

---

Hanna Devarenne-Megas

## Psychopathologie et insertion sociale des migrants polonais en France

---

### Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

**revues.org**

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

---

### Référence électronique

Hanna Devarenne-Megas, « Psychopathologie et insertion sociale des migrants polonais en France », *Revue européenne des migrations internationales* [En ligne], vol. 19 - n°1 | 2003, mis en ligne le 16 mai 2007, consulté le 11 février 2012. URL : <http://remi.revues.org/373> ; DOI : 10.4000/remi.373

Éditeur : Association pour l'étude des migrations internationales

<http://remi.revues.org>

<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur :

<http://remi.revues.org/373>

Document généré automatiquement le 11 février 2012. La pagination ne correspond pas à la pagination de l'édition papier.

© Université de Poitiers

Hanna Devarenne-Megas

# Psychopathologie et insertion sociale des migrants polonais en France

Pagination de l'édition papier : p. 101-124

## Psychopathologie et migration

- 1 De nombreux travaux réalisés dans divers pays ont démontré que la migration peut avoir des conséquences néfastes, d'ordre psychopathologique<sup>1</sup>. Déjà en 1912 Pollock montrait que l'incidence de la morbidité mentale à New York était deux fois plus élevée chez les personnes étrangères que chez les sujets autochtones. De même, selon Odegaard (1932), la population norvégienne émigrée aux États-Unis était nettement plus atteinte de psychopathologies que la population stable en Norvège. D'autres études plus récentes font également apparaître une psychopathologie plus élevée chez les sujets immigrés que chez les sujets natifs (Lasry et Sigal, 1975 ; Berry et Kim, 1987 ; Tousignant, 1991 ; Aroian, 1993). Cependant, les renseignements actuels sur les maladies mentales et l'insertion sociale des personnes expatriées semblent être insuffisants, car les états psychopathologiques, ne faisant en général pas appel au système classique de soins, font rarement l'objet de recherches.
- 2 Les débats sur l'étiologie et les conséquences de la psychopathologie des populations étrangères continuent ainsi de nos jours. Déjà en 1997, dans son analyse des ouvrages sur la question Murphy (1977) établissait une distinction entre les quelques chercheurs avançant l'hypothèse d'une prédisposition à la maladie mentale chez les personnes qui décident de quitter leur patrie et les autres qui préfèrent expliquer la psychopathologie migratoire par des tensions occasionnées lors du déracinement. Ces contradictions pourraient en grande partie s'expliquer par les différences de résultats obtenues dans des études sur la morbidité mentale des migrants et par un nombre important de travaux cliniques concernant ce domaine qui sont malheureusement peu concluants. On remarque aussi dans les études contemporaines recensées, le lien entre la psychopathologie et la migration est communément abordé sous la forme d'une discussion sur « l'inné » et « l'acquis », autrement dit sur ce qui, dans le psychisme, relève d'une part de la nature et d'autre part de l'influence de la culture d'un nouveau cadre de vie dans la mesure où il est médiatisé par le social<sup>2</sup>.
- 3 Les données cliniques disponibles sur les communautés étrangères comportent pareillement des champs et des temps de recherche variés qui rendent difficile la synthèse d'informations sur la psychopathologie et par conséquent compliquent considérablement l'élaboration de projets destinés aux services de soins. De même, les instruments de mesures employés et les populations visées varient d'un pays à l'autre. C'est pourquoi, l'utilisation des outils de recherche (catégories nosologiques, questionnaires, entretiens, etc.) conçus pour l'évaluation des symptômes dans les échantillons non-migratoires soulève d'inévitables difficultés méthodologiques dans le cas des études sur les migrants. Par exemple, si l'on examine le concept de la psychopathologie en relation avec le processus migratoire d'un point de vue historique, il s'est maintenu dans les pays nordiques, aux États-Unis et au Canada une tradition de recherche dans le domaine de la santé mentale qui s'attache à évaluer la distribution de troubles psychologiques dans des populations étrangères au plan *quantitatif* (Beiser, 1988). En France en revanche, on dispose principalement de nombreuses investigations *qualitatives* (Almeida, 1975 ; Nathan, 1988 ; Camilleri et Vinsonneau, 1996, etc.) portant sur les troubles psychologiques des populations décolonisées et beaucoup moins fréquemment d'enquêtes chiffrant les dimensions spécifiques de la psychopathologie ou de l'intégration sociale des personnes provenant des autres pays. Ainsi, les informations françaises ont trait essentiellement à la migration d'Afrique du Nord, d'Afrique Noire et de l'Europe du Sud en raison des flux migratoires significatifs en provenance de ces régions. Rares sont les travaux portant sur la psychopathologie et l'intégration sociale des migrants originaires d'Europe de l'Est en France. En revanche, les sources internationales fournissent

un éventail plus important de recherches sur les Polonais vivant aux États-Unis, au Canada, en Allemagne et en Grande-Bretagne, pays ayant connu une migration polonaise particulièrement forte au cours du XX<sup>ème</sup> siècle.

4 Cependant, la plupart des travaux consultés abordent cette immigration sous un angle sociologique et s'intéressent plus particulièrement à la vie sociale des immigrés dans le pays d'accueil. Les thématiques individuelles et psychologiques sont rarement évoquées, hormis quelques écrits à ce sujet comme ceux de Kino (1951), Eisenberg (1966), Cochrane (1971), Liebermann (1978) ou Hitch et Rack (1980), Wald et coll. (1983).

5 Tout d'abord, nous constatons que deux thèmes dominants se dégagent des études récemment effectuées dans le cadre des problématiques mentionnées ; le premier thème concerne la question des méthodes de mesure du phénomène : *comment évaluer les symptômes chez les sujets dont les antécédents culturels sont différents de notre propre cadre de référence ?* ; le second thème concerne la question de la causalité : *en admettant qu'il existe des différences sur le plan de la santé mentale et du fonctionnement social entre migrants et population hôte ou entre certaines sous-populations de migrants, quels sont les facteurs de risque de la psychopathologie ?*

## La psychopathologie des migrants polonais en France : un spectre transculturel

6 En dépit de l'ancienneté et de l'importance de cette migration en France, de rares travaux français portent sur les troubles psychologiques des Polonais, cette communauté ayant été longuement oubliée par les investigations scientifiques<sup>3</sup>. En revanche, les sources internationales consultées fournissent un éventail plus large d'études s'intéressant aux Polonais installés en Allemagne, en Grande-Bretagne ainsi qu'aux États-Unis et au Canada, pays ayant en commun une migration polonaise particulièrement forte au cours du siècle précédent. La psychopathologie des Polonais en France étant un champ d'étude encore très peu exploré, nous avons pensé qu'il serait utile de contribuer au savoir dans ce domaine.

7 Pour notre part, notre travail de psychologue auprès des immigrés polonais depuis 1993 nous a permis d'observer que, issus de milieux socio-économiques variés, ces personnes présentent une détresse psychologique liée fréquemment au déracinement et à des conditions existentielles difficiles. De fait, un nombre élevé de sujets dont beaucoup séjournant en France depuis de nombreuses années, ont fait appel à la prise en charge médicale et psychologique.

8 Déjà en 1951, Kino s'est intéressé aux jeunes hommes de nationalité polonaise admis dans le Middlewood Hospital à Sheffield (Grande-Bretagne). Parmi ces immigrés, arrivés en Angleterre à la suite de la Deuxième Guerre mondiale, l'auteur a pu mettre en évidence une forme rare de désordre psychotique aigu dont les caractéristiques comprenaient des états d'agitation, d'angoisse associés à une confusion et une forte attitude de méfiance à l'égard de l'entourage. Certaines de ces personnes souffraient également d'hallucinations visuelles et auditives et présentaient des idées délirantes de persécution de même que des tendances suicidaires.

