



HAL
open science

Conduites suicidaires chez les populations migrantes : revue narrative de la littérature

Anne Latrille

► **To cite this version:**

Anne Latrille. Conduites suicidaires chez les populations migrantes : revue narrative de la littérature. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02945551

HAL Id: dumas-02945551

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02945551v1>

Submitted on 22 Sep 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2020

Thèse n° 3060

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement à Bordeaux le 17 Juillet 2020 par

Anne LATRILLE

Née le 30 Juillet 1991 à Bordeaux

**Conduites suicidaires chez les populations migrantes : revue
narrative de la littérature**

Sous la direction de Madame le Professeur Marie TOURNIER

Membres du jury

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD	Président
Madame le Professeur Hélène VERDOUX	Juge
Monsieur le Professeur Fabrice JOLLANT	Rapporteur
Monsieur le Professeur Cédric GALERA	Juge
Monsieur le Docteur Christophe LAGABRIELLE	Juge

Je dédie ma thèse à mon grand-père, le Professeur Jacques LATRILLE, Professeur de bactériologie et Président de l'Université Bordeaux II de 1975 à 1980, qui sous le prisme de la microbiologie menait des réflexions très élargies et y compris sur l'humanité. Ce travail que j'ai produit aurait certainement été l'occasion de riches échanges avec lui.

Remerciements

A mes parents, je vous remercie pour les valeurs que vous m'avez transmises particulièrement celle de l'ardeur au travail, aide précieuse pour ces longues études de médecine.

A mes sœurs Sophie et Hélène et à mon frère Louis, merci pour votre esprit de famille indéfectible. A notre enfance les pieds dans l'eau et aux saveurs salées qu'elle nous a laissées.

A mes grands-mères, je vous remercie pour votre affection et votre soutien toutes ces années.

A mon oncle et parrain, le Docteur Dominique DELMAS SAINT-HILAIRE, grâce à tes nombreux récits tu m'as donné le goût de cet hôpital.

A toute ma famille et à celle de Pierre.

A mes précieuses amies du lycée Nord Bassin, Élise, Barbara, Margot, Marie-Alix et Suzanne pour votre affection et votre réconfort depuis tant d'années.

A mes co-externes amies et complices, Laura, Margaux et Madeleine, piliers solides de l'externat et aux tahitiens, Pierre, Tuki et Sofian, fidèles compagnons de route durant mes années de médecine. J'espère qu'un jour j'aurais la chance de venir vous rendre visite sur votre île.

A mes co-internes préférés. A ceux que j'ai la chance de connaître depuis la P2, Yann et Mathieu. A celles et ceux que j'ai eu le plaisir de rencontrer au cours de mon internat Charlotte, Élise, Lucie, Manon et Anthony. A tous les bons moments passés ensemble. A nos collaborations futures.

A la joyeuse équipe du CNIPSY Bordeaux 2019, cette expérience commune fut très enrichissante.

Et enfin, à Pierre. Merci pour ton amour, tes encouragements constants et ton accompagnement depuis ma première année de médecine. A notre complicité et à tous nos projets.

Je souhaite également exprimer mes remerciements très chaleureux à tous mes maîtres de stage et aux médecins avec qui j'ai pu travailler au cours de mon internat: Dr Murielle SENNE, Dr Antoine OLIVEIRA, Dr Jean-Jacques ETCHEPARE, Dr Chantal BERGEY, Dr Florian GIRON, Dr Fabrice MARSEILLE, Dr Marc GERAUD, Dr Aurélie FELIPE, Dr François GOSSE, Dr Gilles ROBINO, Dr Stéphane WEILL, Dr Xavier HENRY, Dr Marie LESCARRET, Dr Magalie HERNANDEZ, Dr David MISDRAHI, Dr Jean-Philippe FERRIERE, Dr Sébastien GARD, Dr Anouck AMESTOY, Dr Charlotte LEVY, Pr Manuel BOUVARD, Dr Guillaume CAMELOT, Dr Toki RAJERISON, Dr Souad BOUZGARROU, Dr Charles NICOMEDE, Dr Caroline MAURY, Dr Christophe LAGABRIELLE et Dr Alexandre REMUS.

Je remercie aussi l'équipe soignante de l'EMPP qui m'a gentiment accueillie pour mon dernier stage d'interne ainsi que toutes les équipes que j'ai rencontrées lors de mes différents stages à Bordeaux, à Libourne et à Bayonne.

AU RAPPORTEUR

Monsieur le Professeur Fabrice JOLLANT

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,

Université de Paris et Groupement Hospitalier Universitaire Paris Psychiatrie et Neurosciences,

Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale, Centre Hospitalier Sainte-Anne, Paris,

Professeur adjoint de psychiatrie à McGill University, Department of Psychiatry, McGill Group for Suicide Studies, Douglas Institute, Montréal.

Vous m'avez fait l'honneur de rapporter ce travail et je vous en suis très reconnaissante. Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour le temps que vous avez consacré à la lecture et à la critique de ce travail. Soyez assuré de mon profond respect.

AUX MEMBRES DU JURY

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,

Docteur en Épidémiologie,

Cheffe du Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte (UNIVA),

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je suis très honorée que vous ayez accepté de siéger au jury de ma thèse et vous suis reconnaissante du temps que vous avez consacré à l'évaluation de mon travail. J'ai eu la chance de bénéficier de vos enseignements passionnants au cours desquels j'ai pu apprécier vos qualités humaines ainsi que votre esprit scientifique. Je tiens à vous exprimer toute ma gratitude et mon profond respect.

Monsieur le Professeur Cédric GALERA

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,

Docteur en Épidémiologie,

Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (PUPEA),

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je suis très honorée que vous ayez accepté de juger mon travail. Je vous remercie pour vos enseignements captivants et pour votre pédagogie, notamment lors des bibliographies du pôle les mercredis matin. Veuillez accepter ces mots de reconnaissance et de profond respect.

Monsieur le Docteur Christophe LAGABRIELLE

Praticien Hospitalier,

Responsable de l'Équipe Mobile de Psychiatrie et Précarité,

Pôle Bordeaux Santé Mentale (BSM),

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je vous remercie infiniment d'avoir accepté de juger mon travail de thèse et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Je tiens également à vous remercier pour votre accueil à l'EMPP. C'est pour moi un réel plaisir de bénéficier de votre expérience professionnelle dans ce domaine. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A MA DIRECTRICE DE THESE

Madame le Professeur Marie TOURNIER

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,

Docteur en Épidémiologie,

Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte (UNIVA),

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je suis très honorée que vous ayez accepté de diriger ma thèse. Et vous suis reconnaissante de la disponibilité et la bienveillance avec laquelle vous m'avez guidée dans mon travail. Je tiens à vous exprimer mes remerciements pour ce soutien précieux et par ailleurs pour les enseignements que vous m'avez dispensés pendant mon internat en cours de DES et de DU. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon profond respect.

AU PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,

Docteur en Neurosciences,

Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (PUPEA),

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je suis très honorée que vous ayez accepté de présider mon jury de thèse et vous suis reconnaissante du temps que vous avez consacré à l'évaluation de mon travail. Je vous remercie de m'avoir accueillie avec bienveillance dans votre pôle au semestre dernier, semestre au cours duquel j'ai pu apprécier votre sens clinique et vos qualités humaines. Grâce à ce stage j'ai pu acquérir de nouvelles connaissances sur les troubles du spectre de l'autisme, le neuro-développement et sur la pédopsychiatrie de manière générale. Je tiens à vous exprimer toute ma gratitude et mon profond respect.

Table des matières

Introduction	10
I. Cadre conceptuel et méthodologie	11
<i>A. Conduites suicidaires</i>	<i>11</i>
1. Définitions des conduites suicidaires	11
2. Épidémiologie descriptive des conduites suicidaires	12
3. Épidémiologie analytique des conduites suicidaires dans le monde.....	14
<i>B. Migration, migrant, demandeur d’asile, réfugié et minorité ethnique.....</i>	<i>15</i>
1. La migration et ses définitions	15
2. Le droit à la migration.....	16
3. La migration et l’individu	17
4. Demandeur d’asile et réfugié	19
5. Minorité ethnique et ethnicité	21
<i>C. Méthodologie de cette revue de littérature</i>	<i>22</i>
II. Épidémiologie descriptive des conduites suicidaires chez les migrants en Europe	23
<i>A. Au Royaume-Uni</i>	<i>24</i>
<i>B. En France.....</i>	<i>26</i>
<i>C. En Suède.....</i>	<i>27</i>
<i>D. Aux Pays-Bas.....</i>	<i>28</i>
<i>E. En Allemagne</i>	<i>29</i>
<i>F. En Belgique</i>	<i>29</i>
<i>G. En Suisse</i>	<i>30</i>
III. Facteurs de risque des conduites suicidaires dans les populations migrantes.....	32
<i>A. Facteurs de risque liés au système de soins et à la société.....</i>	<i>32</i>
1. Difficultés d’accès aux soins.....	32
2. Obstacles à la communication.....	35
<i>B. Facteurs de risque liés à la communauté et aux relations.....</i>	<i>35</i>
1. L’acculturation	35

2.	Conflits relationnels	41
C.	<i>Difficultés pré-migratoires, migratoires et post-migratoires</i>	43
1.	Traumatisme pré-migratoire et migratoire ; Trouble Stress Post-Traumatique	43
2.	Difficultés post-migratoires : Société d'accueil, discrimination et isolement	45
D.	<i>Facteurs de risque individuels</i>	46
1.	Age : Adolescence.....	46
2.	Statut de génération.....	48
3.	Pathologies mentales	49
4.	Consommation de substances.....	53
IV.	Facteurs de protection des conduites suicidaires dans les populations migrantes	
	54	
A.	<i>Sentiment d'appartenance, communauté et densité ethnique</i>	54
B.	<i>Croyances religieuses et spiritualité</i>	55
1.	Effet protecteur des croyances religieuses	56
2.	Effet protecteur via le soutien social et l'intégration	57
V.	Discussion	58
A.	<i>Synthèse des principaux résultats</i>	59
1.	Facteurs individuels.....	59
2.	Facteurs liés au système de soin et à la société	61
3.	Facteurs liés à la communauté et aux relations	61
B.	<i>Limites méthodologiques</i>	62
C.	<i>Conséquences cliniques des résultats</i>	64
Conclusion	65
Annexes	66
Références bibliographiques	70

Introduction

Le suicide est un problème de santé publique dans tous les pays, quel que soit leur niveau de revenu. Il touche particulièrement les personnes présentant des facteurs de vulnérabilité. Un des enjeux des différents programmes de prévention du suicide est de mieux identifier les groupes de population plus vulnérables vis à vis des conduites suicidaires, tels que les populations issues de la migration.

Récemment, un besoin croissant de mieux comprendre les problèmes de santé mentale chez les personnes migrantes est apparu dans le monde entier. En effet, l'Europe est aujourd'hui confrontée à la plus importante immigration depuis la Seconde Guerre mondiale, ce qui pose de nouvelles questions de recherche sur l'ampleur de la charge que représentent les troubles mentaux chez les migrants (1). Cependant, les données de la littérature concernant les conduites suicidaires chez les populations migrantes sont pauvres et souvent contradictoires.

L'objectif de ce travail est de réaliser une revue non exhaustive de la littérature sur les comportements suicidaires des migrants vivant en Europe, afin d'étudier leur incidence et les facteurs pouvant influencer le risque suicidaire dans cette population spécifique.

Dans une première partie, nous précisons les différents concepts étudiés dans notre revue de littérature. Dans une deuxième partie, nous analysons les études épidémiologiques descriptives du suicide et des tentatives de suicide (TS) chez les populations migrantes en Europe, en nous fondant sur les risques relatifs (RR), les rapports de cotes (OR), les taux de mortalité standardisés (SMR) ou d'autres mesures d'association. Pour une meilleure lisibilité, nous utilisons le terme « risque », que les comparaisons soient basées sur les RR, les OR, les SMR ou d'autres mesures. Les troisième et quatrième parties étudient les facteurs de risque et de protection des conduites suicidaires au sein des populations migrantes. Enfin, nous synthétisons et discutons la littérature.

I. Cadre conceptuel et méthodologie

A. Conduites suicidaires

1. Définitions des conduites suicidaires

Le terme de « conduites suicidaires » englobe les suicides, tentatives de suicide et idées de suicide (2). Toutefois, le domaine de la suicidologie semble défailant en termes de nomenclature commune et de système de classification (3). Dans ce contexte, un effort de définition s'impose afin de préciser les différentes notions étudiées.

Le suicide : Plusieurs définitions ont été suggérées depuis celle de l'Abbé Desfontaines en 1737, inventeur du mot suicide en France (dérivé du latin, *sui* : soi et *cadere* : tuer) (4). Par exemple, d'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le suicide est « *un acte délibéré, accompli par une personne qui en connaît parfaitement ou en espère l'issue fatale* » (5). De fait, c'est un phénomène complexe aux déterminants multiples. Il résulte d'une interaction entre des facteurs biologiques, génétiques, psychologiques sociaux et environnementaux (6). **La tentative de suicide (TS)** (2) : Selon l'OMS, ce terme se réfère à « *tout comportement suicidaire non mortel et à un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'auto-agression avec intention de mourir ou pas* ». La définition du suicide de l'OMS est sur un plan médical incomplète et ne correspond pas à la réalité clinique, en cela qu'elle sous-entend une intentionnalité forte de mourir. Nombre de victimes d'un acte suicidaire n'avaient pas le souhait de mourir mais voulaient que leur situation change, qu'elle soit psychique ou matérielle, même si le prix à payer était la mort. Il est de plus accepté qu'une ambivalence est fréquente jusqu'au terme. Ainsi, l'OMS a élaboré la définition du **parasuicide** : « *Acte auto-agressif délibéré qui entraîne un risque de mort et qui a pour but de réaliser les changements désirés via les conséquences physiques réelles ou attendues* ».

L'idée suicidaire : Correspond à des « *pensées non élaborées liées au désir et/ou à l'intention de s'ôter la vie* » (7). D'après Silverman, on parle de « plan suicidaire » si « *l'idée suicidaire est élaborée et structurée, avec des décisions prises quant à la manière de réaliser la tentative de suicide* » (7).

En suicidologie, les patients peuvent être caractérisés selon trois termes distincts (8) :

- La personne suicidaire est une personne ayant des idées de suicide.
- La personne suicidante est celle ayant réalisé une TS.
- La personne suicidée est une personne qui s'est donnée la mort volontairement.

2. Épidémiologie descriptive des conduites suicidaires

a) Données épidémiologiques en France

Le suicide :

En France, l'Observatoire National du Suicide (ONS) a été créé en 2013 afin de consolider la compréhension et la prévention du suicide. Depuis 2013, trois rapports ont été publiés (2014, 2016 et 2018) pour consolider et appuyer cette perspective (9, 10, 11). Selon le dernier rapport de l'ONS (11), en 2014, 8 885 décès par suicide ont été enregistrés par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (CépiDc-Inserm), ce qui représente approximativement 24 décès par jour, soit un suicide toutes les heures en France. Toutefois, ce chiffre sous-estimerait de 10 % les décès par suicide, majorant ce nombre à presque 10 000. La France fait partie des pays européens aux taux de suicide les plus élevés, derrière certains pays de l'Est, la Finlande et la Belgique (11). Le décès par suicide touche d'avantage les hommes que les femmes. De plus, ce taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge, particulièrement chez les hommes.

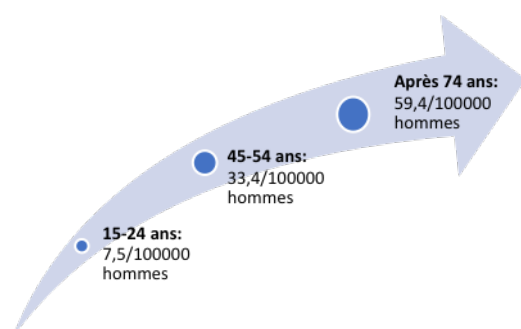


Figure 1. Taux de décès par suicide chez les hommes en 2014 en fonction de l'âge (11).

Cependant, la part du suicide dans la mortalité générale est nettement plus élevée chez les jeunes des deux sexes que chez les personnes âgées (Figure 2) avec 16,2 % des décès entre 15 et 25 ans et 1 % chez les 75 ans et plus (11) :

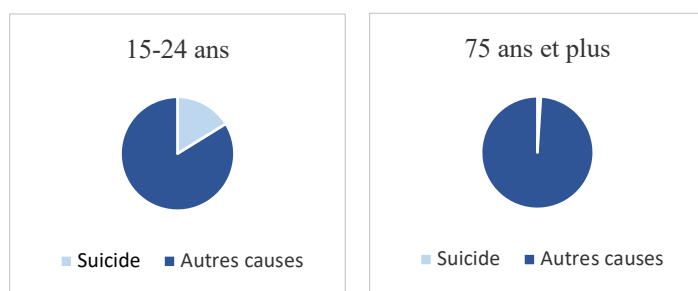


Figure 2. Part du suicide sur le total des décès, en fonction de l'âge.

Au total, le taux de suicide à tout âge et dans les deux sexes en France en 2014 était de 14,9 pour 100 000 habitants (11). Globalement, le taux de décès par suicide a tendance à diminuer dans le temps avec une réduction de 26 % entre 2003 et 2014 (Figure 3) (11). La part du suicide dans le total des décès en France en 2014 était de 1,6 %.

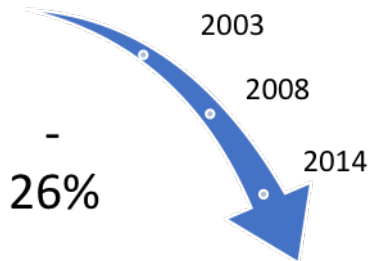


Figure 3. Évolution temporelle du taux de décès par suicide en France (11).

Le mode de suicide le plus fréquent en France en 2014 était la pendaison (57 % des suicides), loin devant les armes à feu (12 %), les prises de médicaments et autres substances (11 %) et les sauts d'un lieu élevé (7 %), ce qui reste similaire aux tendances des années précédentes. Toutefois, ces modes de décès diffèrent manifestement selon le sexe (Figure 4) et les régions. Par exemple, la pendaison apparaît plus fréquente dans le Nord et l'utilisation d'armes à feu dans le Sud.

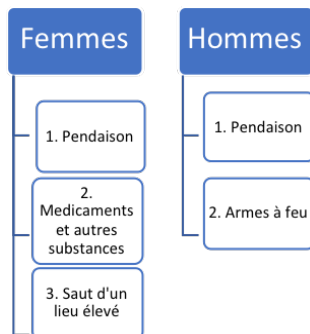


Figure 4. Modes de suicide utilisés en France en 2014 en fonction du sexe (11).

Tentative de suicide :

En France, les taux d'hospitalisation (en service de médecine et de chirurgie) pour TS changent selon le sexe et l'âge. Globalement, les taux féminins sont supérieurs aux taux masculins, excepté au-delà de 85 ans. Chez les femmes, deux pics sont notables concernant les taux de séjours hospitaliers pour TS, un premier chez les jeunes filles de 15 à 19 ans et un second chez les femmes âgées d'environ 45 à 49 ans. Chez les hommes, les taux d'hospitalisation pour TS accroissent avec l'âge jusqu'à 40-44 ans et décroissent ensuite puis ré-augmentent légèrement

vers 85 ans (11, 12). Des disparités peuvent également être constatées d'une région à l'autre de la France.

b) Données épidémiologiques sur le suicide dans le Monde

Chaque année, plus de 800 000 personnes se suicident dans le monde, ce qui est équivalent à une mort toutes les quarante secondes (13). D'après l'OMS, 1,4 % des décès survenus dans le monde en 2012 étaient dus à des suicides. Dans ce contexte, en 2012, le suicide est considéré comme la quinzième cause de mortalité dans le monde et plus précisément la deuxième cause pour les personnes âgées de 15 à 29 ans, après les accidents de la route (14). En termes de prévalence, l'OMS signale que 75,5 % des suicides dans le monde se produisent dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) tandis que 24,5 % sont enregistrés dans les pays à revenu élevé. Ce constat semble lié au fait que la population mondiale habitant dans les PRFI est proportionnellement supérieure à celle vivant dans les pays à revenu élevé. Mais, en termes d'incidence, ce sont les pays à revenu élevé qui ont le taux de suicide le plus élevé soit 12,7 pour 100 000 contre 11,2 pour 100 000 dans les PRFI, néanmoins ces groupes sont hétérogènes. Par ailleurs, le taux de suicide global standardisé selon l'âge s'élève à 11,4 pour 100 000 habitants dans le monde en 2012, 15 pour 100 000 chez les hommes et 8 pour 100 000 chez les femmes (2). Près de trois fois plus d'hommes que de femmes mettent fin à leurs jours dans les pays à revenu élevé, tandis que dans PRFI les différences entre hommes et femmes sont plus faibles (2). L'auto-intoxication par pesticides, la pendaison et les armes à feu sont les méthodes suicidaires les plus utilisées dans le monde. C'est devant ces données alarmantes sur les conduites suicidaires, que l'OMS a publié en 2014 son premier rapport centré sur la prévention du suicide, la définissant comme « *un impératif au niveau mondial* » (2). Le suicide est donc un sujet de santé publique prioritaire à l'échelle mondiale. Sa prévention fait partie du premier plan d'action international sur la santé mentale, avec pour objectif de réduire de 10 % les taux d'incidence du suicide dans chaque pays entre 2013 et 2020 (2).

3. Épidémiologie analytique des conduites suicidaires dans le monde

Les facteurs de risque des idées, des TS et du suicide sont le plus souvent identiques, hormis l'âge et le sexe, comme nous venons de le voir. Le rapport de l'OMS en 2014, différencie trois grands types de facteurs de risque de suicide (2):

- **Les facteurs de risque liés au système de soin et à la société :** les difficultés d'accès aux soins, la facilité de l'accès à des moyens létaux, le traitement médiatique du suicide, la stigmatisation des conduites suicidaires et de la demande d'aide.

- **Les facteurs de risque liés à la communauté et aux relations** : la confrontation à la guerre, les difficultés liées à l'acculturation et au déplacement, la discrimination, les traumatismes ou les abus, le sentiment d'isolement et les conflits relationnels.
- **Les facteurs de risque individuels** : les antécédents de TS, les pathologies mentales, les consommations de toxiques, la précarité financière, le sentiment de désespoir, les douleurs et maladies chroniques, les antécédents familiaux ainsi que les facteurs génétiques.

D'après ce rapport de l'OMS, il existe également des facteurs de protection du suicide tels que des relations personnelles solides, les croyances religieuses et spirituelles ainsi qu'un état d'esprit centré sur des stratégies d'adaptation positive et le bien-être.

Finalement, les conduites suicidaires ne s'expliquent pas uniquement par une cause psychiatrique. En reflet de la complexité humaine, elles sont multi-déterminées. L'approche sociologique et culturelle est également essentielle dans l'appréhension du phénomène suicidaire (15). Aux facteurs de risque individuels, peut s'ajouter le stress lié à l'acculturation (processus d'adaptation d'un individu ou d'un groupe à un autre groupe social), au déplacement et éventuellement à l'isolement et au trauma. Partant de ce postulat, nous souhaitons étudier plus précisément l'état des comportements suicidaires chez les populations migrantes.

