

## *Santé mentale et parcours migratoires : symptômes d'anxiété et de dépression<sup>1</sup>*

*Julie Pannetier, Annabel Desgrées du Loû, France Lert*

**E**n France, à la différence d'autres problèmes de santé mieux documentés comme les maladies infectieuses, les données chiffrées sur la santé mentale des populations immigrées sont quasiment absentes du paysage scientifique. Pourtant, cet ouvrage souligne les difficultés rencontrées par les personnes immigrées à leur arrivée en France en matière d'accès au logement, à un titre de séjour pérenne, à une activité qui leur assure des ressources (*cf.* chapitre 1). Or les difficultés socioéconomiques (le chômage ou un faible niveau de vie) sont étroitement liées à la dépression (Fryers, Melzer et Jenkins, 2003). À cela s'ajoutent différentes formes de violences qui ont pu être vécues dans les pays d'origine et au cours du parcours migratoire, et dont l'association avec la dépression a été démontrée dans d'autres pays (Fortuna, Porche et Alegria, 2008 ; Ornelas et Perreira, 2011). Par ailleurs, dans un contexte d'augmentation des barrières à l'immigration et de « pathologisation » du « phénomène migratoire » depuis les années 1970 (Sayad, 1999), la souffrance psychique liée aux discours stigmatisants à l'égard des populations immigrées a été soulignée dans des études anthropologiques, notamment celles réalisées auprès des personnes originaires d'Afrique subsaharienne en France (Larchanché, 2012 ; Sargent et Larchanché-Kim, 2006). Enfin, les discriminations institutionnelles et les processus par lesquels les États

1 Ce chapitre reprend certains résultats présentés dans l'article : PANNETIER J., LERT F., JAUFFRET ROUSTIDE M., DESGRÉES DU LOÛ A., 2017, « Mental health of sub-Saharan African migrants : the role of migration paths and transnational ties », *Social Science and Medicine-Population Health*.

fabriquent de l'illégalité en créant des obstacles à l'extension des titres de séjour (Le Défenseur des droits, 2016) ou à l'obtention du statut de réfugié (Fassin, 2001) peuvent également avoir un impact sur la santé mentale des populations concernées.

Ainsi, il est important de s'intéresser aux déterminants sociaux et politiques de la santé mentale des populations immigrées. L'enquête *Parcours* ne portait pas spécifiquement sur la santé mentale, mais le questionnaire comportait un jeu de quatre questions permettant de calculer un score de symptomatologie anxieuse et/ou dépressive. À partir de l'analyse de ce score, ce chapitre présente, pour les trois groupes de personnes enquêtées (les personnes du groupe de référence, les personnes vivant avec un VIH ou avec une hépatite B chronique), les liens qui existent entre le parcours migratoire et les symptômes d'anxiété et de dépression, avec une attention particulière accordée à l'effet des violences ou des contraintes spécifiques vécues par les femmes et les hommes avant et après la migration.

### *Mesurer la souffrance psychique des populations immigrées*

La mesure de l'état de santé mentale dans les enquêtes est toujours complexe. Il est par exemple difficile d'évaluer la prévalence de la dépression, car les symptômes de la dépression se manifestent sur un continuum qui va de « non déprimé » à « gravement déprimé » et la mesure de l'état de dépression dépend étroitement de l'outil psychométrique utilisé et des théories qui le sous-tendent (Beck et Beck, 1972). Cependant, ces tests psychométriques permettent de mettre au jour les facteurs associés aux troubles psychiques. Une étude comparative montre par exemple que, sur deux enquêtes menées en France qui n'utilisent pas les mêmes outils de mesure de la dépression ni le même protocole d'enquête, les prévalences de dépression obtenues sont différentes, mais les facteurs associés sont les mêmes (Morin, 2010). D'autre part, en santé mentale, les échelles de mesures standardisées sont la plupart du temps conçues avec des notions spécifiquement occidentales de la maladie et de ses symptômes, l'utilisation de ces instruments pour des populations qui ont d'autres normes sociales ou linguistiques que celles pour qui elles ont été produites demande donc une validation préalable. Dans le cas des populations africaines, ces validations ont rarement pu être faites, ce qui explique, en partie, l'absence d'indicateurs sur la santé mentale dans ces populations.