9 Dans une autre recherche publiée en 1966, Eisenberg a étudié les troubles dépressifs chez trente deux immigrés polonais séjournant en Israël. Cette recherche a tenté d'explorer la corrélation entre les troubles d'humeur chez les expatriés et les traits de leur personnalité tels que l'ethnocentrisme et l'autoritarisme. Les résultats obtenus montrent la prédominance de la dépression chez les femmes migrantes. Quant aux hommes, ils souffraient davantage de la maniaco-dépression. L'étude d'Eisenberg n'a cependant pas permis d'établir une liaison entre les symptômes manifestés et les caractéristiques de la personnalité du migrant.

10 Afin d'apprécier la psychopathologie liée au processus migratoire chez les Polonais en Grande-Bretagne, Cochrane a effectué une analyse concernant, cette fois-ci, des données sur les admissions de ces immigrés dans des établissements psychiatriques au cours d'une seule année, 1971. Selon les informations recueillies, les migrants hospitalisés présentaient surtout une symptomatologie psychotique comme la schizophrénie ou le trouble paranoïaque. D'une manière générale, les femmes étaient plus atteintes que les hommes : elles présentaient des désordres affectifs deux fois plus souvent que leurs homologues masculins et étaient sujettes

quatre fois plus fréquemment aux symptômes névrotiques divers. Par ailleurs, la recherche mentionnée désigne davantage d'hommes souffrant d'alcoolisme et de psychoses alcooliques. En revanche, il apparaît évident que les femmes d'origine polonaise étaient sur-représentées dans la population de personnes soignées pour des problèmes psychologiques variés, fait qui laisse supposer leur vulnérabilité particulière lors de la migration.

11 Le travail de Burvill *et al.* (1982), sur les Polonais installés en Australie est aussi très révélateur : l'auteur rapporte un taux important de névroses chez les femmes et un taux élevé d'alcoolisme chez les hommes migrants.

12 D'autres observations cliniques confirment l'hypothèse selon laquelle le déracinement devient une source d'anxiété chez les Polonais, une anxiété à l'origine de multiples difficultés de communication entre les migrants et leur entourage aux États-Unis (Mostwin, 1976). Selon Liebermann (1979), les Polonais établis dans ce pays présenteraient également des troubles dépressifs, le degré de ceux-ci variant en fonction de la capacité d'affirmation de l'individu dans le contexte social nouveau.

13 À ce propos, Hitch et Rack (1980) ont constaté un nombre d'hospitalisations plus élevé chez les personnes immigrées que chez celles originaires du Royaume-Uni ; ils ont pu ainsi confirmer les observations de Cochrane (1971) sur la psychopathologie des migrants polonais, à savoir la présence de troubles tels que la schizophrénie, la paranoïa et l'alcoolisme. Pour Hitch et Rack, la psychopathologie détectée serait due au fait que ces personnes acceptent difficilement la vie en dehors de leur pays d'origine, celle-ci étant en désaccord avec leur attachement à la patrie. Par ailleurs, les auteurs évoquent l'impact nocif sur la santé mentale des expériences du stress avant, pendant et après le processus d'acculturation, du manque du soutien social communautaire et de l'éloignement des valeurs culturelles du pays d'accueil. Les difficultés observées constituent à la fois des facteurs de risque de la psychopathologie et un danger de voir se développer une « identité culturelle marginale ».

14 Les recherches conduites sur les migrants polonais au Canada, font également état de troubles psychologiques dans cette population, notamment des addictions et de la schizophrénie (Adlaf, 1989), des troubles de l'humeur et de la personnalité (Chandrasena, 1991). En 1988, Rack a observé des troubles dépressifs chez les réfugiés polonais qui, parvenus à l'âge de la vieillesse après une longue période de vie en Grande Bretagne, se « *renferment sur leur passé* ». En Allemagne, Masumbuku (1993), a pu constater que parmi 150 réfugiés examinés, 85% sont devenus anxieux et dépressifs à la suite du rejet de leur demande d'asile. Certains présentaient même des *signes* de nature psychotique intermittents ou permanents comme des idées délirantes hypocondriaques ou des sensations de modifications corporelles. Bukoff *et al.* (1987) montrent qu'un quart des Polonais examinés aux États-Unis avaient souffert ou souffrent encore de problèmes mentaux : 11% avaient déjà été hospitalisés en psychiatrie, 10% avaient reçu un diagnostic de schizophrénie paranoïde et 8% présentaient des désordres de la personnalité ou une dépression.

15 Les travaux précités confirment les découvertes des études antérieures, à savoir des symptômes psychopathologiques similaires parmi les réfugiés polonais en Australie et en Grande Bretagne (Eintinger, 1959 ; Krupinski, 1973).

16 L'ensemble des chercheurs, tout en admettant l'existence de la psychopathologie de la migration polonaise, avancent des explications divergentes sur l'origine des troubles observés. En effet, les désordres pourraient être d'abord attribués à des facteurs pré-migratoires : des problèmes psychologiques antérieurs ou la sévérité des expériences traumatiques vécues dans le pays d'origine, par exemple. D'un autre point de vue, les problèmes psychologiques détectés découleraient directement du processus migratoire, notamment du stress d'expatriation et des facteurs socio-économiques défavorables rencontrés à l'étranger.

## Population étudiée

17 Nous avons cherché dans notre enquête à répondre à trois interrogations.

- Existe-t-il une psychopathologie spécifique de la migration polonaise en France ?
- Quelle relation existe-t-il entre la psychopathologie observée et les difficultés d'insertion sociale ?

- Dans quelles conditions socio-économiques, les cas de troubles mentaux sont-ils plus fréquents chez ces immigrés ?

- 18 La population de notre recherche était constituée de migrants polonais demeurant en France, et plus précisément habitant Paris ou la région parisienne. L'échantillonnage s'est d'abord fait parmi des personnes fréquentant pour la première fois les centres de soins (consultation médicale et consultation psychologique – groupes cliniques) et ensuite parmi des sujets de la population générale (participants aux réunions de l'association culturelle franco-polonaise – groupe contrôle). Notre plan de recherche prévoyait que 150 personnes devaient faire partie de l'échantillon total étudié. Compte tenu du fait que tous les migrants ne répondaient pas aux critères d'inclusion à la recherche, seules 130 personnes ont été retenues. La collecte a eu lieu entre avril 1995 et juin 1996. L'analyse finale des résultats porte sur les 115 personnes qui ont répondu correctement à l'ensemble des questions posées dans les questionnaires ; 78 femmes ont donc été interrogées (soit 68% de l'échantillon total) et 37 hommes (soit 32% de l'échantillon total), âgés de 18 à 65 ans (âge moyen de 37,2 ans).
- 19 Les adolescents et les personnes âgées ont été exclus de cette investigation afin d'éviter l'interférence de la psychopathologie spécifique à la puberté et au vieillissement sur les résultats et de disposer d'un échantillon de sujets qui puissent remplir la plupart des rôles sociaux examinés. L'ensemble des sujets analysés était de nationalité polonaise, séjournant sur le sol français depuis une durée variable, de 6 mois à 25 ans, avec une moyenne de séjour de 9,6 ans.
- 20 Afin de définir plus précisément les caractéristiques de cette migration, nous avons eu recours aux informations apportées par d'autres chercheurs (Ponty, 1992 ; Marcou, 1994) et aux informations statistiques provenant notamment de l'organisme qui est responsable du recensement de la population (INSEE) ou de ceux qui s'intéressent de près à la problématique migratoire, l'OMI (Office des Migrations Internationales et l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides).
- 21 Le niveau d'instruction observé était le plus souvent celui des études secondaires puis des études supérieures alors que le nombre de sujets n'ayant qu'une éducation primaire était relativement peu élevé. Quant au statut matrimonial, notre population comportait un nombre presque similaire de personnes célibataires et de sujets mariés. Mais nous avons également décelé quelques migrants divorcés, veufs et séparés. La population de l'étude comportait une majorité de sujets originaires de grandes et de petites villes et relativement peu de sujets provenant de la campagne. Au moment de l'étude, la plupart des répondants travaillaient régulièrement. Des problèmes de santé ont été déclarés par plus de la moitié des migrants.

