstock, G.W. & Helsing, K.J., 1977. Symptoms of Depression in Two Communities. *Psychological Medicine*, 6(04), p.551-563.
- Darcourt, G. et al., 2003. Étude comparative de la symptomatologie de la dépression en France et au Maghreb. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 7(68), p.21-27.
- Defromont, L. & Roelandt, J-L., 2003. Les représentations sociales du « fou », du « malade » et du « dépressif ». *L'Information Psychiatrique*, 79(10), p.887-94.
- Deisenhammer, E.A. et al., 2011. Ethnic and migrational impact on the clinical manifestation of depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21805303> [Consulté décembre 11, 2011].
- Delgado Rios, P., 2008. Migration and psychopathology. *Annuary and Health Psychology*, (4), p.15-25.

- Dennis, C.-L. & Chung-Lee, L., 2006. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 33(4), p.323-331.
- Desjarlais, R. & Eisenberg, L., 1996. *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries*, Oxford University Press.
- Devarenne-Megas, H., 2003. Psychopathologie et insertion sociale des migrants polonais en France M. Guillon & M. Martiniello, éd. *Revue européenne des migrations internationales*, 19(1), p.101-124.
- Devereux, G., 1980. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier Montaigne.
- Dewey, M.E. et al., 1993. Cross - cultural comparison of depression and depressive symptoms in older people. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(6), p.369-373.
- Diala, C.C. et al., 2001. Racial/ethnic differences in attitudes toward seeking professional mental health services. *American Journal of Public Health*, 91(5), p.805-807.
- Dietrich, S. et al., 2006. Influence of newspaper reporting on adolescents' attitudes toward people with mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(4), p.318-322.
- Dohrenwend, B.P. & Chin-Shong, E., 1967. Social status and attitudes toward psychological disorder: the problem of tolerance of deviance. *American sociological review*, 32(3), p.417-433.
- Durieux-Paillard, S. et al., 2006. Screening for Major Depression and Posttraumatic Stress Disorder Among Asylum Seekers: Adapting a Standardized Instrument to the Social and Cultural Context. *Can J Psychiatrie*, (51), p.587-597.
- Durkheim, É., 1967. Représentations individuelles et représentations collectives. In: *Sociologie et Philosophie*. PUF Paris. Available at: <http://lodel.irevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php?id=1084> [Consulté mai 18, 2012].
- Ebert, D. & Martus, P., 1994. Somatization as a core symptom of melancholic type depression. Evidence from a cross-cultural study. *Journal of Affective Disorders*, 32(4), p.253-256.
- Eisenberg, L., 1977. Disease and illness Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1(1), p.9-23.
- El-Islam, M.F., 1969. Depression and guilt: A study at an Arab psychiatric clinic. *Social Psychiatry*, 4(2), p.56-58.
- Erdal, K., Singh, N. & Tardif, A., 2011. Attitudes about depression and its treatment among mental health professionals, lay persons and immigrants and refugees in Norway. *Journal of Affective Disorders*, 133(3), p.481-488.
- Eschbach, K. et al., 2007. Mortality of Foreign-Born and US-Born Hispanic Adults at Younger Ages: A Reexamination of Recent Patterns. *American Journal of Public Health*, 97(7), p.1297-1304.

- Fabrega, H., Jr, 1989. Cultural relativism and psychiatric illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(7), p.415-425; discussion 426-430.
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J., 2005. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365(9467), p.1309-1314.
- Field, M.J., 1960. *Search for security: An ethnopsychiatric study of rural Ghana*, Oxford, England: Northwestern Univer. Press.
- Flaherty, J.A. et al., 1988. Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176(5), p.257-263.
- Fossion, P. et al., 2002. Psychiatric disorders and social characteristics among second-generation Moroccan migrants in Belgium: an age-and gender-controlled study conducted in a psychiatric emergency department. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 17(8), p.443-450.
- Foyle, M.F., Beer, M.D. & Watson, J.P., 1998. Expatriate mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(4), p.278-283.
- Furnham, A. & Malik, R., 1994. Cross-Cultural Beliefs About « Depression ». *International Journal of Social Psychiatry*, 40(2), p.106 -123.
- Furtos, J. & Collectif, 2008. *Les cliniques de la précarité : Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Masson.
- Galvan, F.H. & Caetano, R., 2003. Alcohol use and related problems among ethnic minorities in the United States. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 27(1), p.87-94.
- Geltman, D. & Chang, G., 2004. Hallucinations in Latino psychiatric outpatients: a preliminary investigation. *General Hospital Psychiatry*, 26(2), p.153-157.
- Georges, D., 1972. *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Flammarion.
- Gillam, S.J. et al., 1989. Ethnic differences in consultation rates in urban general practice. *BMJ : British Medical Journal*, 299(6705), p.953-957.
- Glover, G.R., 1989. The pattern of psychiatric admissions of Caribbean-born immigrants in London. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24(1), p.49-56.
- Goldberg, D., 1999. Cultural aspects of mental disorder in primary care. In *Ethnicity: An Agenda for Mental Health* (eds D.Bhugra & V.Bahl),. In London: Gaskell, p. 23-28.
- Gonidakis, F. et al., 2011. The relationship between acculturation factors and symptoms of depression: a cross-sectional study with immigrants living in Athens. *Transcultural Psychiatry*, 48(4), p.437-454.
- González, H.M., Haan, M.N. & Hinton, L., 2001. Acculturation and the Prevalence of Depression in Older Mexican Americans: Baseline Results of the Sacramento Area Latino Study on Aging. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(7), p.948-953.