**Le PHQ-4.** Dans l'enquête Parcours, les personnes interrogées devaient rapporter à quelle fréquence, dans les deux dernières semaines, elles avaient été gênées par les problèmes suivants : 1. *un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension* ; 2. *une incapacité à arrêter de s'inquiéter ou à contrôler ses inquiétudes* ; 3. *peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses* ; 4. *être triste, déprimée ou désespérée*. Les réponses à ces questions pouvaient être : *jamais, plusieurs jours, plus de la moitié du temps ou presque tous les jours*.

Un score au PHQ-4  $\geq 6$  sur une échelle variant de 0 à 12 correspond à une symptomatologie anxieuse et/ou dépressive modérée à sévère (Kroenke *et al.*, 2009).

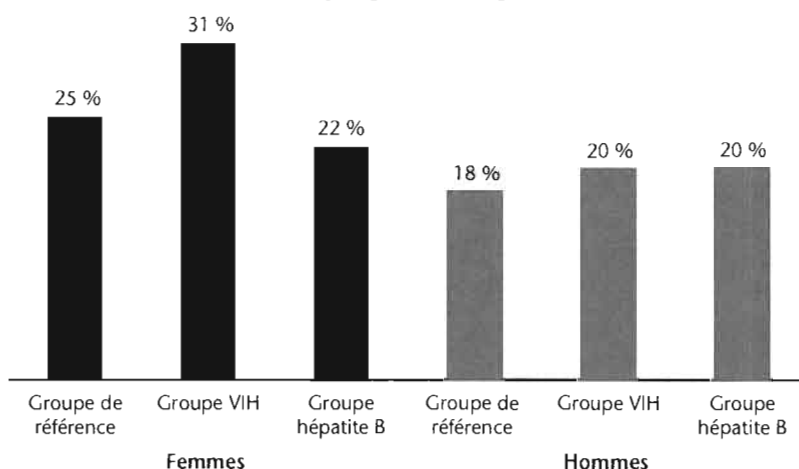
### *Les symptômes anxieux et dépressifs à travers le PHQ-4*

L'enquête Parcours permet d'appréhender le niveau de symptômes anxieux et dépressifs avec le « *Patient Heath Questionnaire-4* » (PHQ-4) qui comprend deux questions évaluant les symptômes anxieux, issues du « *Generalized Anxiety Disorder-2* » (GAD-2), et deux questions mesurant les symptômes dépressifs, provenant du « *Patient Heath Questionnaire-2* » (PHQ-2)<sup>2</sup>. Comme l'anxiété et la dépression coexistent souvent, ces deux troubles peuvent être en effet évalués conjointement avec le PHQ-4 (Kroenke *et al.*, 2009). Le PHQ-4 est initialement un outil de dépistage rapide de l'anxiété et de la dépression à destination des soignants, permettant d'indiquer une symptomatologie anxieuse et/ou dépressive modérée à sévère méritant une évaluation plus approfondie par un diagnostic clinique. Cette échelle a été validée dans une population européenne (Löwe *et al.*, 2010), elle n'a pas été validée et utilisée à ce jour en France ou dans une population immigrée. Sans avoir la prétention de caractériser de façon fine les troubles psychiques chez les personnes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne, cet indicateur apporte donc des informations sur un niveau de symptômes anxieux et/ou dépressifs qui devrait alerter les soignants.

