

Situation sociale et maladies psychiques des migrants en Autriche

Thomas STOMPE,
David HOLZER,
Kristina RITTER

Résumé

L'auteur décrit la situation des migrants qui représentent environ 19% de la population de la population autrichienne. Ils distinguent entre migration volontaire et involontaire et soulignent le fait que les migrants souffrent plus souvent de troubles psychiques, comparé à la population non-migrante. Le taux de troubles neurologiques est plus important chez les migrants ayant déjà été exposés à des situations de stress avant leur migration ; la région d'origine joue également un rôle important. Les analyses de cas rencontrés à l'unité de soins psychiatriques du CHU de Vienne montrent qu'il y a des différences culturelles dans la prévalence de troubles psychiques parmi les différents groupes de migrants. Il y a encore des barrières, qu'il faudrait abolir, dans l'accès des migrants aux soins psychiatriques.

Abstract

The authors describe the situation of migrants – about 19% of the whole population – in Austria. They distinguish between voluntary and involuntary migration. They point out that, compared to the non-migrant population, migrants suffer more often from mental illnesses. Migrants with stressful pre-migration experiences exhibit higher rates of neurotic disorders, the region of origin plays also a decisive role. The analyses of the samples of the Vienna psychiatric university clinic show that there are cultural differences in the prevalence of psychiatric disorders among the different groups of migrants. There are still barriers for migrants in psychiatric medical care, which should be abolished.

Keywords

Migration Austria mental and neurotic disorders

Mots-clés

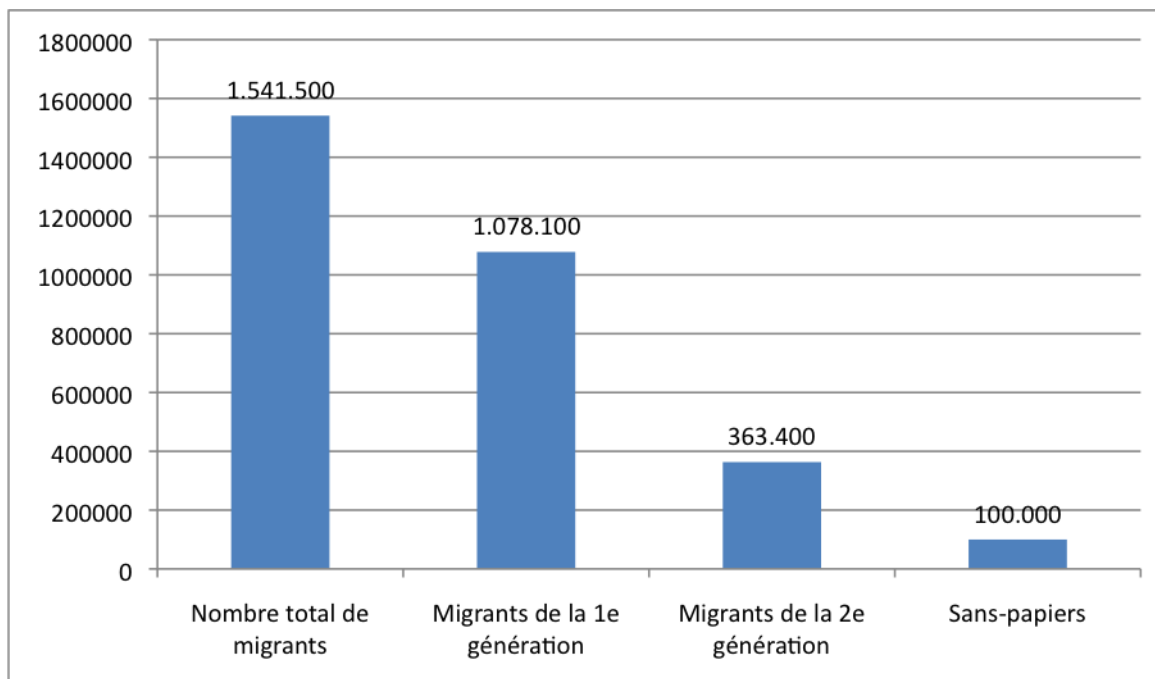
Migration Autriche troubles mentaux et névrotiques

Introduction

En 2008, plus de 200 millions de personnes dans le monde ont quitté leur pays natal pour trouver refuge à l'étranger ou pour parvenir à une amélioration de leurs conditions de vie. Il faut faire la différence entre migration volontaire (migration économique, études à l'étranger,

migration de retraite, mutations professionnelles, etc.) et migration involontaire (fuite, exil, asile). Depuis la fin des années 1960, l’Autriche est elle aussi un pays d’immigration. Actuellement, plus d’un million et demi de personnes issues de l’immigration vivent en Autriche (cf. graphique 1).

Graphique 1. Habitants issus de l’immigration en Autriche en 2008



Cela correspond à environ 19 % de la population résidente autrichienne. Comparé au nombre d’habitants, l’Autriche arrive donc derrière le Luxembourg, le Liechtenstein et la Suisse et occupe en Europe la quatrième place avec l’Allemagne. Sur les personnes issues de l’immigration vivant actuellement en Autriche, plus d’1,1 million sont immigrées (migrants de la 1^e génération), 360 000 sont des enfants des migrants de la 1^e génération nés en Autriche (migrants de la 2^e génération). Selon les estimations du ministère fédéral de l’Intérieur, on compte environ 100 000 clandestins en Autriche. La minorité la plus importante en nombre, malgré sa forte hétérogénéité, est constituée par les émigrés de l’ancienne Yougoslavie (cf. tableau 1).

Tableau 1. Personnes issues de l’émigration en Autriche en 2008 (total : 1 541 500)

Europe		Autres continents	
Allemagne	190.466	Afrique	38.949
Ex-Yougoslavie	443.586	Egypte	12.936
<i>Serbie</i>	207.744	Nigeria	8.013
<i>Bosnie</i>	127.747	Ghana	2.399
<i>Croatie</i>	70.571	Asie	97.828
<i>Macédoine</i>	20.414	Chine	14.024
<i>Slovénie</i>	17.110	Iran	12.908
Turquie	177.669	Inde	11.580
Pologne	56.528	Philippines	11.511
Roumanie	50.145	Amérique du Nord	13.057

Russie	23.017	USA	10.594
Slovaquie	20.611		
Tchéchénie	50.039		

De nombreuses maladies psychiques telles que la schizophrénie, les troubles affectifs, les maladies psychosomatiques, le stress d'acculturation ou les troubles consécutifs à un traumatisme apparaissent plus fréquemment chez les populations migrantes mais également chez les personnes restées au pays natal que chez les habitants du pays d'accueil (cf. Bhugra, 2003, 2004 a, b ; Fazel *et al.*, 2005 ; Selten *et al.*, 2007 ; Swinnen et Selten, 2007 ; de Wit *et al.*, 2008 ; Lindert *et al.*, 2008). La conclusion selon laquelle ce seraient surtout des malades qui quitteraient leur pays natal pour commencer une nouvelle vie à l'étranger a entre-temps été réfutée par des analyses scientifiques. Des études de suivi ont montré que les émigrés volontaires ne sont pas plus malades mais au contraire souvent même en meilleure santé que ceux voulant rester au pays. Les études de *follow up* effectuées au bout de 5 voire de 10 ans ont cependant montré que nombre de ceux qui étaient considérés en bonne santé avant leur émigration souffraient désormais d'une maladie psychique. Cela peut s'expliquer en partie par le fait que des troubles consécutifs à un traumatisme comme le stress post-traumatique peuvent se manifester ultérieurement, on a d'ailleurs constaté un même modèle temporel pour des maladies comme la schizophrénie qui ne sont pas dues en premier lieu à un traumatisme.

