

International Review of Community Development Revue internationale d'action communautaire



La migration et la santé mentale Immigration and Mental Health Migración y salud mental: una revisión de la literatura

Liliane Sayegh

Number 14 (54), Fall 1985

Migrants : trajets et trajectoires

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1034513ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1034513ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (print)

2369-6400 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Sayegh, L. (1985). La migration et la santé mentale. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (14), 103–112. <https://doi.org/10.7202/1034513ar>

Article abstract

This article discusses the relationship between immigration and mental health which has been the subject of several recent studies. Empirical research has not yet been able to conclusively identify the most significant variables involved nor has it been able to determine the direction of this relationship. It is thus premature to try to interpret or generalize on the basis of the evidence available to date. It is possible however, to reformulate some of our questions, to explore new avenues and to go beyond one-dimensional perspectives.

La migration et la santé mentale

L. Sayegh

Introduction

Dans cet article, nous abordons l'effet de la migration sur l'adaptation psychosociale de l'être humain qui relève du domaine de la psychologie, malgré qu'il soit difficile d'exclure l'éclairage qu'apporterait l'anthropologie ainsi que la sociologie. Il s'agira, plus particulièrement, d'analyser le rapport établi entre la migration et les effectifs psychiatriques, rapport qui a suscité l'intérêt de nombreux chercheurs suite, notamment, aux controverses soulevées par la publication de certains résultats préliminaires aux États-Unis.

L'on essaiera, d'abord, de clarifier les définitions de la migration et de la santé mentale afin d'identifier les éléments les plus perti-

nents. Ensuite, le rapport entre la migration et la santé mentale sera discuté dans un bref compte-rendu d'études faites dans divers pays. Ces études se sont penchées sur les troubles mentaux d'ordre psychotique et d'ordre névrotique. Ces quelques études n'ont pas été choisies parce qu'elles représentaient l'ensemble des recherches faites, mais plutôt sur la base méthodologique commune qu'elles partageaient.

Nous présenterons, ici, les divergences dans les résultats obtenus à la lumière des deux méthodologies de recherche les plus fréquemment employées pour la collecte des données. Il s'agit de l'utilisation d'analyses de dossiers pour déterminer les effectifs psychiatriques

d'une population, et de l'enquête communautaire. Ceci nous permettra d'identifier certains facteurs influençant le rapport entre migration et santé mentale.

Il est intéressant de noter à quel point les méthodes de recherche ainsi que les objectifs visés sont en rapport avec les dimensions politiques et économiques des pays concernés. De ce fait, il est plus difficile de généraliser les résultats obtenus d'un pays à l'autre ou même d'établir un lien entre les résultats et les caractéristiques culturelles des populations étudiées, puisque ces dernières caractéristiques ne sont pas présentées dans leur ensemble mais seulement dans la mesure où elles peuvent clarifier quelques ambiguïtés.

104 Quelques définitions préalables de la migration

Selon Mangalam,

La migration est un départ, plus ou moins permanent, d'une collectivité appelée migrants, d'un lieu géographique vers un autre. Ceci est précédé par une prise de décision de la part des migrants basée sur une échelle de valeurs hiérarchisées ou sur des buts importants, et qui entraîne des changements dans le système d'interaction des migrants. (1968, p. 8)

Hansen et Oliver-Smith soulignent l'importance de la dimension de la collectivité dans la définition de Mangalam (Hansen et Oliver-Smith, 1982). Les migrants ne sont pas des individus isolés, car ils émigrent souvent en groupes, unis par des liens familiaux, communautaires ou nationaux.

Selon Sanua (1970), on peut distinguer trois types de migration de populations à l'intérieur du concept général de mobilité géographique.

- 1) La mobilité résidentielle : un changement de domicile dans un lieu géographique restreint, tel un comté, une ville, un village.
- 2) La migration interne : déplacement d'une région à une autre à l'intérieur d'un pays.
- 3) La migration externe : migration internationale.

Dans cet article, le terme migrant correspond à la migration interne de personnes nées au pays, celui d'immigrant à la migration internationale de personnes nées à l'étranger.

Sanua met en garde contre les

problèmes d'ordre méthodologique posés par une adhésion trop rigide à certaines définitions.

Plusieurs théories ont été suggérées pour expliquer les causes de la migration. D'après Fried (1970), la migration s'effectue soit pour des motifs économiques, soit dans le contexte d'une crise sociale. La privation apparaît comme la cause première de ce phénomène de mobilité. Fried conçoit le processus de migration comme étant un déplacement de populations ; celles-ci passant de conditions de désavantages et de restrictions vers d'autres conditions, qui offrent plus d'avantages et de possibilités.

Cependant, cette explication apparaît insuffisante, selon Fried. En effet, au-delà des facteurs d'attraction et/ou de répulsion (« push/pull ») qui entrent en ligne de compte, il ne faut pas oublier que seule une petite minorité de la population d'un pays est disposée à quitter ou est capable de le faire dans une période de temps donnée. Encore faut-il, dit Fried, que cette minorité puisse traverser les trois étapes du processus migratoire : faire face aux facteurs d'expulsion du milieu d'origine, surmonter les difficultés du processus migratoire et entreprendre la grande tâche de se faire une meilleure situation ailleurs, sans que la peur soit trop excessive, pour que la migration réussisse. Ces étapes peuvent servir de lien fondamental entre la conception de la migration causée par certaines forces d'expulsion et la conception alternative de la migration suite à des forces d'attraction.