- Grant, Bridget F. et al., 2004. Immigration and Lifetime Prevalence of DSM-IV Psychiatric Disorders Among Mexican Americans and Non-Hispanic Whites in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 61(12), p.1226-1233.
- Griffith, E.E.H. & Bell, C.C., 1989. Recent Trends in Suicide and Homicide Among Blacks. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 262(16), p.2265-2269.
- Grinberg, L. & Grinberg, R., 1986. *Psychanalyse du migrant et de l'exilé*, Lyon: Cesura.
- Guardia, D., 2009. Migration et psychopathologie en France métropolitaine: enquête auprès de trois générations de migrants. *Université de Lille 2: Droit et Santé. Faculté de médecine Henri Warembourg*.
- Guarnaccia, Peter J. & Rogler, L.H., 1999. Research on Culture-Bound Syndromes: New Directions. *American Journal of Psychiatry*, 156(9), p.1322-1327.
- Haasen, C., 2008. E.05.02 The effects of migration: cultural aspects in mental health care. *European Neuropsychopharmacology*, 18(Supplement 4), p.S201.
- Haasen, C. et al., 2001. Potential for misdiagnosis among Turkish migrants with psychotic disorders: a clinical controlled study in Germany. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(2), p.125-129.
- Hamdi, E., Amin, Y. & Abou-Saleh, M.T., 1997. Problems in validating endogenous depression in the Arab culture by contemporary diagnostic criteria. *Journal of Affective Disorders*, 44(2-3), p.131-143.
- Hanck, C., Collomb, H. & Boussat, M., 1976. Dépressions masquées psychotiques ou masque noir de la dépression. *In Acta Psychiatr. Belg.* p. 26-45.
- Harker, K., 2001. Immigrant Generation, Assimilation, and Adolescent Psychological Well-Being. *Social Forces*, 79(3), p.969-1004.
- Harris, K.M., 1999. The health status and risk behaviour of adolescents in immigrant families Children of immigrants: health, adjustment and public assistance Washington, DC *National Academy Press*.
- Harrison, G. et al., 1984. Psychiatric hospital admissions in Bristol. II. Social and clinical aspects of compulsory admission. *The British Journal of Psychiatry*, 145(6), p.605-611.
- Herkovitz, M., 1948. *Man and his works.*, Knopf: New York.
- Herman, S. et al., 2011. Depressive symptoms and mental health treatment in an ethnoracially diverse college student sample. *Journal of American College Health: J of ACH*, 59(8), p.715-720.
- Hes, J.P., 1958. Hypochondriasis in Oriental Jewish Immigrants A Preliminary Report. *International Journal of Social Psychiatry*, 4(1), p.18-23.
- Hjern, A. & Angel, B., 2000. Organized violence and mental health of refugee children in exile: a six - year follow - up. *Acta Paediatrica*, 89(6), p.722-727.
- Hollifield, M. et al., 2002. Measuring trauma and health status in refugees: a critical review. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288(5), p.611-621.

- Hoschl, C. et al., 2008. The impact of migration on mental health and mental illness. *European Psychiatry*, 23(Supplement 2), p.S42.
- Hu, T.W. et al., 1991. Ethnic populations in public mental health: services choice and level of use. *American Journal of Public Health*, 81(11), p.1429-1434.
- Husain, N., Creed, F. & Tomenson, B., 1997. Adverse social circumstances and depression in people of Pakistani origin in the UK. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 171, p.434-438.
- Hwang, S.-S., Cao, Y. & Xi, J., 2010. Project-induced migration and depression: A panel analysis. *Social Science & Medicine*, 70(11), p.1765-1772.
- Iley, K. & Nazroo, J.Y., 2007. Ethnicity, Mental Health. In *Encyclopedia of Stress*. New York: Academic Press, p. 959-964.
- Insee, 2008a. L'activité des immigrés en 2007. *Insee Première n°1212*.
- Insee, 2008b. Répartition des immigrés par pays de naissance: Recensement de 2008.
- Jackson-Triche, M.E. et al., 2000. Depression and health-related quality of life in ethnic minorities seeking care in general medical settings. *Journal of Affective Disorders*, 58(2), p.89-97.
- Jang, Y., Kim, G. & Chiriboga, D., 2005. Acculturation and manifestation of depressive symptoms among Korean-American older adults. *Aging & Mental Health*, 9(6), p.500-507.
- Jodelet, D., 2002. Les représentations sociales dans le champ de la culture: Social representations. *Social science information*, 41(1), p.111-133.
- Jodelet, D., Duveen, G. & Pownall, T., 1991. Madness and Social Representation: Living with the Mad in One French Community, *University of California Press*.
- Jones, B.E. & Gray, B.A., 1986. Problems in diagnosing schizophrenia and affective disorders among Blacks. *Hospital & Community Psychiatry*, 37(1), p.61-65.
- Jorm, A.F. et al., 1999. Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(1), p.77-83.
- Kadri, N. et al., 2005. Moroccan colloquial Arabic version of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): qualitative and quantitative validation. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 20(2), p.193-195.
- Kalunta, A., 1981. Depressive illness: Its cultural aspects. *Psychopathologie Africaine*, 17(1-3), p.113-126.
- Karasz, A., 2005. Cultural differences in conceptual models of depression. *Social Science & Medicine (1982)*, 60(7), p.1625-1635.
- Kessler, R. C., 2003. The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 289(23), p.3095-3105.

- Kessler, R C et al., 1994. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), p.8-19.
- Kielholz, P., 1979. Le concept de la dépression masquée. [The concept of masked depression.]. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 5(5), p.459-462.
- Kiev, A., 1963. Beliefs and Delusions of West Indian Immigrants to London. *The British Journal of Psychiatry*, 109(460), p.356 -363.
- Kinzie, J.D. & Manson, S M, 1987. The use of self-rating scales in cross-cultural psychiatry. *Hospital community psychiatry*, 38(2), p.190-196.
- Kirkcaldy, B. et al., 2006. Health and migration. Psychosocial determinants. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 49(9), p.873-883.
- Kirmayer, L J & Young, A, 1998. Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic medicine*, 60(4), p.420-430.
- Kirmayer, L. J & Minas, H., 2000. The future of cultural psychiatry: An international perspective. *Canadian journal of psychiatry*, 45(5), p.438-446.
- Kirmayer, Laurence J. et al., 2011. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), p.E959 -E967.
- Kirmayer, Laurence J et al., 2007. Use of health care services for psychological distress by immigrants in an urban multicultural milieu. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 52(5), p.295-304.
- Kirmayer, Laurence J. & Robbins, J.M., 1991. Three forms of somatization in primary care: Prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(11), p.647-655.
- Kiss, A., 1999. Suicide et Culture, *Editions L'Harmattan*.
- Kleinman, A, 1977. Depression, somatization and the « new cross-cultural psychiatry ». *Social Science & Medicine*, 11(1), p.3-10.
- Kleinman, Arthur, 1996. How is culture important for DSM-IV? In *Culture and psychiatric diagnosis: A DSM-IV perspective*. Washington, DC, US: American Psychiatric Association, p. 15-25.
- Kleinman, Arthur, 1980. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, University of California Press.
- Kleinman, Arthur, 1991. *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*, Simon and Schuster.
- Kleinman, Arthur, Das, V. & Lock, M.M., 1997. *Social Suffering*, University of California Press.