À partir de cette échelle, les niveaux de symptômes anxieux et dépressifs apparaissent très élevés dans la population immigrée d'Afrique subsaharienne vivant en Île-de-France : 25 % des femmes et 18 % des hommes du groupe de référence sont concernés par un score au PHQ-4 égal ou supérieur à 6 (figure 1). Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les groupes d'étude. De façon générale, les niveaux de dépression mesurés en population générale varient beaucoup d'un pays à l'autre

2 Le GAD-2 et le PHQ-2 sont les versions courtes de deux échelles de mesures de l'anxiété (GAD-7) et de la dépression (le PHQ-9).

FIGURE 1. Proportions de personnes ayant un niveau de symptômes anxieux et dépressifs modéré à sévère (score au PHQ-4  $\geq 6$ ) selon le groupe d'étude, par sexe



*Champ* : ensemble des personnes enquêtées.

*Note* : le détail des effectifs et des valeurs est disponible sur le site [http://ceped.org/parcours/annexes-chapitre\\_13.xlsx](http://ceped.org/parcours/annexes-chapitre_13.xlsx).

*Lecture* : 25 % des femmes du groupe de référence ont un niveau de symptômes anxieux et dépressifs modéré à sévère.

*Source* : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

(Kessler et Bromet, 2013), il est donc difficile de comparer les résultats avec ceux d'études réalisées dans d'autres pays ; on soulignera tout de même que les symptômes anxieux et dépressifs observés ici sont jusqu'à trois fois supérieurs à ceux observés en population générale en Allemagne avec la même échelle : le PHQ-4 (Löwe *et al.*, 2010).

Les résultats de cette étude corroborent ceux d'études européennes, encore rares, qui indiquent des niveaux d'anxiété et/ou de dépression plus élevés parmi les populations immigrées que non immigrées en Europe, en raison des inégalités socioéconomiques et de la discrimination perçue liée à l'origine (Levecque, Lodewyckx et Vranken, 2007 ; Levecque et Van Rossem, 2015) ainsi que ceux d'études réalisées en France, qui soulignent des difficultés psychiques accrues chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne (Tortelli *et al.*, 2014 ; Veïsse, Wolmark et Revault, 2012). Ces études réalisées dans des contextes très différents (au Comité médical pour les exilés et dans les services psychiatriques du 20<sup>e</sup> arrondissement de Paris) et sur différents aspects de la santé mentale (les syndromes post-traumatiques et les psychoses) soulignent la vulnérabilité spécifique de certaines personnes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne en

France concernant la santé mentale (Tortelli *et al.*, 2014 ; Veisse, Wolmark et Revault, 2012).

Ces niveaux élevés de symptômes anxieux ou dépressifs ne sont pas étonnants dans la mesure où les personnes enquêtées ont connu dans des proportions importantes des situations ou événements que l'on sait fortement associés à la dépression : le fait ne pas avoir d'activité professionnelle ou d'avoir des activités professionnelles du secteur informel et/ou à faibles qualifications (*cf.* chapitre 2), le fait d'avoir vécu dans la rue (14 % pour les hommes et 5 % pour les femmes du groupe de référence, *cf.* chapitre méthodologique), le fait d'avoir subi des violences sexuelles (18 % des femmes et 3 % des hommes du groupe de référence, *cf.* chapitre 6). On retrouve bien (tableau 1) un lien statistique entre le fait d'avoir vécu des événements à fort potentiel traumatique – la violence sexuelle, le fait d'avoir vécu dans la rue – et les symptômes anxieux et dépressifs, pour les hommes comme pour les femmes. On retrouve aussi plus de symptômes anxieux et dépressifs chez les femmes ayant des emplois à faibles qualifications ou précaires et les personnes qui sont sans emploi (tableau 1). En effet, le travail peut être source de souffrance psychique (Dejours, 2008), mais son absence dans les sociétés où le statut qu'il confère est valorisé reste fortement associée à la dépression (Pan Ké Shon et Duthé, 2013).