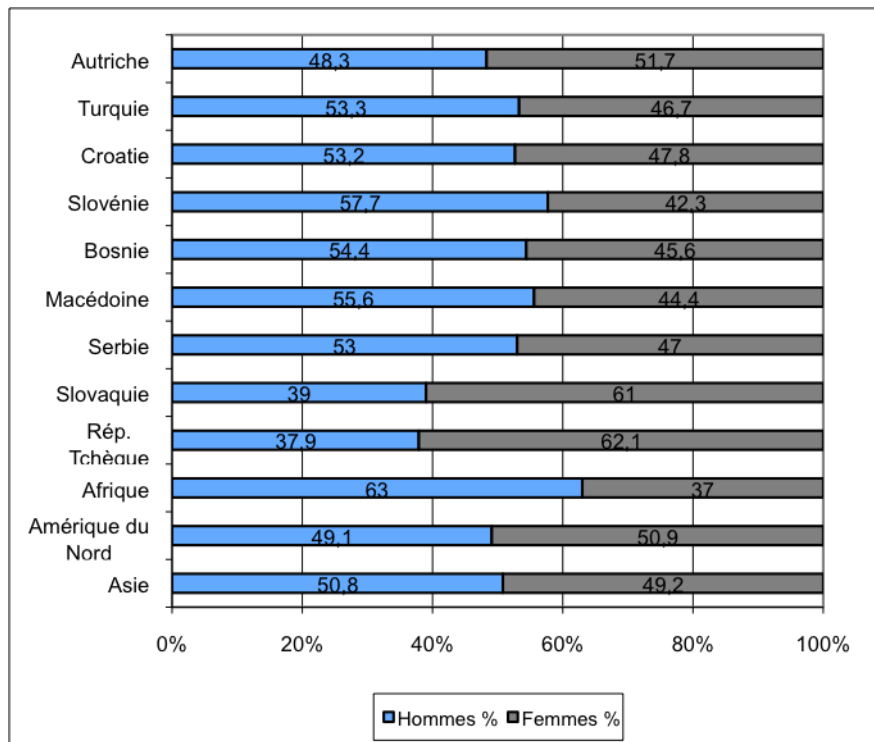
Il faut donc prendre en compte d'autres facteurs comme le déracinement ou la discrimination sociale, qui peuvent jouer un rôle dans la pathogenèse des maladies psychiques chez les migrants. Ce sont d'abord le déplacement du lieu de vie et l'intégration dans le pays d'accueil qui placent fréquemment les migrants face à des tâches difficiles. Il faut qu'ils règlent leur situation juridique. Les réfugiés et les demandeurs d'asile sont en particulier confrontés à une insécurité juridique souvent durable, une situation qui représente un stress psychique considérable. La situation familiale constitue un autre problème. Les immigrants issus de sociétés traditionnelles comme par exemple les Tchétchènes tirent leur identité de leur appartenance à leur famille d'origine (cf. Schinnerl et Schmidinger, 2009). Il faut d'ailleurs noter ici que dans de nombreuses sociétés, la famille d'origine n'est pas identique à la famille nucléaire puisqu'elle comporte beaucoup plus de personnes. Le fait que la majeure partie de la famille reste la plupart du temps au pays natal est souvent vécu comme un déracinement. En outre, pour réussir son assimilation / intégration, il faut apprendre la langue du pays d'accueil, trouver une activité professionnelle, le revenu suffisant qui en découle, autant de facteurs qui permettent de parvenir au prestige et à la mobilité sociale dans la société d'accueil. D'un autre côté, il faut abandonner des rôles, des relations et des routines quotidiennes propres à la société d'origine, ce qui peut entraîner marginalité et désorientation. Le processus d'intégration est long et compliqué, il est susceptible d'être perturbé et il dépend fortement de la volonté politique de la société d'accueil.

Nous nous pencherons sur ces problématiques dans ce qui suit. Nous comparerons les données psychosociales des migrants souffrant de maladies psychiques et traités au service transculturel de psychiatrie et psychothérapie de la *Universitätsklinik* (CHU) de Vienne avec les chiffres des rapports annuels de l'institut de statistiques *Austria* concernant les étrangers et les Autrichiens. Pour vérifier si l'intégration a été positive, nous avons aussi interrogé les gens sur leur satisfaction subjective par rapport à des domaines importants comme la famille, le travail et l'intégration sociale.

Répartition par sexe et par âge

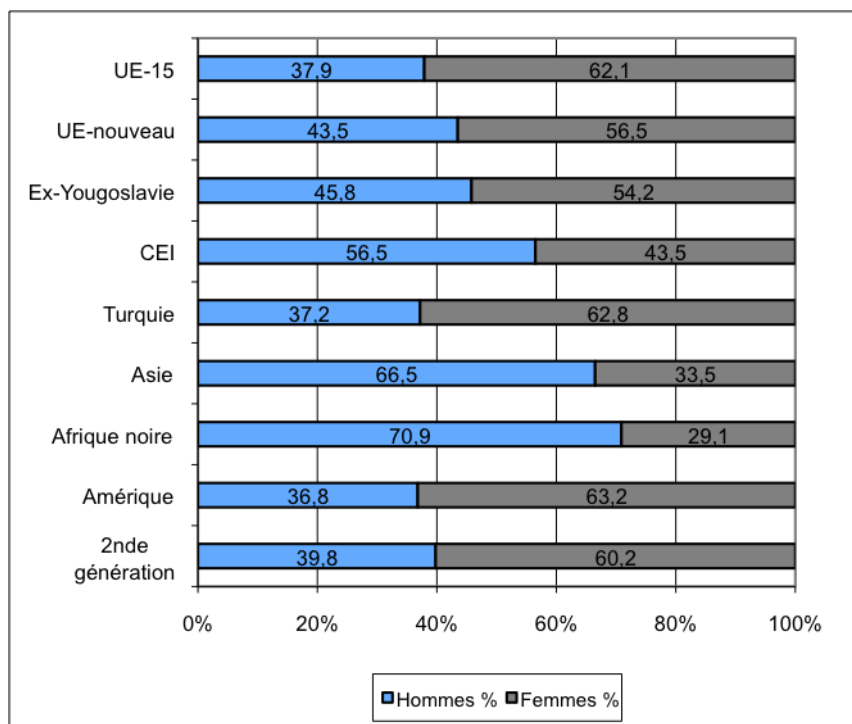
Chez de nombreuses minorités vivant en Autriche, on constate une répartition inégale des sexes (cf. graphique 2).

Graphique 2. Proportion des sexes (%) et nationalité (2007)



Les groupes ethniques comportant un grand nombre de réfugiés (ex-Yougoslavie, Afrique) sont la plupart du temps caractérisés par un surplus d'hommes, tandis qu'en période de paix, ce sont surtout des femmes qui arrivent comme saisonnières en provenance de pays voisins de l'Autriche (République tchèque, Slovaquie). On ne retrouve ce schéma que partiellement chez les patients du service transculturel (cf. graphique 3).

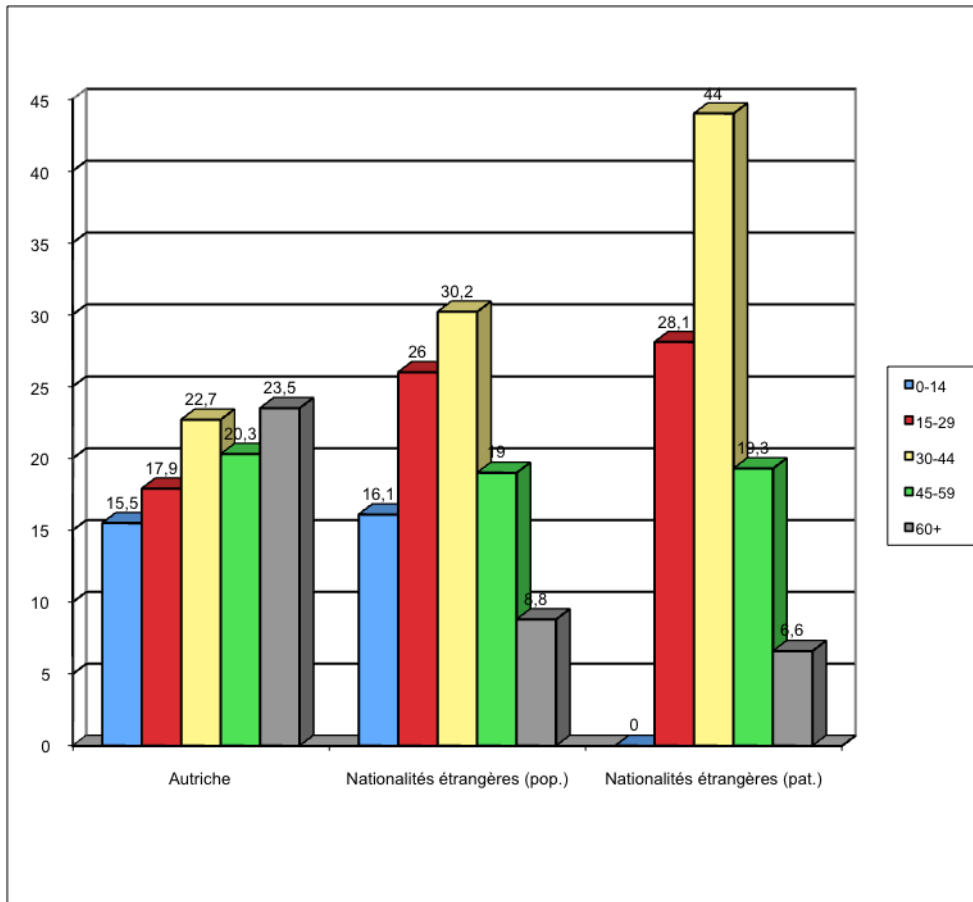
Graphique 3. Proportion des sexes (%) et nationalité des personnes issues de l'émigration malades psychiques (N=1.771)