- Klimidis, S. et al., 1994. Immigrant status and gender effects on psychopathology and self-concept in adolescents: a test of the migration-morbidity hypothesis. *Comprehensive Psychiatry*, 35(5), p.393-404.
- Klin, A. & Lemish, D., 2008. Mental Disorders Stigma in the Media: Review of Studies on Production, Content, and Influences. *Journal of Health Communication*, 13(5), p.434-449.
- Koneru, V.K. et al., 2007. Acculturation and mental health: Current findings and recommendations for future research. *Applied and Preventive Psychology*, 12(2), p.76-96.
- Kraepelin, E., 1913. *Lehrbuch der Psychiatrie* Leipzig: Barth.,
- Kroll, J. et al., 1990. Medication compliance, antidepressant blood levels, and side effects in southeast asian patients. *Journal of clinical psychopharmacology*, 10(4), p.279-283.
- Krupinski, J. & Docent., M.D., 1967. Sociological aspects of mental ill-health in migrants. *Social Science & Medicine (1967)*, 1(3), p.267-281.
- Ktiouet, J.E., 2004. Les dépressions au Maroc : de la culture au pragmatisme : Métissages. *Information psychiatrique*, 80(6), p.459-463.
- Kulhara, P., Avasthi, A. & Sharma, A., 2000. Magico-Religious Beliefs in Schizophrenia: A Study from North India. *Psychopathology*, 33(2), p.62-68.
- Lagomasino, I.T., Stockdale, S.E. & Miranda, J., 2011. Racial-ethnic composition of provider practices and disparities in treatment of depression and anxiety, 2003-2007. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 62(9), p.1019-1025.
- Lantéri-Laura, G., 2004. Culture et sémiologie psychiatrique. *L'Évolution Psychiatrique*, 69(1), p.3-21.
- Laplantine, F., 1988. Ethnopsychiatrie. In *Que sais-je?* P.U.F.
- Lassetter, J.H. & Callister, L.C., 2009. The Impact of Migration on the Health of Voluntary Migrants in Western Societies. *Journal of Transcultural Nursing*, 20(1), p.93 -104.
- Laurence, J. & Kirmayer, L. J., 2001. Cultural Variations in the Clinical Presentation of Depression and Anxiety: Implications for Diagnosis and Treatment. *Journal Clinical Psychiatry*, (62[suppl 13]), p.22-28.
- Lawrence, V. et al., 2006. Concepts and Causation of Depression: A Cross-Cultural Study of the Beliefs of Older Adults. *The Gerontologist*, 46(1), p.23 -32.
- Lecrubier, Y, 2001. Prescribing patterns for depression and anxiety worldwide. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62 Suppl 13, p.31-36; discussion 37-38.
- Lecrubier, Y et al., 1997. The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry*, 12, p.224-231.
- Leff, J.P., 1973. Culture and the Differentiation of Emotional States. *The British Journal of Psychiatry*, 123(574), p.299-306.

- Lépine, J.-P. et al., 2005. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *L'Encéphale*, 31(2), p.182-194.
- Lett, J., 1990. Emics and etics : notes on the epistemology of anthropology. In: Emics and etics : the inside/outside debate, *Sage Publication.*, Londres.
- Levecque, K., Lodewyckx, I. & Vranken, J., 2007. Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: A comparison between native and immigrant groups. *Journal of Affective Disorders*, 97(1-3), p.229-239.
- Lindert, J et al., 2008. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry*, 23, p.14-20.
- Lindert, Jutta et al., 2009. Depression and anxiety in labor migrants and refugees - A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 69(2), p.246-257.
- Liss, J.L. et al., 1973. Psychiatric symptoms in white and black inpatients. I: Record study. *Comprehensive Psychiatry*, 14(6), p.475-481.
- Littlewood, R & Lipsedge, M., 1978. Migration, ethnicity and diagnosis. *Psychiatra Clinica*, 11(1), p.15-22.
- Littlewood, Roland, 2001. Nosologie et classifications psychiatriques selon les cultures : Les « syndromes liés à la culture » : Penser/Classer/Soigner. *L'Autre*, 2(3), p.441-466.
- Lloyd, K., 1998. Ethnicity, social inequality, and mental illness. *BMJ: British Medical Journal*, 316(7147), p.1763-1770.
- Lombardo, P. & Pujol, J., 2010. *Niveau de vie et pauvreté des immigrés en 2007 dans les revenus et le patrimoine des ménages* - Insee Références.
- Lopez, A.D. & Murray, C.C., 1998. The global burden of disease, 1990-2020. *Nature Medicine*, 4(11), p.1241-1243.
- Louiz, H. et al., 1999. Délires et hallucinations dans la dépression, aspect culturel. *L'Encéphale*, 25, p.22-25.
- Lu, Y., 2010. Rural-urban migration and health: Evidence from longitudinal data in Indonesia. *Social Science & Medicine*, 70(3), p.412-419.
- Makanjuola, J.D.A. & Olaifa, E.A., 2007. Masked depression in Nigerians treated at the Neuro - Psychiatric Hospital Aro, Abeokuta. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76(5), p.480-485.
- Manson, S. M, 1995. Culture and major depression : current challenges in the diagnosis of mood disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 18(3).
- Marsella, A J et al., 1985. Cross-cultural studies of depressive disorders: an overview. In: Kleinman A, Good B. Culture and dépression: studies in anthropology and cross cultural psychiatry of affect and disorder. In p. 299-324.
- Marsella, Anthony J., Kinzie, D. & Gordon, P., 1973. Ethnic Variations in the Expression of Depression. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 4(4), p.435 -458.