En général, au Nord comme au Sud, les femmes apparaissent plus touchées par la dépression que les hommes (Hopcroft et Bradley, 2007 ; Van de Velde, Bracke et Levecque, 2010). Cela peut signifier d'une part qu'elles sont plus exposées aux facteurs associés à la dépression, tels que le chômage ou les violences sexuelles (Piccinelli et Wilkinson, 2000) et d'autre part que, si elles souffrent plus de troubles dépressifs que les hommes, les troubles liés à la consommation d'alcool sont plus fréquents chez les hommes : ainsi, les constructions sociales du masculin et du féminin produiraient des expressions genrées du « mal-être » (Cousteaux et Pan Ké Shon, 2008). Dans notre étude les niveaux de symptômes anxieux et dépressifs sont supérieurs chez les femmes, mais la différence n'est statistiquement significative qu'entre les femmes et les hommes vivant avec le VIH (31 % *versus* 20 %,  $p = 0.004$ ). Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ce faible écart. Il y a possiblement moins de différences dans l'expression du « mal-être » entre hommes et femmes comme cela a été montré dans certains pays d'Afrique (Duthé, Bonnet et Rossier, 2013). D'autre part, les expériences des femmes et des hommes en migration se rapprochent et entraînent possiblement les mêmes niveaux de symptômes anxieux et dépressifs. Les migrantes arrivent de plus en plus seules ou devant un conjoint, pour chercher un emploi, faire des études, mais également pour fuir leur pays en raison de menaces pour leur vie (*cf.* chapitre 1).

**Tableau 1.** Facteurs sociaux associés aux symptômes anxieux et dépressifs modérés à sévères (score au PHQ-4  $\geq 6$ ), par sexe

	Femmes		Hommes	
	N = 1189		N = 1253	
	OR	ORa	OR	ORa
<b>Situation professionnelle</b>				
Emploi qualifications faibles/« petits boulots »	1,6*	1,6*	1,8*	1,2
Emploi qualifications intermédiaires/élevées	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Inactif	4,3***	3,4***	4,1***	1,9*
Étudiant	2,7*	2,5	1,6	1,4
<b>Vivre en couple (Réf. non)</b>				
	0,5**	0,8	0,5**	0,8
<b>Avoir subi un rapport sexuel forcé (Réf. non)</b>				
	2,1**	1,5*	4,8**	2,6*
<b>Avoir vécu dans la rue en France (Réf. non)</b>				
	3,8**	2,3**	5,1**	2,5**
<b>Avoir vécu au moins 7 ans en France (Réf. non)</b>				
	0,5***	0,7	0,3***	0,7
<b>Raison de la migration</b>				
Menacé.e dans son pays	3,6***	2,2*	2,9**	1,5
Raisons de santé	2,5***	2,3**	2,2	1,2
Tenter sa chance/trouver du travail	1,4	1,1	1,5	1,1
Études	1,2	1,3	0,5	0,6
Raisons familiales	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
<b>Situation administrative à l'enquête</b>				
Autorisation provisoire/pas de titre de séjour	2,6***	1,1	5,0**	1,9*
Carte de séjour temporaire (1 an)	1,4	0,6	2,4**	1,2
Nationalité française/carte de résident (10 ans)	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
<b>Groupe</b>				
Groupe VIH	1,4	1,4	1,1	1,2
Groupe Hépatite B	0,9	0,7	1,2	1,3
Groupe de référence	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.

*Champ* : ensemble des personnes enquêtées.

*Note* : les résultats ont été obtenus à l'aide de régressions logistiques ajustées sur l'âge, le niveau d'études, le fait d'avoir un enfant de moins de 18 ans dans un pays étranger, le fait d'avoir quelqu'un sur qui compter dans les moments difficiles, la pratique religieuse régulière. Le détail des analyses est disponible sur le site [www.ceped.org/parcours/annexes\\_chapitre\\_13.xlsx](http://www.ceped.org/parcours/annexes_chapitre_13.xlsx).

*Lecture* : un coefficient supérieur (respectivement inférieur) à 1 et statistiquement significatif indique que la probabilité de connaître des symptômes anxieux et dépressifs est supérieure (respectivement inférieure) par rapport à la modalité de référence.