Par comparaison avec la population résidente, les femmes sont nettement surreprésentées au sein des deux minorités les plus importantes (Turquie, ex-Yougoslavie). On peut expliquer cet état de fait de deux façons. D'une part, il peut y avoir chez ces groupes ethniques une résilience spécifique au sexe, à savoir que les hommes tombent moins souvent malades que les femmes, d'autre part, et c'est plus vraisemblable, on peut supposer qu'il s'agit d'un comportement de recours aux soins spécifiquement culturel. Dans de nombreuses cultures traditionnelles, mais aussi chez nous, avoir recours à une aide professionnelle en cas de problèmes psychiques est considéré pour un homme comme un signe de faiblesse.

De nettes différences de répartition entre Autrichiens et migrants apparaissent aussi dans la structure par âge (cf. graphique 4).

Graphique 4. Structure par âge (%) et nationalité – population résidente et personnes issues de l’émigration malades psychiquement



La moyenne d’âge des minorités issues de l’émigration est nettement inférieure à celle des Autrichiens. Chez les migrants qui sont malades sur le plan psychique, la majorité est constituée par la tranche d’âge des 30-44 ans (44 %). Il faut cependant tenir compte du fait que ni enfants, ni adolescents ne sont suivis dans le service transculturel. Mais même avec ce correctif, la tranche d’âges des 30-44 ans reste surreprésentée chez les migrants malades psychiquement (36 % vs. 30,2 %). Cette disparité s’explique en partie par le fait que les patients n’ont été envoyés pour la première fois au service transculturel qu’au bout d’une durée de maladie considérable (entre 6,2 et 7,8 ans). A ce moment-là, ces personnes se trouvaient déjà en Autriche depuis 12 ans en moyenne.

L’acquisition de la langue

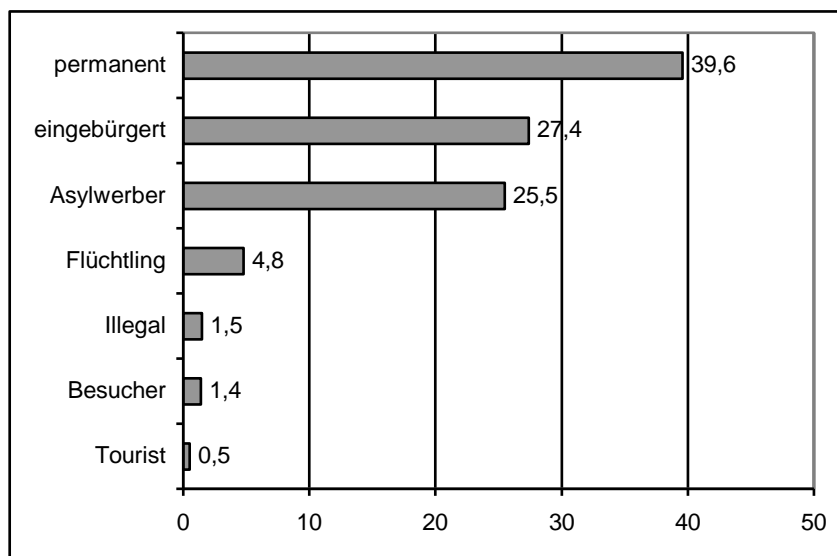
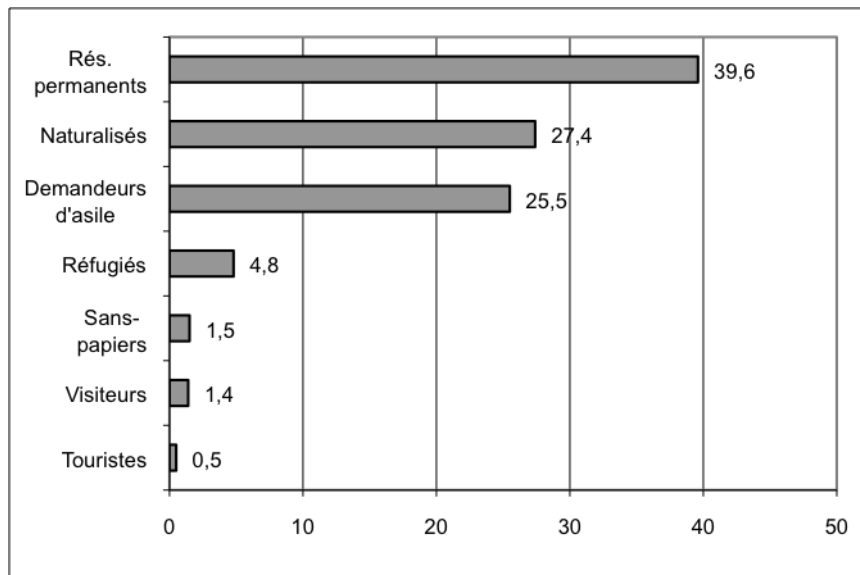
La langue allemande est, nonobstant les droits reconnus aux minorités linguistiques, la langue officielle de la République (cf. article 8 § 1 de la Constitution autrichienne). La délivrance du droit à un séjour de longue durée pour des ressortissants de pays tiers est liée à l’attestation de la maîtrise de la langue allemande. Les immigrés voulant rester plus de 6 mois en Autriche doivent donc signer ce qu’on appelle une « convention d’intégration ». Indépendamment de ce cadre légal, l’acquisition de la langue est une condition fondamentale pour pouvoir reconstruire avec succès son existence dans un nouvel environnement. La

maîtrise de l'allemand à l'oral des migrants soignés au service transculturel a été évaluée sur une échelle de 4 mesures. 25,5 % possédaient de très bonnes connaissances linguistiques, parlaient donc allemand sans accent, 21,7 % arrivaient à bien se faire comprendre, mais avaient un accent, 21,9 % ne parlaient que des bribes d'allemand et 34,9 % ne parlaient absolument pas la langue allemande. Il faut bien sûr prendre en compte que l'acquisition d'une langue est un processus dynamique qui dépend de la durée du séjour en Autriche (corrélation de Spearman : 461**).

Situation juridique

Comme les patients du service transculturel sont des migrants qui se trouvent en moyenne déjà depuis un certain temps en Autriche, il n'est pas surprenant qu'il s'agisse en majorité de personnes qui sont soit déjà naturalisées, soit qui détiennent un titre de séjour permanent (cf. graphique 5).

Graphique 5. Types de séjour des migrants malades psychiquement (N = 1.771) en pourcentage

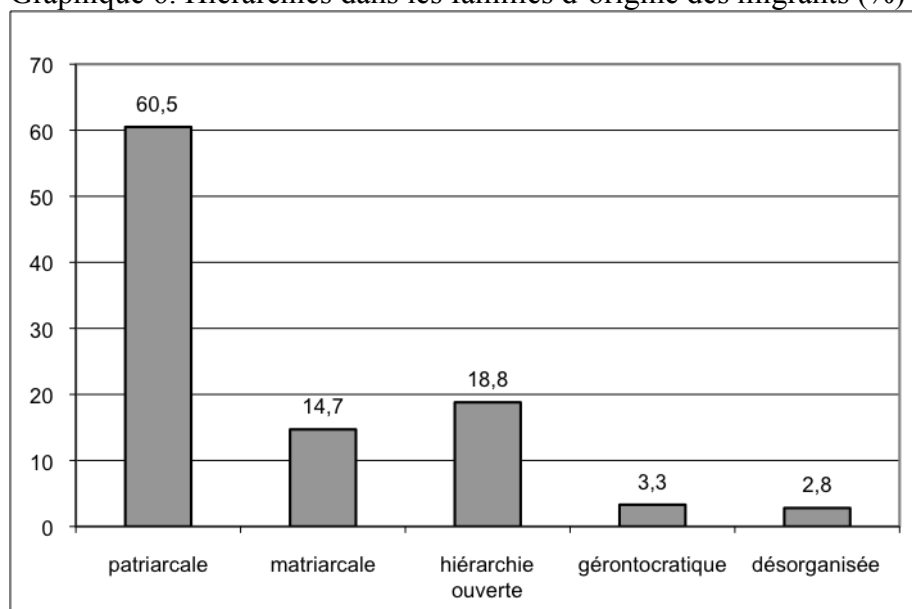


Seuls 25,5 % sont des demandeurs d’asile, 4,8 % ont un statut de réfugié, 1,5 % sont sans-papiers, 1,4% sont en visite et 0,5 % sont des touristes dans le pays.