- Maser, J.D., Kaelber, C. & Weise, R.E., 1991. International use and attitudes toward DSM-III and DSM-III-R: growing consensus in psychiatric classification. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), p.271-279.
- Massé, R., 2001. Pour une ethno-épidémiologie critique de la détresse psychologique à la Martinique. *Sciences sociales et santé*, 19(1), p.45-74.
- Masumbuku, J.R., 1993. Les problèmes psychiques des réfugiés polonais en Allemagne. In Paris.
- McCabe, R. & Priebe, Stefan, 2004. Explanatory Models of Illness in Schizophrenia: Comparison of Four Ethnic Groups. *The British Journal of Psychiatry*, 185(1), p.25-30.
- McGovern, D. & Cope, R.V., 1987. First psychiatric admission rates of first and second generation Afro Caribbeans. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 22(3), p.139-149.
- McKenzie, Kwame, 2006. Racial discrimination and mental health. *Psychiatry*, 5(11), p.383-387.
- Miller, A.M. & Chandler, P.J., 2002. Acculturation, resilience, and depression in midlife women from the former Soviet Union. *Nursing Research*, 51(1), p.26-32.
- Molarius, A. et al., 2009. Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors – a population-based study in Sweden. *BMC Public Health*, 9, p.302.
- Montgomery, E. & Foldspang, A., 2008. Discrimination, mental problems and social adaptation in young refugees. *The European Journal of Public Health*, 18(2), p.156 - 161.
- Montgomery, S.A. & Asberg, M., 1979. A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134(4), p.382 -389.
- Mukherjee, S. & et al, 1983. Misdiagnosis of schizophrenia in bipolar patients: A multiethnic comparison. *The American Journal of Psychiatry*; *The American Journal of Psychiatry*, 140(12), p.1571-1574.
- Mumford, D.B. et al., 1991. The Bradford Somatic Inventory. A Multi-Ethnic Inventory of Somatic Symptoms Reported by Anxious and Depressed Patients in Britain and the Indo-Pakistan Subcontinent. *The British Journal of Psychiatry*, 158(3), p.379-386.
- Murphy, H.B., Wittkower, E.D. & Chance, N.A., 1964. Crosscultural Inquiry Into the Symptomatology of Depression A Preliminary Report. *Transcultural Psychiatry*, 1(1), p.5-18.
- Murphy, H.B.M., 1977. Migration, Culture and Mental Health. *Psychological Medicine*, 7(04), p.677-684.
- Nakao, M. & Yano, E., 2006. Prediction of major depression in Japanese adults: Somatic manifestation of depression in annual health examinations. *Journal of Affective Disorders*, 90(1), p.29-35.

- Nazroo, J.Y., 1998. Rethinking the relationship between ethnicity and mental health: the British Fourth National Survey of Ethnic Minorities. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(4), p.145-148.
- Ndetei, D.M. & Vadher, A., 1984. A cross - cultural comparative study of patterns of depression in a hospital - based population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70(1), p.62-68.
- Nguyen, L. & Peterson, C., 1993. Depressive symptoms among Vietnamese-American college students. *The Journal of Social Psychology*, 133(1), p.65-71.
- Noirhomme, F. & Deccache, A., 2007. La santé physique, mentale et les comportements de santé des adolescents immigrants de première génération. *Archives de Pédiatrie*, 14(8), p.1020-1027.
- Ödegaard, Ö., 1932. Emigration and insanity. A study of mental disease among the Norwegian born population of Minnesota. *Acta Psychiatrica/Neurologica Scandinavica*.
- Olberg, K., 1960. Culture shock: adjustment to new culture environments. *Practical Anthropology*, 7, p.177-182.
- OMI, 2003. OMISTATS-Annuaire des migrations 2003.
- Oppedal, B. & Røysamb, E., 2004. Mental health, life stress and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background. *Scandinavian journal of psychology*, 45(2), p.131-144.
- Oquendo, M.A. et al., 2001. Ethnic and sex differences in suicide rates relative to major depression in the United States. *The American Journal of Psychiatry*, 158(10), p.1652-1658.
- Organisation mondiale de la santé, 1995. CIM-10: Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision. *Manuel d'utilisation-Genève, OMS*, volume 2, p.167.
- Organista, P.B., Organista, K.C. & Kurasaki, K., 2003. The relationship between acculturation and ethnic minority health. In *Acculturation: Advances in theory, measurement, and applied research*. Washington, DC, US: American Psychological Association, p. 139-161.
- Ortega, A.N. et al., 2000. Acculturation and the lifetime risk of psychiatric and substance use disorders among Hispanics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(11), p.728-735.
- Otsubo, T. et al., 2005. Reliability and validity of Japanese version of the Mini - International Neuropsychiatric Interview. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(5), p.517-526.
- Pang, K.Y.C., 1998. Symptoms of Depression in Elderly Korean Immigrants: Narration and the Healing Process. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 22(1), p.93-122.
- Panunzi-Roger, N., 2005. L'accès aux soins psychologiques des familles migrantes d'origine maghrébine. *Psychotropes*, 11(1), p.33.
- Parker, G. et al., 2005. Depression in the Chinese: The Impact of Acculturation. *Psychological Medicine*, 35(10), p.1475-1483.

- Parra, F., 1987. Perceptions of Mental Illness in Mexico: A Descriptive Study in the City of Chihuahua. *International Journal of Social Psychiatry*, 33(4), p.270-276.
- Patel, V. & Sumathipala, A., 2001. International Representation in Psychiatric Literature Survey of Six Leading Journals. *The British Journal of Psychiatry*, 178(5), p.406-409.
- Perez, S., Junod, A. & Pilard, M., 2000. Culture-bound syndromes: Pertinence d'une catégorie diagnostique ? *Médecine tropicale*, 60(1), p.75-82.
- Perrin-Haynes, J., 2008. L'activité des immigrés en 2007. *Insee Première*, (1212).
- Peterson, M.F. & Pike, K.L., 2002. Emics and Etics for Organizational Studies A Lesson in Contrast from Linguistics. *International Journal of Cross Cultural Management*, 2(1), p.5-19.
- Petryna, A. & Kleinman, A., 2001. La mondialisation des catégories: la dépression à l'épreuve de l'universel : Penser/Classifier/Soigner. *L'Autre*, 2(3), p.467-480.
- Pfeifer, S., 1999. Demonic Attributions in Nondelusional Disorders. *Psychopathology*, 32(5), p.252-259.
- Phinney, J.S. & Devich-Navarro, M., 1997. Variations in Bicultural Identification Among African American and Mexican American Adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 7(1), p.3-32.
- Posey, T.B. & Losch, M.E., 1983. Auditory hallucinations of hearing voices in 375 normal subjects. *Imagination, Cognition and Personality*, 3(2), p.99-113.
- Qureshi, A. et al., 2008. Cultural competency training in psychiatry. *European Psychiatry*, 23, p.49-58.
- Rao, D., Young, M. & Raguram, R., 2007. Culture, Somatization, and Psychological Distress: Symptom Presentation in South Indian Patients from a Public Psychiatric Hospital. *Psychopathology*, 40(5), p.349-355.
- Raskin, A., Crood, T.H. & Herman, K.D., 1975. Psychiatric history and symptom difference in black and white depressed inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(1), p.73-80.
- Razum, O. & Samkange-Zeeb, F., 2008. Populations at Special Health Risk: Migrants. In *International Encyclopedia of Public Health*. Oxford: Academic Press, p. 233-241.
- Rechtman, R., 1998. Anthropologie médicale et psychiatrie: de nouveaux paradigmes de recherche. *Pour la Recherche*, (17).
- Rechtman, R., 2000. De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries. *Hommes & migrations*, (1225), p.46-61.
- Redfield, R., Linton, R. & Herskovits, M.J., 2009. MEMORANDUM FOR THE STUDY OF ACCULTURATION. *American Anthropologist*, 38(1), p.149-152.
- Ritsner, M. et al., 2001. Gender differences in psychosocial risk factors for psychological distress among immigrants. *Comprehensive Psychiatry*, 42(2), p.151-160.