B. Migration, migrant, demandeur d'asile, réfugié et minorité ethnique

Avant de présenter notre revue narrative sur les comportements suicidaires chez les populations migrantes, il est important de poser les définitions et de préciser les termes nécessaires à cette étude. L'ouvrage « *Comprendre les migrations, Approches géographique et géopolitique* » a largement participé aux définitions qui vont suivre (16).

1. La migration et ses définitions

Tout d'abord, intéressons-nous aux différentes définitions que peut revêtir la migration. Le terme migration vient du latin « *migratio* » qui veut dire « *passage d'un lieu à un autre* ». Notons que la notion de migration ne bénéficie pas d'une définition consensuelle. Au contraire, elle fait l'objet de différentes acceptions selon le prisme en fonction duquel elle est envisagée. Une telle hétérogénéité souligne les difficultés à appréhender la notion de migration en général et annonce ainsi les potentielles entraves à ce travail de thèse. En effet, selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), la migration équivaut au « *déplacement de*

personnes d'un lieu à un autre, en particulier d'un pays (Émigration)¹ à un autre (Immigration)² pour des raisons politiques, sociales, économiques ou personnelles, et qui est le fait soit d'une population entière, soit d'individus s'intégrant dans un phénomène de société plus large » (17). Selon l'Organisation des Nations Unies (ONU), la migration implique « le passage des frontières politiques et administratives pour un minimum de temps. Elle inclut les mouvements de réfugiés, les personnes déplacées et les migrants économiques ». Selon l'Organisation Internationale des Migrations³ (OIM), la migration peut aussi se définir comme « le déplacement d'une personne ou d'un groupe de personnes, soit entre pays, soit dans un pays entre deux lieux situés sur son territoire. La notion de migration englobe tous les types de mouvements de population impliquant un changement de lieu de résidence habituelle, quelles que soient leur cause, leur composition, leur travail, leur durée, incluant ainsi les mouvements des travailleurs, des réfugiés, des personnes déplacées ou déracinées. La migration qu'elle soit interne (à l'intérieur d'un même pays) ou internationale (d'un pays vers l'autre) suppose un déplacement de population qui entraîne un changement durable ou définitif du lieu de la résidence habituelle ». Soulignons que la migration ne saurait être réduite à une simple mobilité. Comme le soulignent Boschet et Guégan « C'est un processus long et complexe. Il s'agit d'un parcours qui affecte et modifie les identités des personnes impliquées, à la fois dans les sociétés de départ, de transit et d'accueil » (16). En effet, la migration impacte la construction de l'individu, la redéfinition et l'évolution de son identité personnelle. La migration « est une expérience majeure de transition de vie qui remet en question l'identité, le mode de vie et la capacité d'adaptation d'un individu pour faire face aux pertes migratoires et à la génération de nouveaux liens. Bien qu'il existe des possibilités de gains financiers et personnels dans le pays d'accueil, les immigrants doivent souvent surmonter des difficultés d'acculturation et reconstruire leur vie dans un milieu socioculturel radicalement différent qui peut exacerber leur vulnérabilité personnelle sans « l'effet tampon » des réseaux de soutien traditionnels » (18).

2. Le droit à la migration

a) Le « droit de sortie » effectivement consacré ?

Aujourd'hui, aucune gouvernance propre aux migrations n'existe réellement à l'échelle mondiale. Selon Catherine Withol de Wenden, politologue et experte des migrations : « pour

¹ Émigration : L'appréhension du phénomène de migration du point de vue du pays de départ.

² Immigration : L'appréhension du phénomène de migration du point de vue du pays d'accueil.

³ L'OIM dépend de l'ONU.

l'instant le droit individuel à la mobilité ou encore « droit de migrer » n'existe pas. » (16). Il subsiste un paradoxe dans le droit international qui reconnaît le droit de sortie (article 13 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (DUDH) de 1948) mais pas le droit d'entrée. Il n'y a pas de consensus de gouvernance globale des migrations. Ce droit demeure tributaire de l'appréciation souveraine des États et des critères d'admission et de retour des personnes qui ne remplissent pas leurs critères d'admission. Cette compétence s'exerce toutefois dans la limite de leurs obligations de respect des droits de l'homme et de tout autre engagement conclu limitant leur souveraineté dans ce domaine (19). La migration est appréhendée par la Loi tant sur le plan international que national. Sur le plan international, il n'existe pas d'instrument juridique achevé permettant d'encadrer effectivement et entièrement la migration. Toutefois, plusieurs instruments juridiques ont été ratifiés (19).

Soulignons que le droit de sortie d'un État est aujourd'hui reconnu dans la majorité des pays du monde. A cet égard, le droit de sortie d'un État fut obtenu par l'adoption par l'ONU en 1948, de l'article 13 de la DUDH. Au titre de l'article 13 de la DUDH : *« Toute personne a le droit de circuler librement et de choisir sa résidence à l'intérieur d'un État. Toute personne a le droit de quitter tout pays, y compris le sien et de revenir dans son pays »* (20).

b) Le « droit d'entrée » inachevé

Le droit de libre circulation devrait nécessairement impliquer, en sus du droit de sortie d'un État, le droit d'entrer dans un autre État. Pour autant, un tel droit d'entrée n'est pas à ce jour consacré par l'article 13 de la DUDH. Pour Catherine Withol de Wenden, le droit à la mobilité est comme *« un droit de sortie sans droit d'entrée »* (21). En conséquence, le droit à migrer demeure à ce jour incomplet et en construction. Sa consécration pourrait participer à améliorer la santé mentale des personnes faisant partie du phénomène de migration.

3. La migration et l'individu

a) L'individu migrant

Le terme de migrant ne fait pas lui non plus l'objet d'une définition unique et consensuelle. Cela est d'autant plus vrai que le terme de « migrant » est utilisé usuellement comme synonyme d'autres notions telles que celles d'« étrangers » ou « immigrés ». En réalité, le terme de « migrant » implique l'idée d'une décision de migration pour des raisons personnelles, indépendamment de toute contrainte extérieure. En effet, selon l'OIM, ce terme est destiné aux personnes *« se déplaçant d'un État vers un autre, aux fins d'améliorer, à travers des conditions matérielles et sociales, leurs perspectives d'avenir ou celles de leur famille »* (22). Par ailleurs

le 4 août 2016, l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE) a également défini le terme de migrant international dans le rapport du Secrétaire général des Nations Unies devant l'Assemblée générale dans la catégorie « Mondialisation et interdépendance ». Selon cette organisation, il s'agit d'un individu qui change de pays de résidence habituelle. Une dichotomie peut être établie selon la durée de migration :

- **Migrant à court terme** : un migrant à court terme se rend dans un pays autre que le sien pour une durée supérieure à trois mois mais inférieure à un an.
- **Migrant à long terme** : un migrant à long terme est un migrant qui établit sa résidence dans un autre pays pour une durée d'au moins un an (23).

L'Institut national de la statistique et des sciences économiques (INSEE) et l'Institut national des études démographiques (INED) distinguent (24) :

- **Première génération** : La génération migrant primo-arrivant dans le pays d'accueil.
- **Deuxième génération (aussi appelée « descendant d'immigré »)** : « *Toute personne née en France ayant au moins un parent immigré* » .

b) L'individu immigré

Le Haut Conseil à l'intégration (HCI) définit en 1991 le concept d'immigré (25). Il s'agit de « *toute personne née étrangère à l'étranger et résidant en France* ». En conséquence, les personnes nées françaises à l'étranger et vivant en France ne sont donc pas incluses dans cette définition. Les populations qualifiées d'« étrangères » et « immigrées » ne sont pas exactement identiques. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit l'origine géographique d'un immigré. Par ailleurs, si un immigrant vient d'arriver dans son pays d'accueil, un immigré y est déjà installé depuis longtemps.

Tableau 1. Comparaison des personnes immigrées et étrangères en France (16).

	Personne immigrée	Personne étrangère
Nationalité à la naissance	Étrangère	Étrangère soit qu'il ait une autre nationalité soit qu'il soit apatride
Lieu géographique de naissance	Étranger – critère de définition de la personne immigrée	En France
Résidence	En France	En France
Acquisitions de la nationalité du pays de résidence	Oui, possible par acquisition	Oui possible par acquisition
Durée du statut	Permanent (continue de perdurer en dépit de l'acquisition de la nationalité française)	Susceptible d'évoluer (obtention de la nationalité française par acquisition)

4. Demandeur d'asile et réfugié

a) Définitions

Le mot asile vient du latin « *asylum* » qui signifie « *lieu inviolable, refuge* ». Par extension, en 1657, le poète Scarron définit l'asile comme « *tout lieu où l'on se met à l'abri d'un danger* » (26). Puis au XIX^{ème} siècle, le mot devient aussi synonyme d'établissement pour infirmes, vieillards ou aliénés. La notion est alors ambiguë, pouvant renvoyer à des concepts diamétralement opposés (hospitalité ou écartement, voire confinement). De nos jours, le terme demandeur d'asile est utilisé pour désigner un étranger qui a fui des persécutions ou des craintes de persécutions dans son pays d'origine, et qui s'adresse à un autre État, en quête de protection ; sa vie, sa sécurité ou sa liberté étant risquées en cas de retour dans son pays (27). Il demande à devenir un réfugié. La convention de Genève du 28 Juillet 1951 définit les demandeurs d'asile et réfugiés comme « *toute personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont il a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays* », soit quelqu'un qui a été persécuté individuellement ou qui craint la persécution dans son pays (28). Tous les pays de l'Union Européenne sont signataires de la convention de Genève sur l'asile de 1951 et ont en commun un projet politique européen fondé sur les valeurs fondamentales des droits de l'homme. En effet, lorsqu'il existe pour la personne migrante, des raisons sérieuses et établies d'estimer qu'elle court un risque réel dans son pays d'origine, cette dernière peut solliciter une protection de l'État dans lequel elle s'est déplacée. Ensuite, cette demande d'asile se fait grâce

à un examen individualisé. Lorsque la demande d'asile n'a pas encore fait l'objet d'une acceptation définitive de la part du pays d'accueil, la personne migrante est appelée demandeur d'asile. Soulignons que les demandeurs d'asile et réfugiés sont des migrants. En revanche, la réciproque n'est pas vraie. Les migrants décident de quitter leur pays, non pas en raison d'une menace directe de persécution ou de mort mais afin d'améliorer leurs conditions de vie relativement à l'obtention d'un travail ou encore à des raisons d'éducation, de regroupement familiaux (16). A titre d'exemple, en Europe, pour l'année 2015, il a été dénombré 1,2 millions de demandeurs d'asile contre 500 000 en 1990. Un être humain sur 113 était déplacé, forcé par la guerre et la persécution (29).

b) Le statut juridique du réfugié

La notion de « réfugié » est un terme juridique défini par la législation internationale, lequel permet la reconnaissance d'un statut et d'une protection aux personnes le sollicitant. La Convention de 1951 relative au statut des réfugiés citée ci-dessus et son protocole de 1967 définissent ce qu'est un réfugié (16). Au contraire de la migration qui est appréhendée juridiquement par chacun des États selon leurs propres normes, les demandeurs d'asile et réfugiés sont appréhendés selon les normes internationales. En application des instruments juridiques internationaux, l'ensemble des États européens, doit octroyer le statut de réfugié aux personnes éligibles. Ce statut permet notamment au réfugié le droit de séjourner, de travailler et de se déplacer dans l'espace Schengen. Un autre cas de figure, s'agissant du statut de réfugié est en train de voir le jour, celui des réfugiés environnementaux, écologiques et climatiques. A ce jour leur statut demeure juridiquement embryonnaire, c'est pourquoi nous n'y axerons pas notre développement.

c) Conditions et procédures d'octroi de la protection internationale

Lorsqu'une personne demande l'asile en France, sa demande fait l'objet d'une évaluation par une autorité de protection, l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) en première instance (Figure 5.1) (27) et la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA) en deuxième instance (Figure 5.2). Aux termes de cet examen, les autorités de protection peuvent accorder une protection au titre de l'asile. Dans cette hypothèse :

- Soit, elles accordent au demandeur le statut de réfugié ;
- Soit, elles lui accordent le bénéfice de la protection subsidiaire, c'est-à-dire le droit pour une personne dont la situation ne répond pas à la définition de réfugié de rester sur le

territoire s'il existe des motifs établis de croire qu'elle courrait un risque réel dans son pays (peine de mort, exécution, torture ou traitements inhumains ou dégradants) (27).

Si les autorités de protection considèrent que la situation du demandeur ne rentre pas dans les critères ouvrant droit à une protection (par le biais du statut de réfugié ou par le canal de la protection subsidiaire), elles refusent la demande. L'intéressé est débouté de l'asile.

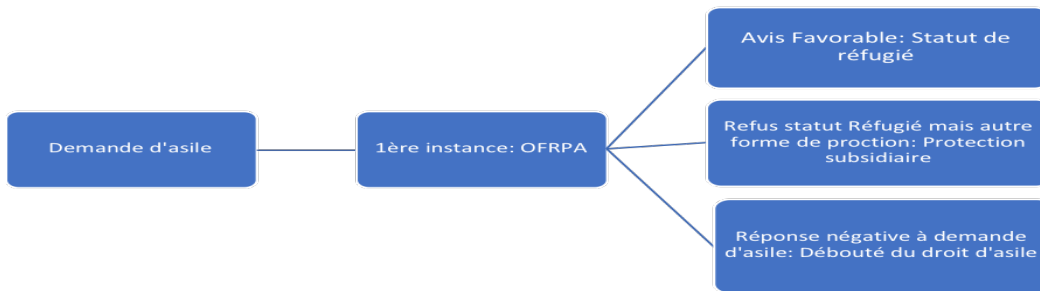


Figure 5.1
Procédure de demande d'asile en 1^{ère} instance (28).

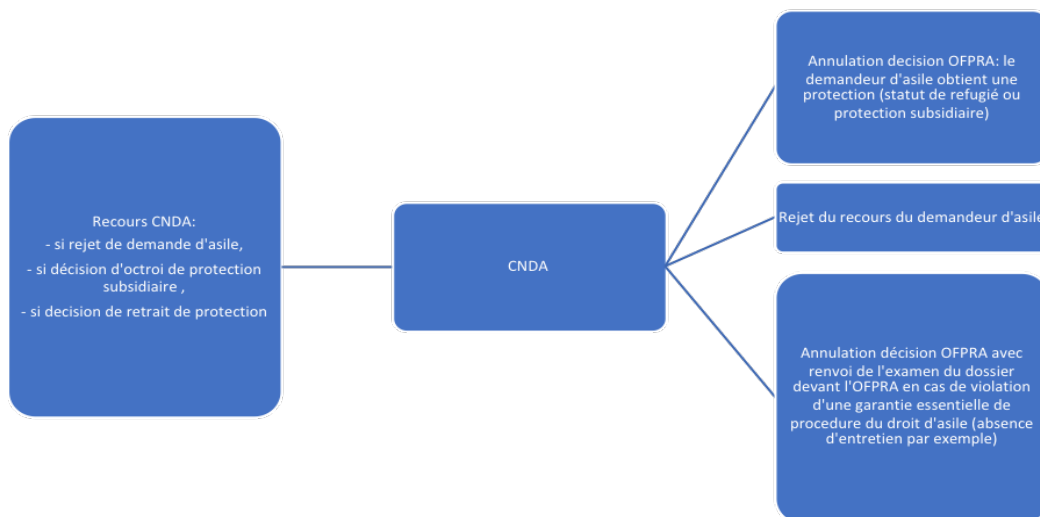


Figure 5.2
Procédure de demande d'asile en 2^{ème} instance (28).

5. Minorité ethnique et ethnicité

Le concept de l'ethnicité n'est ni simple ni précis, mais il se fonde sur les éléments suivants : « *origines ou antécédents sociaux communs ; culture et traditions communes qui sont distinctives, maintenues entre les générations et qui conduisent à un sentiment d'identité et de groupe ; langue commune ou tradition religieuse* ». L'ethnicité ne doit pas être confondue avec la nationalité ou avec le statut de migrant. Par exemple, les immigrants du sous-continent indien au Royaume-Uni peuvent être des ressortissants britanniques mais être membres d'un groupe ethnique particulier (30).

La France ne reconnaît pas les identités des minorités ethniques. Toutefois, par le prisme de l'interculturalité, elle peut y faire droit marginalement. La notion d'ethnicité, quand elle est utilisée en France, ignore toute référence à « la race », contrairement à l'usage anglo-saxon. Des visions opposées peuvent donc se confronter s'agissant des minorités ethniques. Pourtant, il n'existe pas de définition officielle des minorités ni des minorités ethniques dans le droit international. Les minorités ethniques peuvent être déterminées théoriquement comme un groupe de personnes vivant au sein d'un État national et présentant les caractéristiques suivantes :

- Statut de minorité parmi les citoyens de cet État ou infériorité numérique par rapport à la population de l'État ;
- Caractéristique culturelle, linguistique ou religieuse distincte et volonté de les préserver ;
- Position non-dominante à l'intérieur de l'État ;
- Présence de longue durée sur le territoire (31).

Sous le prisme d'un membre d'une minorité, une minorité se définit par un sentiment de solidarité ou d'identité (32). Par ailleurs, la variable « ethnicité » est habituellement utilisée dans les études épidémiologiques. Moro et Baubet rappellent dans leur ouvrage « *Psychopathologie transculturelle* » que « *l'ethnicité n'est ni la « race », ni le statut de migrant, ni la nationalité mais un concept complexe et imprécis, par nature fluide et mouvant* » (33).

Soulignons que les termes « minorité ethnique » et « migrant » ne sont pas des synonymes puisque des minorités ethniques vivent en Europe sans être migrants et certains migrants ne sont pas nécessairement considérés comme des minorités ethniques. Cependant, dans la suite de notre travail, lorsque nous parlerons de minorité ethnique, nous évoquerons des migrants appartenant à des minorités ethniques. Nous ne traitons pas des minorités ethniques non migrantes dans ce travail. L'étude des conduites suicidaires chez les migrants semble d'une grande complexité, au vu des multiples définitions au sein d'un même groupe de population ainsi que de la difficulté d'évaluer le suicide et les TS.

C. Méthodologie de cette revue de littérature

Pour cette revue narrative, nous avons inclus des études portant sur le suicide ou les TS chez les personnes migrantes, âgées de plus de 16 ans, vivant dans différents pays d'Europe. Pour

accroître la sensibilité, nous avons également recherché les idées de suicide mais nous avons exclu ces articles à moins qu'ils ne traitent également des suicides ou des TS.

Nous avons interrogé les bases de données PubMed et PsycINFO ainsi que ScienceDirect, Cairn.info et Google Scholar de juillet 2019 à février 2020 inclus, en utilisant les termes de recherche « *migrants* », « *transients and migrants* », « *immigrants* », « *ethnic minority* », « *ethnicity* », « *suicide* », « *suicide attempt* », « Europe » sans restreindre les dates de publication.

Les articles inclus dans notre revue devaient être rédigés en anglais, allemand, français et néerlandais.

Nous avons d'abord sélectionné les études par leurs titres et résumés puis par une lecture des articles pour l'éligibilité. Nous avons pu identifier de nouvelles références en utilisant la bibliographie des articles choisis. Nous nous sommes également appuyés sur des ouvrages traitant de ce sujet.

II. Épidémiologie descriptive des conduites suicidaires chez les migrants en Europe

L'histoire européenne est caractérisée par la mobilité des populations, essentiellement suite aux nombreux conflits qui ont déchiré le continent. Ainsi, plusieurs travaux se sont intéressés à l'état de santé et à la mortalité des populations migrantes au sein du continent européen.

Une étude d'Aldridge montre une augmentation significative du risque de mortalité par causes externes (SMR 1,28 ; IC95% 1,09-1,49). Toutefois, seuls les décès par agression et les décès d'intention indéterminée étaient augmentés significativement parmi les migrants en comparaison à la population générale. La mortalité suicidaire n'était pas significativement accrue dans cette population. Elle n'était cependant pas abaissée comme la plupart des causes de mortalité (hors infections), les migrants apparaissant en général en meilleure santé (34). En effet, les personnes migrantes récemment arrivées dans leur pays d'accueil présentent initialement des caractéristiques de santé positives qui ont tendance à se détériorer ou s'aggraver après l'immigration, c'est « *l'effet migrant en bonne santé* » (35, 36).

Deux revues de la littérature traitent des conduites suicidaires, et notamment du suicide, chez les migrants. Celle de Spallek et al publiée en 2015 ne retrouve aucun schéma généralisable de suicide chez les immigrants en Europe (37). La revue de Forte et al publiée en 2018 suggère que certaines populations migrantes présentent un risque plus élevé de comportement suicidaire que la population générale, ainsi qu'un risque plus élevé de décès par suicide (35).

Une étude conduite en 2011 dans neuf pays européens (Turquie, Suisse, Belgique, Finlande, Pays-Bas, Italie, Suède, Estonie et Allemagne) et Israël a comparé les fréquences de TS et de suicide chez les immigrants et leurs hôtes, entre les différents groupes d'immigrants, entre les immigrants et la population de leur pays d'origine (38). Environ la moitié des groupes d'immigrants étudiés avaient des taux de suicide significativement plus élevés par rapport à leurs hôtes (27 sur 56 groupes) ou équivalents (25 sur 56) et seulement 4 des 56 groupes avaient un taux de suicide significativement plus bas que celui de leurs hôtes. Par ailleurs, une corrélation positive a été constatée entre les taux de suicide des pays d'origine et des groupes d'immigrants. Ces tendances pourraient s'expliquer soit par une susceptibilité génétique, soit par l'influence durable de l'origine culturelle. Néanmoins, les quatre groupes d'immigrants (chilien, iranien, marocain et turc) ayant présenté des taux de suicide inférieurs à ceux de leurs hôtes avaient toutefois affiché des taux de mortalité par suicide plus élevés que ceux de leur pays d'origine. Ainsi, le processus d'immigration en soi et les difficultés liées aux différences culturelles pourraient expliquer les taux de suicide élevés dans ces sous-groupes.

Une autre étude, menée sur les données de l'OMS, a analysé la répartition selon le sexe des TS chez les personnes immigrées, d'Europe et hors Europe, et leurs hôtes en comparant les différents groupes de personnes immigrées, ainsi que les personnes immigrées et celles de leurs pays d'origine. Chez les migrants non européens, les femmes présentaient des taux de TS plus élevés que les européens, tant les hôtes que les migrants (39) (*Cf Tableau 1 des annexes*).

A. Au Royaume-Uni

Suicide :

Une étude de cohorte réalisée entre 2007 et 2014 a estimé le risque de mortalité de causes naturelles et non naturelles chez des personnes souffrant de maladies mentales graves⁴ en comparant des malades appartenant à cinq groupes ethniques différents. Elle conclut que certaines minorités ethniques (Afrique noire, Caraïbes noirs) ont une mortalité par causes non-naturelles (accidents ou par suicide) inférieure au groupe de référence (40).