Situation familiale

La grande majorité des migrants en Autriche est issue de sociétés traditionnelles, et en partie d’Etats prémodernes. Concernant la question des interactions entre parents et enfants dans la famille d’origine, il s’est avéré que la grande majorité des patients (60,5 %) a grandi dans des familles à structure patriarcale ; cependant, 14,7 % viennent de familles matrilineaires et 3,3 % de familles gérontocratiques. Cela signifie que 78,5 % d’entre eux ont grandi dans des familles aux relations nettement hiérarchisées. Seuls 18,8 % considèrent que leur famille n’est pas structurée par des relations de domination et 2,8 % la qualifient de désorganisée (graphique 6).

Graphique 6. Hiérarchies dans les familles d’origine des migrants (%) (N = 1.771)



Il est tout à fait probable que des personnes ayant grandi dans des systèmes familiaux fortement hiérarchisés soient considérablement déstabilisées par l’ouverture de la société occidentale. Les projets identitaires personnels et culturels se précarisent, des maladies psychiques peuvent en résulter (cf. Bhugra, 2004). Par comparaison avec l’ensemble de la population migrante en Autriche, les malades psychiques sont certes plus souvent mariés, mais aussi plus souvent divorcés, ce qui s’explique probablement par un âge moyen plus élevé (cf. tableau 2).

Tableau 2. Situation familiale (%) et nationalité

Situation familiale	Autrichiens (population résidente)		Nationalité étrangère (population résidente)		Nationalité étrangère (patients)	
	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes
Célibataire	46,7%	38,5%	44,9%	41,1%	39,8%	18,5%

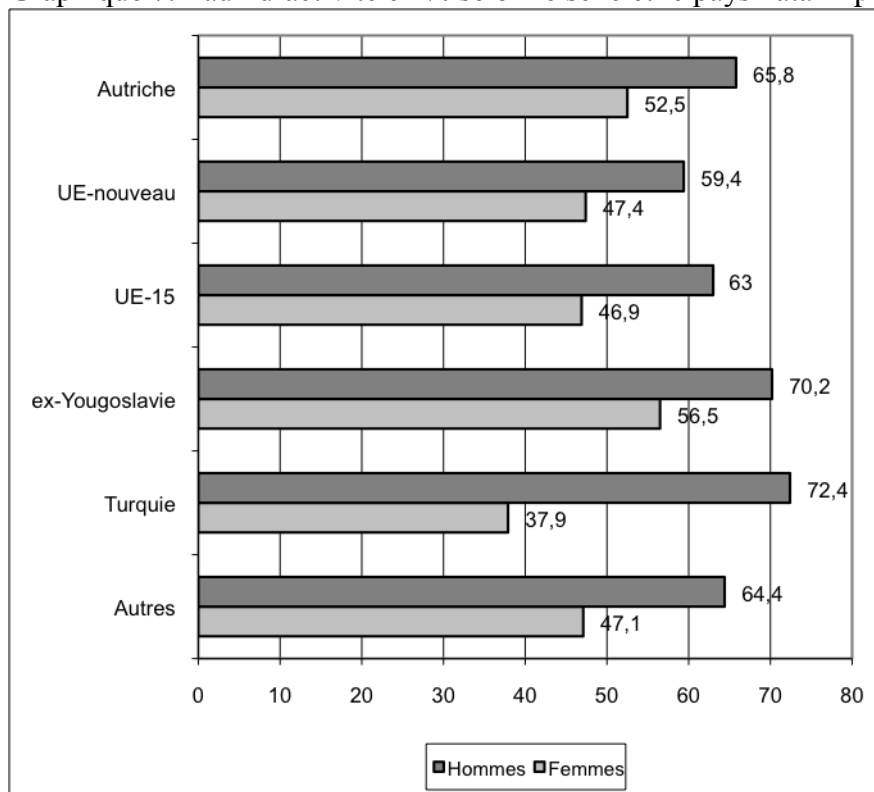
Marié/e	45,2%	41,7%	49,9%	49,3%	52,4%	65,9%
Veuf/veuve	2,4%	12,4%	1,0%	4,3%	1,5%	5,0%
Divorcé/e	5,7%	7,4%	4,2%	5,3%	6,2%	10,6%

La population résidente étrangère présente une structure familiale qui se distingue nettement de celle de la population autrichienne. La grande majorité des migrants est mariée, les ressortissants étrangers sont beaucoup plus rarement divorcés que les Autrichiens. Cela s'explique surtout par le fait que dans les cultures traditionnelles, il est rarissime qu'un couple vive ensemble hors mariage. Il apparaît toutefois que l'étroitesse des liens familiaux ou des relations de couple est souvent vécue de façon très ambivalente par les migrants malades psychiquement. D'un côté, le réseau social constitue une aide et un soutien, d'autre part, le / la malade est confronté / e à des attentes spécifiques à son sexe ou à son âge auxquelles il / elle ne peut souvent pas satisfaire.

Situation professionnelle

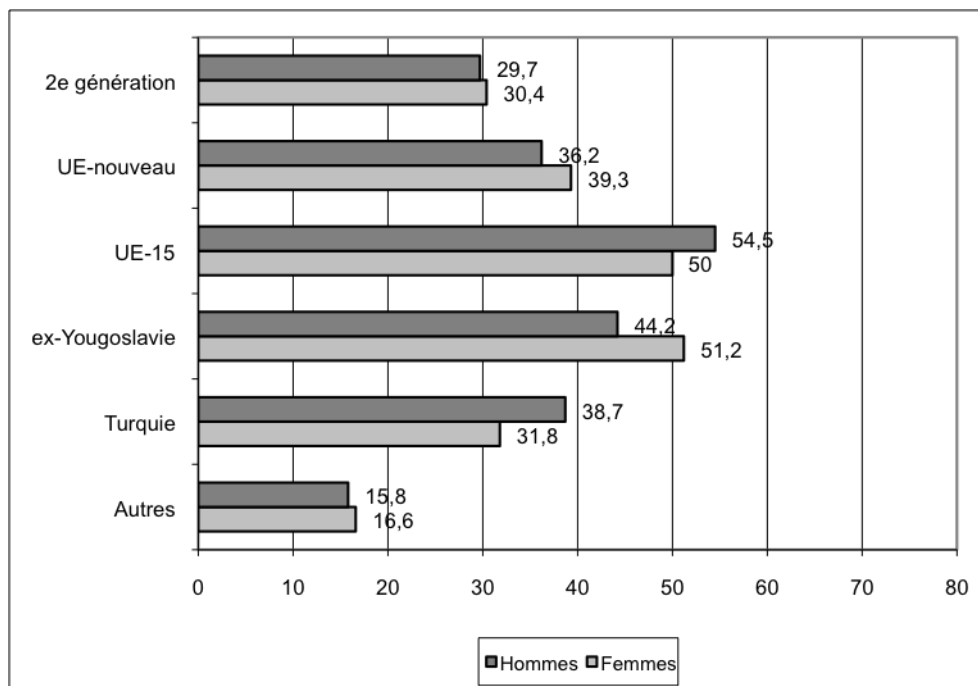
Une condition primordiale de l'intégration des étrangers est la possibilité de subvenir à leurs besoins grâce à leur activité professionnelle propre ou à celle de leurs proches. Sur les 3,56 millions d'actifs vivant en Autriche (hommes : 15-65 ans ; femmes : 15-60 ans), 411 000 ne sont pas de nationalité autrichienne et 194 000 sont des autochtones nés à l'étranger. En raison de leur moyenne d'âge plus jeune et de la moindre proportion de jeunes migrants dans les écoles supérieures et les universités, le taux d'activité général est plus élevé que chez la population autochtone (cf. graphique 7).