- Rodríguez-Reimann, D.I. et al., 2004. Acculturation and Health Beliefs of Mexican Americans Regarding Tuberculosis Prevention. *Journal of Immigrant Health*, 6(2), p.51-62.
- Roelandt, J.-L. et al., 2010. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale*, 36, p.7-13.
- Roelandt, J.-L., Caria, A. & Mondière, G., 2000. La santé mentale en population générale : images et réalités. Présentation générale de l'enquête. *L'Information Psychiatrique*, p.vol 76 n°3 pp 279-292.
- Rouchon, J.-F., 2009. L'utilisation de la notion de contre-transfert culturel en clinique. *L'autre*, (28).
- Rouillon, F. & Gorwood, P., 1996. Épidémiologie des maladies mentales. *EMC (Elsevier Masson SAS), Psychiatrie*, 37.
- Rousseau, Cecile & Drapeau, A., 2003. Are Refugee Children an At - Risk Group? A Longitudinal Study of Cambodian Adolescents. *Journal of Refugee Studies*, 16(1), p.67 -81.
- Rwegellera, G.G., 1981. Cultural aspects of depressive illnesses: Clinical aspects and psychopathology. *Psychopathologie Africaine*, 17(1-3), p.41-62.
- Ryan, L. et al., 2006. Depression in Irish migrants living in London: case-control study. *The British Journal of Psychiatry*, 188(6), p.560-566.
- Ryder, A.G. et al., 2008. The cultural shaping of depression: somatic symptoms in China, psychological symptoms in North America? *Journal of Abnormal Psychology*, 117(2), p.300-313.
- Ryder, A.G., Alden, L.E. & Paulhus, D.L., 2000. Is acculturation unidimensional or bidimensional? A head-to-head comparison in the prediction of personality, self-identity, and adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(1), p.49-65.
- Sack, W., Him, C. & Dickason, D., 1999. Twelve - Year Follow - up Study of Khmer Youths Who Suffered Massive War Trauma as Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(9), p.1173-1179.
- Sakoyan, J., 2005. Approche anthropologique de la représentation de l'autisme en situation migratoire : les mères d'origine comorienne confrontées à l'autisme. *L'Information Psychiatrique*, 81(4), p.325-32.
- Sartorius, N., Davidson, H. & Ernberg, G., 1983. Les troubles dépressifs dans différents contextes culturels: rapport de l'étude collective OMS sur l'évaluation normalisée des troubles dépressifs.
- Sartorius, N. & Leff, J., 1992. The International Pilot Study of Schizophrenia: five-year follow-up findings. *Psychological Medicine*, 22, p.131-145.
- Sashidharan, S.P., 2001. Institutional Racism in British Psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 25(7), p.244-247.

- Sayar, K., Kirmayer, Laurence J & Taillefer, S.S., 2003. Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *General Hospital Psychiatry*, 25(2), p.108-114.
- Scheid, F., 1990. Identité culturelle et représentations de la maladie chez les Eurasiens de Macao. *Projection, La Santé au Futur*, (1), p.121-128.
- Scheid, F. & Raveau, F., 1991. Représentations sociales de la maladie mentale. *EMC (Elsevier Masson SAS), Psychiatrie*, 37-725-E-10.
- Schwab, M.E., 1977. A study of reported hallucinations in a southeastern county. *Mental Health and Society*, 4(5-6), p.344-354.
- Scotto, J., 1979. La psychopathologie des migrants existe-t-elle? *Congrès de psychiatrie et de neurologie en langue française, LXXI session*.
- Seguin, C.A., 1956. Migration and Psychosomatic Disadaptation. *Psychosomatic Medicine*, 18(5), p.404-409.
- Selod, S., 1998. Thèse de médecine : Difficultés diagnostiques chez les patients d'une autre culture. Pourquoi certains patients dépressifs sont-ils diagnostiqués comme psychotiques? *Université de Lille 2: Droit et Santé. Faculté de médecine Henri Warembourg*.
- Shaw, C.M. et al., 1999. Prevalence of anxiety and depressive illness and help seeking behaviour in African Caribbeans and white Europeans: two phase general population survey. *BMJ : British Medical Journal*, 318(7179), p.302-306.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y & Sheehan KH, Janavs J, Weiller E, Keskiner E, and others., 1997. The validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCIP-P and its reliability. *Eur Psychiatry*, 12, p.232-41.
- Sieberer, M. et al., 2011. Depressive Symptoms in First-and Second-Generation Migrants: A Cross-Sectional Study of a Multi-Ethnic Working Population. *International Journal of Social Psychiatry*.
- Silove, D et al., 1997. Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *The British Journal of Psychiatry*, 170(4), p.351-357.
- Silove, D & Steel, Z, 2006. Understanding community psychosocial needs after disasters: Implications for mental health services. *Journal of Postgraduate Medicine*, 52(2), p.121.
- Simon, G.E. et al., 2002. Understanding Cross-National Differences in Depression Prevalence. *Psychological Medicine*, 32(04), p.585-594.
- Singer, B.D., 1977. *Racial factors in psychiatric intervention*, R & E Research Associates.
- Slade, P.D. & Bentall, R.P., 1988. *Sensory deception: a scientific analysis of hallucination*, Taylor & Francis.
- Sletten, I. et al., 1972. A Statewide Computerized Psychiatric System: Demographic, Diagnostic and Mental Status Data. *International Journal of Social Psychiatry*, 18(1), p.30-35.