Il apparaît donc que le phénomène de la migration est complexe non seulement dans sa définition, mais aussi sur les plans théoriques et pratiques relatifs à l'adaptation de l'être humain face à une telle expérience. Bien que la migration ait fait l'objet d'études en sciences sociales depuis plusieurs décennies, il n'y a encore que peu d'en-

tente sur une définition et une théorie générale de la migration.



Le concept de la santé mentale

Il n'y a pas consensus en ce qui concerne la définition de la maladie mentale, pas plus qu'il n'y en a à définir celui de la santé. Il sera question, ici, de maladies mentales ; car le normal relève de la norme, qui est elle-même déterminée par la société.

Chaque civilisation ayant son propre système de normes, ce qui est normal dans une civilisation ne peut-il être considéré comme pathologique dans une autre, et vice-versa ? (Bastide, 1965).

Afin d'obtenir un niveau d'entente élevé parmi les cliniciens qui passent un jugement sur des troubles mentaux, Murphy propose une classification large, du type de troubles qui découlent d'une interférence marquée du fonctionnement social. Quand il existe un dysfonctionnement marqué, l'on peut distinguer plus facilement des troubles d'ordre soit psychique, soit somatique, soit social, ainsi que les psychoses exogènes, les psychoses fonctionnelles, les névroses et la psychopatie (Murphy, 1982).

La maladie mentale peut donc être définie comme phénomène global de l'inadaptation de l'être humain à son environnement. De plus, l'évaluation de troubles mentaux doit tenir compte de facteurs socio-culturels. Un obstacle majeur à l'évaluation psychiatrique provient du manque de données psychiatri-

ques pour certains groupes culturels (Verdonk, 1979).

Mais en plus d'une définition, il s'agit de savoir s'il faut s'en tenir à l'évaluation de la part d'un clinicien qui pose un jugement sur une manifestation psychiatrique, ou bien sur ce qu'éprouve le patient (Murphy, 1982). Ce n'est que depuis les années 50 que de nombreuses autorités en la matière ont convenu que les troubles mentaux surviennent au moment où l'individu ne parvient pas à satisfaire ses besoins supérieurs (tels qu'ils sont définis par Maslow, 1954), même si ses besoins essentiels (nourriture, abri, compagnie) et son fonctionnement social ne sont pas affectés (Murphy, 1982).

Mesure de la santé mentale

L'évaluation du comportement psychiatrique d'une population donnée est faite principalement selon deux modes : l'analyse de dossiers et l'enquête communautaire.

Les taux d'hospitalisation psychiatrique, chez une population donnée, ont généralement été déterminés d'après l'analyse de dossiers. Normalement, ces taux renvoient au rapport entre le nombre de personnes qui subissent des troubles mentaux pour la première fois pendant une année, et la population totale.

L'enquête communautaire, quant à elle, ne se base pas sur l'admission et le statut du patient comme critères principaux pour l'identification d'un cas (Dohrenwend *et al.*, 1980). Contrairement à l'analyse de dossiers qui se sert de diagnostics psychiatriques, l'enquête communautaire établit le niveau de psychopathologie d'une population donnée, selon les réponses pathognomoniques à une liste de symptômes psychiatriques (Lasry et Sigal, 1975).

Parmi les diverses méthodes d'enquête communautaire, l'on trouve principalement, l'enquête

faite par le psychiatre-chercheur dans la communauté, et l'enquête à domicile qui peut se faire par des non-professionnels. Les enquêtes de ce genre se servent normalement de questionnaires et d'entrevues pour la collecte des données (Srole *et al.*, 1962 ; Leighton *et al.*, 1963 ; Jaco, 1960 ; Gurin *et al.*, 1960).



Migration et santé mentale

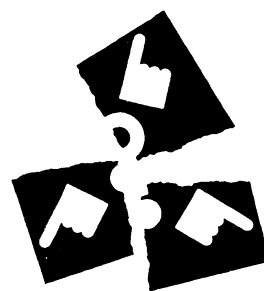
C'est en épidémiologie psychiatrique que les premières études ont établi un lien entre la migration et la santé mentale. Ces recherches ont été inspirées par diverses politiques gouvernementales qui cherchaient des statistiques leur permettant de modifier les politiques d'immigration afin de restreindre les entrées (Odegard, 1973b).

Selon Champion (1966), les connaissances psychiatriques en matière de migration remontent à la naissance de l'école statistique psychiatrique américaine. Celle-ci doit son existence à la conjugaison de deux influences, à savoir la formation d'une infrastructure administrative et technique en psychiatrie (vers la première moitié du XIX^e siècle), et le développement de l'énorme mouvement de population favorisé par la politique américaine de la « porte ouverte » (jusqu'aux premières années du XX^e siècle).

L'importance du nombre de malades mentaux étrangers hospitalisés a incité plusieurs pays à entreprendre des recherches afin

de tenter de démystifier la théorie de l'exportation systématique de malades mentaux par les pays européens d'émigration.

Récemment, les recherches sur l'étiologie du stress social ont démontré que les événements liés au changement de vie, qui requièrent une adaptation de la part de l'individu, peuvent être suffisamment stressants pour produire une forte corrélation entre ces changements de vie et des taux élevés de troubles mentaux (Dohrenwend, 1973 ; Mechanic, 1983 ; Dohrenwend et Dohrenwend, 1974). La migration étant considérée par plusieurs auteurs comme un phénomène particulier de changement social (Murphy, 1961), il semble donc pertinent d'étudier les conséquences de ces changements sur la santé mentale des individus.