Graphique 7. Taux d'activité en % selon le sexe et le pays natal – population résidente



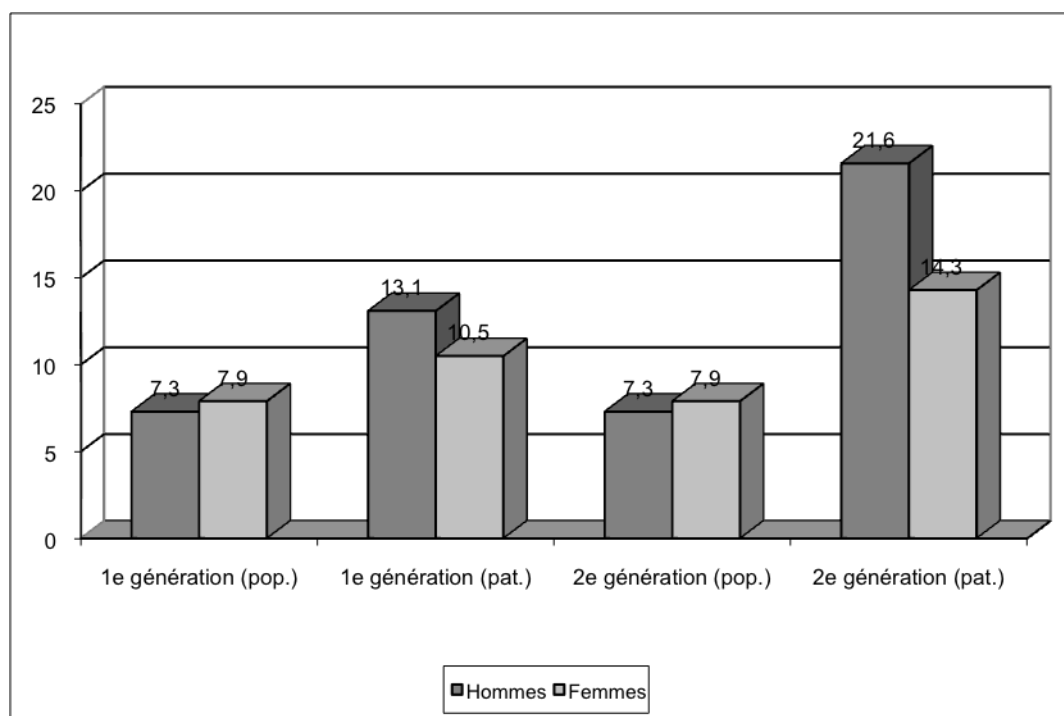
Les taux d'activité les plus élevés (plus de 70 %) apparaissent chez les hommes originaires de Turquie et de l'ex-Yougoslavie. En raison des réalités culturelles, on trouve en comparaison peu de femmes turques sur le marché du travail. Cependant, le niveau de qualification des ressortissants de ces deux minorités est nettement inférieur à celui de la moyenne autrichienne (cf. Fassmann 2007). Ces personnes sont donc la plupart du temps manœuvres et ouvriers non-qualifiés, effectuant souvent des tâches subalternes et supervisées par des ouvriers autochtones, tandis que les immigrés d'Europe occidentale ou d'Amérique sont souvent cadres dans l'industrie ou dans des organisations internationales. En comparaison, les taux d'activité des migrants malades psychiquement sont nettement inférieurs à la moyenne (cf. graphique 8).

Graphique 8. Taux d'activité en % par sexe et pays natal – migrants malades psychiquement (N = 1. 771)



La différence est particulièrement nette chez les ressortissants de la minorité turque et de l'ex-Yougoslavie : tandis que le taux d'activité des Turcs est de 72,4 % au sein de la population résidente, il est de 38,7 % chez les patients turcs. On trouve des chiffres semblables chez les hommes provenant des États post-yougoslaves (70,2 % vs. 38,7 %) et des nouveaux pays membres de l'UE (59,4 % vs. 36,2 %). C'est le taux d'activité des patients issus de l'Europe des 15 qui est le moins touché (63 % vs. 54,5 %). On trouve un schéma semblable chez les migrants malades psychiquement, sauf que les femmes malades psychiquement arrivent manifestement à rester plus longtemps sur le marché du travail que les hommes dans la même situation. Les migrants malades sur le plan psychique de la 2^e génération sont beaucoup plus souvent frappés par le chômage que les membres de la famille de la 1^e génération (cf. graphique 9).

Graphique 9. Taux de chômage en fonction de l'origine migratoire, du sexe et de l'état de santé.



Cependant, la majorité des patients (36,4 %) a des revenus propres, 26,4 % vivent de l'aide sociale et 13,1 % sont au chômage. 21,2 % sont entretenus par des membres de leur famille, 3,7 % sont déjà à la retraite et une petite part (0,7 %) dispose de ressources propres.

Intégration subjective

Le degré de stress ressenti pendant la phase d'intégration dans la société d'accueil dépend naturellement en premier lieu de l'individu lui-même. Si l'on tient compte de la situation dans le pays natal, souvent marquée par la guerre civile ou la pauvreté, le fait d'avoir pu émigrer peut être considéré comme un succès. En tout cas, il ne fait aucun doute que pour les migrants malades sur le plan psychique, la famille continue à représenter le principal soutien au quotidien (cf. tableau 3).

Tableau 3. Intégration des migrants malades sur le plan psychique (N = 1.771)

Intégration familiale	en %
Excellente	53,3%
Moyenne	21,4%
Mauvaise	12,8%
Hostile	1,8%
Sans famille	10,1%
Intégration professionnelle	
Très bonne	14,9%
Moyenne	10,7%
Mauvaise	8,1%

Au chômage	23,2%
Retraité	3,7%
Etudiant	4,5%
Femme au foyer	12,1%
Demandeur d'asile	22,7%
Intégration sociale	
Bonne intégration dans l'ensemble de la société	33,1%
Bonne intégration dans la minorité	26,1%
Mauvaise intégration	13,8%
Isolement	27,0%

Plus de la moitié des patients a indiqué avoir d'excellents rapports avec les membres de sa famille, seuls 14 % ont qualifié ces relations de mauvaises, voire hostiles. Par contre, seuls 15 % ont indiqué être bien intégrés dans leur milieu professionnel. Les patients semblent subir une double stigmatisation : comme étranger et comme malade psychique, un fardeau qui ne facilite pas l'affirmation sur le marché du travail. Mais toujours est-il qu'un tiers des personnes interrogées affirment se sentir bien intégrées dans l'ensemble de la société, pour un quart d'entre elles, c'est leur minorité d'origine qui constitue le premier réseau de relations et environ 27 % disent vivre dans l'isolement.

Maladies psychiatriques

La plupart du temps, les circonstances dans lesquelles a lieu la migration s'accompagnent d'un fort stress psychique, social et économique. Les familles se retrouvent déchirées, les modèles identitaires culturels et individuels perdent leur effet porteur, les premiers temps dans le pays d'accueil sont dans la plupart des cas caractérisés par l'insécurité de la situation juridique et économique. Les immigrants sont rarement accueillis à bras ouverts, tout leur est inconnu, la bureaucratie est souvent épuisante. De plus, les réfugiés en particulier ont souvent connu des expériences traumatisantes. Il n'est donc pas étonnant que de nombreuses études sur les personnes issues de l'immigration fassent apparaître des traumatismes plus importants pour les différentes maladies psychiques comme le stress post-traumatique (cf. Fazel *et al.*, 2005), le stress d'acculturation et les maladies affectives (cf. Bhugra, 2003 ; Fazel *et al.*, 2005 ; Swinnen et Selten, 2007 ; cf. tableau 4).