*Légende* : significativité à \* : 5 %, \*\* : 1 %, \*\*\* : 0,1 %. Réf. Situation de référence. OR : odds ratios calculés par régression logistique et ajustés sur le groupe d'étude. ORa : odds ratios calculés par régression logistique et ajustés sur le groupe d'étude et toutes les autres variables incluses dans le modèle.

*Source* : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

## ***Les parcours migratoires qui fragilisent la santé mentale***

Au cours de leurs parcours migratoires, les personnes immigrées peuvent être exposées à différents types de violences ou contraintes liés aux contextes sociaux et politiques dans les sociétés d'origine et de destination (Castañeda *et al.*, 2015), de façon différente pour les femmes et les hommes.

### *Des violences spécifiques à l'égard des femmes ?*

La part des migrations contraintes par un contexte politique ou des violences de genre chez les personnes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne est en augmentation, en raison de l'instabilité politique que connaissent certains pays dans cette région. Chez les femmes particulièrement, nous voyons dans l'étude *Parcours* que la part de celles qui sont arrivées en France pour fuir des menaces dans leur pays a augmenté au cours des cinq dernières années (*cf.* chapitre 1). Comme l'indique le tableau 1, les femmes et les hommes qui ont migré parce qu'ils étaient menacés ont une probabilité plus élevée de connaître des symptômes anxieux (respectivement  $OR = 3,6$  et  $OR = 2,9$ ). Les femmes restent plus susceptibles de signaler des symptômes d'anxiété et de dépression lorsque l'on prend en compte leur situation professionnelle, administrative, le fait d'avoir vécu dans la rue et le fait d'avoir subi un rapport forcé ( $ORa = 2,2$ ), ce qui n'est pas le cas pour les hommes ( $ORa : 1,5$  non significatif), ce qui signifie que pour ces femmes la précarité économique, résidentielle et administrative ne suffit pas à expliquer pourquoi elles manifestent davantage de symptômes anxieux et dépressifs. Il est possible qu'elles aient été exposées à différentes formes de violence, autres que sexuelles, lors de leur parcours migratoire, qui pourraient expliquer ce désavantage.

Les conditions qui peuvent conduire les femmes à fuir leur pays sont en effet multiples : elles sont exposées aux violences conjugales, au viol comme tactique de guerre dans les pays en conflit armé, à l'excision, aux mariages forcés (Freedman, 2016). Comme expliqué par Jane Freedman, « les femmes qui ont été victimes de persécutions et qui veulent fuir leur pays rencontrent des difficultés économiques et sociales particulières liées à leur statut social, économique et politique. Elles ont probablement des ressources économiques inférieures aux hommes et plus de difficulté qu'eux à voyager seules ; et pendant le "voyage" jusqu'au pays où elles demanderont l'asile, elles rencontreront différentes formes de menaces et de violences ». Par exemple, devoir faire appel à des passeur-e-s représente un obstacle supplémentaire pour les femmes qui ont généralement moins

de ressources économiques que les hommes (Freedman, 2016). De plus, les femmes qui entreprennent une migration dans ces conditions font également face à de multiples formes de violence dans les pays d'arrivée (Freedman, 2016 ; Keygnaert, Vettenburg et Temmerman, 2012).

### *Les violences spécifiques à l'égard des hommes ?*

Pour beaucoup d'immigrés, l'arrivée en France est une période d'insécurité administrative. Il faut en moyenne trois ans pour les femmes et quatre ans pour les hommes après l'arrivée pour obtenir un premier permis de séjour valable pendant au moins toute une année (chapitre 2). Le durcissement des politiques migratoires rend difficile pour les immigrés l'accès à la sécurité et à la stabilité administrative et cela semble avoir un impact sur la santé mentale. Comme l'indique le tableau 1, pour les hommes comme pour les femmes l'absence de permis de séjour est associée aux symptômes d'anxiété et de dépression (respectivement : OR = 2,6 et OR = 5,0). L'association ne reste significative que chez les hommes après ajustement sur les autres variables du modèle (ORa = 1,9), ce qui signifie que cette association est maintenue au-delà des difficultés de logement et de la situation professionnelle, de la raison de la migration et des autres événements fortement liés à la dépression. Le fait de ne pas avoir de titre de séjour est donc particulièrement anxiogène pour les hommes.