## L'écart culturel entre la Pologne et la France

- 22 À notre avis — et étant nous-même d'origine polonaise — même si la culture polonaise provient de l'Europe Centrale, elle ne nous apparaît pas fondamentalement éloignée de la culture française (les deux sont européennes). Bien entendu, les comportements et les coutumes diffèrent dans ces deux pays, mais les disparités observées ne sont pas de nature à se traduire par des tableaux psychopathologiques particuliers. Les divergences sont davantage susceptibles d'apparaître dans la distribution de certains symptômes que dans leur qualité, une opinion qui se fonde sur des données sur la psychopathologie de Polonais demeurant dans leur pays d'origine (Wald et Jaroszewski, 1983 ; Szeffel, 1993). Si on ne peut parler d'un véritable « choc culturel » vécu par les immigrés polonais à leur arrivée en France, la différence du fonctionnement social entre ces deux pays va exiger de leur part un certain « réapprentissage existentiel », du fait de certaines particularités de la culture slave.
- 23 Tout d'abord, le code spatial donc l'organisation des villes et le caractère simple et naturel de la campagne en Pologne se distingue nettement des paysages français, dans l'ensemble beaucoup plus aménagés et modernes. De même, la maison, le foyer sont des lieux très investis par les Polonais où ils passent volontiers leur temps entourés de leurs proches (les ménages ont le plus souvent un caractère pluri-générationnel, ce qui n'est pas de coutume en France). Le code temporel diffère aussi entre les deux pays ; les rythmes journaliers en Pologne ne sont pas pareils à ceux de l'Europe occidentale : les heures de repas, de travail et de loisirs s'organisent

différemment. Par exemple, le rythme de la vie quotidienne est moins rapide qu'en France. Une autre caractéristique de l'organisation du temps chez les Polonais est l'utilisation du calendrier basé sur les fêtes religieuses catholiques, soigneusement respectées et célébrées. Quant aux croyances, la religion catholique s'avère dominante en Pologne ; depuis des siècles, celle-ci influence la vie politique et sociale du pays d'où des valeurs et des normes en référence étroite avec les principes chrétiens et l'importance de valeurs éthiques dans la vie sociale. Parmi d'autres traits culturels saillants, notons un sentiment très intense de l'identité nationale et culturelle, un fort attachement au pays d'origine, le rôle prédominant de la famille dans l'organisation de la vie des individus et des groupes sociaux ainsi qu'un fort respect de la langue, des traditions et des mœurs collectives.

- 24 Il faut souligner que l'ensemble de ces caractéristiques issues de la culture natale peut-être « transplanté » lors de la migration afin de maintenir et protéger le bien-être des personnes expatriées.
- 25 Cependant, malgré notre bonne connaissance de la culture polonaise, nous étions confrontés aux difficultés méthodologiques habituelles de n'importe quelle recherche transculturelle ; il s'agissait en particulier des différences dans la classification diagnostique entre la France et la Pologne, de la rareté des recherches compatibles qui pourraient nous fournir des normes comparatives, de la nécessité d'adapter les méthodes de mesure et en particulier de recourir à la traduction des instruments utilisés.
- 26 Nous avons eu recours à deux échelles, l'une permettant de mesurer la psychopathologie : la SCL-90-R, *Symptom Checklist Revised* (Derogatis 1994) et l'autre permettant d'évaluer l'adaptation sociale : la SAS-SR, *Social Adjustment Scale Revised* (Weissman 1976 pp. 1111-1115, présentées en annexe).

## Psychopathologie et adaptation sociale

### Quel type de psychopathologie peut-on observer le plus fréquemment ?

- 27 Selon les valeurs indiquées par les réponses au questionnaire mentionné, la psychopathologie la plus élevée concerne le groupe de consultants en psychologie (1<sup>er</sup> groupe clinique) ; on note des résultats nettement moins importants parmi les participants aux réunions de l'association (groupe contrôle) et parmi les consultants en médecine (2<sup>ème</sup> groupe clinique). Les sous-échelles du questionnaire mettent à jour la présence chez les migrants de symptômes névrotiques tels que : anxiété, nervosité-irritabilité, troubles du sommeil, culpabilité, somatisation qui se montrent légèrement plus accentués que les manifestations de la sensibilité interpersonnelle, l'hostilité - impulsivité et les symptômes dépressifs.
- 28 De ce fait, dans la présente recherche, les scores élevés retenus indiquent la pathologie anxio-dépressive de certains sujets, avec plusieurs symptômes qui ont tendance à apparaître simultanément. Ces résultats confirment, par exemple, le point de vue de Cervantes et al. (1989) pour ce qui est de l'utilisation de la SCL-90-R dans des populations migrantes. Ces auteurs ont repéré plusieurs entités cliniques comme la dépression, l'anxiété, la somatisation ou la détresse générale parmi les immigrés originaires d'Amérique Centrale et du Mexique séjournant aux États-Unis. La comparaison des scores obtenus par les migrants avec ceux observés auprès des mexico-américains nés aux États-Unis montrait que les expatriés souffraient beaucoup plus que les natifs d'un niveau élevé de la psychopathologie de type névrotique.
- 29 Il est à noter également que dans notre étude, la principale différence détectée parmi trois groupes de migrants polonais ne réside pas dans la qualité de la psychopathologie, mais plutôt dans son aspect quantitatif (les courbes de scores des trois groupes examinés ont une allure parallèle).
- 30 Ces résultats sont en accord avec ceux relevés par Noh et Avison (1992), à savoir les notes qualitativement semblables au sein de trois groupes distincts : les Coréens, les migrants coréens aux États-Unis et les sujets nord-américains. L'analyse des scores sur les trois populations a montré une symptomatologie toujours plus importante dans les sous-groupes cliniques avec

une prédominance de troubles anxio-dépressifs et de symptômes psychotiques paranoïaques. En revanche, ces auteurs ont pu observer que les sujets des groupes contrôles, les personnes des groupes cliniques ainsi que les migrants et les non-migrants, ne se différenciaient presque pas entre eux du point de vue de la forme des manifestations psychopathologiques.

31 En l'absence de normes polonaises pour l'échelle SCL-90-R, nous avons considéré dans ce travail comme étant les plus atteints de troubles psychologiques une trentaine de migrants ayant obtenu les scores les plus élevés dans les dimensions de l'instrument utilisé. Nous avons retenu ce principe d'analyse en nous inspirant des fourchettes de notes proposées par Derogatis (1994) pour les groupes cliniques. Pour l'ensemble des traits pathologiques, les immigrés ainsi repérés obtiennent des scores élevés dans la majorité des sous-échelles du questionnaire. Les symptômes psychopathologiques observés se réfèrent toujours à la sémiologie névrotique cette fois-ci plus grave, mais comportant également des manifestations de nervosité, troubles du sommeil, sensibilité interpersonnelle, culpabilité, dépression et somatisation. Les femmes obtiennent toujours des notes globales à la SCL-90-R plus élevées que les sujets de sexe masculin. Étant donné que l'analyse de variance ne démontre pas de différence significative entre les deux valeurs, le sexe ne constitue pas, cette fois-ci, une variable suffisamment discriminante de la psychopathologie. En ce qui a trait à la forme des troubles, les deux sexes considérés à part, les migrantes souffrent plus fréquemment de symptômes dépressifs associés à des comportements d'évitement social, tandis que les migrants montrent davantage de manifestations obsessionnelles et de traits de sensibilité interpersonnelle.

## L'adaptation sociale

32 Les femmes migrantes se révèlent moins bien adaptées que les hommes, bien que la différence enregistrée ne soit pas significative. Quant à l'adaptation sociale en relation avec l'âge, les migrants de moins de 25 ans et de 35 à 44 ans semblent avoir les difficultés sociales les plus graves. Ceci corrobore avec les résultats détectés en psychopathologie : nous retrouvons ici la liaison étroite entre les difficultés psychologiques et les traits sociaux. L'analyse détaillée des réponses au questionnaire a permis ensuite de déceler des aires de fonctionnement dans lesquelles les immigrés polonais ont les problèmes majeurs ; il s'agit notamment : des relations sociales, de l'utilisation du temps libre, de la vie au sein de la famille et au foyer de même que de la vie professionnelle.