Les travaux menés par Bhui et ses collaborateurs ont étudié l'influence de l'ethnicité sur les taux de suicide et les taux de mortalité standardisés, chez des personnes appartenant à quatre

⁴ Les maladies mentales graves étaient schizophrénies, troubles schizo-affectifs et troubles bipolaires.

groupes ethniques⁵, victimes de suicide, soit au cours d'une hospitalisation en service psychiatrique, soit dans les 12 mois après avoir été en contact avec des services de santé mentale en Angleterre et au Pays de Galles. Parmi les patients hospitalisés, les suicides sont plus fréquents chez les hommes « noirs africains » que chez les hommes « blancs britanniques ». Néanmoins, parmi les patientes hospitalisées, les suicides sont moins fréquents chez les femmes « noires des Caraïbes » et « d'Asie du Sud » que chez les femmes « britanniques blanches ». Concernant les patients non hospitalisés, les jeunes hommes « noirs d'Afrique et des Caraïbes » ainsi que les femmes sud-asiatiques présentent un risque plus élevé de suicide dans l'année qui suit leur contact avec les services de santé mentale par rapport au groupe de référence des hommes « blancs britanniques » (41, 42). Une analyse plus fine des facteurs démographiques et culturels serait souhaitable pour interpréter ces résultats. Par exemple, le groupe « Afrique Noire » peut comprendre des réfugiés ayant échappé à la persécution. En outre, des échantillons plus importants sur des périodes plus longues sont nécessaires pour obtenir des estimations plus valides, tenant compte des facteurs de confusion et des interactions entre les facteurs de risque (41).

Shah et son équipe ont eux aussi souligné des taux de suicide et ratios de mortalité standardisés (SMR) chez les hommes plus élevés dans tous les groupes sauf celui des hommes originaires de Chine. Néanmoins, le taux de suicide le plus élevé chez les femmes était dans le groupe originaire de Chine (43). Le faible statut et les rôles sociaux limités accordés aux femmes dans ces sociétés pourrait influencer leurs conduites suicidaires. Une étude ancienne, basée sur des registres répertoriant les suicides en Angleterre et au Pays de Galles de 1970 à 1978, a montré des SMR élevés chez les femmes d'origine indienne et est-africaine avec un excès de deux à trois fois plus élevé chez celles âgées de 15 à 34 ans (44).

Par ailleurs, Maynard et ses collaborateurs décrivent une tendance à la baisse des taux de suicide pour la plupart des groupes de migrants en comparaison aux personnes nées en Angleterre et au Pays de Galles (45). Les auteurs n'excluent pas la possibilité que la baisse des taux pour la plupart des groupes de migrant soit associée à une migration plus sélective de certains pays.

Tentative de suicide :

Crawford et ses collaborateurs ont examiné la prévalence des idées suicidaires, l'incidence des TS, ainsi que l'utilisation des services de santé après une TS dans des échantillons représentatifs

⁵ Les quatre plus grands groupes ethniques en Angleterre et au Pays de Galles : « Noirs des Caraïbes », « Noirs africains », « Sud-asiatiques » (Indiens, Pakistanais et Bangladais) et le groupe des « Blancs britanniques ».

de « Blancs, d'Irlandais, de Noirs des Caraïbes, de Bangladais, d'Indiens et de Pakistanais vivant en Angleterre » (46). Ils ont effectué une analyse secondaire des données de l'étude EMPIRIC (une enquête transversale portant sur 4281 participants âgés de 16 à 74 ans, vivant en Angleterre). Des niveaux plus faibles de TS au cours de la vie ont été signalés chez les hommes de tous les groupes ethniques et plus élevés chez les femmes indiennes et pakistanaises par rapport aux échantillons de Britanniques et d'Irlandais blancs. Les auteurs soulignent des différences dans le comportement de recherche d'aide, les participants issus de la migration ayant deux fois moins de chances d'obtenir des soins médicaux après une TS que les répondants britanniques et irlandais blancs. Par ailleurs, un des points forts de cette étude à relever, est que les entretiens ont été réalisés dans la langue maternelle des patients, ce qui limite probablement les biais liés à la distance culturelle entre le psychiatre et ses patients. Ces résultats sont cohérents avec ceux des études antérieures portant sur les femmes originaires d'Asie du Sud notamment (47, 48).

Nous savons qu'en population générale les taux féminins de TS sont globalement supérieurs aux taux masculins. Or, les études sus mentionnées suggèrent que les femmes migrantes sont encore plus à risque de TS, voire de suicide, que leurs homologues natives du pays d'accueil.

B. En France

En France, peu d'études ont analysé les conduites suicidaires des personnes migrantes. Il existe des différences importantes s'agissant de l'appréhension nationale des personnes migrantes, entre la France et le Royaume-Uni (49). En effet, les classifications en « groupes ethniques » sont très utilisées dans la recherche britannique tandis qu'en France le recours aux classifications est contesté. En conséquence, en termes de recherche, la France est plus focalisée sur les groupes de migrants en fonction de critères comme le statut légal par exemple. Ceci s'applique en raison du caractère laïque de la République française et de la solidarité et l'unicité protégées par la Constitution française (50). Il existe en France une certaine frilosité à l'utilisation de toute catégorisation de données ethniques par les institutions (49). La loi du 6 Janvier 1978 nommée « Loi informatique et Liberté » interdit le recueil de données fondées sur des considérations raciales, ethniques ou religieuses (51). Au contraire, le Royaume-Uni a une autre approche de la nation, liée d'une part historiquement aux réformes religieuses protestantes du XVIe siècle déclarant la « liberté de conscience » et d'autre part à l'Empire Britannique du XIXe siècle qui entretenait des rapports avec les pays du *Commonwealth* au cours du XXe siècle. Néanmoins, les politiques actuelles évoluent.

Tentative de suicide :

L'étude de van Leeuwen et ses collaborateurs menée chez des adolescents issus de l'immigration en France, a révélé que la prévalence des TS chez les jeunes femmes était deux fois plus élevée dans cet échantillon que les données nationales (52). Il s'agissait d'un échantillon d'adolescents, ce qui laisse penser que l'adolescence peut être une période de vulnérabilité chez les migrants. Nous évoquerons cette hypothèse plus en détails dans la partie III, D.

De même, dans une étude menée dans trois collèges de Nancy, les adolescents immigrants présentaient un risque d'idéation suicidaire et de TS deux fois plus élevé que leurs homologues nés en France (53). Les facteurs socio-économiques expliquaient 27 % des idées suicidaires et 40 % des TS. De plus, les difficultés scolaires, comportementales et de santé étaient à l'origine de 24 % des idées suicidaires. Toutefois, il s'agissait d'une étude transversale fondée sur des données auto-déclarées, dont les résultats sont à interpréter avec précaution.

C. En Suède

Suicide :

Il y a plus d'une vingtaine d'années, Johansson et son équipe avaient analysé l'influence de plusieurs facteurs dont la ville d'origine et la date d'immigration sur le taux de suicide⁶ grâce à un échantillon de population vivant en Suède (54). Dans cette étude, l'origine ethnique, définie par une « *naissance à l'étranger* », était un facteur de risque de suicide pour les hommes et les femmes avec des risques relatifs respectifs de 1,2 (IC95% 1,1-1,3) et 1,4 (IC95% 1,2-1,5), en tenant compte de l'âge et de l'état civil. Plus précisément, les risques relatifs de suicide les plus élevés en Suède sont apparus chez les hommes nés en Russie et en Finlande, ainsi que chez les femmes nées en Hongrie, en Russie, en Finlande et en Pologne. Ces résultats confirment ceux de l'étude de Ferrada-Noli et al. (1995) citée dans la revue systématique de Spallek qui montrait une surreprésentation significative du groupe de personnes immigrées d'origine finlandaise, dans les catégories de suicide (37). Il faut souligner que les taux de suicide dans ces pays étaient aussi relativement élevés.

Une cohorte suédoise de 4,4 millions d'individus âgés de 25 à 64 ans a été suivie entre 1994 et 1999, en ce qui concerne le suicide (55). Chez les hommes, le plus haut risque de suicide a été trouvé parmi ceux originaires de Finlande tandis que chez les femmes il a été constaté chez

⁶ Les suicides et les décès indéterminés, au cours de la période de suivi (1986-1989), ont été tirés du registre central des causes de décès.

celles originaires de Finlande, Pologne et d'Europe de l'Est, après ajustement en fonction de différents facteurs de confusion⁷. Notons qu'avec un taux de suicide deux fois plus élevé que celui des suédoises, les polonaises présentaient dans cette étude, le risque de suicide le plus élevé.

Tentative de suicide :

En 2012, une autre étude suédoise montre que les femmes immigrantes d'origine non européenne ont un risque significatif plus élevé de TS par rapport aux femmes nées en Suède avec un Odd Ratio de 3,5 (IC95% 2,6-4,7). En revanche, aucune association entre le statut d'immigré et les TS chez les hommes n'a été retrouvée (56). Ces différents résultats sont globalement en accord avec ceux présentées au préalable pour le Royaume-Uni.

D. Aux Pays-Bas

Suicide :

Aux Pays-Bas, quelques études ont évalué les comportements suicidaires chez les immigrants, en particulier chez les personnes originaires du Maroc, d'Asie du Sud-Suriname et de Turquie. L'étude de Burger révèle un faible risque de suicide chez les jeunes femmes turques et surinamaises (57). En outre, la revue systématique de Spallek cite l'étude de Garssen et al. (2006) qui a montré que la mortalité par suicide était nettement plus faible chez les turcs et les marocains que chez les néerlandais. Pour les auteurs, ces différences reflétaient, dans une certaine mesure, les tendances de la mortalité par suicide dans les pays et régions d'origine (37).

Tentative de suicide :

L'étude de Burger, mentionnée ci-dessus, et celle de van Bergen en 2010 mettent en évidence un risque élevé de TS chez les jeunes femmes turques et surinamaises âgées de 15 à 24 ans, ainsi qu'une faible incidence des TS chez les jeunes femmes marocaines (57, 58). Des explications sont suggérées par certains auteurs comme le processus de changement social conduisant à une plus grande émancipation des communautés marocaines, en ce qui concerne l'autonomie par exemple.

⁷ Ajustement en fonction de l'âge, de l'état matrimonial, du statut socio-économique et de l'hospitalisation pour troubles psychiatriques et addictions.

E. En Allemagne

Suicide :

Les travaux de Razum de 2004 ont comparé les taux de suicide chez les personnes d'origine turque vivant en Allemagne par rapport aux personnes nées en Allemagne (59). Les hommes turcs vivant en Allemagne avaient un taux de mortalité par suicide inférieur à celui des Allemands alors que les femmes turques vivant en Allemagne, elles, présentaient un taux de mortalité par suicide supérieur aux Allemandes. Pour expliquer ces résultats, Razum évoque le niveau élevé de cohésion sociale au sein de la communauté turque et les interdictions religieuses comme facteur de protection du suicide, ainsi que la présence de situations de conflit social ou culturel qui s'imposent de manière plus spécifique aux femmes.

Tentative de suicide :

Un taux particulièrement élevé de TS a été retrouvé chez les femmes âgées de 18 à 24 ans d'origine turque, de la deuxième génération, à Berlin (60). Le statut générationnel semble être un facteur à prendre en compte dans l'analyse du risque suicidaire des personnes migrantes (cf paragraphe III, partie D).

F. En Belgique

Suicide :

L'équipe de Bauwelinck a comparé la mortalité par suicide de trois des plus grands groupes de migrants (italiens, turcs et marocains) à celle de la population née en Belgique, en prenant en compte des variables socio-économiques (61). Les personnes d'origine marocaine et turque présentaient un risque de suicide plus faible que les Belges. Les restrictions religieuses pourraient décourager davantage les comportements suicidaires dans les groupes d'origines turque et marocaine que dans les groupes d'origines italienne et belge, en supposant implicitement que la majorité des personnes d'origine turque et marocaine était musulmane : l'Islam interdit strictement les comportements suicidaires. Les facteurs religieux devraient donc être recherchés dans l'étude du risque suicidaire chez les personnes migrantes. En outre, il faut souligner que la Belgique est un pays d'Europe aux taux de suicide relativement élevés ce qui pourrait aussi expliquer que les taux de suicide soient moindres chez les migrants (2).

G. En Suisse

Tentative de suicide :

L'étude OMS/EURO a comparé le taux de TS chez les immigrants turcs et les suisses. Les femmes turques avaient le taux de TS le plus élevé (646 / 100 000 contre 311 / 100 000 pour les hommes turcs et 172 / 100 000 pour les femmes suisses et 81 / 100 000 pour les hommes suisses) (62). Ces résultats semblent en adéquation avec ceux des études antérieures, réalisées dans d'autres pays du continent européen (39, 60).

Tableau 2. Synthèse du risque suicidaire en fonction du pays d'origine chez les femmes et les hommes migrants en Europe (35, 37, 63) (cf *Tableau 1 des annexes*).

Pays d'origine des migrants	Risque suicidaire dans le pays d'accueil			
	Élevé		Faible	
Européens	Europe du Nord ; Europe de l'Est		Europe du Sud ; Moyen-Orient	
Non Européens	Hommes originaires d'Afrique	Femmes originaires d'Afrique, Turquie, Asie	Hommes originaires d'Asie, de Turquie	Femmes originaires du Maroc

Au total :

Il semble exister un lien entre les taux de suicide et de TS des immigrants dans leur pays d'accueil et ceux de leur pays d'origine (35, 38, 54).

La littérature relative aux TS chez les immigrants suggère dans l'ensemble que les femmes immigrées non européennes sont plus exposées aux TS que leurs homologues natives des pays d'accueil (38, 39, 46-48, 56-58, 60, 62). L'étude des facteurs précipitants et des facteurs de risque de comportements suicidaires chez les femmes immigrantes éclaire diverses facettes de cette propension féminine, allant des disputes familiales et la violence domestique à l'oppression générale des femmes par leur famille et leur communauté (cf paragraphe « Conflits relationnels », III, B) (64, 65).

En outre, le risque de décès par suicide apparaît plus élevé chez les immigrants en Europe dans certaines des études présentées (41-44, 54, 55, 59). Néanmoins, plusieurs travaux montrent un

taux diminué, en général ou dans certains groupes ou sexe, de suicide (40-42, 45, 57, 59, 61) et de TS (38, 46, 57, 58).

D'une part, quelques études citées dans notre revue, montrent que certains sous-groupes d'immigrants d'origine européenne pourraient présenter un risque suicidaire élevé comme les personnes originaires d'Europe du Nord (Finlande) et de l'Est (Pologne, Russie, Hongrie) (35, 37, 54, 55). Notons que les taux de suicide étaient également élevés dans leur pays d'origine. Le risque suicidaire le plus faible a été observé dans les sous-groupes de personnes migrantes originaires de l'Europe du Sud et du Moyen-Orient (35).

D'autre part, chez les personnes immigrantes d'origine non européenne, le risque le plus élevé s'observe chez les hommes d'origine africaine et les femmes d'origine africaine, turque et asiatique, alors que le risque le plus faible concerne les hommes asiatiques et turcs (37, 59, 61) et les femmes marocaines (37, 57, 58). Concernant les jeunes femmes marocaines, une explication possible proposée par Pels (citée par Van Bergen) peut se trouver dans le processus de changement social conduisant à une plus grande émancipation des communautés marocaines en ce qui concerne l'autonomie par exemple (58).

Pour terminer, soulignons que toutes les études citées dans notre revue n'ont pas le même poids. Le niveau de preuve est faible pour la plupart. De plus, ce sont des études épidémiologiques en majorité, qui ne permettent donc pas de conclure à un lien de causalité entre la migration et les conduites suicidaires. Les OR et RR présentés ci-dessus témoignent de l'existence d'une association entre ces deux variables mais ne prouvent en aucun cas l'existence d'un lien de causalité. Ces résultats très contrastés ne permettent donc pas de conclure. Il est impossible de considérer les migrants comme un groupe homogène et de tirer des conclusions générales en ce qui concerne leur risque suicidaire. Cependant, des facteurs semblent influencer leur risque suicidaire. Nous allons à présent les étudier.

III. Facteurs de risque des conduites suicidaires dans les populations migrantes

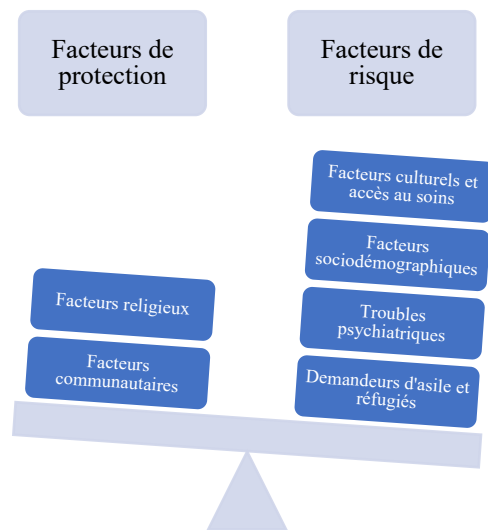


Figure 6. Facteurs pouvant influencer le risque de suicide chez les populations migrantes.

Le phénomène migratoire est un processus qui peut impacter l'individu en raison du vécu pré-migratoire (conditions de vie dans le pays d'origine) de la migration en elle-même, et enfin de la période post-migratoire (société d'accueil, intégration, etc.) (66). Détaillons à présent ces différents éléments, tout en gardant à l'esprit qu'il s'agit d'un chapitre d'hypothèses et de discussion puisque peu d'études scientifiques identifient clairement les facteurs de risque suicidaire dans ces populations.

A. Facteurs de risque liés au système de soins et à la société

1. Difficultés d'accès aux soins

a) Contexte de précarité et d'insécurité

En France, les procédures administratives d'obtention d'un titre de séjour sont compliquées pour les migrants qui arrivent sur le territoire. Il arrive fréquemment que ce « labyrinthe administratif » soit source de démoralisation. L'ouverture des droits à la santé n'est donc pas la priorité pour ces personnes (67). La précarité des conditions de vie est susceptible d'impacter lourdement la santé des personnes migrantes. Toutefois, le recours aux soins n'est pas à ce jour appréhendé comme une priorité. En effet, les besoins fondamentaux sont en premier lieu ciblés tels que manger, trouver un logement, se laver, etc. De plus, un facteur influant sur la qualité des soins demeure dans l'instabilité résidentielle. La précarité est également une entrave à l'accès à l'information et à la connaissance des différentes aides existantes. Il en résulte nécessairement des retards de prise en charge (67). S'agissant des personnes migrantes en

situation irrégulière, l'angoisse et la peur de l'interpellation par les services de police sont des facteurs de diminution des déplacements et par conséquent de recours aux soins (67, 68).

b) Barrière de la langue

La procédure diagnostique peut varier selon plusieurs facteurs culturels. Peu importe les symptômes ou le trouble psychiatrique sous-jacent, la psychiatrie est nécessairement tributaire de la dimension culturelle tant de la personne migrante que de celle du pays d'accueil. Le psychiatre doit être attentif, à la fois à la culture de son patient et à sa propre culture. Il doit avoir conscience que des biais liés à son appartenance culturelle personnelle peuvent s'immiscer en situation d'entretien clinique. Il est par exemple probable d'assimiler un trouble psychiatrique à une dimension culturelle (69). La question de la langue est aussi un point central. En principe, l'évaluation psychiatrique s'appuie sur la langue d'une part du psychiatre et d'autre part du patient et doit permettre un échange. En contexte transculturel, cette évaluation nécessite la collaboration avec un interprète (69). Les inégalités dans l'accès aux soins sont donc nécessairement creusées par les écarts linguistiques (70).

c) Interprétariat

Selon le CNRTL, un interprète est une « *personne qui traduit les paroles d'un orateur, ou le dialogue de deux ou plusieurs personnes ne parlant pas la même langue et qui leur sert d'intermédiaire* » (71). En résumé, l'interprète se concentre sur le discours alors que le traducteur travaille le texte. Ils n'ont pas la même contrainte temporelle : le caractère instantané n'est valable que pour l'interprétation.

(1) Les différentes modalités de collaborer avec l'interprète

En 1988, Westermeyer met en évidence plusieurs modalités de collaboration avec un interprète (Figure 7) :

- **Le modèle « en triangle »** : Ce modèle exige que le psychiatre s'exerce et donne lieu à six canaux de communication entre les trois participants, chacun amenant des informations utiles (69).
- **Le modèle de la « boîte noire »** : Avec ce modèle l'interprète opère comme un « décrypteur de mot », c'est-à-dire, un intermédiaire qui ne fait que transmettre des propos d'un individu à l'autre (69).
- **Le modèle du « clinicien junior »** : Dans ce modèle, l'interprète, « clinicien junior » questionne seul le patient, dans la limite de ses capacités et le psychiatre participe en

tant que « décideur ». Ce modèle peut s'appliquer seulement si l'interprète est familiarisé aux techniques d'entretien (69).

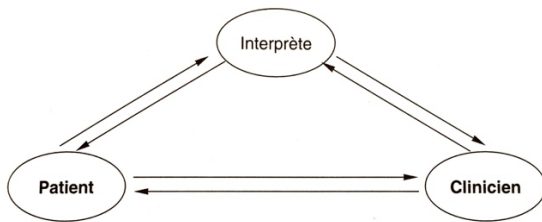


Figure 7.1. Modèle « en triangle » (69).

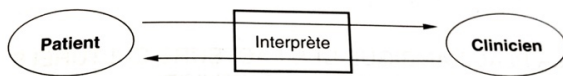


Figure 7.2. Modèle de la « boîte noire » (69).

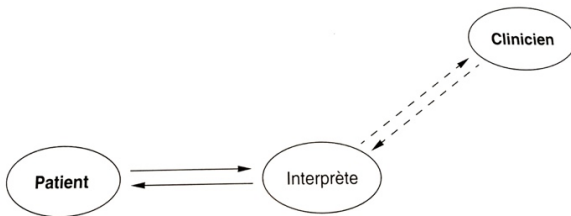


Figure 7.3. Modèle du « clinicien Junior » (69).

(2) *L'interprétariat et les difficultés pour y recourir en psychiatrie*

Une étude qualitative multicentrique française a récemment analysé les perceptions et les moyens des professionnels (soignants, travailleurs sociaux et interprètes) travaillant auprès de migrants en situation de précarité en région Rhône-Alpes. Il ressort de ce travail plusieurs obstacles à l'évaluation décrits par ces professionnels tels que le défaut d'accès à l'interprétariat notamment (72). En outre, la méconnaissance des dispositifs a été identifiée comme un obstacle majeur au recours à l'interprétariat. Les praticiens n'ont pas nécessairement accès ni même la connaissance des outils relatifs aux interprètes professionnels extérieurs aux établissements de soins, mais aussi aux dispositifs internes aux établissements (70). Par ailleurs, la relation thérapeutique est à l'évidence bouleversée par l'intervention d'une tierce personne, en l'espèce l'interprète (70). Dans ces conditions, il convient d'encadrer les consultations psychiatriques avec interprète. L'interprète n'est en principe doué que d'une compétence linguistique, ce qui n'implique pas automatiquement une compétence dans le domaine psychiatrique (secret, non-jugement, distance relationnelle entre le professionnel et le patient par exemple), laquelle suppose une formation préalable. De plus, les professionnels de la psychiatrie tirent une plus-

value du recours à un interprète qui apporte une synergie dans l'échange avec le patient. Cette collaboration avec un interprète ne pourra avoir lieu sans une sensibilisation des psychiatres également (73).