- Sorenson, S.B. & Golding, J.M., 2010. Suicide Ideation and Attempts in Hispanics and Non - Hispanic Whites: Demographic and Psychiatric Disorder Issues. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 18(3), p.205-218.
- Sperber, D., 1989. *Anthropologie des représentations : problèmes et perspectives dans les représentations sociales*. PUF., Paris.
- Stack, S., 1998. The Relationship Between Culture and Suicide: An Analysis of African Americans. *Transcultural Psychiatry*, 35(2), p.253-269.
- Steel, Zachary, Frommer, N. & Silove, Derrick, 2004. Part I--The mental health impacts of migration: the law and its effects: Failing to understand: refugee determination and the traumatized applicant. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27(6), p.511-528.
- Stockdale, S.E. et al., 2008. Racial and Ethnic Disparities in Detection and Treatment of Depression and Anxiety Among Psychiatric and Primary Health Care Visits, 1995-2005. *Medical Care*, 46(7), p.668-677.
- Strakowski, S.M. et al., 1997. The effects of race and information variance on disagreement between psychiatric emergency service and research diagnoses in first-episode psychosis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(10), p.457-463.
- Sue, S. et al., 1976. Conceptions of mental illness among Asian and Caucasian-American students. *Psychological reports*, 38(3 pt. 1), p.703-708.
- Sulaiman, S.O.Y., Bhugra, Dinesh & de Silva, P., 2001. Perceptions of Depression in a Community Sample in Dubai. *Transcultural Psychiatry*, 38(2), p.201-218.
- Summerfield, D., 2001. Culture-specific psychiatric illness? *The British Journal of Psychiatry*, 179(5), p.460.
- Surault, P., 2010. Santé mentale et déterminants sociaux. *L'Encéphale*, 36, p.27-32.
- Suresh, K. & Bhui, Kamaldeep, 2006. Ethnic minority patients' access to mental health services. *Psychiatry*, 5(11), p.413-416.
- Swinnen, S. & Selten, J.-P., 2007. Mood disorders and migration: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 190(1), p.6-10.
- Syed, H.R. et al., 2006. Inequalities in health: a comparative study between ethnic Norwegians and Pakistanis in Oslo, Norway. *International Journal for Equity in Health*, 5, p.7.
- Taïeb, O. et al., 2005. Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle. *Médecine et Maladies Infectieuses*, 35, p.173-185.
- Tanaka-Matsumi, J. & Marsella, Anthony J., 1976. Cross-Cultural Variations in the Phenomenological Experience of Depression. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 7(4), p.379 -396.
- Tarricone, I. et al., 2011. Ethnic variation in the prevalence of depression and anxiety in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21705094> [Consulté décembre 11, 2011].
- Thakker, J. & Ward, T., 1998. Culture and classification: the cross-cultural application of the DSM-IV. *Clinical Psychology Review*, 18(5), p.501-529.

- Thave, S., 2000. L'emploi des immigrés en 1999. *Insee Première*, (n°717).
- Tien, A.Y., 1991. Distributions of hallucinations in the population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26(6), p.287-292.
- Tremblay, J.-M., 2005. Culture et dépression à la Martinique: itinéraire épistémologique d'une recherche anthropologique. *Innovation et société* (2), p.17-36.
- Tribalat, M., 2004. Une estimation des populations d'origine étrangère en France en 1999. *Population*, 59(1), p.51-81.
- Turner, C.B. & Turner, B.F., 1996. Who Treats Minorities? *Cultural Diversity and Mental Health*, 2(3), p.175-182.
- Ungemack, J.A. & Guarnaccia, P J, 1998. Suicidal ideation and suicide attempts among Mexican Americans, Puerto Ricans and Cuban Americans. *Transcultural Psychiatry*, 35(2), p.307.
- VanDerWurff, F.B. et al., 2004. Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders*, 83(1), p.33-41.
- Vega, W.A. et al., 1998. Lifetime Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders Among Urban and Rural Mexican Americans in California. *Arch Gen Psychiatry*, 55(9), p.771-778.
- Virta, E., Sam, D.L. & Westin, C., 2004. Adolescents with Turkish background in Norway and Sweden: a comparative study of their psychological adaptation. *Scandinavian journal of psychology*, 45(1), p.15-25.
- Vitols, M.M., Waters, H.G. & Keeler, M.H., 1963. Hallucinations and delusions in white and negro schizophrenics. *American Journal of Psychiatry*, 120(5), p.472-476.
- Walter, M. & Thomas, G., 2009. Dépressions sévères: facteurs culturels et sociaux. *L'Encéphale*, 35, p.S286-S290.
- Ward, C. & Kennedy, A., 1994. Acculturation strategies, psychological adjustment, and sociocultural competence during cross-cultural transitions. *International Journal of Intercultural Relations*, 18(3), p.329-343.
- Weiss, M., 1997. Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC): Framework for Comparative Study of Illness. *Transcultural Psychiatry*, 34(2), p.235 -263.
- Weiss, M.G., 2001. Cultural epidemiology: An introduction and overview. *Anthropology & Medicine*, 8(1), p.5-29.
- Weissman, Myrna M. et al., 1996. Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 276(4), p.293 -299.
- Welner, A., Liss, J.L. & Robins, E., 1973. Psychiatric symptoms in white and black inpatients. II: Follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*, 14(6), p.483-488.
- Westermeyer, J., 1987. Cultural factors in clinical assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(4), p.471-478.