33 Nous pouvons remarquer que les résultats mentionnés sont proches de ceux mis en évidence par d'autres chercheurs (Weissman et Bothwell, 1976 ; Weissman, 1978 ; Glazer, Sholomskas, Williams *et al.*, 1982), à savoir que les difficultés psychologiques influencent la performance sociale sans pourtant influencer sur tous les rôles sociaux effectués. Ces résultats suggèrent donc la nécessité d'évaluer le fonctionnement social de façon spécifique en considérant l'insertion dans la société avec les différentes variables socio-démographiques qui l'accompagnent (Hurry et Sturt, 1983 ; Larson, 1993).

34 Afin de détecter les migrants s'écartant nettement des résultats moyens quant à l'adaptation sociale, nous nous sommes fondés, cette fois-ci, sur les valeurs cliniques indiquées dans des travaux de Weissman (1995). Nous observons ainsi, que du point de vue du comportement social, dans l'ensemble des trente migrants ayant des scores maximaux à l'Échelle d'Évaluation de l'Adaptation Sociale, les femmes montrent également des notes plus importantes que les hommes, la différence entre les deux sexes étant cette fois-là significative. Les immigrés sélectionnés éprouvent des difficultés sociales sévères dans de nombreux domaines, notamment ceux de la vie sociale et les loisirs, des interactions au sein du foyer, de la famille et du couple, ainsi que dans la sphère du travail.

35 En guise de conclusion, nous pouvons dire que de nombreux migrants testés éprouvent des symptômes psychopathologiques qui s'associent aux problèmes d'adaptation à un environnement étranger. Ce phénomène est confirmé par la corrélation entre les scores des deux échelles d'évaluation utilisées. Le rapport entre le résultat total de la SAS-SR et celui de la SCL-90-R met à jour la relation entre la pathologie mentale et les difficultés sociales des immigrés polonais en France qui ont tendance à apparaître simultanément.

## Variables socio-démographiques et niveau de psychopathologie

36 Le statut social des migrants atteints est précaire : ces sujets occupent dans la plupart des cas des emplois subalternes et 76% d'entre eux exercent des emplois sans aucune référence avec leur métier de base ou leur niveau d'instruction. En général, ces personnes disposent de ressources financières modestes ; une proportion élevée, de l'ordre de 39%, est rémunérée en dessous du salaire minimum légal (SMIC). L'analyse de leur réseau social montre que les Polonais migrants entretiennent peu de contacts avec les Français et même si un réseau interculturel existe il n'est que rarement utilisé. Ainsi, ces personnes vivent souvent isolées, en dehors du soutien familial et communautaire nécessaire. Dans ces conditions, il est facile de comprendre que ces migrants puissent manifester des signes de dysfonctionnement social d'autant plus que la communauté polonaise en France ne semble pas bien assumer les fonctions primordiales pour l'intégration sociale de ses compatriotes telles que « *l'étayage* » ou « *le soutien social* » Ponty (1985)<sup>4</sup>.

### Sexe

37 Bien que certaines recherches en psychopathologie conduisent à des conclusions contradictoires, il semblerait, de façon générale, que les femmes immigrantes obtiennent des résultats en psychopathologie plus élevés que leurs homologues masculins ; c'est ce que nous observons aussi dans notre travail au sein de l'ensemble de la cohorte. Les femmes obtiennent des notes plus élevées dans toutes les dimensions du questionnaire SCL-90-R que les hommes. Par contre, les hommes montrent des scores aussi élevés que les femmes dans la dimension de la nervosité-irritabilité.

38 Les résultats présentés corroborent ceux de Weissman, Sholomskas *et al.*, (1977) par exemple, à savoir que les femmes obtiennent des notes toujours plus élevées que les hommes en rapport avec les troubles de l'humeur, les problèmes psychosomatiques et les difficultés sociales, bien que les différences existant entre les populations féminines et masculines de migrants sur le plan de l'état de santé mentale ne peuvent pas être attribuables au seul facteur du sexe.

39 En fait, la variable sexe est intimement liée à bien d'autres facteurs reconnus comme ayant une incidence sur l'état de la psychopathologie. Prenons par exemple la question de l'âge: certains chercheurs ont souligné des difficultés méthodologiques dans l'appréciation de la psychopathologie en rapport avec cette variable traitée séparément (Wood, 1988 ; Tousignant, 1992). Dans notre étude, la répartition des résultats selon l'âge montre que de nombreux migrants ayant obtenu un score général important se situent avant 25 ans et entre 35 et 44 ans. La psychopathologie détectée par le questionnaire semble donc toucher soit cette partie de notre échantillon qui s'approche de la moyenne d'âge de l'échantillon total (37,2 ans), soit la population la plus jeune.

### Âge

40 Quant au facteur d'âge, les personnes présentant des difficultés psychologiques importantes étaient en majorité âgées de 25 à 34 ans (40%) et de 35 à 44 ans (36,6%). Les sujets très jeunes, de moins de 25 ans, et les plus âgés de 55 à 64 ans ne représentaient ici que 3,3% et 10% respectivement de la population détectée. Ainsi, des troubles psychologiques graves ne semblent ni concerner les immigrés très jeunes, ni augmenter avec l'âge.

### Autres variables

41 Ces considérations sont en accord avec les découvertes d'autres chercheurs sur le rôle pathoplastique de variables telles que le facteur linguistique (Cochrane, 1977 ; Liebermann, 1978-1979 ; Billiez, 1985). Trois recherches distinctes de Lefebvre (1984), Maingot (1985) et Knab (1986) ont montré que la connaissance de langue du pays d'hôte facilite le processus d'intégration et que, inversement, l'incapacité à l'utiliser entraîne des troubles de la communication, des sentiments d'isolement et de la solitude ainsi que, plus particulièrement, des difficultés relationnelles considérables.

42 De nombreuses observations cliniques appuient l'hypothèse selon laquelle le bas niveau socio-économique ou socio-professionnel favorise le déclenchement de troubles psychologiques

(dépression, schizophrénie, alcoolisme, par exemple). Si le manque de travail peut contribuer à l'apparition de la psychopathologie, les immigrants y sont particulièrement vulnérables : ils connaissent en effet un taux de chômage élevé (Uhlenhuth *et al.*, 1974 ; Weissmann, Myers, 1978 ).

43 Quant au facteur durée du séjour, dans notre recherche, de nombreux sujets ayant présentés des troubles psychologiques séjournent en France depuis quelques années déjà. C'est pourquoi, nous ne pouvons pas confirmer l'hypothèse de Lasry et Sigal (1975) selon laquelle la durée du séjour à l'étranger a un impact sur son bien-être dans la mesure où plus longtemps une personne aura vécu dans le pays, meilleure sera sa santé mentale. Cependant, comme dans les cas précités, d'autres facteurs sont étroitement reliés à cette variable en lui donnant soit un caractère négatif soit bénéfique.

44 Observons maintenant les facteurs de logement et le lieu d'habitation. Certains chercheurs comme Fisher (1997) ont traité l'impact des conditions de logement sur le taux de la morbidité psychiatrique ; il s'agit ici d'évaluer la relation de l'homme avec son espace de vie, de repérer des éléments pathogènes tels que l'éloignement de l'habitat donc des moyens et une durée de transport plus contraignants ou le cadre même de l'habitat ou encore la surpopulation des logements (Costa et Sylva, 1984). Étant donné que la population de la présente recherche se trouvait domicilié à Paris ou dans ses environs, elle était le plus probablement exposée au stress d'une agglomération urbaine. Par ailleurs, les immigrants polonais occupent souvent des appartements en location, d'une petite surface où plusieurs personnes logent ensemble. Soulignons cependant que la psychopathologie ne représente pas forcément une réponse automatique à la vie dans des conditions d'habitat précaire car il est impossible d'imputer toutes les difficultés individuelles à des facteurs environnementaux. En conclusion, c'est plutôt la combinaison de certaines caractéristiques individuelles reliées à la présence ou au manque de certains éléments fournis par l'environnement qui jouent ensemble sur le devenir d'un migrant.