Ce résultat peut être lié à différents types de violences, symboliques et institutionnelles. Premièrement, la construction d'immigrés sans papiers comme « illégaux », comme des « autres indésirables » représentant une menace, a un impact sur la santé des immigrés (Sargent et Larchanché-Kim, 2006). Deuxièmement, l'inquiétude et la dépression chez les immigrés sans titre de séjour peuvent être dues à la peur d'être arrêtés par la police, d'être expulsés et d'échouer dans leur projet migratoire (Larchanché, 2012). Les hommes sont également plus exposés aux contrôles policiers que les femmes dans l'espace public (Jobard *et al.*, 2013), en particulier les hommes perçus comme arabes, maghrébins ou noirs (Le Défenseur des droits, 2017).

### *Les « dures » premières années de l'arrivée en France : les symptômes anxieux et dépressifs qui s'atténuent avec le temps*

Enfin, les personnes arrivées depuis plus de sept ans déclarent moins de symptômes anxieux et dépressifs que celles arrivées depuis moins longtemps (tableau 1). L'état de santé mentale semble ainsi s'améliorer avec le temps passé en France. Ainsi, il y a une temporalité dans l'expérience de symptômes anxieux et dépressifs qui va de pair avec les difficultés d'installation en France. Les sept premières années après l'arrivée dans



en France correspondent à une période où les situations administratives, économiques et résidentielles demeurent incertaines (chapitre 1). Certaines personnes peuvent être exposées en France au stress lié à cette installation difficile qui peut prendre plusieurs années. Face à l'incertitude concernant les demandes d'asile, à l'absence d'activité économique, à la discrimination, à la précarité du logement, l'épreuve des premières années passées en France entraîne des symptômes anxieux et dépressifs qui s'atténuent avec le temps.

### ***Santé mentale et VIH : une vulnérabilité spécifique ?***

De manière générale, les personnes qui vivent avec le VIH souffrent plus de dépression que la population générale (Nanni *et al.*, 2015). En France, les personnes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH apparaissent moins dépressives que les autres groupes de personnes atteintes, mais plus que l'ensemble de la population générale française sans que l'on puisse déterminer si cela est lié à leur statut migratoire ou à leur statut VIH (Feuillet *et al.*, 2016). L'enquête Parcours est la première enquête à montrer que les immigrés subsahariens vivant avec le VIH ou l'hépatite B ont des niveaux égaux de symptômes d'anxiété et de dépression aux immigrants subsahariens non infectés par le VIH, « toutes choses égales par ailleurs » (tableau 1). Ainsi, ce sont beaucoup plus les éléments du parcours migratoire que la maladie qui paraissent avoir un rôle déterminant sur l'état de santé mentale des personnes originaires d'Afrique subsaharienne.

Il faut noter cependant que les personnes enquêtées vivant avec le VIH ont été diagnostiquées huit ans avant l'enquête pour la moitié d'entre elles. Ainsi la plupart d'entre elles avaient déjà traversé la période de « choc émotionnel » provoqué par l'annonce du diagnostic VIH, au moment où elles ont répondu au questionnaire. Dans le chapitre 9 qui porte sur l'impact du diagnostic, on observe d'ailleurs que ce sont essentiellement les deux années qui ont suivi le diagnostic qui sont déclarées comme étant difficiles ou très difficiles. De plus, le « choc » provoqué par le diagnostic du VIH a pu être tempéré par les différentes formes de soutien à l'œuvre dans les équipes de prise en charge du VIH, qui aident les patients à faire face à leurs difficultés, comme le montre Dolores Pourette au chapitre 10. Enfin, l'existence d'associations de soutien aux personnes vivant avec le VIH (*cf.* chapitre 11) a pu les aider à faire face aux difficultés.