Enquêtes dans divers pays

États-Unis

Aux États-Unis, les taux de psychose semblent être plus élevés chez les immigrants que chez les migrants américains, même quand l'âge et le sexe sont contrôlés (Sanua, 1970). Les migrants américains ont aussi des taux plus élevés de troubles mentaux généraux que les non-migrants. Ces études ne tiennent pas compte, en général, des différentes catégories de diagnostics psychiatriques, ni de l'origine culturelle des immigrants. De ce fait, il est difficile de déter-

- 106 miner la fiabilité du diagnostic et, par conséquent, des effectifs de troubles mentaux signalés.

Par contre, quand il s'agit de comparer les migrants aux immigrants, les résultats varient beaucoup selon la race, l'origine culturelle, le diagnostic, le sexe, et le niveau d'éducation. Ainsi, les recherches de Jaco (1960) ont démontré que les Américains d'origine espagnole avaient des taux de psychose plus bas que les Américains anglophones et que les Américains noirs. De plus, les Américains d'origine espagnole avaient de plus hautes corrélations positives entre le diagnostic et le niveau d'éducation, que les deux autres groupes. Néanmoins, plusieurs études s'accordent quant aux taux plus élevés de schizophrénie chez les immigrants blancs et noirs que chez ceux nés au pays (Kramer et al., 1972; Lazarus et al., 1963; Sanua, 1970). Par contre, la divergence des résultats est beaucoup plus marquée quand l'on tient compte de l'origine ethnique (« race ») en comparant les migrants aux non-migrants.

Mise à part la schizophrénie, les immigrants non blancs ont en général des taux de troubles mentaux plus bas que les migrants non blancs (Malzberg, 1965).

Kramer, Pollack, Redick et Locke (1972) résument les enquêtes qui ont recueilli les données de premières admissions dans des hôpitaux

psychiatriques aux États-Unis (1946-1966). Les résultats démontrent des taux importants de maladies mentales dans chaque catégorie d'âge; dans les groupes socio-économiques faibles; dans les milieux urbains plutôt que ruraux; dans une population migrante plutôt que non migrante; et parmi ceux qui n'ont jamais été mariés, les séparés, divorcés, veufs/veuves, plutôt que les mariés. La migration semble être un facteur plus important que le lieu de naissance. Par contre, les effets de la migration interne, d'un État à un autre, varient plus, selon la direction du déplacement, nord-sud, que les effets de l'immigration en provenance de l'étranger.

Il est important de noter que plusieurs études ont démontré une plus grande fréquence du diagnostic de schizophrénie parmi les groupes d'origine portoricaine (Sanua, 1970) et mexicaine (Heiman et Kahn, 1977) que parmi les Américains blancs et non blancs. La tendance, parmi les psychiatres américains, à attribuer le diagnostic de schizophrénie plus souvent, tandis qu'en Angleterre ce sont les troubles d'ordre maniaco-dépressifs qui sont plus fréquemment relevés, a été soulevée dans une étude comparative des diagnostics différentiels attribués par les psychiatres des États-Unis et de l'Angleterre (Cooper, Kendell, Gurland, Sharpe, Copeland et Simon, 1972).

Il faudrait, aussi, prendre en considération les nombreuses autres variables médiatrices dans le rapport migration/immigration et santé mentale, car elles affectent souvent la direction de la corrélation. Parmi ces variables, l'on trouve le soutien qu'apporte le système familial (Torres-Matullo, 1976); la sous-utilisation des services psychiatriques de la part de plusieurs populations d'origine étrangère, qui ont accès à d'autres méthodes de soins qui leur sont plus familières (Baron,

1979); l'influence du niveau d'acculturation de la population immigrante (Fernandez-Pol, 1980); ainsi que le trop peu d'attention porté à la phénoménologie de la psychopathologie parmi divers groupes culturels, plutôt qu'à la quantité et à la gravité des symptômes relevés (Cuéllar et Roberts, 1984).

Norvège

Odegaard (1973, a et b), un des pionniers des études portant sur la migration et la maladie mentale, a été le premier, en 1932, à comparer un groupe d'immigrants norvégiens du Minnesota à un groupe de Norvégiens non migrants en Norvège.

Ses résultats ont aussi indiqué que les immigrants avaient des taux d'admission plus élevés (30 à 50 %) que les Norvégiens nés aux États-Unis ainsi que ceux qui vivent en Norvège. Le taux de schizophrénie parmi les Norvégiens du Minnesota était plus que le double de celui des Norvégiens de Norvège.

Une analyse plus détaillée des deux plus grands groupes diagnostiqués (la schizophrénie et les cas de sénilité et d'artériosclérose) a été faite par Odegaard pour tenter d'expliquer ces taux élevés. Selon Odegaard (1973a), une hypothèse environnementale relative aux difficultés engendrées par l'immigration peut justifier les taux élevés de psychose sénile et de psychose d'artériosclérose. Tandis que l'hypothèse constitutionnelle est jugée plus pertinente pour expliquer les taux de schizophrénie.

Odegaard trouve aussi des taux de morbidité plus élevés chez les Norvégiens réémigrés en Norvège que chez les Norvégiens locaux et ceux du Minnesota.

Les migrants vers la ville d'Oslo, venant d'autres villes voisines, ont des taux de morbidité plus élevés que les non-migrants d'Oslo. Les taux les plus bas d'admission sont notés parmi les migrants de la ville

vers la banlieue.