2. Obstacles à la communication

Un autre obstacle à la communication est la notion de « criminalisation » des conduites suicidaires dans certains pays (74). En outre, les différents groupes de migrants ne montrent pas les mêmes comportements en termes de recherche d'aide et d'utilisation des services de santé (66). Les obstacles décrits pour la recherche d'aide peuvent être à l'origine de comportements suicidaires. Plusieurs études qualitatives réalisées au Royaume-Uni et portant sur des femmes d'Asie du Sud ont évalué les obstacles à la recherche d'aide ou les expériences avec les prestataires de services. Les barrières linguistiques, le manque d'interprètes et la méconnaissance des services ont été cités comme des problèmes (64). En outre, la crainte de déclarations xénophobes (75, 76), d'être jugées, le manque de compréhension de la culture, la crainte que les problèmes de ces personnes migrantes ne soient pas bien compris et que de trop simples solutions soient proposées sans comprendre les complexités de leur expérience ont également été mentionnés pour expliquer les difficultés que rencontrent les femmes migrantes pour obtenir de l'aide dans des services qui ne sont pas adaptés à leur culture. D'autres obstacles à la recherche d'aide étaient le manque d'argent, le fait d'avoir de jeunes enfants, le manque de soutien de la part des parents ou le fait de n'avoir nulle part où aller (77).

Par ailleurs, la crainte que la famille soit informée et que la communauté découvre les problèmes a pu rendre des femmes migrantes incapables de faire confiance aux soignants et de demander de l'aide. De plus, l'idée que les femmes originaires d'Asie de l'Est doivent sacrifier leurs besoins pour leur famille entraîne une tendance à ignorer leurs symptômes. Ainsi la perception des besoins peut varier selon les cultures venant influencer la recherche d'aide. Par exemple, la honte ou encore la crainte des conséquences sociales d'un trouble vient jouer un rôle dans la demande d'aide par le biais de la stigmatisation interpersonnelle de l'individu (78).

B. Facteurs de risque liés à la communauté et aux relations

1. L'acculturation

Dans un premier temps, l'acculturation a été conceptualisée par Redfield, Linton et Herskovits en 1936, cité par Berry (79) : « *L'acculturation comprend les phénomènes qui se produisent lorsque des groupes d'individus ayant des cultures différentes entrent en contact direct et continu avec des changements ultérieurs dans les modèles culturels originaux de l'un ou l'autre*

ou des deux groupes ». L'acculturation est fonction tant de la personne immigrante que de composantes extérieures à elle-même.

a) L'approche unidimensionnelle de l'acculturation

En 1964, Gordon propose une approche unidimensionnelle pour décrire les changements culturels subis par les immigrants. A cet égard, l'acculturation est définie comme « *un processus linéaire dans lequel une identification amplifiée à la culture dominante entraîne inévitablement une identification moindre à la culture d'origine* » (80). Selon cette approche de l'acculturation, l'intégration de la personne immigrante se fait de manière unilatérale. Elle subit en effet un changement à sens unique la contraignant à se fondre dans la culture dominante de la société d'accueil. Il en résulte que l'immigrant en vient nécessairement à voir progressivement sa culture d'origine s'éroder (80). Par conséquent, cette approche unidimensionnelle a dû être repensée en ce qu'elle n'offrait pas la possibilité d'une intégration en dehors d'une assimilation à la culture dominante (81).

b) L'approche bidimensionnelle de l'acculturation

L'approche bi-dimensionnelle consiste à établir une dichotomie entre le degré d'identification de l'immigrant à sa culture d'origine (dimension 1) et la culture de sa société d'accueil (dimension 2). Au sein de cette même approche bidimensionnelle, Berry et ses collaborateurs, distinguent quatre orientations d'acculturation : l'intégration, l'assimilation, la séparation et la marginalisation (Figure 8) (79).

Modèle d'acculturation selon Berry		Dimension 1 : Est-il considéré comme utile de maintenir son identité et ses caractéristiques ?	
		Oui	Non
Dimension 2 : <i>Est-il jugé utile de maintenir les relations avec la société d'accueil en général ?</i>	Oui	Intégration	Assimilation
	Non	Séparation	Marginalisation

Figure 8. Modèle bidimensionnel d'acculturation selon Berry et al. en 1997 (79).

Intégration : Attitudes positives envers les deux cultures. L'individu conserve les aspects de sa culture d'origine, mais acquiert pour autant les usages de la culture actuelle de sa société

d'accueil. Cette conduite ne peut s'exécuter que dans des sociétés explicitement multiculturelles, fondées sur des valeurs d'acceptation de la diversité culturelle (52).

Assimilation : Attitudes positives envers la culture « dominante » et attitudes négatives envers la culture d'origine. L'individu ne souhaite pas conserver son identité culturelle d'origine, et acquiert pleinement les traits de la nouvelle culture de sa société d'accueil (52).

Séparation : Attitudes positives envers la culture d'origine et attitudes négatives envers la culture dominante de la société d'accueil. L'individu ne valorise que les aspects de sa culture d'origine, refusant l'intégration au sein de la culture de la société d'accueil (52).

Marginalisation : Attitudes négatives envers les deux cultures. L'individu ne conserve pas de traits de sa culture d'origine, pas plus qu'il ne s'identifie aux valeurs de la culture de la société d'accueil ; il reste à l'écart. Ce mode peut être caractérisé par un niveau élevé d'anxiété, un sentiment d'aliénation et une perte de contact avec les deux groupes (52).

c) L'approche individualiste par l'immigrant

En sus des deux approches ci-dessus décrites, une approche individualiste s'est ajoutée. Elle consiste en la préférence de s'identifier en tant qu'individu plutôt qu'en tant que membre d'un groupe et partant outre passe toute dichotomie entre culture d'origine et culture de la société d'accueil (80).

d) L'acculturation par des composantes extérieures

Différentes composantes extérieures à la seule volonté de l'immigrant sont autant de facteurs de l'acculturation et des dimensions qui en résultent (assimilation, intégration, séparation, marginalisation). Il peut par exemple s'agir des relations entre les immigrants et les communautés d'accueil dans un contexte multiculturel : (1) les orientations d'acculturation adoptées par les groupes d'immigrants dans la communauté d'accueil ; (2) les orientations d'acculturation adoptées par la communauté d'accueil à l'égard de groupes spécifiques d'immigrants ; (3) les résultats relationnels interpersonnels et intergroupes qui sont le produit de ces combinaisons d'orientations d'acculturation. Ces différentes composantes sont synthétisées dans un modèle interactif de l'acculturation (80).

On peut également évoquer la distinction entre « *minorités visibles* » et « *minorités invisibles* » qui a été conceptualisée dans un contexte nord-américain (82). En effet, le caractère visible d'une minorité s'apprécie en ce sens que son phénotype le distingue de la société majoritaire du pays d'accueil. Par exemple, au Canada, les migrants indiens, africains et antillais feraient

partie des communautés de minorités visibles (82). Les migrants qui ne sont pas manifestement différents de la population majoritaire sont « catégorisés » comme migrants du fait des distinctions de vêtements, de langue, d'accent ou de comportement (82). Il existe des différences d'intégration entre minorités visibles et invisibles. On a fait valoir que pour les groupes de minorités visibles, il est beaucoup plus difficile de s'assimiler. Quelle que soit leur appropriation des traits culturels de leur société d'accueil, ils continuent souvent à être stigmatisés comme « étrangers ». Inversement, les minorités invisibles peuvent être acceptées beaucoup plus facilement dans la société d'accueil, comme cela pourrait être le cas pour les migrants d'origine polonaise au Canada (82).

e) Acculturation et conduite suicidaire

Les recherches sur la relation entre conduite suicidaire et acculturation ont produit des résultats divergents. Plusieurs d'entre elles suggèrent que les facteurs d'acculturation sont des facteurs de risque de suicide culturellement importants chez les latino-américains et les asiatiques (83). Walker et ses collègues ont constaté que les idées suicidaires étaient associées à « une faible identité ethnique » chez les étudiants afro-américains et européens d'une grande université du Sud-Est des États-Unis (84). Dans une étude conduite chez 185 migrants d'origine turque vivant aux Pays-Bas, recrutés par le biais des médias sociaux et de la liaison avec les groupes communautaires, ceux qui participent à la culture du pays d'accueil ont un risque moins élevé de développer des idées suicidaires que ceux qui préfèrent maintenir leur culture ethnique, en particulier en présence de styles d'attachement moins sécuritaires (85). Selon les auteurs, il conviendrait de sensibiliser les professionnels de la santé mentale aux expériences d'acculturation en tant que facteurs de risque ou de protection contre les comportements suicidaires. Toutefois, les études citées précédemment font référence à une conception unidimensionnelle des processus d'acculturation, alors que les théories de l'acculturation ont évolué vers une approche multidimensionnelle. Peu d'études ont encore employé cette approche pour étudier les relations entre l'acculturation et les conduites suicidaires. Néanmoins, l'étude de van Leeuwen et ses collaborateurs, déjà présentée, a révélé un risque élevé d'idées suicidaires concernant l'individualisation du style d'acculturation, mais un risque réduit pour l'assimilation ainsi que la marginalisation chez les adolescentes issues de l'immigration en France (52). Les deux orientations d'acculturation qui ont des attitudes négatives envers leur culture d'origine en France seraient susceptibles de mieux s'intégrer et donc diminuer l'apparition d'idéation suicidaire. Par ailleurs, dans cette étude, plus de la moitié de l'échantillon

était d'origine européenne, avec un processus d'acculturation potentiellement différent pour ce groupe que pour ceux d'origine asiatique, par exemple.

f) Culture et suicide

(1) Signification culturelle du suicide

Le suicide a une composante sociale, laquelle a une signification tant personnelle que collective. Ces significations sont tributaires des différentes cultures et susceptibles d'influencer les comportements suicidaires, par exemple la forme, la signification et la fréquence du suicide : « *Il existe des croyances collectives implicites sur la signification, la permissivité et l'adéquation du comportement suicidaire susceptibles d'influencer les individus, qui s'appuient sur ces « scripts » culturels pour déterminer leur ligne de conduite et donner à leur acte suicidaire une signification et une légitimité publiques* » (86). L'étude des différentes significations culturelles du suicide peut se heurter à celle de l'appréhension desdites significations d'une part par le chercheur et d'autre part par l'individu objet de l'étude. A cet égard, selon Boldt et Douglas : « *La plupart des participants à une culture ne connaissent pas les philosophies qui sous-tendent la signification du suicide. Ils se réfèrent à la signification du suicide de manière réflexive plutôt que réfléchie. Ils sont conditionnés à se conformer sans réfléchir aux normes et aux attentes de la société* » (87).

Walker et ses collaborateurs, déjà cités, ont examiné les croyances et les attributions non-sachantes des Afro-Américains à l'égard du suicide (84). Ils ont administré à 251 étudiants de premier cycle universitaire l'échelle des attitudes face au suicide, les questionnaires d'orientation sur la propriété de la vie, sur la stigmatisation et sur les idées suicidaires. La stigmatisation associée au suicide était comparable d'un groupe ethnique à l'autre. Toutefois, les étudiants afro-américains n'attribuaient pas le déterminisme des conduites suicidaires à des problèmes interpersonnels. Ils considéraient plus fréquemment que « *la personne ou le gouvernement sont responsables de la vie* » et que « *Dieu est responsable de la vie* ». Ces résultats ont des implications importantes pour analyser le risque de suicide au sein de ces populations, ainsi que pour le déploiement d'interventions culturellement adaptées.

Pour terminer, un exemple de « suicide culturel » est la pratique hindoue du « Sati ». Depuis plusieurs siècles, le Sati est un acte rituel de suicide dans lequel les veuves s'immolent sur le bûcher funéraire de leur mari. Bien qu'illégal, il continue à être pratiqué dans certaines régions du sous-continent indien (88). Il n'est pas démontré de lien causal entre la pratique du Sati et

les troubles psychiatriques chez son auteur (89). Le Sati n'est pas un acte religieux : il semble plutôt lié à des facteurs sociaux, de genre et culturels (89).

(2) *Motif du suicide et culture*

D'après Chu et ses collaborateurs, les motifs de suicide diffèrent selon la culture (83). Ils parviennent à un modèle expérimental de six significations culturelles via les motifs de suicides : perceptions intrapersonnelles ; émotions intrapersonnelles ; comportements intrapersonnels ; relations interpersonnelles ; santé mentale et/ou médicale ; environnement externe. Les Latino-Américains seraient plus enclins à se suicider pour des causes externes, environnementales ou interpersonnelles, tandis que les conduites suicidaires des caucasiens seraient d'avantage liées à des problématiques intrapersonnelles telles que le sentiment de désespoir. De telles conclusions concernant les différences ethniques dans les motifs culturels du suicide ont également des implications pour les efforts de prévention du suicide au niveau communautaire.

(3) *Méthode de suicide selon les pays*

A ce jour, bien que nous manquions de données récentes, il est clair que les méthodes de suicide employées varient selon les pays et les cultures. De plus, aucune étude ne compare les méthodes de suicide des personnes migrantes dans leurs pays d'accueil et d'origine.

L'ingestion de pesticides ainsi que la pendaison étaient les deux méthodes de suicide les plus utilisées dans le monde en 2004 (90). Ces travaux sont confirmés par le rapport de l'OMS de 2014, qui précise que l'ingestion de pesticides est l'une des méthodes de suicide les plus communes dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI), particulièrement dans les zones rurales où les habitants travaillent dans l'agriculture (2, 90). Soulignons une diminution des suicides par ingestion de pesticides ces dernières années, en grande partie liée à une réduction du taux de suicide global en Chine (91). L'Asie, en tant que plus grand continent du monde, est responsable de près de 60 % des suicides dans le monde. D'après la revue de Chang portant sur 42 articles et 17 pays d'Asie, la pendaison et l'ingestion de pesticides représentent également les méthodes de suicide dominantes en Asie (92, 93, 94). Les suicides par intoxication au monoxyde de carbone résultant de la combustion de charbon de bois ont augmenté significativement dans certains pays d'Asie de l'Est et du Sud-Est (Hong Kong, Taiwan, Japon, République de Corée et Singapour) au cours de la première décennie du XXI^e siècle (93). En outre, dans les zones très urbanisées comme Hong Kong et Singapour, où une majorité de la population vit dans des immeubles de grande hauteur, se jeter dans le vide constitue une méthode de suicide habituelle (90).

Aux États-Unis, la pendaison était la méthode de suicide la plus courante parmi les américains des Iles Asiatiques du Pacifique, tandis que les suicides par arme à feu étaient les plus fréquents parmi les Américains « blancs » (95). Enfin, Värnik et son équipe ont réalisé une cohorte pour évaluer les méthodes de suicide sur un vaste échantillon de population européenne décédée entre 2000 et 2005, dans 16 pays différents. D'après cette étude, la pendaison apparaissait comme la méthode de suicide la plus courante que ce soit chez les hommes (54,3 %) ou chez les femmes (35,6 %) (96). Des résultats similaires ont été mis en évidence en Pologne (97).

Une approche exploratoire comparant les méthodes suicidaires des personnes migrantes au sein de leur pays d'accueil et celles des personnes vivant dans leur pays d'origine pourrait améliorer les stratégies de prévention du suicide chez les migrants. Il est crucial de travailler avec les médias et les décideurs politiques pour limiter les descriptions des nouvelles méthodes de suicide et les informations techniques sur la manière de les utiliser et l'accès aux moyens létaux (93).

2. Conflits relationnels

A la lumière des éléments exposés préalablement, en Europe, les personnes migrantes et particulièrement les femmes jeunes apparaissent plus à risque d'acte suicidaire que leurs homologues natives du pays d'accueil. Plusieurs études ont examiné les raisons possibles de ces taux élevés, notamment chez les femmes. Les conflits relationnels sont cités de façon répétée dans les différentes études de la revue systématique de Montesinos et al. (64).

a) Violence domestique

Le suicide a douze fois plus de probabilités d'être tenté par une jeune fille ou une femme ayant été maltraitée que par une autre qui ne l'a pas été (98). Malheureusement, la violence domestique (physique, sexuelle, émotionnelle) correspond à un problème mondial important et à une question de santé publique majeure. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être maltraitées par leur partenaire ou d'autres membres de la famille (98). Or, les femmes immigrantes du monde entier semblent courir un risque plus élevé de subir des violences de leur partenaire que les femmes non immigrantes (99). D'après l'étude de Raj et Silverman en 2003, citée par Montesinos, les femmes immigrantes sont victimes d'inégalités sociales en raison de la combinaison de leur sexe, de leur classe sociale, de leur nationalité et de leur appartenance ethnique (64). De plus, le statut juridique des femmes immigrantes victimes de violence domestique est apparu comme facteur important de leur vulnérabilité suicidaire selon Chantler et al. (2001) (64). Si une femme immigré en épousant un résident permanent, les pays

européens ont pour la plupart fixé un délai spécifique pendant lequel elle doit rester mariée pour conserver son statut juridique. Ainsi, de nombreuses femmes peuvent craindre d'être expulsées si elles dénoncent la violence, restent avec leur mari violent et présentent potentiellement des velléités suicidaires. Les causes perçues des TS dans un échantillon de 180 femmes d'origine sud-asiatique résidant à Londres comprenaient la violence domestique dans 92 % des cas (100). Ces résultats sont confirmés par ceux de Van Bergen en 2010 (58) déjà cités. Au total, il existe un risque plus élevé d'être victime de violence chez les femmes issues de l'immigration ce qui semble participer à les rendre particulièrement vulnérables aux comportements suicidaires.

b) Problèmes familiaux et conjugaux

Une série de discussions de groupe avec des femmes sud-asiatiques britanniques a permis de récolter les appréciations de la communauté sur les raisons perçues de leurs TS (77). Au cours de l'enquête, les problèmes conjugaux ont été considérés comme les causes principales des TS avec l'isolement social. Le mariage arrangé a aussi été indiqué comme un facteur de risque de comportement suicidaire. De plus, les couples nouvellement mariés, même au Royaume-Uni, partagent la maison de la famille du marié en ayant peu d'espace à eux. L'attente culturelle est alors que la mariée fasse « *tous les compromis* », ce qui peut contribuer aux idéations suicidaires de cette dernière. Le fait de déménager dans un pays étranger et de vivre dans une situation familiale hostile peuvent amener les femmes à éprouver un sentiment « *d'enfermement* » et de désespoir quant à leur avenir (101). Dans les communautés immigrantes d'Asie et du Moyen-Orient, la violence due à un conflit entre les valeurs traditionnelles et modernes du couple peut augmenter le risque de suicide chez ces femmes immigrantes (64, 65).

Ces études suggèrent que ces différents phénomènes pourraient être à l'origine de l'élévation du risque de suicide, mais les preuves ne découlent que d'une poignée d'études et principalement dans les communautés asiatiques. En outre, bien que les participantes à ces études aient été capables d'identifier des problèmes aggravant la détresse des femmes sud-asiatiques vivant au Royaume-Uni principalement, il est possible que ces facteurs ne contribuent pas réellement aux TS. Ces données sont pour la plupart issues d'échantillon de taille restreinte et non aléatoire, ce qui limite ces conclusions et interprétations à un niveau suggestif et exploratoire qui doit être corroboré par d'autres études (64).

c) L'honneur familial et la pression sociale

Les pressions sociales, économiques et culturelles systématiques seraient plus susceptibles d'affecter les femmes que les hommes. En effet, selon l'étude d'un groupe de femmes asiatiques

vivant au Royaume-Uni, les principaux thèmes abordés ont été l'importance de « l'izzat » (l'honneur en hindou) et le pouvoir de la communauté qui conduit à l'oppression en son sein. Les participantes ont déclaré que « l'izzat » pouvait être utilisé à mauvais escient, pour entériner le rôle des femmes dans la vie familiale, généralement pour « *contraindre les femmes à garder le silence sur leurs problèmes* ». De fait, le fardeau de « l'izzat » d'une famille est inégalement placé sur les femmes, ce qui rend difficile la réalisation d'attentes élevées. Le concept « d'izzat » est également relié au sentiment de concurrence qu'il engendre entre les familles, chacune étant en rivalité « *pour le statut et le prestige dans la communauté* » (102). Notons que l'honneur de la famille joue également un rôle particulièrement important dans la culture turque. Le « namus » (honneur en turc) de la famille est en particulier défendu par ses membres féminins et, par conséquent, les femmes de la famille sont soumises à une surveillance et à un contrôle particulier (103).

De plus, selon Daure et Reveyrand-Coulon, un poids considérable pèse sur les épaules des personnes migrantes : « *L'espoir familial qui se focalise sur la personne migrante mandatée par sa famille pour réussir : la rendant responsable de l'avenir de sa famille* » (104). La migration s'accompagne généralement d'un sentiment « *de dette financière et affective* », la famille pouvant vendre des biens pour qu'un de ses membres puisse s'expatrier. Par conséquent, de nombreuses femmes développent un fort sentiment de responsabilité pour maintenir la famille intacte de la violence domestique et souffrent en silence. L'honneur peut donc être un facteur de violence, mais aussi représenter un obstacle à la recherche d'aide. L'isolement social et le manque d'autonomie des femmes migrantes résultent la plupart du temps des problématiques soulignées ci-dessus. Toutefois, il faut garder à l'esprit que ces données sont issues d'études anciennes, peu valides sur un plan méthodologique.

C. Difficultés pré-migratoires, migratoires et post-migratoires

1. Traumatisme pré-migratoire et migratoire ; Trouble Stress Post-Traumatique

a) Chez les migrants non réfugiés

Les facteurs de risque pour la santé mentale au stade de la pré-migration sont liés aux conditions de vie dans le pays d'origine et peuvent inclure la violence, la guerre et la torture ; ceux de la phase de migration peuvent inclure la durée du processus migratoire et les expériences de violence par exemple (66). Soulignons qu'à ce jour, peu de travaux portent sur les traumatismes pré-migratoires et migratoires des personnes migrantes non réfugiées. L'essentiel de la

littérature sur les traumatismes est centré sur les personnes réfugiées. Ainsi, une revue systématique de 35 études et méta-analyse portant sur les taux de prévalence de la dépression, de l'anxiété et du trouble stress post-traumatique (TSPT) chez les réfugiés et les travailleurs migrants n'a pas pu calculer le taux de prévalence du TSPT chez les migrants non réfugiés, en raison du faible nombre d'études dans cette population (105). Une étude française récente montre que 1 % des migrants souffrent de TSPT (106). Ce faible pourcentage semble représentatif du fait que les migrants non réfugiés décident de quitter leur pays, non pas à cause d'une menace directe (comme cela peut être le cas pour les réfugiés) mais en vue d'améliorer leur vie. Dans ce contexte, il y a moins de risque qu'ils soient exposés à des traumatismes. Ces données nécessitent toutefois d'être confirmées par d'autres études (cf *Tableau 2 des annexes*).

b) Chez les migrants réfugiés

Les réfugiés pour leur part n'ont pas choisi de quitter leur pays. Au contraire, ils ont été contraints de fuir des conflits armés et/ou la persécution dans leur pays. Ces personnes réfugiées ayant potentiellement été exposées à des événements traumatisants, nous pouvons faire l'hypothèse d'un pourcentage plus élevé de TSPT chez ces dernières, en comparaison aux migrants non réfugiés. Plusieurs études confirment cette hypothèse. Par exemple, parmi 1413 participants, le trouble le plus fréquent était le TSPT (51,4 %) (107). Une méta-analyse retrouve un taux de prévalence combiné de 36% concernant le TSPT chez les réfugiés (105). Une étude a porté sur 6743 réfugiés, réinstallés dans des pays occidentaux, non sélectionnés. Elle rassemblait 20 enquêtes psychiatriques, entreprises dans sept pays différents (Australie, Canada, Italie, Nouvelle-Zélande, Norvège, Royaume-Uni, États-Unis), fondées sur des entretiens avec des populations de réfugiés et comprenant des diagnostics actuels de TSPT, de dépression caractérisée, de troubles psychotiques ou de trouble d'anxiété généralisée. Elle a montré qu'environ 9 % des réfugiés souffraient de TSPT (108).