Tableau 4. Prévalence du stress post-traumatique (SPT) et de la dépression majeure chez les migrants (études basées sur la population)

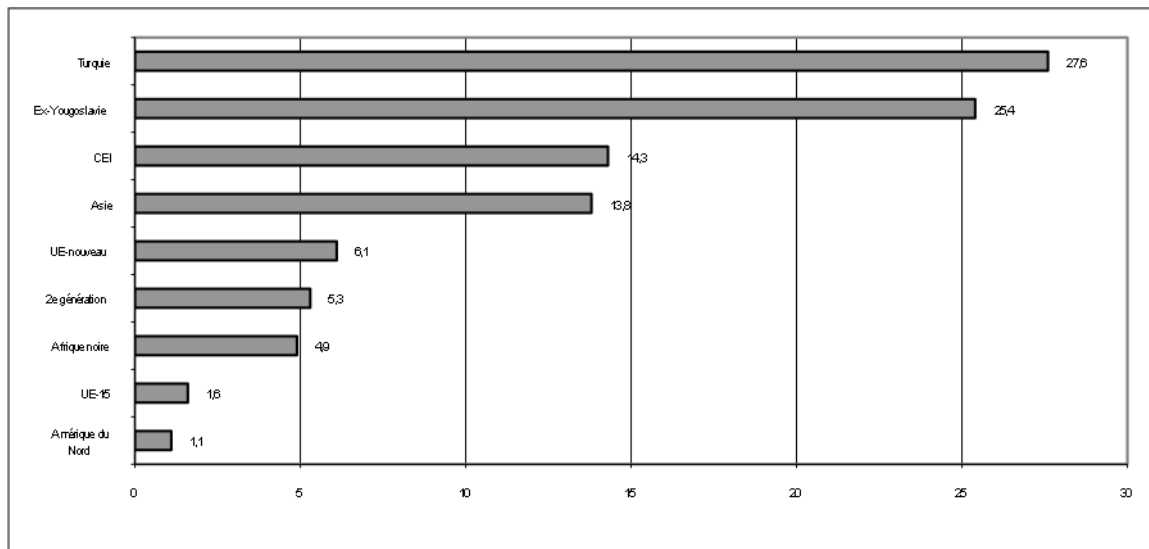
Maladie	Auteurs (année)	Groupe ethnique	Prévalence
SPT	Steel et al. (2002)	Vietnam	4%
	Gong-Guy (1987)	Vietnam	5%
		Laos	11%
		Cambodge	16%
	Cheung (1994)	Cambodge	12%
	Fenta et al. (2004)	Ethiopie	8%
	Turner et al. (2003)	Kosovo	38%
Dépression majeure	Steel et al. (2002)	Vietnam	2%
	Eaton & Garrison (1992)	Haïti	4%
		Cuba	8%
	Sack et al. (1993)	Cambodge	10%
	Fenta et al. (2004)	Ethiopie	6%
	Hauff & Vaglum (1994)	Vietnam	18%

En outre, ce sont surtout les migrants à la peau foncée qui courent entre 2 et 5 fois plus de risque de devenir schizophrènes (cf. Cochrane, Bal, 1987 ; Harrison *et al.*, 1997; Cantor-Graae, Selten, 2005 ; Fearon *et al.*, 2006 ; Cooper *et al.*, 2008). Les migrants de la 2^e génération sont encore plus souvent frappés par cette maladie que la génération de leurs parents (cf. Hutchinson, Haasen, 2004).

Troubles psychiques chez les migrants en Autriche

Pour l'instant, il n'existe pas de données représentatives sur la répartition des maladies psychiques dans les différents groupes de migrants vivant en Autriche. La plupart des institutions de suivi souffrent d'un manque chronique de personnel et ne disposent donc pas des ressources nécessaires pour traiter les données systématiquement. En outre, dans les services d'accueil qui sont pour la plupart financés par des ONG, sont suivis presque exclusivement des réfugiés et des demandeurs d'asile, en revanche, la majorité des réfugiés économiques n'est pas traitée par des institutions spécialisées dans les questions migratoires. Le service transculturel du CHU de Vienne représente une exception, où plus de 2000 immigrés, dont deux tiers de migrants économiques, se sont présentés depuis 1994. Ce service a été fondé en 1994 par Alexander Friedmann qui l'a dirigé jusqu'à son décès précoce en 2008. La classification CIM-10 (cf. Dilling *et al.*, 2006) a été utilisée pour établir le diagnostic des patients. Il a été procédé au recueil systématique de données pour la phase pré-migratoire, le déroulement de la migration et la situation sociale en Autriche. Jusqu'à présent, 1771 données, que nous allons présenter, ont été exploitées. Il faut toutefois préciser qu'elles ne reflètent pas la prévalence réelle des maladies psychiques dans les populations migrantes. On y retrouve plutôt la combinaison entre prévalence et recours à des soins ne nécessitant pas d'hospitalisation. Comme nous l'avons décrit plus haut, des études basées sur la population ont révélé que les migrants souffrent plus fréquemment de maladies psychiques que les habitants du pays d'accueil. Des études sur le comportement de recours aux soins montrent cependant que par comparaison à leur importance dans la population résidente, les migrants sont moins représentés pour les soins nécessitant ou non une hospitalisation. On peut donc en conclure que pour des étrangers à la culture du pays, il continue à exister des barrières empêchant l'accès à des soins psychiatriques réguliers. Cela peut s'expliquer par différentes raisons qui doivent être examinées séparément pour chaque groupe ethnique. Il peut s'agir de l'absence d'assurance-maladie, d'un manque d'informations ou de la persistance de représentations traditionnelles des maladies et des traitements. Comme les problèmes psychiques chez les migrants s'expriment souvent par des douleurs physiques (somatisation), il est probable que ces personnes sont traitées un long moment par des spécialistes de médecine somatique. Entre 1994 et 2007, le service transculturel a traité des personnes de 98 ethnies différentes. Il s'est avéré nécessaire de rassembler différents groupes. La plupart des patients traités dans le service sont originaires de Turquie (cf. graphique 10).

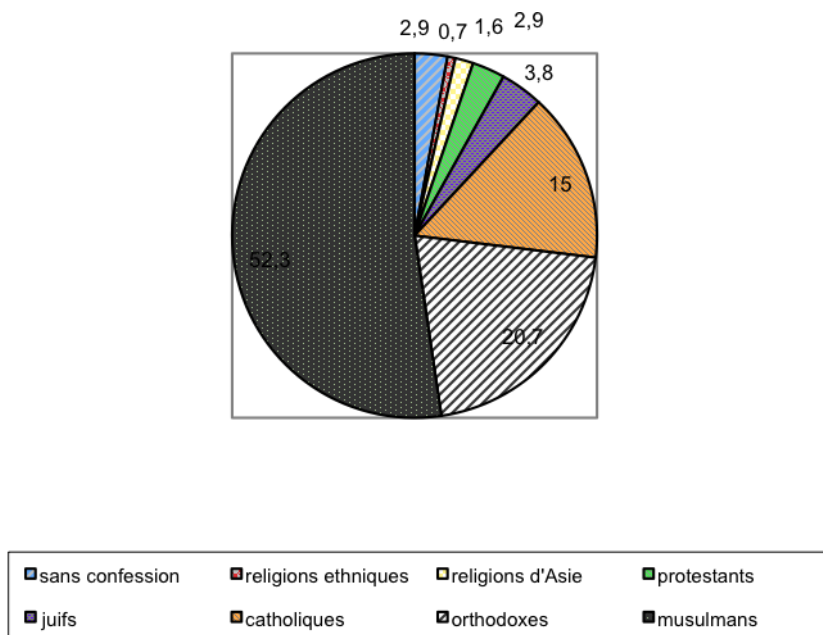
Graphique 10. Régions d'origine (%) des migrants malades psychiquement (N = 1.771)



Le deuxième groupe ethnique le plus important était constitué par des personnes venant de l'ex-Yougoslavie. Cela ne correspond pas aux relations chiffrées au sein de la population résidente autrichienne. Cela peut s'expliquer par le fait que les migrants de l'ex-Yougoslavie ont souvent de meilleures connaissances linguistiques que les Turcs et ont donc plus souvent été accueillis dans le service. Le troisième groupe le plus important était constitué par des migrants de l'ancienne Union soviétique (Etats de la CEI). Il s'agissait surtout de réfugiés en provenance de régions en crise comme la Tchétchénie ou l'Azerbaïdjan. On a également souvent traité des immigrés asiatiques comme des réfugiés palestiniens, afghans, irakiens ou des demandeurs d'asile iraniens. Beaucoup plus rares étaient les contacts avec les migrants économiques d'Europe de l'Est ou les migrants de la 2^e génération, qui sont soignés habituellement dans le service général quand ils parlent suffisamment bien allemand. Par comparaison avec leur nombre dans la population résidente, il est étonnant de voir que beaucoup d'immigrés d'Afrique noire sont venus se faire soigner au service transculturel. En revanche, on y a très peu vu de migrants en provenance de l'UE des 15 ou d'Amérique.