Angleterre

Parallèlement, en Angleterre, les chercheurs ne sont pas d'accord sur les taux différentiels de troubles mentaux parmi les immigrants du « Nouveau Commonwealth » et ceux venant de l'étranger. Une enquête communautaire nationale portant sur des échantillons d'immigrants indiens (nés aux Indes) et d'Anglais (nés en Angleterre) a indiqué que les immigrants, en tant que groupe, démontraient moins de troubles psychologiques que les Anglais (Cochrane et Stopes-Roe, 1981). Il semblerait, par contre, qu'en général, les immigrants ont des taux plus élevés de schizophrénie que la population anglaise née au pays. Les groupes les plus marqués par la psychose semblent être les Africains et les immigrants des Caraïbes, tandis que les Asiatiques (Indiens et Pakistanais) le sont moins.

Tenant compte du fait que la population immigrante asiatique est d'un niveau socio-économique plus élevé que celles d'Afrique et des Caraïbes, et que le niveau d'acculturation des Asiatiques pourrait être plus élevé que celui des deux autres groupes, étant donné leur contact prolongé avec la culture anglaise en Inde, il serait difficile d'établir des interprétations comparatives des taux de psychopathologie observés parmi ces groupes.

De plus, plusieurs auteurs estiment que l'incidence de la discrimination éprouvée par plusieurs membres des minorités visibles ne peut être écartée du rapport établi entre l'immigration et la santé mentale (Littlewood et Lipsedge, 1981).

Une analyse plus détaillée des catégories de diagnostics a été faite en Angleterre, où des psychoses atypiques ont été relevées surtout parmi les immigrants africains et ceux des Caraïbes. Il semblerait y

avoir un rapport entre les croyances religieuses, certains traits culturels et l'occurrence de psychoses aiguës ou de psychoses paranoïdes. On a observé que les caractéristiques paranoïdes chez ces deux groupes d'immigrants n'existent pas chez un groupe comparable d'Irlandais schizophrènes. Selon Littlewood et Lipsedge (1981), les taux élevés de diagnostics de schizophrénie chez ces deux groupes d'immigrants africains et des Caraïbes peuvent s'expliquer aussi par des réactions psychotiques aiguës qui relèvent de certains facteurs culturels pré-migratoires, ainsi que du stress de l'immigration.

Rwegellera (1980) souligne que le comportement des patients venant de l'Afrique de l'Ouest et des Caraïbes ressemble à celui que l'on observerait dans leur pays d'origine respectif, peu importe le diagnostic ou l'expérience migratoire. Il trouve aussi que l'évolution de la maladie et le pronostic de psychose parmi les patients de ces deux origines culturelles sont semblables à ceux d'un groupe comparé d'Anglais, avec ou sans comportements particuliers. Littlewood et Lipsedge (1981) ont aussi remarqué une plus courte durée d'hospitalisation et le diagnostic changé deux fois plus souvent chez les patients de ces deux groupes culturels que chez les autres.

Canada

Le Canada est l'un des pays où l'on a trouvé des taux d'admission plus bas chez les immigrants que chez ceux nés au pays (Murphy, 1973, a et b).

Une analyse, non publiée, des admissions effectuées en 1958 par le département canadien de la Citoyenneté et de l'Immigration (Murphy, 1973a) a indiqué que la population immigrante du Canada produit proportionnellement moins d'hospitalisations mentales que la population native du pays, après

l'ajustement d'âge des deux groupes. Cette différence est moindre quand il s'agit de psychoses plutôt que des autres catégories diagnostiques. Ces résultats ont été confirmés par De Hesse, en 1965, dans une deuxième étude qui s'est servie des admissions en hôpitaux psychiatriques, selon le recensement de 1961 (Murphy, 1973b). Murphy (1968) a analysé les statistiques d'hôpitaux du Canada pour douze groupes d'origine immigrante ainsi que pour ceux nés au pays. Murphy conclut, principalement, que le rapport entre le lieu de naissance (à l'étranger ou au pays) et les taux d'hospitalisation est moins important que le rapport entre les taux d'hospitalisation et les groupes d'origine considérés. De plus, dans la plupart des cas, la déviation de taux typiques d'un groupe d'origine est plus prononcée parmi ceux nés au Canada que parmi ceux nés à l'étranger. Selon Murphy (1973a), donc, les facteurs d'origine culturelle de l'immigrant ainsi que le sentiment d'appartenance et la participation au groupe ethnique sont importants à considérer dans l'évaluation des taux de troubles psychiatriques.

Les enquêtes communautaires de Lasry (1977, 1980) ont démontré que le niveau de santé mentale des immigrants nord-africains est semblable à celui des Canadiens français, tandis que comparativement aux Américains et aux Canadiens anglais, les Canadiens français, les Nord-Africains et les Mexicains exprimaient deux fois plus de symptômes psychosomatiques. Lasry et Sigal (1975, 1976) ont trouvé que, parmi les Nord-Africains, l'indice global de santé mentale s'améliore en fonction de la durée de séjour au pays d'accueil et que l'intégration tant occupationnelle qu'économique de l'immigrant est fonction aussi de la durée de séjour (Lasry, 1980). De plus, ils ajoutent que le meilleur prédicteur de la

108 santé mentale s'avère être le niveau d'instruction.