## Conclusion

Fuir son pays, vivre illégalement dans un nouveau pays sont des expériences qui affectent la santé mentale. Dans le contexte actuel où les barrières à l'immigration vont croissantes, où les craintes déclenchées par les discours stigmatisants sur les personnes immigrées et la discrimination qu'elles subissent en retour risquent d'aller en s'amplifiant, la santé mentale des populations concernées devient un enjeu crucial. La mesure des symptômes anxieux et dépressifs dans l'étude Parcours confirme l'importance de cet enjeu. Cependant, des recherches spécifiques sur la question de la santé mentale sont nécessaires, avec des indicateurs plus fins, validés pour cette population, et un suivi dans le temps pour comprendre comment évoluent les difficultés psychiques au cours du séjour en France. On peut en effet se demander quelles seront les conséquences à long terme de ces souffrances psychiques dans leur vie en France et sur leur état de santé en général.

## Bibliographie

---

- BECK A.T., BECK R.W., 1972, « Screening depressed patients in family practice », *Postgraduate Medicine*, 52, 6, p. 81-85.
- CASTANEDA H., HOLMES S.M., MADRIGAL D.S., YOUNG M.-E.D., BEYELER N., QUESADA J., 2015, « Immigration as a social determinant of health », *Annual Review of Public Health*, 36, p. 375-392.
- COUSTEAUX A.-S., PAN KÉ SHON J.-L., 2008, « Le mal-être a-t-il un genre ? », *Revue française de sociologie*, 49, 1, p. 53-92.
- DEJOURS C., 2008, *Travail, usure mentale : essai de psychopathologie du travail*, Bayard, 298 p.
- DUTHÉ G., BONNET D., ROSSIER C., 2013, « La santé mentale, un problème négligé de la transition sanitaire : le cas de la dépression dans les quartiers périphériques de Ouagadougou », Working Paper du Ceped, [www.ceped.org/wp](http://www.ceped.org/wp).
- FASSIN D., 2001, « Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers », *Sciences sociales et santé*, 19, 4, p. 5-34.
- FEUILLET P., LERT F., TRON L., AUBRIERE C., SPIRE B., DRAY-SPIRA R., AGENCE NATIONALE DE RECHERCHE SUR LE SIDA ET LES HÉPATITES VIRALES (ANRS)-VIH, Enquête sur les personnes atteintes (Vespa2) Study Group, 2016, « Prevalence of and factors associated with depression among people living with HIV in France », *HIV medicine*, doi : 10.1111/hiv.12438.
- FORTUNA L.R., PORCHE M.V., ALEGRIA M., 2008, « Political violence, psychosocial trauma, and the context of mental health services use among immigrant Latinos in the United States », *Ethnicity & Health*, 13, 5, p. 435-463.

FREEDMAN J., 2016, « Sexual and gender-based violence against refugee women : a hidden aspect of the refugee "crisis" », *Reproductive Health Matters*, 24, 47, p. 18-26.

FRYERS T., MELZER D., JENKINS R., 2003, « Social inequalities and the common mental disorders », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 5, p. 229-237.

HOPCROFT R.L., BRADLEY D.B., 2007, « The sex difference in depression across 29 countries », *Social Forces*, 85, 4, p. 1483-1507.

JOBARD F., LÉVY R., LAMBERTH J., NÉVANEN S., 2013, « Mesurer les discriminations selon l'apparence : une analyse des contrôles d'identité à Paris », *Population*, 67, 3, p. 423-451.

KESSLER R.C., BROMET E.J., 2013, « The epidemiology of depression across cultures », *Annual Review of Public Health*, 34, p. 119-138.