Plusieurs études menées auprès de diverses populations touchées par la guerre, répertoriées dans les travaux de Steel et al. en 2005, montrent que la prévalence du TSPT varie de 15 % chez les réfugiés cambodgiens à 37 % chez les Algériens exposés à la guerre (109). En outre, une étude de De Jong (citée par Steel), menée en 2000 en Sierra Leone, pays ravagé par la guerre, a enregistré un taux du TSPT de 99%. Le taux moyen de prévalence du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) dans ces études était de 25 % (109-113). Ces différents résultats présentent certaines limites comme le fait de ne pas avoir utilisé d'entretiens cliniques structurés. Soulignons aussi qu'il s'agissait de données auto-déclarées à propos d'événements

passés soumises au biais de mémorisation. De plus, ils n'ont pas précisé le nombre de personnes interrogées traitées avec succès avant l'étude.

Sur un échantillon de 16 905 personnes venues réaliser un bilan au Comède⁸ entre 2007 et 2016, 2 668 présentaient des troubles psychiques graves (114). On observait principalement des syndromes psycho-traumatiques soit 60 % des patients, chez les demandeurs d'asile (64%), les victimes de torture (64%) et/ou de violence liée au genre (65%), chez les Guinéens (68%) et plus encore les Sri-Lankais (83%). La prévalence du SSPT chez les réfugiés de Syrie réinstallés en Suède a été étudiée dans un échantillon aléatoire de 1215 personnes, âgées de 18 à 64 ans, qui ont obtenu le droit de résidence en Suède pour des raisons d'asile entre 2011 et 2013 (115). Elle était de 29,9 % (IC95% 27,2 %-32,6 %). Soulignons le taux de non réponse important dans cette étude, la prudence est donc de mise pour l'interprétation de ces résultats (*Cf Tableau 3 des annexes*).

2. Difficultés post-migratoires : Société d'accueil, discrimination et isolement

a) Société d'accueil

Selon Daure et Reveyrand-Coulon, les migrants ne sont pas réellement accueillis mais préférablement « *placés sur le lit de Procuste* » (104). En effet, dans la mythologie grecque, un brigand nommé Procuste offrait l'hospitalité aux promeneurs sur le chemin d'Athènes. A la suite d'un délicieux repas, il les ligotait sur un lit. Lorsqu'ils étaient trop grands, il découpait ce qui dépassait et s'ils étaient trop petits, il les étirait jusqu'à ce qu'ils atteignent la dimension du lit. Cette légende illustre la soumission de l'autre à ses exigences et le sacrifice de ce qui le constitue (104). De fait, les populations migrantes peuvent être confrontées à l'hostilité de la population d'accueil, laquelle se matérialise souvent par des politiques d'accueil contraignantes. A l'époque, Freud parlait du « *narcissisme des petites différences* » (116). Ce concept fut repris par Devereux en 1980, expliquant que ce « *narcissisme des petites différences* » nous « *pousse à interpréter les croyances et les pratiques non familières comme les critiques des siennes propres et fait qu'on réagit négativement* » (117). Dans ce contexte, la notion de société individualiste et collectiviste s'est beaucoup développée. Une société individualiste est une société où les liens entre les individus sont relativement lâches. Chacun

⁸ Comède : le Comité pour la santé des exilés est une association française de soutien aux migrants créée en 1979 (www.comede.org).

est censé prendre soin de lui-même et de sa famille, tandis qu'au sein d'une société collectiviste, les individus sont intégrés dès leur naissance dans des groupes très soudés, notamment au sein de la parenté et de la famille, qui, tout au long de leur vie, continuent à les protéger et à exiger une loyauté sans faille (118). Selon Bhugra, il est probable qu'un individu issu d'une société collectiviste migrant vers une société individualiste soit confronté à différents types de stress et que ses liens sociaux soient modifiés. Il affirme également que les personnes issues de société individualiste arrivant dans les cultures collectivistes cèdent moins aux normes de groupe que les personnes issues de sociétés collectivistes nouvellement arrivées dans les cultures individualistes (118).

b) Discrimination

Les personnes migrantes peuvent être victimes d'expériences d'inégalité, d'exclusion sociale et de discrimination (119). Plusieurs études lient le risque de conduites suicidaires à la discrimination perçue (75, 83, 120). Par exemple, la discrimination perçue dans le domaine des soins de santé est plus importante aux États-Unis pour les Afro-Américains que pour les Mexicains et autres Latins. L'identification culturelle autochtone et un niveau d'éducation plus élevé augmentent le niveau de discrimination perçue. Les difficultés économiques, la faible classe sociale et le fait d'être né dans un pays à faible revenu augmentent également le niveau de discrimination perçue par les migrants. Des niveaux élevés de cohésion familiale modèrent l'effet de la discrimination perçue sur la présence de symptômes dépressifs, comme cela a été observé chez les femmes migrantes à Taiwan (121). Chez les demandeurs d'asile irakiens, une relation significative existe entre les problèmes de vie post-migration, notamment la discrimination, et la psychopathologie (122). Notons que peu de travaux étudient l'impact de la discrimination chez les migrants demandeurs d'asile ou réfugiés.

c) Sentiment d'isolement

La séparation familiale est un fait quasiment inéluctable au cours de la migration (69). Le fait d'être et de se sentir socialement isolé après l'immigration ressort dans plusieurs travaux cités par la revue systématique de Montesinos. Le fait d'avoir perdu le contact avec des parents à l'étranger est un autre type de facteur de stress liés à la migration (64, 65).

D. Facteurs de risque individuels

1. Age : Adolescence

L'adolescence est une période de vie de grande vulnérabilité (63). Outre les défis du développement habituels de l'adolescence, les jeunes immigrants traversent des expériences

particulières, liées à la migration (123). Plusieurs travaux se sont particulièrement intéressés aux comportements suicidaires chez les adolescents immigrants. En effet, les adolescents immigrants présentent un risque d'idéation suicidaire supérieur aux adolescents nés dans le pays d'accueil. Par exemple, une augmentation du taux d'idées suicidaires est retrouvée chez les adolescents turcs à Utrecht aux Pays-Bas (124). Les adolescents turcs ayant des idées suicidaires n'aimaient pas « être à la maison avec leur famille ». Les facteurs psychologiques et, plus spécifiquement, le manque d'estime de soi, l'idée de ne pas réussir dans la vie ainsi qu'un sentiment de solitude s'avéraient importants. De même, dans l'étude de Chau, menée dans trois collèges de Nancy, présentée au préalable, les adolescents immigrants présentaient un risque d'idéation suicidaire et de TS deux fois plus élevé que leurs homologues nés en France (53). En outre, dans l'étude déjà citée de van Leuween et collaborateurs, menée chez des adolescents issus de l'immigration en France, la prévalence des TS chez les jeunes femmes était deux fois plus élevée dans cet échantillon que les données nationales (52). Probablement en raison de phénomènes que nous avons déjà mentionnés tels que les conflits relationnels notamment. Cette augmentation du risque de TS chez les adolescents issus de l'immigration est retrouvée en Allemagne (125) et en Suisse (62). Concernant le risque de suicide, une étude menée chez les rapatriés allemands de l'ancienne Union soviétique montre que les hommes ayant migré entre l'âge de 11 ans et de 20 ans couraient un risque fortement accru de se suicider (SMR 3,8) ou de mourir en raison d'événements d'intention indéterminée (SMR 14,8) (126).

Ainsi, les adolescents immigrants semblent particulièrement à risque de comportement suicidaire. Néanmoins, des travaux hors Europe plaident en faveur d'un risque suicidaire plus faible chez ces adolescents. Par exemple, au Canada, le taux de suicide augmentait avec l'âge chez les immigrants, tandis que ce phénomène était « plus jeune » chez les personnes nées au Canada (127). L'étude de Greenfield, citée dans les travaux de Ratkowska (63), a également montré que les adolescents immigrants canadiens aux États-Unis présentaient des taux de suicide inférieurs à ceux de leurs pairs américains.

Il demeure donc des incertitudes quant au risque suicidaire des adolescents immigrants. Notons à ce sujet que la durée de résidence est un facteur important dans le comportement suicidaire des adolescents immigrés à Hong Kong (128). Plus précisément, les niveaux de conduites suicidaires des adolescents immigrés à Hong-Kong depuis moins de 10 ans étaient beaucoup plus faibles que ceux de leurs homologues nés localement, tandis que ceux des immigrés à Hong-Kong depuis 10 ans ou plus étaient beaucoup plus élevés. Les niveaux élevés de suicide chez les migrants vivant à Hong-Kong depuis 10 ans ou plus, pouvaient indiquer des problèmes

d'intégration. Une autre explication serait le fait que ces adolescents ont des problèmes familiaux, des relations difficiles avec leurs parents ou considèrent leurs pairs comme hostiles (35, 129). En dehors de la durée de séjour, les taux variables entre les études pourraient découler du statut générationnel des adolescents. Par exemple, les enfants d'immigrants, donc migrants de deuxième génération, atteignent généralement des niveaux d'acculturation et d'éducation bien plus élevés que ceux de leurs parents, ce qui contribue aux conflits intergénérationnels et diminue la compréhension et la proximité entre parents et enfants (124). Enfin, la séparation avec un ou les deux parents peut également conduire à des comportements suicidaires. Les adolescents coréens immigrés aux États-Unis sans leurs parents (aucun des deux) ont fait état d'un taux d'idées suicidaires presque deux fois plus élevé que celui des autres immigrés, d'un taux élevé de symptômes dépressifs et d'un risque de suicide (129). Le fait de vivre avec les deux parents était un facteur de protection, probablement en raison du soutien familial, ainsi que d'un sentiment de stabilité et de sécurité.

2. Statut de génération

En Suède et aux Pays-Bas, les études des équipes de Hjern (2002) et de Ho, Bos et Kunst (2007) citées par Spallek, mettent en évidence des taux de suicide plus élevés chez les immigrants de deuxième génération par rapport à ceux de la première génération (37). Ces résultats sont consolidés par ceux d'une cohorte menée aux États-Unis dans laquelle les taux de TS étaient deux à trois fois plus élevés chez des adolescents d'origine latino-hispanique de deuxième génération (OR 2,9 ; IC 95% 1,3-6,1) et troisième génération (OR 3,6 ; IC 95% 1,5-8,3) en comparaison des immigrants de première génération (130). Plusieurs revues de la littérature retrouvent des résultats similaires (63, 131, 132). En outre, il est retrouvé un risque plus élevé d'idéation suicidaire chez les migrants de deuxième génération par rapport à la première (46). Dans une étude prospective menée pendant sept ans en Suisse, dans une unité d'urgence, 35,7 % des 70 immigrants turcs ayant fait une TS étaient des immigrants de première génération et 64,3 % deuxième génération (133). Enfin, l'étude de Bauwelinck et collaborateurs déjà citée plaide en faveur d'un risque de mortalité par suicide augmentant avec le statut générationnel des migrants en Belgique (61).

Ainsi, les enfants immigrés de la deuxième génération présentent généralement un risque plus élevé de comportement suicidaire que la première génération (63). Un des facteurs explicatifs les plus probables pourrait être l'acculturation ou encore la perte d'identité. Les Anglo-Saxons ont appelé « *Third Culture Kids* » ou « *TCK* » les enfants de parents migrants nés ou ayant grandi dans le pays d'accueil (104). Comme le précisent Daure et Reveyrand-Coulon, « *ce*

concept souligne un décalage entre le vécu de ces jeunes au sein de la maison et leurs expériences à l'extérieur, ce qui les inscrit enfants de troisième culture. Dans ces conditions, il ne s'agit plus d'un enfant algérien par exemple, ou bien français puisque né en France, mais d'un enfant d'une troisième culture franco-algérien ». Pour Bhugra, les différences générationnelles sont fascinantes dans la mesure où « la première génération peut être encline à faire plus d'efforts tout en subissant plus de stress, tandis que la jeune génération peut être confrontée aux problèmes d'adaptation dans des environnements biculturels et donc à un ensemble de problèmes complètement différents tels que le conflit culturel » (119).

3. Pathologies mentales

a) Impact du statut de migrant non réfugié et de réfugié sur « le fardeau de la santé mentale »

La prévalence des troubles mentaux chez les migrants varie considérablement en fonction de la population étudiée et de la méthodologie d'évaluation (134). Depuis de nombreuses années les chercheurs se sont intéressés à la relation entre les phénomènes migratoires et les troubles psychiatriques. Toutefois, il n'existe pas de consensus quant à la présence de troubles psychiatriques spécifiques chez les migrants. En raison de la complexité des facteurs affectant la santé mentale, de leurs interactions et du fait que tous les migrants ne sont pas exposés aux mêmes facteurs de risque, la variation au sein de cette population est élevée et il est difficile de tirer des conclusions généralisées sur la prévalence des troubles mentaux. Certaines études de qualité montrent une prévalence plus faible des troubles mentaux (134) tandis que d'autres affirment le contraire ; d'autres n'observent pas de différence.

b) Troubles affectifs et anxieux

(1) Chez les migrants non réfugiés

On dispose de plusieurs travaux concernant les troubles affectifs et anxieux chez les personnes migrantes. En 2002, l'étude d'un échantillon aléatoire de 153 migrants italiens vivant en France (77 hommes et 76 femmes) a montré 18 % de dépression et 16 % de troubles anxieux (135). Dans une revue systématique déjà citée, les taux de prévalence de la dépression (20 %) et de l'anxiété (21 %) étaient identiques chez les travailleurs migrants et dans la population allemande (105). En outre, un produit national brut (PNB) plus élevé (supérieur à 20 000 \$) dans le pays d'accueil était lié à une présence plus faible de symptômes de dépression et/ou d'anxiété chez les travailleurs migrants. De meilleures conditions économiques dans le pays d'accueil semblent être liées à une meilleure santé mentale chez les travailleurs migrants. En

effet, le PNB peut indiquer les opportunités économiques et la possibilité de trouver des emplois rémunérés (105). Les personnes migrantes auto-sélectionnées peuvent être en meilleure santé mentale que les personnes natives du pays, ce qui est considéré comme « *l'effet de l'immigration de travail en bonne santé* » déjà cité (35, 36, 135).

Une étude de cohorte en population générale allemande a comparé la population migrante, composée de personnes d'origine polonaise et turque essentiellement, aux personnes non migrantes en termes de santé mentale et d'idéation suicidaire (14 943 participants dont 3 525 migrants) (82). Le taux de prévalence de dépression chez les migrants turcs de première génération s'élevait à 21,6 %. Les migrants de première génération, en particulier d'origine turque, ont fait état d'une plus grande détresse que la population d'accueil, tandis que la santé mentale des migrants de deuxième génération n'a pas différé pas de celle des allemands. Ces variations entre générations peuvent s'expliquer par des différences démographiques et sociales considérables. En effet, dans cet échantillon, les migrants de la première génération étaient plus jeunes et présentaient des revenus et un statut socio-économique plus faibles que les migrants de la deuxième génération. Enfin, une des limites notables d'un point de vue méthodologique était que l'échantillon était uniquement composé de participants migrants germanophones.

En France, les personnes migrantes seraient plus à risque de développer des troubles mentaux et la prévalence de ces troubles pourrait varier selon le statut générationnel des migrants (106). La prévalence des épisodes dépressifs caractérisés et des troubles bipolaires est importante chez les primo-arrivants, puis diminue au fil des générations. Néanmoins, l'évolution des troubles anxieux et des troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress, en fonction des générations est hétérogène. Par exemple, la prévalence du trouble anxieux généralisé (TAG), de la phobie sociale, du trouble panique, de l'agoraphobie s'élève au fil des générations, alors que celle du TSPT a tendance à décroître progressivement pour atteindre une fréquence proche de la population non migrante à la troisième génération. Les auteurs relèvent plusieurs limites, notamment le fait que les évaluations aient été réalisées en français ou encore que les tests comme le « *Mini International Neuropsychiatric Interview* » (MINI) ne soient pas adaptés aux situations transculturelles.

(2) Chez les migrants réfugiés

Dans une revue systématique déjà citée, les taux de prévalence étaient accrus chez les réfugiés pour la dépression (44 %) et l'anxiété (40 %) (105). Notons que, chez les réfugiés, il n'existait pas d'association entre le PNB du pays d'accueil et la dépression et/ou l'anxiété. Cela pourrait être dû au fait que les réfugiés peuvent avoir souffert d'un stress important dans leur pays

d'émigration (exposition à la guerre et/ou à la violence) avant leur migration. De plus, le PNB des pays d'immigration est en moyenne plus faible pour les réfugiés que pour les travailleurs migrants, ce qui peut s'expliquer par le fait que les réfugiés n'ont souvent pas ou peu le choix du lieu où ils ont cherché refuge (105). Une revue plus ancienne avait montré qu'environ 5 % des réfugiés avaient reçu un diagnostic de dépression majeure et environ 4 % des réfugiés de TAG (108). Ces différences de résultat appellent plusieurs explications. D'un point de vue méthodologique, la première revue était fondée sur des auto-évaluations et la seconde sur des entretiens semi-structurés. Par ailleurs, notons la petite taille d'échantillons et un échantillonnage non aléatoire, induisant un défaut de représentativité dans la première revue, contrairement à la grande taille de l'échantillon étudié par la seconde qui elle était fondée sur des échantillons aléatoires pour la plupart des études. Enfin, à la différence de la seconde étude, la première étude a intégré des pays du continent africain dans lesquels la population est victime de nombreux conflits. La proximité avec ces conflits est susceptible d'augmenter l'anxiété ainsi que les traumatismes.

D'autres études épidémiologiques ont également identifié la dépression comme un trouble répandu dans les populations de réfugiés. La majorité des articles sur la santé des réfugiés sont soit normatifs, soit contiennent des données quantitatives provenant d'instruments dont la validité et la fiabilité sont limitées ou non testées chez les réfugiés (136).

c) Troubles schizophréniques

(1) Chez les migrants non réfugiés

Plusieurs études dont des méta-analyses, rapportent un risque relatif accru d'incidence de la schizophrénie chez les migrants de première et de deuxième générations par rapport à la population née localement (137-142). Ce risque peut varier selon la région d'origine. Ainsi, les migrants africains présentaient un risque de schizophrénie significativement plus élevé que tous les autres migrants (HR 5,3, 95%CI 4,0-6,9) dans une étude suédoise (139). Une hypothèse actuelle à propos du lien entre schizophrénie et migration est celle du « stress de l'exclusion sociale » (*social defeat stress*), impliquant les expériences de discrimination et d'échec social, principalement parmi les personnes ayant une couleur de peau différente de la population du pays d'accueil. L'étude de Garety en 2001 (citée dans la méta-analyse de Cantor-Graae) explique que cela pourrait favoriser un style d'attribution persécutoire qui faciliterait le développement de symptômes psychotiques. Un rapport préliminaire d'une étude prospective de Janssen (citée dans Cantor-Graae) menée aux Pays-Bas suggère que la discrimination perçue prédit le développement de symptômes psychotiques chez les personnes en bonne santé (137).

Cette hypothèse est renforcée par des études chez la souris : un vécu de domination par une autre « race » augmenterait les taux de dopamine synaptique (141). Enfin, plus la taille de la communauté est réduite, plus il existe un risque de maladie psychiatrique dans cette population (143). La migration est donc un facteur de risque de trouble schizophrénique, lequel est lui-même un facteur de risque de suicide. Cependant, une étude mondiale sur le suicide chez les migrants atteints de trouble psychotique non affectif souligne que les immigrés de la première génération chez qui on a diagnostiqué cette pathologie semblent être protégés contre le suicide, alors que cette protection diminue chez ceux de la deuxième génération (144).

(2) Chez les migrants réfugiés

Dans la revue systématique de Fazel et collaborateurs déjà citée, seules deux études sur les troubles psychotiques ont été identifiées, soit un total de 226 réfugiés adultes avec une prévalence de 2% (108). Au vu de l'ancienneté de ces études, ces résultats sont susceptibles d'avoir évolué. Une méta-analyse très récente a comparé l'incidence des troubles psychotiques non affectifs chez les réfugiés, dans la population née localement et chez les migrants non réfugiés (145). L'analyse principale a été réalisée sur neuf études, portant sur 540 000 réfugiés au Danemark, en Suède, en Norvège et au Canada. Il en résulte un RR de 1,4 (IC95% 1,2-1,6) chez les réfugiés par rapport aux migrants non réfugiés, de 2,4 (IC95% 1,5-3,9) chez les réfugiés par rapport à la population locale et de 1,9 (IC95% 1,0-3,6) chez les migrants non réfugiés par rapport au groupe autochtone. De manière générale, le risque de trouble psychotique non affectif était plus élevé chez les migrants réfugiés et non réfugiés que dans la population autochtone, mais il était le plus grand chez les réfugiés (145). Notons qu'à ce jour, la recherche sur la santé mentale des migrants non réfugiés s'est principalement concentrée sur la schizophrénie et celle des réfugiés plutôt sur le TSPT (105).

d) Le syndrome d'Ulysse

« Ulysse, héros le plus connu de la mythologie grecque, était un grand explorateur et voyageur. Malheureusement, il a vécu beaucoup de tourments ; il était souvent muet, incompris et il est même devenu étranger aux autres. Ulysse a compris que le voyage pouvait affecter et transformer un voyageur de façon négative » (146). Le syndrome d'Ulysse, décrit et baptisé par Achotegui en 2002, définit un migrant voulant trouver un mieux-être ailleurs mais qui subit des épreuves lors de son parcours (146). Ce trouble se traduit principalement par un syndrome dépressif et une apathie parfois associée à des idées suicidaires ainsi que d'autres symptômes peu spécifiques (anxiété, insomnie, irritabilité, céphalées, asthénie et confusion). Rencontré

dans tous les pays d'accueil des migrants primo-arrivants, le syndrome d'Ulysse est également fondé sur quatre éléments majeurs : un sentiment de solitude et d'isolement du migrant, un sentiment d'échec, un sentiment de lutte pour la survie et la peur déclenchée par un voyage long et risqué. On parle également de « *syndrome de l'immigrant avec stress chronique ou multiple* » (147).