Australie

L'Australie dépend depuis longtemps de la main-d'œuvre immigrante pour sa croissance économique. Les recherches faites par Krupinski et ses collaborateurs (Cade et Krupinski, 1962 ; Krupinski et Stoller, 1965) ont certains facteurs en commun sur le plan méthodologique. Premièrement, un immigrant est défini comme quelqu'un né en dehors de l'Australie. Deuxièmement, plutôt que de traiter l'ensemble des immigrants comme un tout homogène, Krupinski les répartit suivant quatre lieux d'origine — Angleterre, Europe de l'Ouest, Europe de l'Est et Europe du Sud. Troisièmement, les chercheurs ne se sont pas limités à l'incidence globale de maladies mentales, mais ont plutôt analysé cette incidence en terme de catégories diagnostiques précises.

Les résultats de ces études ont démontré que seul l'indice de schizophrénie est en corrélation positive avec l'immigration. De plus, les taux de schizophrénie varient selon le pays d'origine des immigrants (Krupinski, 1967). Ces taux sont plus élevés chez les immigrants non britanniques et les Australiens. Les immigrants d'Angleterre et de l'Europe de l'Est étaient plus marqués par des états dépressifs. Aussi l'on observe une croissance de troubles

de personnalité et de comportement chez les immigrants de deuxième génération par rapport aux Australiens (Stoller et Krupinski, 1973).

Les auteurs remarquent que l'incidence de troubles mentaux est plus basse chez les immigrants plus âgés que chez les immigrants jeunes (25 à 35 ans). Il est intéressant de noter, de plus, que la schizophrénie se déclare chez les hommes, surtout un à deux ans après leur arrivée en Australie, tandis que chez les immigrantes, elle ne se déclare, que bien plus tard, après sept à quinze ans de résidence. Krupinski (1967) attribue les taux élevés chez les hommes dès leur arrivée, à la solitude qu'ils éprouvent à aller travailler seuls en Australie. Les difficultés des femmes relèvent plutôt du fait qu'elles se sentent isolées des autres membres de leur famille (mari et enfants) ; ceux-ci sont acculturés alors qu'elles ont maintenu les traditions culturelles du pays d'origine.



Les facteurs médiateurs

Ethnie

La race est le facteur le plus controversé dans les études faites aux États-Unis. Alors que certaines études indiquent des taux plus élevés chez les migrants non blancs (nés aux États-Unis) que chez le même groupe de non-migrants (Malzberg et Lee, 1956), d'autres études soulignent qu'il est important de tenir compte du lieu de naissance du migrant, de son niveau d'instruction, de son niveau socio-

économique, du milieu urbain ou rural, du sexe et de son origine ethnique (Kleiner et Parker, 1970 ; Torres-Matullo, 1976, 1980 ; Fabrega, 1970 ; Cohen, 1972).

Kleiner et Parker (1970) avancent l'hypothèse du comportement relatif au besoin de réussite, associé à une mobilité fréquente, pour expliquer les taux différentiels entre les migrants non blancs venant des États-Unis du Sud et du Nord. Parmi les migrants du Nord, il y a plus de divergences entre le besoin de réussite et le niveau réalisé. Il y a aussi des sentiments d'ambivalence par rapport à l'appartenance à leur groupe ethnique. Ces deux facteurs sont reliés à des taux élevés de troubles mentaux, peu importe l'origine culturelle, selon les auteurs.

Comme les migrants non blancs nés aux États-Unis, le groupe des Asiatiques montre aussi une mobilité économique ascendante (Cochrane et Stopes-Roe, 1981). Ces auteurs déterminent la mobilité économique des Asiatiques selon le niveau occupationnel réalisé après la migration. Si leur position sociale dans le pays d'accueil était comparée à celle de leur pays d'origine, les résultats indiqueraient, au contraire, une mobilité descendante étant donné les différences de structures sociales entre l'Inde et l'Angleterre. En effet, les Noirs qui se déplacent aux États-Unis et les Asiatiques d'Angleterre ont tous deux des taux élevés de troubles psychiatriques quand leur besoin de réussite est en désaccord avec le niveau réalisé (Rack, 1982 ; Cochrane et Stopes-Roe, 1981).

Sexe

On observe, en général, des taux différentiels d'hospitalisation chez les hommes selon qu'ils sont nés à l'étranger ou aux États-Unis, tandis que chez les femmes la migration comme telle est le facteur significatif, quel que soit le lieu natal (Murphy, 1973a).

Plusieurs études indiquent que, dans le cas des migrants, les diagnostics pour les hommes diffèrent de ceux des femmes. Il semble que les femmes souffrent plus de psychonévrose (Chu, 1972 ; Kramer et al., 1972), et les hommes de schizophrénie (Malzberg et Lee 1956 ; Rwegellera, 1980).

Récemment, Roskies, Iida-Miranda et Strobel (1975) ont démontré que le rapport entre les changements de vie et la fréquence de troubles mentaux était bien plus significatif pour les Portugaises immigrantes que pour les hommes. Les auteurs ajoutent que le changement en soi est un facteur de stress pour les femmes, ce qui ne serait pas le cas pour les hommes. Ce facteur de stress est d'autant plus important chez les femmes migrantes qu'il est associé à une mobilité professionnelle ascendante, ou à un niveau d'éducation élevé (Rwegellera, 1980 ; Cochrane et Stopes-Roe, 1981).