## Causes des difficultés d'intégration sociale

45 Notre travail nous permet d'identifier plusieurs facteurs pouvant rendre difficile ou faire échouer l'insertion du migrant dans son nouvel environnement. Citons les plus importants :

46 – **le facteur linguistique** : la méconnaissance ou faible maîtrise de la langue du pays d'accueil entrave les contacts sociaux et rend difficile l'apprentissage de l'environnement étranger ;

47 – **le facteur du travail** : le manque d'emploi, le travail faiblement rémunéré ou son incompatibilité avec le niveau d'instruction ou le métier acquis, produisent un sentiment de dévalorisation socio-professionnelle ; ce facteur contribue ensuite à des conditions de vie précaires, des sentiments d'autodépréciation, un manque de satisfaction par rapport à l'existence présente et future ;

48 – **le facteur de la santé** : les recherches sur l'adaptation sociale confirment que les troubles somatiques ou / et psychologiques compliquent une insertion active des migrants à la société d'accueil mais, de même, l'échec de cette insertion peut déclencher ce type de troubles ;

49 – **le facteur de l'habitat** : les migrants logent souvent dans de petits appartements dans Paris et dans un environnement qui rend les conditions d'hébergement souvent précaires. Compte tenu qu'ils proviennent majoritairement de petites villes de Pologne, cela les rend peut-être davantage vulnérables au stress et au rythme de vie frénétique de la capitale ;

50 – **le facteur de la durée du séjour** : il nous a été difficile de comprendre pourquoi l'adaptation de ces immigrants ne s'améliore pas avec leur durée du séjour à l'étranger, et parfois même diminue avec le temps. Néanmoins, à ce sujet, nous pouvons avancer les hypothèses suivantes : il est certain que l'ensemble des facteurs décelés interviennent dans la réussite ou l'échec de l'insertion sociale des migrants ; la mauvaise connaissance de la langue du pays d'accueil entrave en tant que facteur stable l'ascension socio-professionnelle des immigrants ; les problèmes psychologiques et/ou de santé provoquent la « marginalisation » des immigrants au sein de la société ; enfin, le manque de moyens économiques, l'absence du soutien familial et communautaire constitue également des éléments qui nuisent à une bonne intégration sociale ;

- 51 – **le facteur économique** : des revenus modestes posent des problèmes quotidiens de  
 subsistance, diminuent le temps et les moyens consacrés aux loisirs ainsi qu'ils entravent  
 l'accès au système de soins et rendent difficile des conditions d'habitation décentes ;
- 52 – **le facteur du statut matrimonial** : la plupart des sujets interrogés sont mariés, ce qui  
 pourrait constituer un facteur de protection, favorable à l'épanouissement social. Cependant  
 les immigrés- travailleurs vivent fréquemment seuls à Paris, leur famille restant en Pologne ;  
 ainsi, le fait d'être marié devient parfois un élément plutôt néfaste du point de vue affectif  
 et social, en ce sens qu'il est — au moins temporairement — synonyme de séparation, de  
 diminution ou de perte de relations intimes significatives.
- 53 Les variables exposées ci-dessus paraissent interconnectés : les uns peuvent influencer les  
 autres de façon soit positive soit négative. Malheureusement, la majorité de ces éléments socio-  
 démographiques liés à la psychopathologie et à l'insertion sociale semblent avoir un caractère  
 plutôt défavorable sur le plan du bien-être des migrants interrogés lors de cette étude.

## La problématique psychologique individuelle

- 54 Afin d'approfondir les résultats obtenus par les deux échelles auto-administrées utilisées,  
 nous avons effectué deux entretiens cliniques d'une durée de deux heures chacun auprès de  
 personnes immigrées choisies. Par ce biais, nous voulions que l'exemple de ces migrants  
 constitue une description des différents types de la psychopathologie et de l'adaptation sociale  
 rencontrées au sein de la même population.
- 55 Parmi les manifestations cliniques observées individuellement, citons la dépression, la  
 somatisation, la culpabilité, la nervosité, la sensibilité interpersonnelle et les troubles du  
 sommeil. Cependant, on peut remarquer que les deux personnes examinées diffèrent nettement  
 quant à leur symptomatologie du point de vue qualitatif. Cette différence provient du fait  
 que l'un des sujets en question présente un « profil névrotique » dans lequel la dépression et  
 l'anxiété phobique prédominent (Observation A : une femme) tandis que l'autre (Observation  
 B : un homme) en plus d'un trouble thymique souffre de symptômes dont le caractère  
 psychotique sous-jacent est à craindre (hostilité, évitement social, pensées paranoïdes).
- 56 De même, ces deux immigrés éprouvent des problèmes sérieux dans l'exécution des différents  
 rôles sociaux. Ainsi, en utilisant la classification du DSM-IV, nous pouvons établir les  
 diagnostics complets suivants : trouble dépressif majeur (modéré, isolé), trouble panique avec  
 agoraphobie et stress psychosocial sévère, pour ce qui est de l'observation A. En ce qui  
 concerne le sujet de l'observation B, nous relevons la présence d'un trouble dépressif majeur  
 mais cette fois-ci récurrent et sévère avec caractéristiques psychotiques qui s'accompagne  
 d'une anxiété généralisée et une dépendance à l'alcool ; des facteurs de stress psychosocial  
 important complètent ce tableau psychopathologique.
- 57 À travers les deux observations cliniques présentées, nous avons pu nous apercevoir que  
 le processus de la migration ne s'inscrit pas dans le vécu d'un sujet comme une sorte de  
 traumatisme principal ou univoque mais qu'il constitue vraisemblablement un facteur de  
 risque supplémentaire dans le déclenchement ou l'aggravation du trouble pathologique.
- 58 Nous pouvons aussi émettre l'hypothèse que certaines variables pré-migratoires comme  
 les antécédents familiaux et personnels ainsi que des variables post-migratoires telles que  
 l'impact des conditions sociales, économiques et culturelles participent à la constitution de la  
 psychopathologie observée. étant donné que les symptômes varient d'un sujet à l'autre, nous  
 suggérons aussi une seconde hypothèse selon laquelle la psychopathologie ne serait qu'une  
 réponse personnelle donc non universelle mais toujours à envisager chez le sujet confronté  
 aux difficultés de la migration.

## Conclusions

- 59 La présente recherche offre d'abord un regard sur les difficultés psychosociales rencontrées  
 par la communauté des immigrants polonais.
- 60 *En comparant les scores à la SCL-90-SR et les variables socio-démographiques*, nous avons  
 tenté brosser les principaux traits de ce que pourrait être « le portait » d'un migrant polonais à  
 risque de psychopathologie et de dysfonctionnement social. Il s'agit vraisemblablement d'un  
 sujet :

- plutôt féminin que masculin,
- d'une trentaine d'années,
- marié(e) mais souvent séparé(e) de ses proches,
- arrivé(e) essentiellement en France pour des raisons économiques,
- connaissant très peu ou moyennement la langue française,
- d'origine citadine (mais provenant plutôt d'une petite ville),
- pourvu(e) d'une éducation secondaire,
- ayant des problèmes récents de santé, pour lesquels il a déjà consulté, reçu des soins ou pris un traitement pharmacologique,
- habitant un logement locatif situé en priorité dans la région parisienne,
- séjournant en France depuis plusieurs années, travaillant mais disposant de revenus très modestes.