Il est admis que les troubles psychiatriques constituent des facteurs de risque de suicide au sein de la population générale (2). En effet, les études en population générale mettent très explicitement en évidence le rôle des facteurs psychiatriques, notamment des troubles de l'humeur (épisode dépressif, troubles bipolaires), des troubles schizophréniques, des troubles anxieux, des troubles liés à l'abus de substances et de certains troubles de la personnalité sur les conduites suicidaires. Il est fort probable au vu de la prévalence accrue de plusieurs troubles psychiatriques (épisode dépressif, troubles anxieux, TSPT, schizophrénie) chez les migrants qu'ils soient exposés à un risque suicidaire majeur.

4. Consommation de substances

L'abus d'alcool et la consommation de substances semblent être des facteurs importants de comportement suicidaire des adolescents immigrés. Par exemple, plus de 40 % des cas de suicide chez les jeunes hispaniques aux États-Unis avaient un taux d'alcoolémie positif (148). Les migrants consommeraient plus fréquemment des substances (56). Dans une étude française citée préalablement, la variation de la prévalence des troubles psychiatriques selon le statut générationnel des migrants était mise en parallèle de la fréquence des troubles de l'usage d'alcool ou d'autres substances, qui augmente au fil des générations c'est-à-dire qu'elle est faible à la première génération et atteint son maximum à la troisième génération de migrants (106). Cette étude présente des limites méthodologiques. Elle a notamment exclu les personnes hospitalisées ou institutionnalisées, ce qui peut induire un biais de sous-représentation. De plus, la dimension transculturelle n'a pas été prise en compte et les entretiens étaient réalisés en français, ce qui a pu majorer la sous-représentation des troubles d'usage de l'alcool au sein de la première génération de migrants en comparaison aux autres générations (106).

Cependant, une cohorte récente suédoise montre que les migrants réfugiés (HR 0,52 ; IC95% 0,46-0,60) et non réfugiés (HR 0,46 ; IC95% 0,43-0,49) présentaient des taux de troubles de l'usage de substances inférieurs à ceux des personnes nées en Suède (149). Les taux de consommation de substances chez les migrants étaient faibles à leur arrivée puis ont convergé vers le taux des personnes nées en Suède au fil du temps. Les tendances étaient similaires pour les troubles de l'usage d'alcool et de substances diverses, bien que les différences soient moins

marquées pour le cannabis. Les résultats ne différaient pas sensiblement selon la région d'origine des migrants. Ces taux plus faibles de troubles de l'usage de substances chez les migrants et les réfugiés pourraient refléter les comportements observés dans les pays d'origine des migrants (149).

La prévalence du tabagisme chez les migrants dépend de la prévalence dans le pays d'origine et dans le pays d'accueil. Par exemple, les migrants ghanéens en Europe étaient plus susceptibles de fumer que les habitants des zones rurales et urbaines au Ghana, mais fumaient toujours moins que la population d'accueil (68). Des travaux supplémentaires sur les consommations de substances et les conduites addictives des migrants seraient nécessaires pour confirmer cette tendance. En effet, on dispose à ce jour de peu de connaissances à ce sujet concernant les migrants en Europe en raison du manque de données (66).

IV. Facteurs de protection des conduites suicidaires dans les populations migrantes

A. *Sentiment d'appartenance, communauté et densité ethnique*

Des études ont souligné le rôle de la « *densité ethnique* » (c'est-à-dire la concentration géographique des minorités ethniques dans une région donnée) dans la réduction des risques de suicide chez les migrants appartenant à des minorités ethniques au Royaume-Uni et aux Pays-Bas (36). Le fait de retrouver un groupe d'appartenance apparaît comme un facteur pouvant faciliter l'adaptation des migrants dans le pays hôte. Un « *effet de densité ethnique* » a été particulièrement observé dans plusieurs études (150, 151). Cet effet décrit une association inverse entre le risque de maladie mentale et le fait de vivre dans les zones à haute densité ethnique. Ainsi, la santé des migrants appartenant à des minorités ethniques serait meilleure dans les régions à forte densité ethnique et moins bonne dans les régions à faible densité ethnique. Il existe une variation de cet effet en fonction des cultures et des pays d'accueil (152). Par exemple, pour les groupes de minorités ethniques souffrant de maladies mentales graves, la résidence dans des zones à forte densité ethnique était associée à une mortalité plus faible que celle observée chez les britanniques blancs souffrant de maladies mentales graves (153). Il a été constaté que la densité ethnique pouvait protéger la santé des migrants appartenant à des minorités ethniques par plusieurs moyens, notamment par un soutien social accru (150), une plus grande cohésion sociale (154) et une moindre exposition au racisme (150). Selon cette dernière hypothèse, les personnes issues de minorités ethniques vivant dans des quartiers à forte densité ethnique sont moins susceptibles de subir des discriminations interpersonnelles. Il y

existe dans ce contexte un sentiment de solidarité et d'appartenance ethnique qui protège le migrant.

En outre, l'intégration sociale est un facteur de protection crucial contre le suicide, en particulier pour les immigrants (64). Le soutien communautaire et la présence de son propre groupe ethnique dans le quartier ont une influence bénéfique sur les conduites suicidaires chez les personnes migrantes (35, 40, 76, 106, 119, 155). L'observation faite par Émile Durkheim il y a plus de cent ans semble donc toujours s'appliquer : « *Le suicide varie en proportion inverse du degré d'intégration du groupe social auquel l'individu appartient* » (127).

Pour terminer, nous soulignerons que les effets de la densité de groupe apparaissent également associés à une réduction de la consommation d'alcool, notamment chez les personnes « noires des Caraïbes, d'Afrique noire et d'Inde » vivant dans des régions à forte densité ethnique (36). Le soutien social et la protection contre la discrimination et l'isolement social, ainsi que les normes sociales de protection semblent impliqués dans ces effets (36). D'autres travaux ont confirmé cet effet protecteur de la densité ethnique pour la consommation d'alcool. Toutefois, des recherches antérieures avaient montré des résultats inverses concernant la consommation d'alcool au sein des minorités ethniques. Des recherches plus approfondies sur les comportements liés à l'alcool au sein des minorités ethniques dans leur pays d'accueil seraient pertinentes et permettraient d'établir leur besoin de soins préventifs (156).

B. Croyances religieuses et spiritualité

La conviction que les taux de suicide varient selon l'appartenance religieuse remonte à Émile Durkheim, qui avait observé en 1897 que les états protestants d'Europe occidentale avaient des taux de suicide plus élevés que les états catholiques, une constatation qu'il a attribuée au fait que le protestantisme « *était une église moins fortement intégrée que l'église catholique* » (157). Bien que la religion soit considérée comme protectrice contre le suicide, les éléments probants ne sont pas tous dans ce sens. Par ailleurs, la recherche à ce sujet est compliquée du fait que la religion (affiliation, participation, doctrine) et les actes suicidaires (idéation, tentative, suicide) comportent de nombreuses dimensions. En outre, la religion et la spiritualité sont des concepts qui échappent à toute définition stricte (158).

Le rôle protecteur de la religiosité comprend un certain nombre de mécanismes (74). D'abord, la plupart des religions ont des sanctions sévères contre le suicide ; ainsi, les personnes qui déclarent être plus attachées à ces religions seraient moins susceptibles de recourir au suicide. Ensuite, la participation à des cérémonies religieuses offre la possibilité de développer un

réseau de soutien étendu aux membres de la congrégation et du clergé, ce qui s'est avéré être un facteur de protection contre les conduites suicidaires. Par ailleurs, de nombreuses religions proscrivent des comportements provoqués tels que l'abus de substances et le tabagisme qui ont un lien établi avec le suicide. Ainsi, des niveaux élevés de religiosité pourraient avoir un effet protecteur indirect sur le suicide via l'interdiction de la consommation de substances (74).

1. Effet protecteur des croyances religieuses

a) La religion une force inhibitrice du suicide

Selon des études, l'implication religieuse est liée à la santé mentale et notamment au suicide (159). Les taux de suicide dans les pays religieux apparaissent inférieurs aux taux de suicide dans les pays laïcs (74). En effet, les grandes religions de l'histoire de l'humanité condamnent de manière universelle le suicide (160). Qu'il s'agisse de l'Église chrétienne, de l'Islam ou du Judaïsme, le suicide est fermement désapprouvé voire condamné. Le bouddhisme semble être le courant religieux montrant les positions les moins arrêtées concernant le suicide (161).

L'association entre religiosité et suicide a été évaluée dans cinq groupes ethniques différents aux États-Unis (asiatiques, hispaniques, noirs, blancs non hispaniques et autres). Les personnes asiatiques, hispaniques et africaines assistaient plus fréquemment aux services religieux que les blancs non hispaniques. Par ailleurs, la fréquentation religieuse avait un effet protecteur contre les idées suicidaires, mais pas contre les TS (162). Cependant, ces résultats sont en désaccord avec une autre étude qui a examiné la relation entre les valeurs spirituelles et la fréquentation d'un lieu de culte religieux avec les idées et les TS sur 12 mois au Canada (163). La pratique religieuse était associée à une diminution des TS dans la population générale et chez les personnes souffrant d'une maladie mentale, indépendamment des effets du soutien social (OR 0,4 ; IC95% 0,2-0,9). En revanche, aucun effet significatif de la fréquentation des services religieux sur les idées suicidaires n'a été mis en évidence. Il est également intéressant de noter qu'aucune relation n'était observée entre la spiritualité et les idées suicidaires, malgré leur association négative avec les TS (159). Les résultats contradictoires de ces deux études appellent plusieurs précisions. D'abord, il s'agit de deux études fondées sur des échantillons de population de taille différente et issue de pays différents (États-Unis, Canada). La première étude n'a pas tenu compte du soutien social apporté par la religion.

Dans une étude plus récente publiée en 2016, l'appartenance religieuse ne protégeait pas nécessairement contre l'idéation suicidaire, mais contre les TS. La protection ou non de l'appartenance religieuse contre les TS peut dépendre des implications culturelles spécifiques

de l'affiliation à une religion particulière, puisque les groupes religieux minoritaires peuvent se sentir socialement isolés. Après prise en compte de la qualité du soutien social, la fréquentation d'un service religieux ne protégeait pas particulièrement contre les idées suicidaires, mais protège contre les TS, et éventuellement contre le suicide. De futures études qualitatives pourraient clarifier davantage ces associations (158).

Par ailleurs, il semblerait que les objections morales au suicide telles que « *mes croyances me l'interdisent* » ont été associées à des niveaux plus faibles de comportement suicidaire. Parmi 371 patients dépressifs hospitalisés aux États-Unis, les sujets avec affiliation religieuse avaient un risque similaire de TS au cours de leur vie (OR 0,9 ; IC95% 0,4-1,9) aux sujets sans affiliation religieuse, de manière non significative. Après avoir pris en compte d'autres facteurs, des objections morales au suicide plus importantes et un niveau d'agressivité plus faible chez les sujets affiliés à une religion fonctionnaient comme des facteurs de protection contre les TS (164). L'étude de 2 631 TS en Europe a également montré que le fait de ne pas professer de religion pourrait augmenter plus particulièrement le risque de TS grave (intentionnalité manifeste, méthode de létalité élevée ou blessure grave), par opposition à une TS non grave (165).

Pour terminer, la religion hindoue (par rapport aux religions chrétienne ou musulmane) a été associée de manière significative au risque élevé de suicide chez les 15-69 ans par rapport aux autres causes de décès, tant chez les hommes que chez les femmes (92). Cette tendance est peut être due au fait que ce courant religieux montre les positions les moins arrêtées concernant le suicide (161).

b) Source d'espoir, positivisme

Outre l'effet protecteur de l'affiliation religieuse, certaines croyances peuvent également être protectrices (160). Selon Hefti et collaborateurs, « *la religiosité peut être conceptualisée comme une ressource personnelle pour les patients à orientation religieuse et l'activation de cette ressource peut soutenir les processus thérapeutiques et améliorer les résultats de santé* » (160). Des études qualitatives suggèrent que la religion peut également être une source d'espoir (158).

2. Effet protecteur via le soutien social et l'intégration

a) Soutien social

Des chercheurs ont noté un effet protecteur de la fréquentation des églises (160, 166). En revanche, les pratiques religieuses privées, telles que la prière, n'apparaissent pas protéger du

suicide, ce qui semble montrer que l'effet protecteur dépend du soutien social (166) et/ou des effets positifs des réseaux sociaux au sein des communautés religieuses (160).

b) Intégration

Une autre dimension importante est l'accord entre l'appartenance religieuse d'une personne et sa communauté locale. Une étude longitudinale écossaise (1698 élèves interrogés à 11, 15 et 19 ans) a révélé des taux de TS plus élevés dans les écoles catholiques que dans les écoles non confessionnelles et a déterminé que cela était dû à des taux plus élevés chez les non-catholiques fréquentant une école catholique (14,5 % de TS, $p=0,016$) par rapport aux catholiques fréquentant une école catholique (5,8 % de TS, $p=0,016$) (167). L'appartenance religieuse favoriserait un sentiment d'appartenance ou, au contraire, d'ostracisation et influence probablement le risque de TS (158). Beutel, dans son étude que nous avons déjà citée préalablement, confirme que les immigrants polonais, qui sont pour la plupart de confession catholique, peuvent plus facilement s'assimiler à la culture majoritaire allemande ; les immigrants turcs, qui ont souvent une religion et des traditions culturelles musulmanes, peuvent être stigmatisés et avoir plus de difficultés à adopter les traditions culturelles allemandes (82).

Par ailleurs, des travaux chinois de Jia & Zhang (2012) cités dans la revue systématique de Lawrence, ont constaté la tendance inverse. Les 392 victimes de suicide étaient plus susceptibles d'avoir une affiliation religieuse que les 416 témoins (29,3 % vs 17,0 % ; OR ajusté 2,9 ; IC95% 1,7-5,1). Les auteurs proposent trois explications possibles. La première est que la religion en Chine met davantage l'accent sur le culte privé qui offre moins de soutien social aux croyants. La deuxième suggère que les idées bouddhistes sur la réincarnation peuvent encourager le suicide dans certains cas. La troisième hypothèse serait que les croyants religieux chinois sont un groupe minoritaire en Chine (athée), ce qui les place dans une situation de désavantage numérique et politique et crée une tension avec la culture dominante (158). Ainsi, la religion souvent citée comme facteur de protection du suicide peut parfois avoir un rôle aggravant dans le risque suicidaire (76).

V. Discussion

Nous avons montré dans le cadre de cette revue non exhaustive que la population migrante est une population diverse, par exemple dans ses origines (européenne ou non) ou encore dans son contexte d'immigration (volontaire ou non). Par ailleurs, les informations sur leurs comportements suicidaires sont diffuses et les données hétérogènes, parfois même contradictoires. Les définitions juridiques du suicide peuvent varier d'un pays à l'autre. Les

comparaisons transnationales des taux de suicide doivent être considérées avec prudence puisque ces données ne sont pas disponibles pour tous les pays. De plus, lorsqu'elles sont données, leur déclaration peut varier en qualité et en fiabilité. Celles des pays développés sont recueillies et mises à jour régulièrement sur le site de l'OMS, alors que les pays en voie de développement font des rapports moins réguliers. En outre, toutes les TS n'atteignent pas les services de santé et les personnes issues de la migration ont des comportements différents en matière de recherche d'aide et d'utilisation des services de santé (2, 38, 168). Enfin, des facteurs culturels et religieux ainsi que la stigmatisation peuvent conduire à une sous-déclaration des suicides (74, 168).

A. Synthèse des principaux résultats

Notre travail a mis en évidence que de nombreux facteurs peuvent influencer le risque de suicide chez les personnes issues de la migration. Certains sont classiques dans la population générale, d'autres plus spécifiques aux migrants. Reprenons les trois grands types de facteurs de risques des conduites suicidaires pour l'ensemble de la population tels que décrits par l'OMS : (i) les facteurs de risque individuels, (ii) liés au système de soin et à la société, (iii) liés à la communauté et aux relations (2).

1. Facteurs individuels

a) Facteurs culturels pré-migratoires

Dans le contexte limité que nous avons décrit, notre travail suggère que certains sous-groupes d'immigrants présentent des taux de suicide et de TS accrus par rapport à la population native des pays d'accueil. Tel semble être le cas des immigrants originaires de pays où les risques de suicide sont généralement élevés tels que les pays d'Europe du Nord et de l'Est (35, 37, 54, 55) comme si ces personnes migrantes « emportaient » leur risque de suicide élevé, lors de leur arrivée dans le pays d'accueil (37). Cette vulnérabilité pour les conduites suicidaires pourrait être interprétée tant sous des prismes culturels que génétiques (35). A cet égard, des informations sur la durée du séjour dans le pays d'accueil sont utiles pour évaluer la convergence entre les taux de suicide des pays d'origine et d'accueil (37).

En outre, plusieurs études ont pu montrer que le risque suicidaire était modifié par la migration. Par exemple, l'étude de Lipsicas déjà citée a présenté quatre groupes d'immigrants (les chiliens, les iraniens, les marocains et les turcs) qui ont affiché des taux de mortalité par suicide élevés en tant qu'immigrants, en dépit du faible taux de suicide dans leur pays d'origine (35). C'est

également le cas des jeunes femmes immigrées de Turquie, d'Afrique de l'Est et d'Asie du Sud qui apparaissent plus à risque que les femmes non migrantes (35, 41, 48, 57, 58, 63).

Ces deux premiers facteurs de risque, le taux de suicide dans le pays d'origine et le phénomène migratoire, font appel partiellement à des éléments d'ordre culturel. Cependant, les populations identifiées par les méthodes actuelles de mesure de l'ethnicité sont souvent trop diverses pour fournir des informations utiles. Par exemple, le terme « asiatique » est large et masque d'importantes variations selon le pays d'origine, la religion, la langue et d'autres facteurs liés à la santé et à la maladie (30). En effet, l'origine culturelle conditionnera tant la signification du suicide que les motifs pouvant amener à des comportements suicidaires ou encore les modes autolytiques employés.

De plus, ces données sont hétérogènes ; il est donc utopique de généraliser nos résultats à l'ensemble des migrants. La plupart des publications existantes portent sur les femmes d'Asie (du Sud) et la plupart d'entre elles ont été menées au Royaume-Uni. Les femmes turques et marocaines n'ont été étudiées que dans quelques publications et, malheureusement, il n'existe pratiquement aucune information sur les femmes originaires d'autres pays.

Par ailleurs, les groupes d'immigrants qui présentent un risque plus faible que la population semblable dans les pays d'accueil semblent être originaires d'Europe du Sud, du Maroc, du Moyen-Orient et de Turquie (uniquement pour les populations masculines turques) (35, 59, 61). Or, d'après le rapport de l'OMS de 2014, les pays d'Europe du Sud et les PRFI de Méditerranée orientale (incluant la Turquie) montrent des taux de suicide faibles pour les hommes mais élevés pour les femmes (2). Ces pays, principalement musulmans, pourraient être protégés par leurs croyances religieuses. Toutefois, certains auteurs émettent l'hypothèse que « la rareté des suicides musulmans est un mythe » et pourrait s'expliquer par la sous-déclaration due à la stigmatisation sociale des conduites suicidaires (74). De plus, l'avantage observé en matière de mortalité par suicide des immigrants peut être dû à un biais. Singh et Hiatt (2006), cités par Razum, parlent de « *biais du saumon* » qui signifie que les immigrants malades ont tendance à retourner dans leur pays d'origine ce qui pourrait conduire à sous-estimer leur mortalité dans les pays d'accueil (169).

b) Pathologies mentales

La population migrante peut présenter des troubles mentaux avec une fréquence plus importante que la population d'accueil. Par exemple, certains migrants ont un risque plus élevé de souffrir de troubles schizophréniques, en raison notamment de l'exclusion sociale ou encore de

discrimination par la population d'accueil (*social defeat stress*) (137). Il existe également un risque de trouble dépressif et de trouble anxieux. Un syndrome spécifique aux migrants, le syndrome d'Ulysse, a aussi été décrit (146). De plus, soulignons qu'au sein même du groupe migrant, les demandeurs d'asile et réfugiés, particulièrement exposés à des événements violents et destructifs comme les guerres, apparaissent à risque de TSPT (105, 107-113).

2. Facteurs liés au système de soin et à la société

Parmi les facteurs de risques liés au système de soin et à la société, nous retrouvons les difficultés d'accès aux soins, principalement liés à la barrière de la langue, ainsi que d'autres obstacles à la communication comme la stigmatisation des comportements suicidaires ou le sentiment de honte. Les migrants peuvent donc présenter des comportements différents en termes de demande d'aide (78).

3. Facteurs liés à la communauté et aux relations

a) Communauté : facteur de protection et de risque

L'acculturation et certaines de ses orientations peuvent influencer le risque de suicide chez les migrants (52). Les personnes migrantes peuvent être victimes d'exclusion sociale et de discrimination. La discrimination perçue par les migrants peut elle aussi contribuer à leurs conduites suicidaires (75, 76, 83, 120).

Cependant, la communauté peut également jouer un rôle protecteur face au suicide, comme le montre l'effet de la densité ethnique dans une région donnée. Les personnes issues de la migration appartenant à des minorités ethniques, qui vivent dans des quartiers à forte densité ethnique seraient moins susceptibles de subir des discriminations. Au sein de la communauté, il peut également exister un sentiment de solidarité et d'appartenance, qui protège le migrant. Rappelons que la religion par ses objections morales au suicide, le soutien social ainsi que la source d'espoir et de positivisme qu'elle peut apporter peut apparaître comme un facteur de protection du suicide (158-160, 162, 164-166). Ainsi, les religions chrétienne ou musulmane semblent plus protectrices que la religion hindoue. En revanche, la dimension communautaire est également susceptible d'isoler la personne migrante de la population du pays d'accueil et constituer un facteur de risque concernant les conduites suicidaires.

b) Conflits relationnels

La séparation familiale est fréquente lors de la migration et à l'origine d'un isolement social, lui-même facteur de conduites suicidaires. Lorsque les migrants ne se séparent pas de leur

famille, ils peuvent être exposés à de nombreux conflits interpersonnels, particulièrement les femmes, également fragilisants pour les comportements suicidaires. De plus, le poids considérable de l'honneur familial et de la pression communautaire qui repose principalement sur les épaules des femmes dans certaines cultures peut participer à leur fragilité (64, 65, 98). La littérature est disponible pour certains peuples du monde mais pas pour d'autres.

c) *Conflits identitaires et générationnels*

Les adolescents immigrants sont particulièrement à risque de conduites suicidaires, ce qui semble lié à des problématiques migratoires supplémentaires auxquels ils sont confrontés dans cette période d'identification, que la migration soit de première ou de deuxième génération. L'impact du statut générationnel est important avec un risque suicidaire plus élevé chez les personnes migrantes de deuxième ou troisième générations que ceux de première génération, ce qui pourrait être au moins partiellement lié au phénomène d'acculturation et à la perte d'identité en résultant. C'est la notion développée par les anglo-saxons de « *Third Culture Kids* », selon laquelle les personnes migrantes de deuxième ou troisième générations subissent un décalage entre leurs expériences à l'intérieur et à l'extérieur du foyer familial, ce qui les inscrit dans une troisième culture (104). De plus, l'impact du statut générationnel est également sous-tendu par la façon dont l'immigration est vécue :

- Le migrant de première génération fera davantage d'efforts d'adaptation et subira plus de stress.
- La vulnérabilité du migrant de deuxième génération s'exprimera davantage sous le prisme d'un conflit identitaire.