Autres facteurs médiateurs

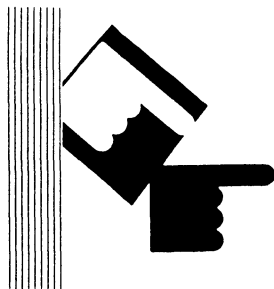
Les facteurs psychosociaux sont d'une importance considérable dans l'évaluation des résultats d'études car, là aussi, les effets diffèrent selon les groupes culturels considérés. Par exemple, aux États-Unis, le niveau d'acculturation, la structure familiale, les rôles et le pouvoir conjugal ainsi que le sentiment d'appartenance à un groupe ethnique semblent être des facteurs très importants dans l'adaptation des immigrants portoricains (Fernandez-Pol, 1980 ; Torres-Matullo, 1976, 1980), des Américains d'origine mexicaine (Baron, 1979 ; Padilla, 1980 ; Keefe, 1980), des Chinois (Kuo, 1976) ainsi que de plusieurs autres groupes.

Il est vrai que l'adaptation au mode de vie du pays d'accueil semble favoriser la santé mentale globale de la première génération, tout comme le maintien des traditions, de l'identité ethnique, du système

familial et des rôles traditionnels.

Ce rapport est en effet énigmatique, car plusieurs études ont mis en évidence une morbidité psychiatrique statistique dégressive en fonction de la durée de séjour, ainsi que suivant l'ordre de la génération considérée (Champion, 1966).

Aux États-Unis, par exemple, malgré que les Portoricains nés à l'étranger aient des problèmes de langue qui se rajoutent à ceux déjà cités, la deuxième génération (née aux États-Unis) présente des taux de troubles mentaux encore plus élevés que leurs parents. En Australie aussi, la deuxième génération est marquée de troubles de personnalité, de comportement et de délinquance.



Conclusion

Cette brève revue de littérature confirme le désaccord important quant au rapport entre migration et santé mentale.

Murphy distingue trois théories principales qui découlent des études faites pour expliquer les effectifs psychiatriques parmi les populations migrantes. Celles-ci sont :

1. Certains troubles mentaux incitent leur victime à migrer.
2. Le processus de migration comprend un facteur de stress qui, à son tour, précipite des troubles mentaux chez les individus prédisposés.
3. Il y a une association peu importante entre la migration et certains autres facteurs qui prédisposent ou précipitent des difficultés possibles, tels l'âge, la classe sociale et les conflits culturels (1973a, p. 204).

Murphy (1982) remarque que même si des études entreprises dans plusieurs pays ont réussi à démontrer des taux différentiels d'hospitalisation parmi des populations d'origines culturelles différentes, elles se sont toutes trop basées sur les statistiques officielles obtenues des hôpitaux psychiatriques. De plus, ces études n'ont souvent pas cherché à connaître le degré d'exactitude des dossiers établis par les hôpitaux et jusqu'à quel point les patients étaient représentatifs du taux global d'hospitalisation pour troubles mentaux, dans leurs cultures d'origines respectives. Finalement, ces études ont souvent évité une explication ou une théorie qui pouvait établir un lien entre les troubles mentaux et certains facteurs propres à l'origine culturelle ou nationale.

L'un des problèmes méthodologiques affectant les deux méthodes de mesure de la santé mentale, est celui de l'identification d'un cas qui serait aussi représentatif de la population échantillonnée (Kramer, 1976). Malgré le raffinement des méthodes de mesure que l'on retrouve dans les recherches plus récentes, il n'y a pas encore de méthodes standardisées d'évaluation et d'analyse qui nous permettraient d'établir des comparaisons entre les résultats obtenus et ce, même à l'intérieur d'un seul pays.

Il est possible que l'hypothèse d'Odegaard du facteur de sélection, qui postule que le type de personnalité schizoïde est plus porté à émigrer, puisse être valable pour la période de migration des années 30. Les contrôles imposés par les divers gouvernements rendent maintenant cette explication moins plausible (Murphy, 1961, 1977). Par ailleurs, plusieurs études citées semblent indiquer que ce facteur de sélection ne puisse être éliminé entièrement, car on n'a pas encore trouvé la façon d'expliquer la fréquence du diagnostic de psychose

110 chez certains groupes d'immigrants, dans plusieurs sociétés d'accueil.

Cette revue de littérature met en évidence l'impossibilité d'établir une corrélation quelconque entre immigration et santé mentale, ni même de tenter d'interpréter les résultats obtenus des diverses études, quelle que soit la méthode de recherche employée. Il serait plus recommandable d'essayer d'établir, en premier lieu, une entente quant aux définitions de la migration et de la santé mentale avant d'entreprendre une étude de leur rapport. Il paraît évident que la concordance des résultats obtenus de diverses études dépend largement d'une certaine base méthodologique commune à toutes. De plus, il paraît important de s'entendre sur les objectifs d'une telle recherche afin de pouvoir comparer les résultats obtenus.

Le diagnostic psychiatrique devrait prendre en considération la personnalité prémigratoire, le stress de la migration, ainsi que l'adaptation du migrant à son nouveau milieu. De plus, l'évaluation devrait être faite selon les particularités culturelles du migrant afin qu'il y ait concordance avec son cadre référentiel.