61 Le contexte spécifique dans lequel vivent les Polonais en France présente quelques différences par rapport aux autres communautés culturelles installées dans ce pays. Nous pensons notamment à la mobilité très importante de ces immigrés dont la circulation entre les frontières est libre depuis 1991 (suppression des visas) — leur séjour à l'étranger étant fréquemment de courte durée, périodique et répétitif, accompagné de retours réguliers au pays natal — et au caractère essentiellement économique de cette migration qui vise des objectifs concrets et matériels, autant d'éléments qui ne facilitent pas l'intégration réelle à la société d'accueil. Ces personnes représentent généralement une population relativement instruite mais déqualifiée dans son emploi. D'autre part, en termes de flux de population, la migration polonaise est d'une envergure relativement faible en comparaison à d'autres communautés étrangères séjournant sur le sol français.

62 Du point de vue de la santé mentale, nous avons relevé la présence au sein de l'échantillon  
 63 étudié d'une proportion importante de personnes souffrant de troubles psychologiques variés. Étant donné la dimension symbolique du processus migratoire — souvent envisagée sous l'aspect de « la séparation » ou de « deuil » (Almeida,1975 ; Aroian,1990) — il devient compréhensible qu'un tel processus facilite l'émergence de troubles psychiques et de problèmes d'ordre affectif plus particulièrement. Dans l'ensemble, les femmes souffrent davantage de troubles psychiques que les sujets de sexe masculin, ce qui permet de qualifier les migrantes de population à haut risque de détresse psychologique. De même, la psychopathologie détectée touche les immigrés relativement jeunes, âgés de 25 à 44 ans, ceci nous laissant supposer qu'un âge peu avancé ne constitue pas nécessairement un facteur de protection contre les troubles psychologiques éventuels à la migration.

64 Par ailleurs, les symptômes tels que l'anxiété, la dépression et la nervosité sont présents chez presque tous les sujets examinés. Durant l'expatriation, l'anxiété peut se manifester face à un environnement méconnu, jugé peu accueillant mais aussi être liée à des conditions socio-économiques défavorables. Les sentiments dépressifs peuvent être causés d'un côté par la rupture d'avec le milieu d'origine et de l'autre par les problèmes d'intégration sociale dans le pays d'accueil.

65 Quant au fonctionnement social, l'itinéraire du migrant polonais montre la difficulté de devenir « français » au sens de l'intégration sociale bien entendu, lorsque d'une part, l'immigré cherche légitimement à garder sa spécificité culturelle, religieuse et nationale et d'autre part, le pays d'accueil lui pose un dilemme : oublier ses origines ou repartir chez soi (Ponty, 1985 ; Kristewa, 1988).

66 Ainsi, les Polonais en France, comme certaines autres communautés culturellement spécifiques, se retrouvent dans un environnement qui les prive de repères habituels : manque de contexte religieux catholique, insuffisance des attaches familiales et communautaires dont ils ont besoin. En plus, les conditions de leur existence, de leur travail ainsi que de leur statut administratif étant précaires, ils sont davantage exposés au stress d'acculturation.

---

### **Bibliographie**

ADLAF Edouard M., SMART Réginal George, TAN S.H. (1989) Ethnicity and drug use : A critical look, *International Journal of the Addictions*, 24 (1), pp. 1-18.

- ALMEIDA (de) Zulmino (1975) Les perturbations mentales chez les migrants, *L'information Psychiatrique*, 51 (31), pp. 225-376.
- ANDERSON J. (1991) Immigrants women speak of chronic illness : The social construction of the devalued self, *Journal of Advanced Nursing*, 16 (6), pp. 710-717.
- ANGST Jules, DOBLER-MIKOLA A. (1985) The Zurich Study : A prospective epidemiological study of depressive, neurotic and psychosomatic syndromes : IV, Recurrent and non recurrent brief depression, *European Archives of Psychiatry and Neurological Science*, 234 (1), pp. 408-416.
- ANGST Jules, DOBLER-MIKOLA A. (1985) The Zurich Study V : Anxiety and phobia in young adults, *European Archives of Psychiatry and Neurological Science*, 235 (3), pp. 171-178.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES (1996) *Annuaire statistique de la France*, 99 (4), pp. 89-95.
- AROIAN K.I. (1990) A model of psychological adaptation to migration and resettlement, *Nursing Research*, 39 (1), pp. 5-10.
- AROIAN K.I. (1993) Mental health risks and problems encountered by illegal immigrants, *Issues Mental Health Nursing*, 14 (4), pp. 379-397.
- AROIAN K.I. (1995) Use of the Brief Symptom Inventory to asses psychological distress in three immigrants groups, *International Journal of Social Psychiatry*, 41 (1), pp. 31-46.
- ASSOCIATION PSYCHIATRIQUE AMÉRICAINNE (1994/1996) *DSM-IV, Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*, Masson, Paris.
- BAKER Ron. P. (1988) A study of Polish and Czech refugees, *Humboldt Journal of Social Relations*, 15 (2), pp. 157-183.
- BARRET J. (1987) Prevalence of depression and its correlates in a general medical practice, *Journal of Affective Disorders*, 12, pp. 167-174.
- BEAUCHESNE Hervé, ESPOSITO José (1981) *Enfants de migrants*, Presses Universitaires de France, Paris.
- BEISER M. (1988) *Revue des documents de références sur la santé mentale des migrants*, Québec : Ministère des Approvisionnements.
- BERNARD Philippe. (1993) *L'immigration*, Le Monde Éditions, Paris.
- BERNER P. (1967) *Psychopathologie des migrations*, Encyclopédie Médico-chirurgicale, Psychiatrie, 5, 37880 A10, pp. 1-8.
- BERRY J.W. (1987) Comparative studies of acculturative stress, *International Migration Review*, 21 (3), pp. 491-511.
- BERRY J.W., KIM V., POWER S., YOUNG M., BUJAKI M. (1989) Acculturation attitudes in plural societies, *International Association of Applied Psychology*, 38 (2), pp. 185-206.
- BOURDILLON F. (1991) La santé des populations d'origine étrangère en France, *Social Science and Medecine*, 32 (11), pp. 1219-1227.
- BUKOFF A., WALLER J.B., YOUNG R.F. (1987) La santé, les problèmes sanitaires et pratiques chez les réfugiés du Moyen-Orient, de l'Europe de l'Est et de l'Asie du Sud-Est, *International Migration Review*, 21 (3), pp. 760-781.
- BURVILL P.W., REYMOND J., STAMPFER H., CARLSON J. (1982) Relationship between country of birth and psychiatric admissions in Western Australia, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 66 (4), pp. 322-335.
- CAMILLERI Carmel, VINSENNEAU Geneviève (1996) *Psychologie et culture : concepts et méthodes*, Armand Colin, Paris.
- CERVANTES R. (1989) Posttraumatic stress in immigrants from Central America and Mexico, *Hospital and Community Psychiatry*, 40 (6), pp. 616-619.
- CHANDRASENA R., BEDDAGE V., FERNANDO M.L. (1991) Suicide among immigrant psychiatric patients in Canada, *British Journal of Psychiatry*, 159, pp. 707-709.
- CHANOIT Pierre F., LERMUZEAUX Christophe (1995) Sociogenèse des troubles mentaux, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 37-876-A-60, pp. 1-7.
- COCHRANE R. (1971) Mental illness in immigrants to England and Wales : An analysis of mental hospital admissions, *Social Psychiatry*, 12 (1), pp. 25-35.