B. *Limites méthodologiques*

Certaines questions méthodologiques doivent être prises en considération. Premièrement, il s'agit d'une revue narrative de la littérature et sa non-exhaustivité pourrait biaiser l'interprétation des résultats présentés. De plus, différents types d'études ont été exposés : des études analytiques ont été qualifiées de cohorte historiques (40, 54, 55, 130, 144) et, pour la plupart, il s'agissait d'études rétrospectives, fondées sur des registres de mortalité (41, 42, 44, 57, 59). Quelques études transversales ont également été mentionnées (38, 45, 47, 48, 60, 127, 128), ainsi que des rapports de cas (58). Ces cohortes n'ont pas toutes été créées avec pour objectif principal d'étudier la relation entre le statut de migrant et les conduites suicidaires. Ainsi, de nombreux facteurs de confusion n'ont pas été recueillis, ni intégrés dans les modèles statistiques. Deuxièmement, la taille des échantillons était variable selon les études allant de

quelques participants à plusieurs millions de personnes, ce qui a pu impacter la représentativité des résultats de nombreuses études et des méta-analyses.

Troisièmement, la migration n'était pas toujours bien décrite ou mesurée. Par exemple, certaines des études présentées ont défini le statut de migrant par le pays de naissance (38, 43-45, 54, 55, 57, 60) d'autres par la nationalité (38, 59) ou encore par le nom de famille (57). La majorité de ces études n'ont pas différencié les migrations volontaires des migrations subies, ce qui a pu générer des biais de sélection. L'utilisation du pays de naissance pour l'ethnicité signifie que des tendances importantes parmi les migrants de la deuxième génération et des générations suivantes peuvent être omises (45).

Quatrièmement, la définition et la classification des suicides ou des TS pouvaient changer d'un pays à l'autre (38, 54). Les comparaisons interculturelles des conduites suicidaires entre le pays d'accueil et le pays d'origine des migrants doivent être faites avec précaution, du fait de la probable existence de biais de classement et d'information (124).

Cinquièmement, les comportements étudiés dans les études étaient soit le suicide, soit les TS. Ces conduites suicidaires ont été diagnostiquées de manière fluctuante selon les études. Certaines ont évalué le suicide en se basant sur la CIM-9 ou la CIM-10, d'autres sur les diagnostics d'autopsie psychologique. Concernant les TS, la plupart des études se sont fondées sur la CIM-10, des entretiens semi-structurés ou des questionnaires d'auto-évaluation. Ainsi, des biais de mémorisation ou encore des biais liés à l'auto-déclaration (biais de désirabilité sociale) sont donc probables dans les résultats présentés. De plus, rappelons que l'association entre les comportements suicidaires et l'origine des sujets a été étudiée par des méthodes statistiques variées (études de cohorte, études cas-témoins et différents modèles statistiques).

Sixièmement, des biais transculturels lors des entretiens entre les cliniciens et les patients issus de la migration sont possibles, tout comme des biais de construit et des biais d'items de questionnaires. A cet égard, certains auteurs ont pris soin de réaliser les entretiens dans la langue maternelle des patients migrants afin de les minimiser (46).

Nous avons réalisé notre revue en fonction des données existantes. En outre, il s'agit d'une photographie qui n'est probablement pas représentative de la situation actuelle, en raison des possibles modifications des phénomènes migratoires dans les dernières années. En effet, il existe peu de données récentes sur les comportements suicidaires chez les migrants. Les études datent pour la plupart du début des années 2000, pouvant là encore amener un biais temporel à nos conclusions qui sont par conséquent à nuancer. Il faudrait que le même travail soit réalisé

avec des données actuelles, dès lors qu'elles seront disponibles. C'est un sujet politiquement délicat.

C. Conséquences cliniques des résultats

Ainsi, notre travail a mis en évidence la diversité du contexte culturel et la nécessité de le prendre en compte dans l'évaluation du risque suicidaire. L'approche transculturelle de la psychiatrie s'est développée depuis une cinquantaine d'années dans les pays anglo-saxons, au Canada et plus récemment en France (1980). Cette approche vise à mieux appréhender et donc à mieux prendre en charge les migrants et leurs familles, confrontés aux différences culturelles (170). Des recommandations pour la mise en œuvre d'un « entretien de formulation culturelle » ont été récemment intégrées dans le DSM-5 pour permettre aux cliniciens d'affiner leur évaluation en santé mentale dans un environnement transculturel. Cet entretien est fondé sur seize questions qui s'intéressent particulièrement à quatre champs d'évaluation (171) :

- La définition culturelle du problème (questions 1 à 3)
- Les perceptions culturelles de la cause, du contexte et du soutien (questions 4 à 10)
- Les facteurs culturels influençant l'auto-adaptation et les antécédents de recherche d'aide (questions 11 à 13)
- Les facteurs culturels ayant une incidence sur la recherche d'aide actuelle (question 14 à 16).

Conclusion

Au moment de conclure cette thèse, revenons sur ses différents objectifs. Le premier était de définir les concepts en lien avec la migration et le suicide qui peuvent parfois sembler abstraits pour l'ensemble du corps médical. Le second objectif était de réaliser une revue de la littérature sur l'incidence des conduites suicidaires (suicide et TS) chez les personnes migrantes vivant en Europe. Ce travail avait enfin comme troisième objectif de repérer les différents facteurs pouvant jouer un rôle dans les conduites suicidaires chez ces populations.

L'un des apports de ce travail est de réunir dans un même ensemble, une grande partie de la littérature abordant ces thématiques. En revanche, ces estimations doivent être interprétées avec prudence en raison des différents biais méthodologiques des études. La littérature montre des résultats très contrastés qui ne permettent pas de conclure à ce jour. En outre, des facteurs variés peuvent influencer de manière diverse en fonction des contextes le taux de suicide des personnes migrantes, comme des facteurs liés à la communauté ou aux relations, des facteurs liés au système de soin et à la société ou encore des facteurs individuels.

Il ressort également de ce travail le constat commun d'un besoin de développer la recherche dans les champs de la psychiatrie transculturelle et particulièrement autour du suicide. Une adaptation de nos outils d'évaluation du suicide, prenant en compte les possibles aspects culturels, pourrait nous aider à améliorer nos prises en charges dans ces situations transculturelles. Le développement des services de traduction paraît également indispensable, nombre de ces personnes subissant un stress trop important, et parfois une symptomatologie psychiatrique, entravant leur fonctionnement cognitif et leur capacité à acquérir une nouvelle langue. Aussi, il apparaît nécessaire de renforcer les offres de prise en charge par les Équipes Mobiles de Psychiatrie et Précarité (EMPP) ou les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), structures en général rapidement saturées et en nombre insuffisant pour répondre à la demande.

Annexes

Tableau 1. Synthèse des différentes études examinant le risque suicidaire des migrants en Europe.

<i>Auteurs</i>	<i>Pays d'immigration</i>	<i>Pays / Continent d'émigration</i>	<i>Comportements suicidaires étudiés</i>	<i>Mesure de l'association</i>
<i>Spallek, 2015</i>	Revue systématique (24 études de 1990 à 2011)			
<i>Forte, 2018</i>	Revue systématique (45 études de 1980 à 2017)			
<i>Bursztein Lipsicas, 2012</i>	Plusieurs pays d'Europe (Turquie, Suisse, Belgique, Finlande, Pays-Bas, Italie, Suède, Estonie, Allemagne), Israël	Finlande, Ex-Yougoslavie, Allemagne, Grèce, Italie, Norvège, Pologne, Portugal, Roumanie, Espagne, USA, Russie, Chili, Curaçao, Égypte, Indonésie, Iraq, Iran, Libye, Maroc, Sri Lanka, Suriname, Turquie	TS	Ratio de TS
<i>Bursztein Lipsicas, 2013</i>	Plusieurs pays d'Europe (Turquie, Suisse, Belgique, Finlande, Pays-Bas, Italie, Suède, Estonie, Allemagne) et Israël	Finlande, Ex-Yougoslavie, Allemagne, Grèce, Italie, Norvège, Pologne, Portugal, Roumanie, Espagne, USA, Russie, Chili, Curaçao, Égypte, Indonésie, Iraq, Iran, Libye, Maroc, Sri Lanka, Suriname, Turquie	TS	Ratio de TS
<i>Raleigh, 1990</i>	Royaume-Uni (RU)	Bengladesh, Afrique de l'Est, Inde, Pakistan	Suicide	SMR
<i>Bhui, 2008</i>	RU	Caraïbes, Afrique, Asie du Sud	Suicide	SMR
<i>Shah, 2011</i>	RU	Écosse, Irlande (Irlande du Nord et République d'Irlande), reste de l'Europe occidentale, Europe de l'Est, Australasie (Australie et Nouvelle-Zélande), Caraïbes, Afrique, Moyen-Orient, sous-continent indien (Inde, Sri Lanka, Bangladesh et Pakistan) et Chine (Chine, Hong Kong et Macao)	Suicide	SMR
<i>Bhui, 2012</i>	RU	Caraïbes, Afrique, Asie du Sud	Suicide	SMR
<i>Maynard, 2012</i>	RU	Inde, Pakistan, Jamaïque, Irlande du Nord, République d'Irlande et Écosse	Suicide	Taux de mortalité par suicide
<i>Bhugra, 1999</i>	RU	Asie du Sud	TS	Taux de TS/1000 personnes/année
<i>Bhugra, 2002</i>	RU	Asie du Sud	TS	Taux de TS/1000 personnes/année
<i>Crawford, 2005</i>	RU	Irlande, Caraïbes, Bangladesh, Inde, Pakistan	TS/Idée suicidaire (IDS)	OR

<i>van Leeuwen, 2010</i>	France	Espagne, Italie, Portugal, Afrique du Nord, DOM-TOM, Asie, Amérique	TS/IDS	OR
<i>Chau, 2016</i>	France	Pays européens et non européens	TS/IDS	HR ; OR
<i>Johansson, 1997</i>	Suède	Finlande, Europe de l'Est, de l'Ouest et du Sud, pays extérieurs à l'Europe	Suicide	RR
<i>Westman, 2006</i>	Suède	Finlande, Pologne, Europe de l'Est	Suicide	HR
<i>Kosidou, 2012</i>	Suède	Immigrants européens et non européens	TS	OR
<i>Burger, 2009</i>	Pays-Bas	Maroc, Suriname, Turquie	Suicide/TS	Taux de suicide / 100 000 personnes ; Taux de TS / 100 000 personnes
<i>Van Bergen, 2010</i>	Pays-Bas	Turquie, Maroc, Asie du Sud-Suriname, Allemagne	TS	Fréquence TS ; OR
<i>Razum, 2004</i>	Allemagne	Turquie	Suicide	RR
<i>Aichberger, 2015</i>	Allemagne	Turquie	TS	Taux de TS / 100 000 personnes
<i>Bauwelinck, 2016</i>	Belgique	Italie, Turquie, Maroc	Suicide	SMR
<i>Brückner, 2011</i>	Suisse	Turquie	TS	Taux de TS / 100 000 personnes

Tableau 2. Recherches épidémiologiques sur les troubles dépressifs, anxieux et TSPT chez les migrants non réfugiés.

Auteurs	Caractéristiques de l'échantillon	Mesures	N	Prévalence TSPT	Prévalence dépression	Prévalence trouble anxieux
<i>Guardia et al, 2017</i>	Migrants (principalement originaires du Maghreb, d'Europe et d'Afrique hors Maghreb) en France	MINI	9821	1%	13,9%	
<i>Lindert et al, 2009</i>	Migrants et réfugiés originaires d'Afrique, Asie, Europe, Amérique Centrale et autres régions, vivant aux États-Unis, au Canada, en Australie et Nouvelle-Zélande	HTQ ; HSCL-25 ; WMH-CIDI	24051		20%	21%
<i>Carta et al, 2002</i>	Travailleurs migrants italiens en France	CIDIS	153		18%	16%
<i>Beutel et al, 2016</i>	Migrants turcs de première génération en Allemagne (Gutenberg)	PHQ ; GAD scale	141		21,6%	

Tableau 3. Recherches épidémiologiques sur les troubles dépressifs, anxieux et TSPT chez les migrants réfugiés.

Auteurs	Caractéristiques de l'échantillon	Mesures	N	Prév. TSPT	Prév. Dépression	Prév. Trouble anxieux
<i>Mollica et al, 2001</i>	Réfugiés bosniaques en Croatie	HTQ ; HSCL-25	534	26,3%	39,2%	
<i>Cardozo et al, 2000</i>	Albanais kosovars au Kosovo	HTQ ; GHQ-28	1358	17,1%		
<i>De Jong et al, 2001</i>	Réfugiés Erythréens en Éthiopie	CIDI 2.1	1200	15,8%	5,2%	
<i>De Jong et al, 2003</i>	Réfugiés Palestiniens à Gaza	CIDI 2.1	585	17,8%	9,4%	
<i>Steel et al, 2002</i>	Réfugiés vietnamiens en Australie	CIDI 2.1 PVPS ; SF-12 ; HTQ	1413	51,4%	3%	5%
<i>Steel et al 2005</i>	Réfugiés vietnamiens en Australie	CIDI 2.1 PVPS	1161	1,5%	1,8%	3,1%
<i>Lindert et al, 2009</i>	Migrants et réfugiés venant d'Afrique, Asie, Europe, Amérique Centrale et autres régions, vivant aux États-Unis, au Canada, en Australie et Nouvelle-Zélande	HTQ ; HSCL-25 ; WMH-CIDI	24051	36%	44%	40%
<i>Fazel et al, 2005</i>	Réfugiés d'Asie du Sud-Est, ex-Yougoslavie, Moyen-Orient et Amérique centrale, dans 7 pays (Australie, Canada, Italie, Nouvelle-Zélande, Norvège, Royaume-Uni, États-Unis)	*	6743	9%	5%	
<i>Veisse et al, 2017</i>	Personnes originaires d'Afrique, Asie et Europe, ayant consulté le centre de Santé du Comède en France	Analyse rétrospective **	16905	60%	22%	8%
<i>Tinghög et al, 2017</i>	Réfugiés syriens en Suède	HSCL-25 ; HTQ, WHO-5	1215	29,9%	40,2%	31,8%

CIDI: Composite International Diagnostics Interview PTSD module for DSM-IV; **CIDIS:** Composite Diagnostic Interview Simplified ; **GAD scale:** General Anxiety Disorder ; **GHQ-28:** General Health Questionnaire ; **HSCL-25:** Hopkins Symptom Check List 25 ; **HTQ:** Harvard Trauma Questionnaire ; **MINI:** Mini International Neuropsychiatric Interview, selon les critères de la CIM-10 et du DSM-IV ; **PHQ:** Patients Health Questionnaire ; **Prév:** Prévalence ; **PVPS:** Phan Vietnamese Psychiatric Scale ; **SF-12:** Version abrégée du SF-36 (Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey) ; **WHO-5 :** World Health Organization Well-being Index ; **WMH-CIDI :** World Mental Health Composite International Diagnostic Interview.

* Méthodes diagnostiques dans l'étude de Fazel et al: *The diagnostic interview schedule, the structured clinical interview for the diagnostic and statistical manual, the CIDI, the present state examination, the post-traumatic symptom scale, the clinician-administered post-traumatic stress disorder scale, the schedule for affective disorders and schizophrenia, the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children, diagnostic interview schedule for children, and the anxiety disorders interview schedule-revised.*

** Analyse descriptive et rétrospective des indicateurs renseignés dans le dispositif d'observation du Centre de santé du Comède, au moyen d'une base de données informatisées.

Références bibliographiques

1. Abbott A. The troubled minds of migrants. *Nature*. 2016;538:158-161.
2. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. 2014.
3. Silverman MM. The Language of Suicidology. *Suicide Life Threat Behav*. 2006;36(5):519-532.
4. Tribolet.S, Shahidi.M. Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques. Heures de France ; 2005.
5. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde : la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève ; 2001.
6. Organisation Mondiale de la Santé. La prévention du suicide. Indications pour professions de santé primaire, Département de Santé Mentale et Toxicomanies. Genève ; 2002.
7. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(3):264-277.
8. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) : Recommandations professionnelles - Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide ; 1998.
9. Observatoire National du Suicide. Suicide : État des lieux des connaissances et perspectives de recherche 1er rapport ; novembre 2014.
10. Observatoire National du Suicide. Suicide : Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives 2ème rapport ; février 2016.
11. Observatoire National du Suicide. Suicide : Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. 3ème rapport ; février 2018.
12. Repères en épidémiologie [Internet] consulté en janvier 2020 : <https://www.infosuicide.org/reperes/epidemiologie/epidemiologie-france-tentatives-de-suicide>
13. Organisation Mondiale de la Santé. Suicide : faits et chiffres [Internet] consulté en janvier 2020 : https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/suicide-infographic-

fr.pdf?ua=1

14. Organisation Mondiale de la Santé. Données et statistiques sur le suicide [Internet] consulté en janvier 2020 : https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/
15. Caillard V, Chastang F. Le geste suicidaire. Issy-les-Moulineaux cedex : Elsevier Masson ; 2010.
16. Adrien Boschet, Jean-Baptiste Guégan. Comprendre les migrations. Bréal ; 2017.
17. Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales (CNTRL) : Migration [Internet] consulté en janvier 2020 : <https://www.cnrtl.fr/definition/migration>
18. Uma. A. Segal. A framework for immigration: Asians in the United States. New York, Columbia University Press, 2002.
19. Migration, Droits de l'Homme et gouvernance. Guide pratique à l'usage des parlementaires n° 24. Union interparlementaire, 2015.
20. Déclaration Universelle des Droits de l'Homme ; Article 13. 1948.
21. Withol de Wenden C. Le droit à émigrer. CNRS éditions, 2014.
22. Organisation Internationale pour les Migrations. Droit international de la migration - Glossaire de la Migration ; 2007.
23. Glossary of statistical terms [Internet] consulté en janvier 2020 : <https://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=1562>
24. Les descendants d'immigrés : infos migration numéro 15 ; juillet 2010.
25. Définition « immigré » INSEE [Internet] consulté en janvier 2020 : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328>
26. Conseil Départemental de l'Accès au Droit du Jura [Internet] consulté en janvier 2020 : https://www.cdad-jura.fr/renseignements-documentations_fiches_pratiques4.php?id=71
27. Infos droits étrangers [Internet] consulté en janvier 2020 : <http://www.info-droits-etrangers.org/sejourner-en-france/lasile/les-differentes-formes-de-protection/>
28. www.ofpra.gouv.fr [Internet] consulté en janvier 2020 : <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-differents-types-de-protection/le-statut-de-refugie>
29. Withol de Wenden.C. L'immigration. Paris : Groupe Eyrolles ; 2017.
30. Senior PA, Bhopal R. Ethnicity as a variable in epidemiological research. BMJ.

- 1994;309(6950):327-330.
31. Šmihula, D. National minorities in the law of the EC/EU. *Rom. J. Eur. Aff.* 2008;8:51-58.
 32. Lexique : Minorité ethnique [Internet] consulté en janvier 2020 : <https://www.millenaire3.com/ressources/minorite-ethnique-son-approche-dans-les-differents-pays-de-l-integration>
 33. Baubet T, Moro MR. *Psychopathologie transculturelle*, deuxième édition. Issy-les-Moulineaux cedex : Elsevier Masson ; 2013.
 34. Aldridge RW, Nellums LB, Bartlett S, Barr AL, Patel P, Burns R, et al. Global patterns of mortality in international migrants: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet.* 2018;392(10164):2553-2566.
 35. Forte A, Trobia F, Gualtieri F, Lamis DA, Cardamone G, Giallonardo V, et al. Suicide Risk among Immigrants and Ethnic Minorities: A Literature Overview. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(7):1438.
 36. Gushulak B. Healthier on arrival? Further insight into the « healthy immigrant effect ». *Can Med Assoc J.* 2007;176(10):1439-1440.
 37. Spallek J, Reeske A, Norredam M, Nielsen SS, Lehnhardt J, Razum O. Suicide among immigrants in Europe-a systematic literature review. *Eur J Public Health.* 2015;25:63-71.
 38. Bursztein Lipsicas C, Mäkinen IH, Apter A, De Leo D, Kerkhof A, Lönnqvist J, et al. Attempted suicide among immigrants in European countries: an international perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;47(2):241-251.
 39. Bursztein Lipsicas C, Makinen IH, Wasserman D, Apter A, Kerkhof A, Michel K, et al. Gender distribution of suicide attempts among immigrant groups in European countries : an international perspective. *Eur J Public Health.* 2013;23(2):279-284.
 40. Das-Munshi J, Chang C-K, Dutta R, Morgan C, Nazroo J, Stewart R, et al. Ethnicity and excess mortality in severe mental illness: a cohort study. *Lancet Psychiatry.* 2017;4(5):389-399.
 41. Bhui KS, McKenzie K. Rates and risk factors by ethnic group for suicides within a year of contact with mental health services in England and Wales. *Psychiatr Serv.* 2008;59(4):414-420.
 42. Bhui KS, Dinos S, McKenzie K. Ethnicity and its influence on suicide rates and risk. *Ethnicity & Health.* 2012,17(1-2)141-148.

43. Shah A, Lindsay J, Dennis M. Suicides by country of birth groupings in England and Wales: age-associated trends and standardised mortality ratios. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46(3):197-206.
44. Raleigh. Suicides among immigrants from the Indian subcontinent. *Br J Psychiatry.* 1990;156:46-50.
45. Maynard MJ, Rosato M, Teyhan A, Harding S. Trends in suicide among migrants in England and Wales 1979–2003. *Ethn Health.* 2012;17:135-140.
46. Crawford MJ, Nur U, McKenzie K, Tyrer P. Suicidal ideation and suicide attempts among ethnic minority groups in England: results of a national household survey. *Psychol Med.* 2005;35(9):1369-1377.
47. Bhugra D, Desai M, Baldwin DS. Attempted suicide in west London, I. Rates across ethnic communities. *Psychol Med.* 1999;29(5):1125-1130.
48. Bhugra D. Suicidal behavior in South Asian in the UK. *Crisis* 2002;23(3):108-113.
49. Fleuret S, Hoyez A-C. *Santé et Géographie Nouveaux Regards.* Paris : Economica. 2011.
50. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *The Lancet.* 2013;381(9873):1235-1245.
51. Courtet P. *Suicides et tentatives de suicide.* Médecine-Sciences Flammarion, 2010.
52. van Leeuwen N, Rodgers R, Régner I, Chabrol H. The Role of Acculturation in Suicidal Ideation among Second-Generation Immigrant Adolescents in France. *Transcult Psychiatry.* 2010;47(5):812-832.
53. Chau K, Kabuth B, Chau N. Association between Suicide Ideation and Attempts and Being an Immigrant among Adolescents, and the Role of Socioeconomic Factors and School, Behavior, and Health-Related Difficulties. *Int J Environ Res Public Health.* 2016;13(11):1070.
54. Johansson LM, Sundquist J, Johansson S-E, Bergman BO, Qvist J, Träskman-Bendz L. Suicide among foreign-born minorities and native Swedes: An epidemiological follow-up study of a defined population. *Soc Sci Med.* 1997;44(2):181-187.
55. Westman J. Country of birth and suicide: a follow-up study of a national cohort in Sweden. *Arch Suicide Res.* 2006;10:239-248.