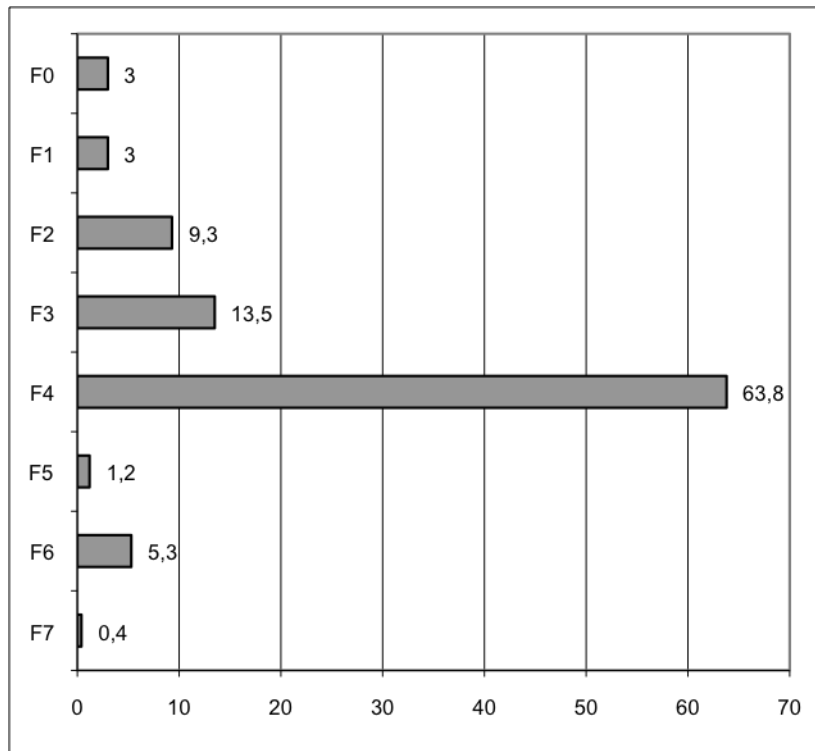
La grande majorité des migrants étaient de confession musulmane (travailleurs immigrés turcs, réfugiés de régions en proie à la guerre civile). Le deuxième groupe était constitué par des chrétiens orthodoxes, surtout originaires de Russie, de Serbie, de Géorgie et d'Arménie suivis par des catholiques. Les protestants et les membres de minorités religieuses (juifs, bouddhistes, hindous et adeptes de religions ethniques) sont peu venus au service (cf. graphique 11).

Graphique 11. Confession religieuse (%) des migrants malades psychiquement (N = 1.771)



La grande majorité des patients soignés dans le service transculturel présentaient plus d'une pathologie. Cependant, nous ne mentionnerons que le syndrome central (premier diagnostic). Le plus souvent ont été diagnostiqués des troubles névrotiques, somatoformes ou des troubles traumatiques (63,8 %). C'est surtout chez les réfugiés qu'on a constaté des stress post-traumatiques ou des modifications de la personnalité suite à des stress extrêmes. En revanche, les stress d'acculturation et les troubles somatoformes étaient d'importance égale chez les migrants volontaires et involontaires. Il en va de même pour les troubles affectifs, qui arrivaient en deuxième place (13,9 %) (cf. graphique 12).

Graphique 12. Premiers diagnostics (%) selon la classification CIM-10 (OMS 1993) chez les migrants malades psychiquement



F0 = troubles organiques y compris psychiques symptomatiques, F1 = troubles psychiques et troubles du comportement consécutifs à la consommation de substances psychotropes, F2 = troubles schizotypiques et délirants, F3 = troubles affectifs, F4 = troubles névrotiques, traumatiques et somatoformes, F5 = conduites excentriques avec troubles corporels, F6 = troubles de la personnalité et du comportement, F7 = déficience intellectuelle

Les dépressions ont surtout été constatées chez les migrants résidant depuis un certain temps en Autriche, alors que les stress d'acculturation apparaissaient en général dans les premiers mois après l'arrivée. Mais il y avait également souvent des cas où un stress d'acculturation s'est transformé en dépression. Les dépressions chez les migrants représentent souvent un défi au niveau du diagnostic différentiel, car la phénoménologie est souvent différente des images cliniques habituelles (cf. Stompe *et al.*, 2009).

Compléments

C'est surtout chez des migrants d'Afrique noire qu'on a fréquemment constaté des délires de persécution, des idées d'ensorcellement et d'envoûtement, des illusions d'optiques et parfois des sensations corporelles étranges, un ensemble de symptômes qui conduit parfois à diagnostiquer à tort une schizophrénie.

Cas n° 1

Un jeune Nigérian de 26 ans se présente en compagnie d'une travailleuse sociale de Caritas. Il a l'air craintif, parle à peine. Après une première phase difficile, il prend confiance et raconte l'histoire suivante :

Ses problèmes auraient commencé dans son pays, à l'âge de trois ans. Son père aurait été un homme important mais il aurait fait beaucoup d'envieux. On ne lui aurait pas pardonné d'avoir épousé une musulmane, alors qu'il était chrétien. Enfin, il était mort subitement. Dans la communauté villageoise, tout le monde était persuadé qu'il avait été empoisonné par son frère cadet. Peu de temps plus tard, le patient avait lui aussi commencé à se sentir mal. Il avait eu des sensations étranges dans le ventre et s'était senti de plus en plus faible. Il avait rendu visite à un guérisseur qui avait procédé à une divination par les os. Le résultat ne faisait aucun doute : il s'agissait d'un envoûtement vaudou. Le guérisseur avait effectué un sacrifice, à la suite duquel le patient s'était senti mieux pendant quelque temps. Au cours des 6 dernières années, son état s'était à nouveau de plus en plus aggravé. Des cauchemars le réveillaient la nuit, il n'osait plus dormir parce qu'il craignait d'être tué dans son sommeil. Il n'arrivait quasiment plus à se lever le matin. Dans la journée, il apercevait parfois pendant un bref instant un masque grimaçant, il n'avait plus d'énergie, il était d'ores et déjà un mort vivant, il avait mal à la tête, parfois aussi aux épaules ou au ventre. Sa mère aussi était sûre que lui aussi devait être tué à la suite de l'envoûtement, afin de ne pas pouvoir venger son père. Elle finit par lui donner toutes ses économies afin qu'il s'enfuie en Europe. Mais l'envoûtement continuerait à faire effet malgré la grande distance.

Le récit du patient paraît bizarre et fait penser à une schizophrénie. Mais une connaissance plus approfondie de la sphère culturelle ouest-africaine permet de dire qu'il s'agit d'un schéma culturel banal pour expliquer les maladies, les disputes, les accidents et souvent même la mort de quelqu'un (cf. Evans-Pritchard, 1978). Après la mort de son père, le patient est entré dans une phase dépressive durable, qui s'est figée sous l'influence de ce schéma médical et qui ne s'est améliorée que grâce au contre-envoûtement du guérisseur. À l'entrée dans l'âge adulte est apparu un nouvel épisode dépressif qui a été interprété de la même façon. Grâce aux entretiens effectués, le patient a pu développer des explications alternatives à la genèse de sa maladie, comme dans une double comptabilité, les antidépresseurs prescrits se sont avérés efficaces, le patient n'a quasiment plus de douleurs, on a donc pu confirmer le diagnostic *ex juvantibus*. Mais il serait erroné d'en conclure que la figure de la dépression chez les ressortissants d'Afrique noire diffère à chaque fois de nos normes habituelles.

Cas n° 2

Un Sénégalais de 42 ans se présente au service transculturel sur les conseils de son généraliste. Il parle parfaitement allemand, a fait des études de germanistique.