- COOK D.J. (1982) Depression : Demographic factors in the distribution of different syndromes in the general population, *Social Psychiatry*, 17 (1), pp. 29-37.
- COUSINEAU D. (1991) Étude de la détresse psychologique chez les migrants du Québec, *Canadian Family Physician*, 37, pp. 84-88.
- DEROGATIS Léonard R. (1994) *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) : Administration, scoring and procedures manual*, Minneapolis, National Computer System Inc.
- DEROGATIS Léonard R., LIPMAN R.S., COVI L. (1973) SCL 90 : An outpatient psychiatric rating scale ; Preliminary report, *Psychopharmacology Bulletin*, 9 (1), pp. 13-28.
- DEROGATIS Léonard R., WISE T.N. (1983) *Anxiety and depressive disorders in the medical patient*, American Psychiatric Press, Washington (DC).
- DUNNER D.L., IGEL G., FIEVE R.R. (1978) Social adjustment in primary affective disorder, *American Journal of Psychiatry*, 135 (11), pp. 1412-1413.
- EINTINGER L. (1959) Incidence des maladies mentales parmi les réfugiés en Norvège, *Journal of Mental Science*, 105 (439), pp. 326-338.
- EISENBERG S. (1966) The relationship of depression to authoritarianism and ethnocentrism in three Israeli ethnic subgroups, *Confinia Psychiatrica*, 9 (3-4), pp. 159-176.
- FERMANIAN J. (1995) Problèmes posés par le choix d'une échelle, in Guelfi Julien D., Gaillac V., Dardennes R. Eds., *Psychopathologie Quantitative*, Masson, Paris, pp. 33-40.
- FICHER Gustave Nicolas (1996) *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Dunod, Paris.
- FLAHERTY J.A. (1988) Developing instrument for cross-cultural psychiatric research, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 5 (176), pp. 257-263.
- FREUD Sigmund (1915) *Métopsychoanalyse*, Gallimard, Paris.
- FRIESSEM D.H. (1975) Travailleurs étrangers en République Fédérale Allemande : Quelques résultats et réflexions dans une optique médico-sociale et psychiatrique, *L'Information Psychiatrique*, 55 (3), pp. 283-291.
- GLAZER W., SHOLOMSKAS D., WILLIAMS D.H., WEISSMAN Margaret M. (1982) Chronic schizophrenics in the community : are they able to report their social adjustment ? *American Journal Orthopsychiatry*, 52 (1), pp. 166-171.
- GOLDBERG David P., HUXLEY P. (1992) *Common mental disorders : a bio-social model*, Tavistock Routledge Eds., Londres (UK).
- GOLDING J.M., BURMAN M.A., BENJAMIN B., WELLS K.B. (1993) Risk factors for secondary depression among Mexican American and non-Hispanic whites, alcohol dependence and reasons for drinking, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181 (3), pp. 166-175.
- GROVE W., CLAYTON P.J. (1986) Immigration and major affective disorders, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 74 (6), pp. 548-552.
- GUELFY Julien D., BARTHELET G., LANCRENON S., FERMANIAN J. (1984) Structure factorielle de la HSCL sur un échantillon de patients anxio-dépressifs français, *Annales Médico-Psychologiques*, 142, pp. 889-898.
- GUELFY Julien D., BOBON D. (1989) Échelles d'évaluation en psychiatrie, *Encyclopédie Médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 10, 372200A10, pp. 1-10.
- GUELFY Julien D. éd. (1995) *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*, Tome 1, Editions Médicales Pierre Fabre, Lavrau, Castres, France.
- GUELFY Julien D., WAINTRAUB Lionnel (1993) ÉCHELLE D'ADAPTATION SOCIALE (SOCIAL ADJUSTMENT SCALE) SAS, Health Psychiatric Institute, New York.
- HITCH Peter J., RACK Philip H. (1980) Mental illness among Polish and Russian refugees in Bradford, *British Journal of Psychiatry*, 137, pp. 206-211.
- HOFFMAN N.G., OVERALL P.B. (1978) Factor structure of the SCL-90 in a psychiatric population, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46 (6), pp. 1187-1191.
- HULL D. (1979) Migration, adaptation and illness, *Social Science and Medicine*, 13A, pp. 25-36.
- KATON W., ROY-BYRNE P.P. (1991) Mixed anxiety and depression, *Journal of Abnormal Psychology*, 100, pp. 337-345.
- KEBBON L., NIRJE B., HJARPE J., SONNANDER K., NILSSON-EMBRO A.C. (1982) *Six papers*, IASSMD Congress Toronto, Uppsalai, University of Uppsala.

- KINO F.F. (1951) Aliens paranoid reactions, *Journal of Mental Science*, 97, pp. 589-594.
- KOETER M.W. (1992) Validity of the GHQ and SCL anxiety and depression scales : A comparative study, *Journal of Affective Disorders*, 24 (4), pp. 271-279.
- KRISTEVA Julia (1998) *L'avenir d'une révolte*, Calmann - Lévy, Paris.
- KRUPINSKI J. (1965) Les facteurs influençant la fréquence des troubles mentaux parmi les populations migratrices, *Medical Journal of Australia*, 52 (7), pp. 269-277.
- LARSON J.S. (1993) The measurement of social well-being, *Social-Indicators-Research*, 28 (3), pp. 285-296.
- LASRY Jean-Claude, SIGAL John J. (1975) Durée de séjour au pays et santé mentale d'un groupe d'immigrants, *Canadian Journal of Behavioral Science*, 7 (4), pp. 339-348.
- LASRY Jean-Claude, SIGAL John J. (1976) Influences sur la santé mentale de la durée de séjour, de l'instruction, du revenu personnel et de l'âge chez un groupe d'immigrants, *International Review of Applied Psychology*, 25 (3), pp. 215-223.
- LIEBERMAN M.A. (1979) Social and psychological determinants of adaptation, *International Journal of Aging and Human Development*, 9 (2), pp. 115-126.
- LIN N., SIMEONE R.S., ENGEL W.M., KUO N. (1979) Social support, stressful life events and illness : A model empirical test, *Journal of Health and Social Behavior*, 20, pp. 108-119.
- LIPMAN R.S., COVI L., SHAPIRO A.K. (1979) The Hopkins Symptom Check-list (HSCL) : Factors derived from the HSCL-90, *Journal of Affective Disorders*, 1, pp. 9-24.
- MAMELLE N., GERIN PAUL, MEASSON A., MUNOZ Z. (1987) Assessment of psychological modifications during pregnancy : Contributions of the Derogatis Symptom Checklist (SCL-90-R), *Journal of Psychosomatic-Obstetric Gynecology*, 7 (1), pp. 39-50.
- MARCOU Sylvie (1994) Des Polonais à Paris, in de Tinguy Anne et Wihtol de Wenden Catherine, *Ces immigrés qui viendraient du froid, Panoramiques*, 14, Arléa Corlet, Paris, 1994.
- MASUMBUKU J.R. (1993) *Les problèmes psychiques des réfugiés polonais en Allemagne*, L'Harmattan, Paris.
- Mc CREADIE R.G., ROBIN G., BARRON E.T. (1984) The Nithsdale schizophrenia survey IV : social adjustment by self-report, *British Journal of Psychiatry*, 144, pp. 547-550.
- MEGAS Hanna (1992) *Contribution à l'étude de la psychopathologie de la migration : l'utilisation du GHQ-28 dans le cas d'une population de migrants polonais à Paris*, Mémoire de DEA, non publié, Université Paris VIII, UFR de Psychologie Clinique et Psychopathologique.
- MICHAUD D., HORTH R. (1993) Vers une option d'intégration systémique, in IONESCU Serban *et al.* Eds., *Intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle*, Association Internationale de Recherche scientifique en faveur des personnes handicapées mentales, Université du Québec, Trois Rivières.
- MOSTWIN Danuta (1993) Uprootment and anxiety, *International Journal of Mental Health*, 5 (2), pp. 103-116.
- MURPHY H.B.M. (1977) Migration, culture and mental health, *Psychological Medicine*, 7, pp. 677-684.
- NATHAN Tobie (1988) Le temps interrompu : Pathologie du deuil et de l'exil, *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 8, pp. 25-42.
- NOH S., AVISON W.R. (1992) Assessing psychopathology in Korean immigrants : some preliminary results on the SCL-90, *Canadian Journal of Psychiatry*, 37 (9), pp. 640-645.
- ODEGAARD O. (1952) The incidence of mental diseases as measured by census investigations versus admission statistics, *Psychiatry Quarterly*, 26, 212-218.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1977) *La schizophrénie : étude multinationale*, Genève.
- PARIENTE P., LEPINE J.P., BOULANGER J.P., ZARAFIAN E., LEUPRIERE T., LELOUCH J. (1989) The symptom Check List 90-R (SCL 90-R) in a French general psychiatric 708 outpatient sample : is there a factor structure ? *Psychiatrie et Psychobiologie*, 4, pp. 151-157.
- PEDERSEN Paul (1995) *The five stages of culture shock*, Greenwood Press, Westport.
- PESCHANSKI D., ROBERT J.-L. (1991) *Les ouvriers en France pendant la Seconde Guerre mondiale*, L'Institut d'histoire du temps présent (CNRS) et Université Paris I (Ed.).