- Westermeyer, J., 1988. DSM-III psychiatric disorders among Hmong refugees in the United States: A point prevalence study. *The American Journal of Psychiatry*, 145(2), p.197-202.
- William, B. & Healy, D., 2001. Perceptions of illness causation among new referrals to a community mental health team: « explanatory model » or « exploratory map »? *Social Science & Medicine* (1982), 53(4), p.465-476.
- Williams, D.R. et al., 2007. Prevalence and Distribution of Major Depressive Disorder in African Americans, Caribbean Blacks, and Non-Hispanic Whites: Results From the National Survey of American Life. *Arch Gen Psychiatry*, 64(3), p.305-315.
- Willis, L.A. et al., 2002. Ready to die: a postmodern interpretation of the increase of African-American adolescent male suicide. *Social Science & Medicine*, 55(6), p.907-920.
- Wilson, C. et al., 2000. How Mental Illness Is Portrayed in Children's Television A Prospective Study. *The British Journal of Psychiatry*, 176(5), p.440-443.
- Wittig, U. et al., 2008. Mental health of patients from different cultures in Germany. *European Psychiatry*, 23, p.28-35.
- Wu, Z. & Schimmele, C.M., 2005. The Healthy migrant effect on depression: variation over time? *Canadian Studies in Population*, 32(2), p.271-295.
- Zane, N. & Mak, W., 2003. Major approaches to the measurement of acculturation among ethnic minority populations: A content analysis and an alternative empirical strategy. In K. M. Chun, P. Balls Organista, & G. Marín, éd. *Acculturation: Advances in theory, measurement, and applied research*. Washington, DC, US: American Psychological Association, p. 39-60.
- Zempléni, A., 1985. La malaldie et ses causes. *L'Etnographie*, (n° spécial LXXXI), p.13-44.



## Annexes

# Annexe 1

## A. EPISODE DEPRESSIF [2 DERNIERES SEMAINES]

<b>A1</b>	<b>Au cours des <u>deux dernières semaines</u> :</b>			
<b>a</b>	Vous êtes-vous senti(e) triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?		OUI	NON
<b>b</b>	Aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?		OUI	NON
<b>c</b>	Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie ?		OUI	NON
	<b>SI OUI ≤ 1 → DX = NON</b>			

### A2 **Durant ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) / sans intérêt pour les choses / fatigué(e) :**

- |          |   |     |     |
|----------|---|-----|-----|
| <b>a</b> | Votre appétit a-t-il notablement changé ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ?   | OUI | NON |
| <b>b</b> | Aviez-vous des problèmes de sommeil (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, hypersomnie) presque toutes les nuits ?                             | OUI | NON |
| <b>c</b> | Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire, vous sentiez-vous agité(e) et aviez-vous du mal à rester en place ? | OUI | NON |
| <b>d</b> | Manquiez-vous de confiance en vous-même, ou vous sentiez-vous sans valeur, voire inférieur(e) aux autres ?  | OUI | NON |
| <b>e</b> | Vous êtes-vous fait des reproches, ou vous êtes-vous senti(e) coupable ?  | OUI | NON |
| <b>f</b> | Avez-vous eu du mal à réfléchir ou à vous concentrer, ou aviez-vous du mal à prendre des décisions ?  | OUI | NON |
| <b>g</b> | Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?   | OUI | NON |

**DE A1a à A2g, SI OUI ≥ 4, ENTOURER OUI en DX**

<b>DX</b>	<b>F</b>	OUI	NON
	3	→ A3	→ B1
2	<b>EPISODE DEPRESSIF</b>		

### A3 **SI LE SUJET PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF :**

- |          |   |     |     |                   |
|----------|---|-----|-----|-------------------|
| <b>a</b> | Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes ayant duré <u>au moins deux semaines</u> où vous vous sentiez déprimé(e) tout en ayant les problèmes dont nous venons de parler ? |     |     | <b>→ DX = NON</b> |
|          |   | OUI | NON |                   |
| <b>b</b> | Avant que vous ne vous sentiez déprimé(e) cette fois-ci, vous êtes vous senti(e) bien pendant au moins deux mois ?  |     |     | <b>→ DX = NON</b> |
|          |   | OUI | NON |                   |

**SI A3b = OUI → DX = OUI**  
**SI A3b = NON → DX = NON**

<b>DX</b>	<b>F</b>	OUI	NON
	3	→ C1	→ B1
3	<b>TROUBLE DEPRESSIF RECURRENT</b>		

**B. DYSTHYMIE [2 DERNIERES ANNEES]**

**SI LE SUJET PRESENTE UN TROUBLE DEPRESSIF RECURRENT (DX F33 = OUI) → ENTOURER DX = NON**

<b>B1</b>	Au cours des deux dernières années, vous êtes-vous senti(e) triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps ?		<b>→ DX = NON</b>
		OUI	NON

**B2** Durant cette période, vous est-il arrivé de vous sentir bien pendant plusieurs semaines ? **→DX = NON**  
OUI NON

**B3 Depuis que vous vous sentez déprimé(e) la plupart du temps :**

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| <b>a</b> Manquez-vous d'énergie ?   | OUI | NON |
| <b>b</b> Avez-vous des problèmes de sommeil ? (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, hypersomnies)                   | OUI | NON |
| <b>c</b> Avez-vous perdu confiance en vous-même, vous sentez-vous moins valable que les autres ?                              | OUI | NON |
| <b>d</b> Avez-vous des difficultés à vous concentrer ?  | OUI | NON |
| <b>e</b> Vous arrive-t-il souvent de pleurer ?  | OUI | NON |
| <b>f</b> Avez-vous perdu l'intérêt ou perdu le plaisir pour les choses qui vous plaisaient auparavant ?                       | OUI | NON |
| <b>g</b> Vous arrive-t-il souvent de perdre espoir ?  | OUI | NON |
| <b>h</b> Avez-vous souvent l'impression de ne pas pouvoir faire face aux responsabilités de la vie quotidienne ?              | OUI | NON |
| <b>i</b> Avez-vous souvent l'impression que votre vie n'a jamais été satisfaisante et que cela ne pourra jamais aller mieux ? | OUI | NON |
| <b>j</b> Avez-vous moins d'activités sociales qu'auparavant, avez-vous tendance à rester replié(e) sur vous-même ?            | OUI | NON |
| <b>k</b> Parlez-vous moins qu'avant ?   | OUI | NON |

**SI OUI ≥ 3 EN B3 → DX = OUI**

<b>F</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
	<b>DX 3</b>	<b>4</b>
	<b>DYSTHYMIE</b>	

## Annexe 2

### N. SYNDROMES PSYCHOTIQUES [VIE ENTIERE]

**ATTENTION :**  
**POUR TOUTES LES QUESTIONS DE CETTE SECTION, SI LE SUJET REPOND OUI, COTER OUI, DEMANDER UN EXEMPLE, LE NOTER EN CLAIR ET CONSULTER LE CLINICIEN.**