Depuis plusieurs mois, il souffre d'un manque d'appétit, il a déjà perdu beaucoup de poids. Il se sent vide, presque tout lui indiffère, rien ne lui fait plaisir. Il a beaucoup de mal à se lever le matin. Après le travail, il rentre tout de suite chez lui afin d'éviter tout contact. Il a l'impression d'être un raté parce qu'il n'arriverait à rien dans la vie en ce moment. Dans son pays natal, il a toujours été un marginal, il a toujours été plutôt introverti, il ne parlait pas autant que les autres. Comme c'est inhabituel dans sa culture, les autres avaient fait courir le bruit qu'il était méchant. Il a toujours été très minutieux, il prenait tout au sérieux, et se serait donc distingué de son environnement également à cause de cela.

Le patient présente tous les signes de la mélancolie, le cas pourrait être emprunté à un manuel européen. La personnalité correspond au *typus melancholicus* décrit par Hubert von Tellenbach avec une fixation sur la ponctualité et la minutie ainsi qu'un niveau d'exigence

professionnelle élevé, ce qui est on ne peut plus éloigné des clichés sur la nonchalance africaine.

En 3^e place (9,3 %), on trouvait chez nos patients la schizophrénie et des troubles similaires. Là aussi apparaissent quelques particularités. Chez les patients turcs et asiatiques, les évolutions chroniques, hétérophrènes sont plus fréquentes que chez les patients européens.

Chez les migrants d’Afrique noire, les psychoses polymorphes souvent aiguës, les psychoses schizophréniques ainsi que les maladies schizo-affectives sont surreprésentées. Dans 5,3 % des cas, le premier diagnostic a été un trouble de la personnalité, le plus souvent paranoïaque ou histrionique. Peu fréquents étaient les premiers diagnostics concluant à un trouble consécutif à la consommation de psychotropes ou à une lésion organique du cerveau, les comportements excentriques avec troubles corporels et les déficiences mentales étaient rarissimes.

Si l’on considère la répartition des différents groupes de maladies dans les zones culturelles que nous avons répertoriées, on en arrive au tableau suivant (cf. tableau 5) :

Tableau 5. Région d’origine et maladie psychique (N = 1.771)

	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
Turquie	1,8%	2,3%	7,6%	15,8%	62,3%	2,0%	12,1%	0,4%
Ex-Yougoslavie	3,1%	4,9%	10,0%	20,3%	68,9%	3,6%	10,4%	0,9%
CEI	4,0%	4,3%	4,0%	15,0%	73,5%	3,2%	9,1%	--
Asie	2,0%	5,7%	11,4%	15,9%	73,5%	4,5%	15,1%	0,8%
Nouveaux Etats membres de l’UE	11,1%	6,5%	18,5%	21,3%	51,9%	2,8%	18,5%	--
2 ^e génération	3,2%	10,3%	12,9%	11,8%	39,8%	2,2%	9,7%	1,1%
Afrique noire	3,5%	9,3%	10,5%	18,6%	70,9%	5,8%	10,5%	--
15 Etats membres de l’UE	--	6,5%	17,2%	24,1%	37,9%	--	20,7%	--
Amérique Nord	5,3%	10,5%	15,8%	21,1%	47,4%	--	21,1%	--

F0 = troubles organiques y compris psychiques symptomatiques, F1 = troubles psychiques et troubles du comportement consécutifs à la consommation de substances psychotropes, F2 = troubles schizotypiques et délirants, F3 = troubles affectifs, F4 = troubles névrotiques, traumatiques et somatoformes, F5 = conduites excentriques avec troubles corporels, F6 = troubles de la personnalité et du comportement, F7 = déficience intellectuelle

On trouve en général les troubles névrotiques et traumatiques chez les patients originaires des régions en crise de l’ancienne Union soviétique, d’Asie ou d’Afrique noire. Par contre, la schizophrénie, les troubles de la personnalité et les troubles liés à la consommation de psychotropes apparaissent plus fréquemment chez les migrants économiques des anciens et des nouveaux Etats membres de l’UE. Pour toutes les autres maladies, on ne constate pas de différences dans la répartition.

Résumé

L'analyse des données du service transculturel du département de psychiatrie et psychothérapie du CHU de Vienne montre que les migrants malades sur le plan psychique ne constituent en aucune façon un groupe de patients homogène. On constate des différences notables entre les migrants volontaires et involontaires, de plus, chaque ethnie a en général des attentes en matière de soins et des schémas médicaux différents. Il ne fait aucun doute qu'il continue à exister des barrières empêchant l'accès à des soins psychiatriques réguliers, qu'il faut abattre peu à peu.

Bibliographie

- Bhugra D. « Migration and depression. » *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2003 ; (418) : 67-72.
- Bhugra D. « Migration and mental health. » *Acta Psychiatr Scand* 2004b ; 109 : 243-58.
- Bhugra D. « Migration, distress and cultural identity. » *Br Med Bull* 2004a ; 69 : 129-41.
- Cantor-Graae E, Selten J. « Schizophrenia and migration: A meta-analysis and review. » *Am J Psychiatry* 2005 ; 162 : 12-24.
- Cheung P. « Posttraumatic stress disorder among Cambodian refugees in New Zealand. » *Int J Soc Psychiatry* 1994 ; 40 : 17-26.
- Cochrane R, Bal S. « Migration and schizophrenia: an examination of five hypotheses. » *Soc Psychiatry* 1987 ; 22 : 181-191.
- Cooper C et al. « Perceptions of disadvantage, ethnicity and psychosis. » *Br J Psychiatry* 2008 ; 192 : 185-190.
- Dilling H. et al. « Internationale Klassifikation psychischer Störungen. » ICD-10 ; chapitre V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Bern, Huber 2006.
- De Wit et al. « Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups: a population based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese migrants in Amsterdam. » *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008 ; 43 : 905-12.
- Eaton WW, Garrison R. « Mental health in Mariel Cubans and Haitian boat people. » *Int Migration Rev* 1992 ; 26 : 1395-1415.
- Evans-Pritchard EE. *Hexerei, Orakel und Magie bei den Zande*. Frankfurt am Main, Suhrkamp 1978.
- Fassmann H (ed.) 2. *Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006*. Wien, Drava 2007.
- Fazel M, Wheeler J, Danesh J. « Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. » *Lancet* 2005 ; 365 : 1309-14.
- Fearon P, et al ; AESOP Study Group. « Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: results from the MRC AESOP Study. » *Psychol Med* 2006 ; 36 : 1541-1550.
- Fenta H, Hyman I, Noh S. « Determinants of depression among Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. » *J Nerv Ment Dis* 2004 ; 192 : 363-372.
- Gong-Guy E. *California southeast Asian mental health needs assessment study, contract 85-76282A-2*. Oakland, California, California State Department of Mental Health 1987.
- Harrison G, et al. « Increased incidence of psychotic disorders in migrants from the Caribbean to the United Kingdom. » *Psychol Med* 1997 ; 27 : 799-806.
- Hauff E, Vaglum P. « Chronic posttraumatic stress disorder in Vietnamese refugees: a prospective community study of prevalence, course, psychopathology, and stressors. » *J Nerv Ment Dis* 1994 ; 182 : 85-90.

- Hutchinson G, Haasen C. « Migration and schizophrenia. » Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology 2004 39 : 350-357.
- Sack WH et al. « A 6-year follow-up study of Cambodian refugee adolescents traumatized as children. » J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993 ; 32 : 431-437.
- Lindert J, Schouler-Ocak M, Heinz A, Priebe S. « Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. » Eur Psychiatry 2008 ; 23 Suppl 1 : 14-20.
- Schinnerl H, Schmidinger T (eds.) *Dem Krieg entkommen? Tschetschenien und TschetschenInnen in Österreich. Wiener Neustadt, Verein Alltag* 2009.
- Selten JP, Cantor-Graae E, Kahn RS. « Migration and schizophrenia. » Curr Opin Psychiatry 2007 ; 20 : 111-5.
- Selten JP, et al. « Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to The Netherlands. » Br J Psychiatry 2001 ; 78 : 367-372.
- Steel Z, Silove D, Phan T, Bauman A. « Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: a population-based study. » Lancet 2002 ; 360 : 1056-1062.
- Stompe T, Ritter K, Schrank B. « Depression und Kultur. » Neuropsychiatr. 2009 ; 23 : 253-62.
- Swinnen SG, Selten JP. « Mood disorders and migration: meta-analysis. » Br J Psychiatry 2007 ; 190 : 6-10.
- Tellenbach H. *Melancholie*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokio, Springer 1960.
- Turner S, Bowie C, Dunn G, Shapo L, Yule W. « The mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. » Br J Psychiatry 2003 ; 184 : 444-448.