En plus des variables médiatrices déjà discutées, il faudrait prendre en considération les variables reliées à la définition de la santé mentale (tels l'utilisation différentielle des services psychiatriques par diverses populations, et les dia-

gnostics attribués à ces populations de la part des intervenants); les variables reliées au processus de migration (tels le stress du déplacement, la durée de séjour, l'attitude de l'environnement par rapport au migrant, et la satisfaction d'attentes et d'aspirations de la part du migrant); ainsi que les variables relatives à l'individu (tels la personnalité, les expériences de vie, l'origine culturelle, et les facteurs socio-démographiques). Ce n'est que par le biais de ces facteurs qu'il sera possible, selon nous, de remettre en question le rapport établi entre l'immigration et la santé mentale. Il est clair, à présent, que loin d'être linéaire, ce rapport est complexe et multidimensionnel. Compte tenu du fait qu'il n'y a pas encore de cadre théorique structuré et adéquat ni de modèles d'analyse, quantitatifs ou qualitatifs, dont la validité et la fiabilité relativement au rapport étudié, sont établies, il faudrait concevoir un modèle d'intervention à partir des particularités du terrain et de la population échantillonnée. Les intervenants dans le domaine de l'immigration et de la santé mentale sont en mesure d'intégrer les variables mentionnées ci-dessus aux interventions entreprises auprès de leur clientèle afin d'assurer que la situation de l'immigrant face à sa société d'accueil ainsi que face à son propre processus d'acculturation soit considérée dans toute sa complexité. Il appartient, maintenant, aux intervenants de prévoir et de prévenir des situations qui, à long terme, peuvent devenir irréversibles.

Liliane Sayegh
Département de psychologie
Université de Montréal

Bibliographie

- Baron, A., *The utilization of mental health services by Mexican Americans : A critical analysis*, California, Palo Alto, 1979.
- Bastide, R., *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Flammarion, 1965.
- Cade, J.F.J. and J. Krupinski, « Incidences of psychiatric disorders in Victoria in relation to country of birth », *Medical journal of Australia*, 1, 1962.
- Champion, Y., « Aspects Sociopsychiatriques des migrations », H.P. David, (ed.), *Migration, mental health and community services*, Proceedings of a conference held in Geneva, Switzerland, Nov. 28-30, 1966.
- Chu, H.M., « Migration and mental disorders in Taiwan », W.P. Lebra (ed.), *Transcultural research in mental health*, vol. II of mental health research in Asia and the Pacific, Hawaii, The University Press of Hawaii, 1972.
- Cochrane, R. and M. Stopes-Roe, « Psychological symptom levels in Indian immigrants to England — a comparison with native English », *Psychological medicine*, II, 1981, p. 319-327.
- Cohen, R.E., « Principles of preventative mental health programs for ethnic minority populations : The acculturation of Puerto Ricans to the United States », *American journal of orthopsychiatry*, 128, (12), 1972, p. 79-82.
- Cooper, J.E., Kendell, R.E., Gurland, B.J., Sharpe, L., Copeland, J.R.M. and R. Simon, *Psychiatric diagnosis in New York and London*, London, Oxford University Press, 1972.
- Cuellar, I. and R.E. Roberts, « Psychological disorders among Chicanos », J.L. Martinez and R.H. Mendoza (ed.), *Chicano Psychology*, Orlando, Academic Press, Inc., 1984.
- Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.S., Gould, M.S., Link, B., Neugebauer, R. and R. Wunsch-Hitzig, *Mental illness in the Uni-*