KEYGNAERT I., VETTERBURG N., TEMMERMAN M., 2012, « Hidden violence is silent rape : sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands », *Culture, Health & Sexuality*, 14, 5, p. 505-520.

KROENKE K., SPITZER R.L., WILLIAMS J.B.W., LÖWE B., 2009, « An ultra-brief screening scale for anxiety and depression : the PHQ-4 », *Psychosomatics*, 50, 6, p. 613-621.

LARCHANCHÉ S., 2012, « Intangible obstacles : health implications of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France », *Social Science & Medicine (1982)*, 74, 6, p. 858-863.

LE DÉFENSEUR DES DROITS, 2017, « Relations police/population : le Défenseur des droits publie une enquête sur les contrôles d'identité ».

LE DÉFENSEUR DES DROITS, 2016, « Les droits fondamentaux des étrangers en France ».

LEVECQUE K., VAN ROSSEM R., 2015, « Depression in Europe : does migrant integration have mental health payoffs ? A cross-national comparison of 20 European countries », *Ethnicity & Health*, 20, 1, p. 49-65.

LEVECQUE K., LODEWYCKX I., VRANKEN J., 2007, « Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium : a comparison between native and immigrant groups », *Journal of Affective Disorders*, 97, 1-3, p. 229-239.

LÖWE B., WAHL I., ROSE M., SPITZER C., GLAESMER H., WINGENFELD K., SCHNEIDER A., BRÄHLER E., 2010, « A 4-item measure of depression and anxiety : validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population », *Journal of Affective Disorders*, 122, 1-2, p. 86-95.

MORIN T., 2010, « Mesurer statistiquement la dépression : enjeux et limites », document de travail, ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville ; ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'État ; ministère de la Santé et des Sports.

« Et la santé on dit quoi » ?

NANNI M.G., CARUSO R., MITCHELL A.J., MEGGIOLARO E., GRASSI L., 2015, « Depression in HIV infected patients : a review », *Current Psychiatry Reports*, 17, 1, p. 530.

ORNELAS I.J., PERREIRA K.M., 2011, « The role of migration in the development of depressive symptoms among Latino immigrant parents in the USA », *Social Science & Medicine* (1982), 73, 8, p. 1169-1177.

PICCINELLI M., WILKINSON G., 2000, « Gender differences in depression. Critical review », *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 177, p. 486-492.

SARGENT C.F., LARCHANCHÉ-KIM S., 2006, « Liminal lives : immigration status, gender, and the construction of identities among Malian migrants in Paris », *American Behavioral Scientist*, 50, 1, p. 9-26.

SAYAD A., 1999, *La Double Absence : des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Seuil, Paris, 452 p.

SHON J.-L. PAN KÉ, DUTHÉ G., 2013, « Trente ans de solitude... et de dépression », *Revue française de sociologie*, 54, 2, p. 225-261.

TORTELLI A., MORGAN C., SZOKE A., NASCIMENTO A., SKURNIK N., CAUSSADE E.M. DE, FAIN-DONABEDIAN E., FRIDJA F., HENRY M., EZEMBE F., MURRAY R.M., 2014, « Different rates of first admissions for psychosis in migrant groups in Paris », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 7, p. 1103-1109.

VAN DE VELDE S., BRACKE P., LEVECQUE K., 2010, « Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression », *Social Science & Medicine* (1982), 71, 2, p. 305-313.

VEISSE A., WOLMARK L., REVAULT P., 2012, « Mental health amongst migrants/foreigners : improving description for better care », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2-3-4, p. 36-40.

Pannetier J., Desgrées du Loû Annabel,  
Lert F.

Santé mentale et parcours migratoires :  
symptômes d'anxiété et de dépression.

In Desgrées du Loû Annabel (ed.), Lert F.  
(ed.). Parcours : parcours de vie et santé  
des Africains immigrés en France.

Paris (FRA) : La Découverte, 2017, 287-  
298. ISBN 978-2-7071-9645-3