56. Kosidou K, Hellner-Gumpert C, Fredlund P, Dalman C, Hallqvist J, Isacson G, et al. Immigration, Transition into Adult Life and Social Adversity in Relation to Psychological Distress and Suicide Attempts among Young Adults. *PLoS ONE*. 2012;7(10):e46284.
57. Burger I, van Hemert AM, Schudel WJ, Middelkoop BJC. Suicidal Behavior in Four Ethnic Groups in The Hague, 2002–2004. *Crisis*. 2009;30(2):63-67.
58. van Bergen DD, Eikelenboom M, Smit JH, van de Looij-Jansen PM, Saharso S. Suicidal behavior and ethnicity of young females in Rotterdam, the Netherlands: rates and risk factors. *Ethn Health*. 2010;15(5):515-530.
59. Razum O, Zeeb H. Suizidsterblichkeit unter Türkinnen und Türken in Deutschland. *Nervenarzt*. 2004;75(11):1092-1098.
60. M.C Aichberger, A. Heredia Montesinos, Z. Bromand, R. Yesil, S. Temur-Erman, M.A. Rapp, A. Heinz, M. Schouler-Ocak. Suicide attempt rates and intervention effects in women of Turkish origin in Berlin. *Eur Psychiatry*. 2015;30(4):480-485.
61. Bauwelinck M, Deboosere P, Willaert D, Vandenheede H. Suicide mortality in Belgium at the beginning of the 21st century: differences according to migrant background. *Eur J Public Health*. 2017;27(1):111-116.
62. Brückner B, Muheim F, Berger P, Riecher-Rössler A. Characteristics of suicide attempts among Turkish immigrants living in Basel- City: Results from the WHO/ EURO-Multicentre Study. *Nervenheilkunde*. 2011;30:517–522.
63. Ratkowska KA, De Leo D. Suicide in Immigrants: An Overview. *Open J Med Psychol*. 2013;2(3):124-133.
64. Montesinos AH, Heinz A, Schouler-Ocak M, Aichberger MC. Precipitating and risk factors for suicidal behaviour among immigrant and ethnic minority women in Europe: A systematic review. *Suicidology Online*. 2013;4:60-80.
65. Heredia Montesinos A, Aichberger MC, Temur-Erman S, Bromand Z, Heinz A, Schouler-Ocak M. Explanatory models of suicidality among women of Turkish descent in Germany: A focus group study. *Transcult Psychiatry*. 2019;56(1):48-75.
66. J. Lindert, M. Schouler-Ocak, A. Heinz, S. Priebe. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *Eur Psychiatry*. 2008;23:14-20
67. André J-M. La santé des migrants en question(s). Rennes Cedex : Hyg e  ditions ; 2019.

68. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML, et al. The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *The Lancet*. 2018;392(10164):2606-2654.
69. Baubet T, Moro MR. *Psychiatrie et migrations*. Masson. Paris ; 2003.
70. Beal A, Chambon N. Le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problèmes. *Rhizome*. 2015;1(55):9-19
71. <https://www.cnrtl.fr/definition/interprete> [Internet] consulté en janvier 2020.
72. Queneau C. Idées et conduites suicidaires chez les migrants en situation de précarité : état des lieux régional des perceptions et ressources des acteurs de terrain. *Inf Psychiatr*. 2019;8(95):609-617.
73. Mestre C. L'interprétariat en psychiatrie : complexité, inconfort et créativité. *Rhizome*. 2015;1(55):38-47.
74. Gearing RE, Lizardi D. Religion and Suicide. *J Relig Health*. 2009;48(3):332-341.
75. Borum V. African Americans' Perceived Sociocultural Determinants of Suicide: Afrocentric Implications for Public Health Inequalities. *Soc Work Public Health*. 2014;29(7):656-670.
76. Lai D. Factors Influencing Suicide Behaviours in Immigrant and Ethno-Cultural Minority Groups: A Systematic Review. *Journal of immigrant and minority health*. 2017;19:755–768.
77. Bhugra D, Hicks MH-R. *Deliberate self-harm in Asian Women: An intervention study*. Report to the Department of Health, London. 2000.
78. Saint Arnault D, Woo S. Testing the influence of cultural determinants on help-seeking theory. *Am J Orthopsychiatry*. 2018;88(6):650-660.
79. Berry JW. Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Appl Psychol*. 1997;46(1):5-34.
80. Bourhis RY, Moise LC, Perreault S, Senecal S. Towards an Interactive Acculturation Model: A Social Psychological Approach. *Int J Psychol*. 1997;32(6):369-386.
81. Régner I, Loose F. Relationship of sociocultural factors and academic self-esteem to school grades and school disengagement in North African French adolescents. *Br J Soc Psychol*. 2006;45(4):777-797.
82. Beutel ME, Jünger C, Klein EM, Wild P, Lackner KJ, Blettner M, et al. Depression,

- anxiety and suicidal ideation among 1st and 2nd generation migrants - results from the Gutenberg health study. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):288.
83. Chu J, Khoury O, Ma J, Bahn F, Bongar B, Goldblum P. An Empirical Model and Ethnic Differences in Cultural Meanings Via Motives for Suicide. *J Clin Psychol*. 2017;73(10):1343-1359.
 84. Walker RL, Lester D, Joe S. Lay Theories of Suicide: An Examination of Culturally Relevant Suicide Beliefs and Attributions among African Americans and European Americans. *J Black Psychol*. 2006;32(3):320-334.
 85. Eylem O, Dalgat, Ince Bü, Tok F, van Straten A, de Wit L, Kerkhof AJFM, Bhui K. Acculturation and suicidal ideation among Turkish migrants in the Netherlands. *Psychiatry Res*. 2019;275:71-77.
 86. Lester D, Colucci E, Hjelmeland H, Park BCB. *Suicide and culture*. Toronto: Hogrefe Publishing; 2013.
 87. Colucci E. The cultural facet of suicidal behaviour: Its importance and neglect. *Aust E-J Adv Ment Health*. 2006;5(3):234-246.
 88. Kumar V. Burnt wives—a study of suicides. *Burns*. 2003;29(1):31-35.
 89. Bhugra D. Sati: A Type of Nonpsychiatric Suicide. *Crisis*. 2005;26(2):73-77.
 90. Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, Konradsen F. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: Systematic review. *BMC Public Health*. 2007;7(1):357.
 91. Mew EJ, Padmanathan P, Konradsen F, Eddleston M, Chang S-S, Phillips MR, et al. The global burden of fatal self-poisoning with pesticides 2006-15: Systematic review. *J Affect Disord*. 2017;219:93-104.
 92. Patel V, Ramasundarahettige C, Vijayakumar L, Thakur J, Gajalakshmi V, Gururaj G, et al. Suicide mortality in India: a nationally representative survey. *The Lancet*. 2012;379(9834):2343-5231.
 93. Chang S-S, Chen Y-Y, Yip PSF, Lee WJ, Hagihara A, Gunnell D. Regional Changes in Charcoal-Burning Suicide Rates in East/Southeast Asia from 1995 to 2011: A Time Trend Analysis. Hay PJ, éditeur. *PLoS Med*. 2014;11(4):e1001622.
 94. Kevin Chien-Chang Wu, Ying-Yeh Chen, Paul S. F. Yip. Suicide Methods in Asia: Implications in Suicide Prevention. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2012; 9; 1135-

95. Wong YJ, Deng K, Lee CS, Grimes J, Li PFJ. Asian Pacific Islander Americans' and White Americans' suicide methods. *Asian Am J Psychol.* 2018;9(4):318-326.
96. Varnik A, Kolves K, van der Feltz-Cornelis CM, Marusic A, Oskarsson H, Palmer A, et al. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the «European Alliance Against Depression». *J Epidemiol Community Health.* 2008;62(6):545-451.
97. Höfer P, Rockett IRH, Värnik P, Etzersdorfer E, Kapusta ND. Forty years of increasing suicide mortality in Poland: Undercounting amidst a hanging epidemic? *BMC Public Health.* 2012;12(1):644.
98. Colucci E, Montesinos AH. Violence against women and suicide in the context of migration - A review of the literature and a call for action. *Suicidology Online.* 2013;4:81-91.
99. Vives-Cases C, Ruiz-Cantero MT, Escriba-Aguir V, Miralles JJ. The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. *J Public Health.* 2011;33(1):15-21.
100. Hicks MH-R, Bhugra D. Perceived Causes of Suicide Attempts by U.K. South Asian Women. *Am J Orthopsychiatry.* 2003;73(4):455-462.
101. Patel, S. P., & Gaw, A. C. Suicide among immigrants from the Indian subcontinent: A review. *Psychiatric Services.* 1996;47(5), 517–521.
102. Chew-Graham C, Bashir C, Chantler K, Burman E, Batsleer J. South Asian women, psychological distress and self-harm: lessons for primary care trusts. *Health Soc Care Community.* 2002;10(5):339-347.
103. Schouler-Ocak M, Reiske S-L, Rapp MA, Heinz A. Cultural Factors in the Diagnosis and Treatment of Traumatized Migrant Patients from Turkey. *Transcult Psychiatry.* 2008;45(4):652-670.
104. Daure I, Reveyrand-Coulon O. *Le migrant et sa famille.* Paris: ESF Sciences Humaines; 2019.
105. Lindert J, Ehrenstein OS von, Priebe S, Mielck A, Brähler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees : A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.*

- 2009;69(2):246-257.
106. Guardia D, Salleron J, Roelandt J-L, Vaiva G. Prévalence des troubles psychiatriques et addictologiques auprès de trois générations successives de migrants : résultats d'une étude menée en population générale. *L'Encéphale*. 2017;43(5):435-443.
 107. 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. *The Lancet*. 2002;360(9339):1056-1062.
 108. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*. 2005;365:1309-1314.
 109. Steel Z, Silove D, Chey T, Bauman A, Phan T, Phan T. Mental disorders, disability and health service use amongst Vietnamese refugees and the host Australian population. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;111(4):300-309.
 110. Mollica RF. Longitudinal Study of Psychiatric Symptoms, Disability, Mortality, and Emigration Among Bosnian Refugees. *JAMA*. 2001;286(5):546.
 111. de Jong JTVM. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *JAMA*. 2001;286(5):555.
 112. de Jong JT, Komproe IH, Van Ommeren M. Common mental disorders in postconflict settings. *The Lancet*. 2003;361(9375):2128-2130.
 113. Cardozo BL. Mental Health, Social Functioning, and Attitudes of Kosovar Albanians Following the War in Kosovo. *JAMA*. 2000;284(5):569.
 114. Veïsse A, Wolmark L, Revault P, Giacobelli M, Bamberger M, Zlatanova Z. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017;(19-20):405-414.
 115. Tinghög P, Malm A, Arwidson C, Sigvardsdotter E, Lundin A, Saboonchi F. Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: a population-based survey. *BMJ Open*. 2017;7(12):e018899.
 116. Freud S. *Malaise dans la civilisation*. Paris : Éditions Pavot & Rivages; 2010. (1930 pour l'édition originale : *Das Unbehagen in der Kultur*).
 117. Devreux G. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris, Flammarion, 1980 (1967 pour l'édition originale en anglais).
 118. Bhugra D. Cultural identities and cultural congruency: a new model for evaluating mental

- distress in immigrants. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;111(2):84-93.
119. Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;109(4):243-258.
 120. Perez-Rodriguez, M. M., Baca-Garcia, E., Oquendo, M. A., Wang, S., Wall, M. M., Liu, S.-M., & Blanco, C. Relationship between acculturation, discrimination, and suicidal ideation and attempts among US Hispanics in the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry.* 2014;75:399–407.
 121. Jurado D, Alarcón RD, Martínez-Ortega JM, Mendieta-Marichal Y, Gutiérrez-Rojas L, Gurpegui M. Factores asociados a malestar psicológico o trastornos mentales comunes en poblaciones migrantes a lo largo del mundo. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2017;10:45-58.
 122. Laban CJ, Gernaat HBPE, Komproe IH, van der Tweel I, De Jong JTVM. Postmigration Living Problems and Common Psychiatric Disorders in Iraqi Asylum Seekers in the Netherlands: *J Nerv Ment Dis.* 2005;193(12):825-832.
 123. Lipsicas CB, Mäkinen IH. Immigration and Suicidality in the Young. *Can J Psychiatry.* 2010;55(5):274-281.
 124. van Bergen DD, Smit JH, van Balkom AJLM, van Ameijden E, Saharso S. Suicidal Ideation in Ethnic Minority and Majority Adolescents in Utrecht, The Netherlands. *Crisis.* 2008;29(4):202-208.
 125. Donath C, Bergmann MC, Kliem S, Hillemacher T, Baier D. Epidemiology of suicidal ideation, suicide attempts, and direct self-injurious behavior in adolescents with a migration background: a representative study. *BMC Pediatr.* 2019;19(1):45.
 126. Deckert A, Winkler V, Meisinger C, Heier M, Becher H. Suicide and external mortality pattern in a cohort of migrants from the former Soviet Union to Germany. *J Psychiatr Res.* 2015;63:36-42.
 127. Malenfant ÉC. Suicide in Canada's immigrant population. *Health Rep.* 2004;15(2):9.
 128. Kwan. Suicidality and migration among adolescents in Hong Kong. 2007;31:45-66.
 129. Cho Y-B, Haslam N. Suicidal Ideation and Distress Among Immigrant Adolescents: The Role of Acculturation, Life Stress, and Social Support. *J Youth Adolesc.* 2010;39(4):370-379.
 130. Peña JB, Wyman PA, Brown CH et al. Immigration Generation Status and its Association

- with Suicide Attempts, Substance Use, and Depressive Symptoms among Latino Adolescents in the USA. *Prev Sci*. 2008;9(4):299-310.
131. Deriu V, Benoit L, Moro MR, Lachal J. Idées suicidaires et tentatives de suicide à l'adolescence en contexte migratoire. *Soins Psychiatr*. 2018;39(316):22-26.
 132. Pottie K, Dahal G, Georgiades K, Premji K, Hassan G. Do First Generation Immigrant Adolescents Face Higher Rates of Bullying, Violence and Suicidal Behaviours Than Do Third Generation and Native Born? *J Immigr Minor Health*. 2015;17(5):1557-1566.
 133. Yilmaz AT, Riecher-Rössler A. Suicid attempts among first and second generation immigrants. *Neuropsychiatr*. 2008;22(4):261-267.
 134. World Health Organization. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region; 2018.
 135. Carta MG, Kovess V, Hardoy MC, Morosini P, Murgia S, Carpiniello B. Psychiatric disorders in Sardinian immigrants to Paris: a comparison with Parisians and Sardinians resident in Sardinia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37(3):112-117.
 136. Hollifield M, Warner TD, Lian N, Krakow B, Jenkins JH, Kesler J, et al. Measuring Trauma and Health Status in Refugees: A Critical Review. *JAMA*. 2002;288(5):611.
 137. Cantor-Graae E, Selten J-P. Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review. *Am J Psychiatry*. 2005;162(1):12-24.
 138. Henssler J, Brandt L, Müller M, Liu S, Montag C, Sterzer P, Heinz A. Migration and schizophrenia: meta-analysis and explanatory framework. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2020;270(3):325-335.
 139. Dykxhoorn J, Lewis G, Hollander AC, Dalman C, Kirkbride J. Does Psychosis Risk Vary by Age-At-Migration and Region of Origin? A National Cohort Study of 1.8 Million People. *Schizophr Bull*. 2017;43(Suppl 1): S18–S19.
 140. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. Hyman SE, éditeur. *PLoS Med*. 2005;2(5):e141.
 141. Tortelli A, Kourio H, Ailam L, Skurnik N. Psychose et migration, une revue de la littérature. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2009;167(6):459-463.
 142. Tortelli A, Errazuriz A, Croudace T, Morgan C, Murray RM, Jones PB, et al. Schizophrenia and other psychotic disorders in Caribbean-born migrants and their descendants in England: systematic review and meta-analysis of incidence rates, 1950–2013. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(7):1039-1055.

143. Boydell J, van Os J, McKenzie K, Allardyce J, Goel R, McCreadie RG, et al. Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interactions with environment. *BMJ*. 2001;323(7325):1336.
144. Termorshuizen F, Wierdsma AI, Visser E, Drukker M, Sytema S, Laan W, et al. Psychosis and suicide risk by ethnic origin and history of migration in the Netherlands. *Schizophr Res*. 2012;138:268-273.
145. Brandt L, Henssler J, Müller M, Wall S, Gabel D, Heinz A. Risk of Psychosis Among Refugees: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(11):1133.
146. Zapata Serna. Les migrants : le syndrome d'Ulysse. *Analecta polit*. 2015;5(8):143-168.
147. Bustamante LHU, Cerqueira RO, Leclerc E, Brietzke E. Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2017;40(2):220-225.
148. Buescher - A Review of Available Data on the Health of the Latino Population in North Carolina *NC Med J*.2003;64(3):97-105
149. Harris & al. Substance use disorders in refugee and migrant groups in Sweden: A nationwide cohort study of 1.2 million people. *PLoS Med*. 2019;16(11):e1002944.
150. Das-Munshi J, Becares L, Dewey ME, Stansfeld SA, Prince MJ. Understanding the effect of ethnic density on mental health: multi-level investigation of survey data from England. *BMJ*. 2010;341:c5367.
151. Tortelli A, Sauzé D, Skurnik N. Capital social, santé mentale et immigration. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2017;175(6):573-756.
152. Havekes E. The Wish to Leave Ethnically Concentrated Neighbourhoods: The Role of Perceived Social Cohesion and Interethnic Attitudes. *Housing Studies*. 2014;29:823-842.
153. Das-Munshi J, Schofield P, Bhavsar V, Chang C-K, Dewey ME, Morgan C, et al. Ethnic density and other neighbourhood associations for mortality in severe mental illness: a retrospective cohort study with multi-level analysis from an urbanised and ethnically diverse location in the UK. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(6):506-517.
154. Bécares L, Stafford M, Laurence J, Nazroo J. Composition, Concentration and Deprivation: Exploring their Association with Social Cohesion among Different Ethnic Groups in the UK. *Urban Stud*. 2011;48(13):2771-2787.
155. Pan SW, Carpiano RM. Immigrant Density, Sense of Community Belonging, and Suicidal Ideation Among Racial Minority and White Immigrants in Canada. *J Immigr Minor Health*. 2013;15(1):34-42.
156. Becares L, Nazroo J, Stafford M. The ethnic density effect on alcohol use among ethnic minority people in the UK. *J Epidemiol Community Health*. 2011;65(1):20-25.
157. Durkheim E. *Suicide: A study in sociology*. New-York: Simon and Schuster; 1897.

158. Lawrence RE, Oquendo MA, Stanley B. Religion and Suicide Risk: A Systematic Review. *Arch Suicide Res.* 2016;20(1):1-21.
159. Bonelli RM, Koenig HG. Mental Disorders, Religion and Spirituality 1990 to 2010: A Systematic Evidence-Based Review. *J Relig Health.* 2013;52(2):657-673.
160. Norko MA, Freeman D, Phillips J, Hunter W, Lewis R, Viswanathan R. Can Religion Protect Against Suicide?: *J Nerv Ment Dis.* 2017;205(1):9-14.
161. Mishara, Tousignant. *Comprendre le suicide.* Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal ; 2004.
162. Robinson JA, Bolton JM, Rasic D, Sareen J. Exploring the relationship between religious service attendance, mental disorders, and suicidality among different ethnic groups : results from a nationally representative survey. *Depress Anxiety.* 2012;29(11):983-990.
163. Rasic DT, Belik S-L, Elias B, Katz LY, Enns M, Sareen J. Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. *J Affect Disord.* 2009;114:32-40.
164. Dervic K, Oquendo MA, Grunebaum MF, Ellis S, Burke AK, Mann JJ. Religious Affiliation and Suicide Attempt. *Am J Psychiatry.* 2004;161(12):2303-2308.
165. Carli V, Mandelli L, Zaninotto L, Iosue M, Hadlaczky G, Wasserman D, et al. Serious suicidal behaviors: Socio-demographic and clinical features in a multinational, multicenter sample. *Nord J Psychiatry.* 2014;68(1):44-52.
166. Robins A, Fiske A. Explaining the relation between religiousness and reduced suicidal behavior: Social support rather than specific beliefs. *Suicide Life Threat Behav.* 2009;39(4):386-395
167. Young R, Sweeting H, Ellaway A. Do schools differ in suicide risk? the influence of school and neighbourhood on attempted suicide, suicidal ideation and self-harm among secondary school pupils. *BMC Public Health.* 2011;11(1):874.
168. Wasserman D, Cheng Q, Jiang G-X. Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry.* 2005;7.
169. Razum O. Commentary: Of salmon and time travellers—musing on the mystery of migrant mortality. *Int J Epidemiol.* 1 août 2006;35(4):919-21.
170. Radjack R, Rizzi AT, Harf A, Moro MR. Actualités en psychiatrie transculturelle en France. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2017;175(6):561-566.
171. American Psychiatric Association. *DSM5 - Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux.* Elsevier Masson; 2015.

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

Conduites suicidaires chez les populations migrantes : revue narrative de la littérature

Le suicide est un problème de santé publique dans tous les pays. Il touche généralement les personnes présentant des facteurs de vulnérabilité. Un des enjeux des différents programmes de prévention du suicide est de mieux identifier les groupes de population plus vulnérables vis à vis des conduites suicidaires, tels que les populations migrantes.

Dernièrement, un besoin croissant de mieux appréhender les problèmes de santé mentale chez les personnes migrantes ou appartenant à des groupes ethniques minoritaires est apparu dans le monde entier. L'Europe est aujourd'hui confrontée à la plus importante immigration depuis la Seconde Guerre mondiale, ce qui pose de nouvelles questions de recherche sur l'ampleur de la charge que représentent les troubles mentaux chez les migrants.

L'objectif de ce travail est de réaliser une revue non exhaustive de la littérature sur les comportements suicidaires des migrants vivant en Europe, afin d'étudier leur incidence et les facteurs pouvant influencer le risque suicidaire dans cette population spécifique.

L'un des apports de ce travail est de réunir dans un même ensemble, une grande partie de la littérature abordant ces thématiques. En revanche, ces estimations doivent être interprétées avec prudence en raison des différents biais méthodologiques des études. La littérature montre des résultats très contrastés qui ne permettent pas de conclure à ce jour. En outre, des facteurs variés peuvent influencer de manière diverse en fonction des contextes le taux de suicide des personnes migrantes, comme des facteurs liés à la communauté ou aux relations, des facteurs liés au système de soin et à la société ou encore des facteurs individuels.

Mots-clés : Migrants ; Immigrants ; Minorités ethniques ; Suicide ; Tentative de suicide.