		COTATION ENQUETEUR	
<p><b>A présent, je vais vous poser des questions sur des expériences un peu inhabituelles ou bizarres qui peuvent survenir chez certaines personnes.</b></p>			
N1	<p>Avez-vous déjà eu des idées que vos proches considéraient comme étranges ou inhabituelles, et qu'ils ne partageaient pas avec vous ?</p> <p><b>EXEMPLE :</b> .....</p> <p>.....</p>	OUI	NON
N2	<p>Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, ou complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ?</p> <p><b>EXEMPLE :</b> .....</p> <p>.....</p>	OUI	NON
N3	<p>Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ?</p> <p><b>EXEMPLE :</b> .....</p> <p>.....</p>	OUI	NON
N4	<p>Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à vous pouvait influencer ou contrôler vos pensées ou vos actes ?</p> <p><b>EXEMPLE :</b> .....</p> <p>.....</p>	OUI	NON
N5	<p>Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait directement à vous à travers la télévision, la radio, ou les journaux, ou que certaines personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ?</p> <p><b>EXEMPLE :</b> .....</p> <p>.....</p>	OUI	NON
N6	<p>Vous est-il déjà arrivé d'avoir des visions, ou de voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir ?</p> <p><b>EXEMPLE :</b> .....</p> <p>.....</p>	OUI	NON
N7	<p>Vous est-il déjà arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ?</p> <p><b>EXEMPLE :</b> .....</p> <p>.....</p>	OUI	NON

SI TOUT EST COTE NON DEPUIS N1 → DX 1 et DX 2 = NON

**Vous m'avez dit avoir déjà (citer les symptômes de N1 à N7 cotés OUI)**

N8 Cela vous est-il arrivé récemment ? OUI NON

**SPECIFIER** (ex : le mois écoulé, la veille...) : .....

N9 Au cours de votre vie, cela vous est-il arrivé à plusieurs reprises ? OUI NON

**SI N9 = OUI** [C'EST ARRIVÉ A PLUSIEURS REPRISES]

→ **DX1 = NON** (ISOLÉ)

→ **DX2 = OUI** (RÉCURRENT)

**SI N9 = NON** (C'EST ISOLÉ)

→ **DX1 = OUI** (ISOLÉ)

→ **DX2 = NON** (RÉCURRENT)

**SELON LE DIAGNOSTIC COTÉ POSITIF,  
SPÉCIFIER SI L'ÉPISODE EST ACTUEL OU PASSE :**

**SI N8 = OUI** [C'EST ARRIVÉ RÉCEMMENT]

→ **COCHER ACTUEL**

**SI N8 = NON** [CE N'EST PAS ARRIVÉ RÉCEMMENT]

→ **COCHER PASSÉ**

	OUI	NON
F		
2		
<b>DX1 (x)</b>	<b>SYNDROME PSYCHOTIQUE ISOLE</b>	
	<i>ACTUEL</i>	<i>PASSE</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON
F		
2		
<b>DX2 (x)</b>	<b>SYNDROME PSYCHOTIQUE RECURRENT</b>	
	<i>ACTUEL</i>	<i>PASSE</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>DIAGNOSTIC DU CLINICIEN</b>		
	OUI	NON
Syndrome Psychotique Isolé Actuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome Psychotique Isolé Passé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome Psychotique Récurrent Actuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome Psychotique Récurrent Passé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**AUTEUR : GARCETTE Clément**

**Date de Soutenance : 6 Décembre 2012**

**Titre de la Thèse : DEPRESSION, CULTURE ET MIGRATION: ENQUETE AUPRES DE TROIS GENERATIONS DE MIGRANTS - Étude du CCOMS sur la santé mentale en population générale**

**Thèse, Médecine, Lille,**

**Cadre de classement : *DES PSYCHIATRIE***

**Mots-clés : Dépression, culture, misdiagnosis, représentation, acculturation**

- **Contexte** : Bien que nous vivions dans un monde de plus en plus métissé, les difficultés liées à la justesse du diagnostic en situation transculturelle restent majeures : la dépression, est, elle aussi, concernée par ces errances diagnostiques. Cette étude évalue l'influence de la migration et de la région d'origine des migrants sur la prévalence, les symptômes ainsi que sur les représentations de l'épisode dépressif.

- **Méthode** : L'enquête SMPG a été menée par le Centre Collaborateur Français de l'Organisation mondiale de la Santé, en France métropolitaine, entre 1999 et 2003, sur un échantillon de 37 063 personnes âgées de 18 ans et plus. Les données ont permis la constitution de quatre sous-groupes de migrants selon qu'il s'agisse de sujets originaires des Antilles, d'Europe, du Maghreb, ou d'Afrique subsaharienne. L'influence du degré de migration a également pu être appréciée. Les outils diagnostiques employés étaient les Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Un questionnaire évaluant les représentations de la «dépression » a également été exploité.

- **Résultats** : Notre étude confirme que la migration accroît le risque de survenu d'épisode dépressif. Ce risque diminue au fil des générations sans pour autant atteindre celui des non migrants. L'influence de la variable migratoire sur la symptomatologie dépressive est marquée par une moindre expression d'idées suicidaires, ainsi que des vécus de dévalorisation et de culpabilité et par une prévalence plus importante des expériences de persécution, d'intrusion de la pensée, de référence et d'hallucinations, et cela en dehors de tout épisode psychotique. Les profils de dépression se rapprochent, au fil des générations, de ceux de la population migrante. Les représentations de la dépression sont elles aussi différentes selon la variable migratoire. Quant à l'influence de la région d'origine des migrants, nous ne retrouvons que des variations mineures, concernant principalement les expériences hallucinatoires et non pas les critères diagnostiques classiques de la dépression. Le vécu de persécution concerne toutes les aires géographiques d'origine, y compris l'Europe. Les résultats sont confrontés à ceux de la littérature et discutés en termes de méthodologie.

- **Conclusion** : Tout en évitant les excès du culturalisme, il nous semble indispensable de développer l'approche transculturelle des soins afin d'améliorer le diagnostic des troubles dépressifs et de développer l'accès aux soins des sujets migrants.

**Composition du Jury :**

**Président : Pr Pierre THOMAS**  
**Assesseurs : Pr Guillaume VAIVA**  
**Pr Olivier COTTENCIN**  
**Dr Dewi GUARDIA**