- ted States, New York, Praeger Publishers, 1980.
- Dohrenwend, B.S. and B.P. Dohrenwend, *Stressful life events : their nature and effects*, New York, John Wiley & Sons, 1974.
- Dohrenwend, B.S., « Life events as stressors : A methodological inquiry », *Journal of health and social behavior*, 14, 1973, p. 167-175.
- Fabrega, H., « Mexican Americans in Texas : Some social psychiatric features », E.G. Brody (ed.), *Behavior in new environments*, California, Sage Publications, 1970.
- Fernandez-Pol, B., « Culture and psychopathology : A study of Puerto Ricans », *American journal of psychiatry*, 137, (6), 1980, p. 724-726.
- Fried, M., « Deprivation and migration : Dilemmas of causal interpretation », E.B. Brody (ed.), *Behavior in new environments*, California, Sage Publications, 1970.
- Gurin, G., Veroff, J. and S. Feld, *Americans view their mental health*, Joint Commission on Mental Illness and Health, Monograph series n° 4, New York, Basic Books, Inc., 1960.
- Hansen, A. and A. Oliver-Smith, *Involuntary migration and resettlement : The problems and responses of dislocated people*, Colorado, Westview Press, 1982.
- Heiman, E.M. and M.W. Kahn, « Mexican American and European American psychopathology and hospital course », *Archives of general psychiatry*, 34, 1977, p. 167-170.
- Jaco, E.G., *The social epidemiology of mental disorders : A psychiatric survey of Texas*, New York, Russell Sage Foundation, 1960.
- Keefe, S.F., « Acculturation and the extended family among urban Mexican Americans », A.M. Padilla (ed.), *Acculturation : Theory, models and some new findings*, Colorado, Westview Press, 1980.
- Kleiner, R.J. and S. Parker, « Social-psychological aspects of migration and mental disorder in a negro population », E.B. Brody (ed.), *Behavior in new environments*, California, Sage Publications, 1970.
- Kramer, M., « Issues in the development of statistical and epidemiological data for mental health research », *Psychological medicine*, 6, 1976, p. 185-215.
- Kramer, M., Pollack, E.S.M., Redick, R.W. and B.Z. Locke, *Mental disorders/suicide*, Massachusetts, Harvard University Press, 1972.
- Krupinski, J., « Sociological aspects of mental ill-health in migrants », *Social science and medicine*, 1, 1967, p. 267-281.
- Krupinski, J. and A. Stoller, « Incidence of mental disorders in Victoria, Australia, according to country of birth », *Medical journal of Australia*, 2, 1965, p. 265.
- Kuo, W., « Theories of migration and mental health : An empirical testing on Chinese Americans », *Social science and medicine*, 10, 1976, p. 297-306.
- Lasry, J.C., « Mobilité professionnelle chez les immigrants juifs nord-africains à Montréal », *International review of applied psychology*, 29, 1980, p. 17-30.
- Lasry, J.C., « Cross-cultural perspective on mental health and immigrant adaptation », *Social psychiatry*, 12, 1977, p. 49-55.
- Lasry, J.C. and J. Sigal, « Influence sur la santé mentale de la durée de séjour, de l'instruction, du revenu personnel, et de l'âge, chez un groupe d'immigrants », *International review of applied psychology*, 25, 1976, p. 215-222.
- Lasry, J.C. and J. Sigal, « Durée de séjour au pays et santé mentale d'un groupe d'immigrants », *Canadian journal of behavioral science*, 7 (4), 1975, p. 339-348.
- Lazarus, J., Locke, B.Z. and D.S. Thomas, « Migration differentials in mental disease », *The Milbank memorial fund quarterly*, 41, 1963, p. 25-42.
- Leighton, D.C., Harding, J.S., Macklin, D.G., McMillan, A.M. and A.L. Leighton, *The Stirling county study of psychiatric disorders and socio-cultural environment*, New York, Basic Books, 1963.
- Littlewood, P. and M. Lipsedge, « Some social and phenomenological characteristics of psychotic immigrants », *Psychological medicine*, 11, 1981, p. 289-302.
- Malzberg, B., *New data on mental disease among negroes in New York State, 1960-1961*, Albany, Research Foundation for Mental Hygiene, 1965.
- Malzberg, B. and E.S. Lee, *Migration and mental disease, 1939-1941*, New York, Social Science Research Council, 1956.
- Mangalam, J.J. and C. Morgan, *Human migration : A guide to migration literature in English, 1955-1962*, Lexington, University of Kentucky Press, 1968.
- Maslow, A.H., *Motivation and personality*, New York, Harper and Row, 1954.
- Mechanic, D., « Stress and social adaptation », H. Selye (ed.), *Selye's guide to stress research*, vol. 2, New York, Van Nostrand Reinhold Company Inc., 1983.
- Murphy, H.B.M., *Comparative psychiatry : The international and inter-cultural distribution of mental illness*, New York, Springer-Verlag, 1982.
- Murphy, H.B.M., « Migration, culture and mental health », *Psychological medicine*, 7, 1977, p. 677-684.
- Murphy, H.B.M., « Migration and the major mental disorders : A reappraisal », C. Zwingmann and M. Pfister-Ammende (eds.), *Uprooting and after*, New York, Springer-Verlag, 1973a.
- Murphy, H.B.M., « The low rate of mental hospitalization shown by immigrants to Canada », C. Zwingmann and M. Pfister-Ammende (eds.), *Uprooting and after*, New York, Pringer-Verlag, 1973b.
- Murphy, H.B.M., *Mental hospitalization patterns in twelve Canadian subcultures*, Montréal, Department of psychiatry, McGill University, 1968.
- Murphy, H.B.M., « Social change and mental health », *The Milbank memorial fund quarterly*, 31, 1961, p. 384-445.
- Odegard, O., « Emigration and mental health », C. Zwingmann and M. Pfister-Ammende (eds.), *Uprooting and after*, New York, Springer-Verlag, 1973a.
- Odegard, O., « Norwegian emigration, re-emigration and internal migration », C. Zwingmann and M. Pfister-Ammende (eds.), *Uprooting and after*, New York, Springer-Verlag, 1973b.
- Padilla, A.M., « The role of cultural awareness and ethnic loyalty in acculturation », A.M. Padilla (ed.), *Acculturation : Theory, models and some new findings*, Colorado, Westview Press, 1980.
- Rack, P.H., « Migration and mental illness : A review of recent research in Britain », *Transcultural psychiatric research review*, 19, 1982, p. 151-169.
- Roskies, E., Iida-Miranda, M.L. and M.G. Strobel, « The applicability of the life events approach to the problems of immigration », *Journal of psychosomatic research*, 19, 1975, p. 235-240.
- Rwegellera, G.G.C., « Differential use of psychiatric services by West Indians, West Africans and English in London », *British journal of psychiatry*, 137, 1980, p. 428-432.
- Sanua, V.D., « Immigration, migration and mental illness : A review of the literature with special emphasis on schizophrenia », E.B. Brody (ed.), *Behavior in new environments*, California, Sage Publications, 1970.
- Stoller, A. and J. Krupinski, « Immigration to Australia », C. Zwingmann and M. Pfister-Ammende (eds.), *Uprooting and after*, New York, Springer-Verlag, 1973.
- Srole, L., Langner, T.S., Michael, S.T., Opler, M.K. and T.A.C. Rennie, *Mental health in the metropolis : The Midtown Manhattan Study*, vol. I, New York, McGraw-Hill Book Co., Inc., 1962.
- Torres-Matullo, C.M., « Acculturation, sex-role values and mental health among mainland Puerto Ricans », A.M. Padilla

112

(ed.), *Acculturation : Theory, models and some new findings*, Colorado, Westview Press, 1980.

Torres-Matrullo, C., « Acculturation and psychopathology among Puerto-Rican women in mainland United States », *American Journal of orthopsychiatry*, 46, (4), 1976, p. 710-719.

Verdonk, A., « Migration and mental illness », *The international journal of social psychiatry*, 25, 1979, p. 295-305.