- PONTY Jeannine (1985) Une intégration difficile : Les Polonais en France dans le premier XX<sup>ème</sup> siècle, *Revue d'Histoire*, 7, pp. 1-8.
- PONTY Jeannine (1992) L'apport des polonais à l'identité française, *Migrants-Formation*, n° hors série.
- PRUSSOFF B.A. (1972) Concordance between clinical assessments and patient's self-report in depression, *Archives of General Psychiatry*, 26, pp. 546-552.
- RACK Philippe (1988) *Les réfugiés 40 ans après : La santé mentale des polonais et d'autres exilés en Grande-Bretagne*, Bruyland, Paris.
- RODIERE-REIN C. (1986) Les troubles dépressifs chez les schizophrènes vus en ambulatoire : Allure sémiologique et problèmes méthodologiques d'évaluation, *Psychiatrie et Psychobiologie*, 1 (2), pp. 131-137.
- ROSKIN N., DASBERG (1983) On the validity of the Symptom Check List 90 (SCL-90) : A comparison of diagnostic self-ratings in general practice patients and normal sample based on the Hebrew version, *International Journal of Social Psychiatry*, 47 (4), pp. 396-404.
- SARTORIUS Norman (1983) *Les troubles dépressifs dans différents contextes culturels : Rapport de l'étude collective de l'OMS sur l'évaluation normalisée des troubles dépressifs*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
- SARTORIUS Norman, JABLENSKI A. (1977) Les études transculturelles sur la schizophrénie, *Perspectives Psychiatriques*, 4, pp. 313-317.
- SPIRET A., DUPIN-SPIRET T. (1995) Les échelles d'évaluation dans les essais cliniques de psychotropes, in Guelfi Julien D., Gaillac V., Dardennes R., *Psychopathologie Quantitative*, Masson, Paris, pp. 50-57.
- SUTTER J., SCOTTO J.C. (1984) Problèmes psychopathologiques posés par les populations de migrants dans une agglomération urbaine, *Annales Médico-Psychologiques*, 142 (4), pp. 522-527.
- SZEFEL A. (1983) Season of the year and number of admissions to a mental hospital because of acute alcohol psychosis, *Psychiatria Polska*, 17 (3), pp. 209-214.
- TATU P., PELLET J., LANG F., PICHON M., COERCHON C.H. (1994) La SCL-90 dans un échantillon de sujets francophones libres de troubles psychiatriques, *Annales Médico-Psychologiques*, 152 (3), pp. 187-190.
- TOUSIGNANT Michel (1992) La santé mentale des migrants : analyse de son contexte social et longitudinal, *Santé Mentale Québec*, 17 (2), pp. 35-45.
- TOUSIGNANT Michel (1992) Migration and mental health : Some prevention guidelines, *International Migration*, Special issue, 30, pp. 167-176.
- UHLENHUTH E.H., BALTER M.B. (1992) Symptom Checklist Syndromes in the general population, *Archives of General Psychiatry*, 40, pp. 1167-1173.
- WAINTRAUB Lionel, GUELFY Julien D., LANCRENON S., ROUILLON F. (1995) Validation du questionnaire d'adaptation sociale de M. Weissman dans sa version française, *Annales Médico-Psychologiques*, 153 (4), pp. 274-278.
- WALD I., JAROSZEWSKI Z. (1983) Alcohol consumption and alcoholic psychoses in Poland, *Journal of studies on Alcohol*, 44 (6), pp. 1040-1048.
- WARYSZCZAK Z. (1982) Symptomatology and social adjustment of psychiatric patients before and after hospitalization, *Social Psychiatry*, 17, pp. 149-154.
- WEISSMAN Margaret M. (1995) *Social Adjustment Scale : reference to publications using the various versions of the scale and information on translations*, College of physicians and surgeons of Columbia University and School of Public Health, Psychiatric Institute, New York.
- WEISSMAN Margaret M., BOTHWELL S. (1976) Assessment of social adjustment by patient self-report, *Archives of General Psychiatry*, 33, pp. 1111-1115.
- WEISSMAN Margaret M., PAYKEL E.S. (1974) *The depressed woman: a study of social relationships*, University of Chicago Press, Chicago.
- WEISSMAN Margaret M., PRUSSOFF B.A., THOMSON W.D., HARDING P.S., MEYERS J.K. (1978) Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatients, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166 (5), pp. 317-326.
- WESTERMEYER Joseph (1988) National differences in psychiatric morbidity : Methodological issues, scientific interpretations and social implications, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 344 (78), pp. 23-31.

WOOD M. (1988) Revue de la littérature sur la santé mentale des migrants, *Santé Culture Health*, 5 (1), pp. 37-93.

---

## Annexe

### **Annexe 1 : Les deux échelles utilisées : la SCL-90-R (*Symptom Checklist Revised*) et la SAS-SR (*Social Adjustment Scale Revised*)**

#### Mesure de la psychopathologie

La SCL-90-R (*Symptom Check List Revised*) est une échelle auto-administrée conçue par Derogatis (1973) afin de détecter un large spectre de symptômes psychopathologiques.

L'instrument est fondé sur le concept clé de « *dimension symptomatique primaire* » dont cinq ont été retenues au départ et représentées par les groupes (*clusters*) suivants : *anxiété, dépression, hostilité-impulsivité, obsession-compulsion et anxiété phobique*. La volonté des auteurs était d'étendre le champ de la symptomatologie explorée en le complétant plus tard par deux dimensions nouvelles : *psychotique et idéation paranoïde* (Lipman *et coll.*, 1979).

En effet, dans sa version complète, la SCL-90-R se compose de 90 facteurs se référant directement aux symptômes observés surtout chez les malades psychiatriques mais aussi chez les sujets qui ne souffrent pas de troubles psychologiques graves (Derogatis, 1977). Elle contient également un petit nombre d'items situés en dehors de ces « *clusters* » essentiels, notamment ceux qui concernent *les troubles de l'appétit et du sommeil*. Enfin, les 9 dimensions symptomatiques définitives de l'échelle sont les suivantes : *somatisation, obsession-compulsion, sensibilité interpersonnelle, dépression, anxiété, impulsivité-hostilité, anxiété phobique, pensées paranoïaques, et facteur psychotique*.

Les scores bruts de la SCL-90-R se calculent en additionnant les valeurs obtenues aux réponses de chaque item dans chacune des dimensions. La SCL-90-R est une mesure de l'intensité des symptômes psychologiques présents chez le sujet à un moment donné donc nullement une mesure de la personnalité, sauf indirectement du fait que certains types de personnalité de l'axe II des désordres du DSM IV (Association Psychiatrique Américaine, 1996) peuvent présenter un profil caractéristique sur l'un ou l'autre des profils décrits par l'instrument. La passation du questionnaire consiste ainsi à demander au sujet de le remplir en fonction des problèmes qu'il a rencontrés au cours de la semaine précédente.

Citons brièvement quelques recherches qui ont utilisé la *Symptom Check List*. Il s'agit de travaux cliniques sur des troubles affectifs (Prusoff, 1972 ; Weissman *et al.*, 1974), des troubles anxieux et pathologies psychotiques (Rodière-Rein, 1986), des recherches sur l'alcoolisme et la toxicomanie (Rounsaville *et coll.*, 1979), des investigations interculturelles (Noh et Avison, 1992 ; McKelvey et Webb, 1993), des dépistages en médecine générale (Roskin et Dasberg, 1983 ; Barret, 1987 ; Mamelle, 1987), des études sur des échantillons des populations non-malades (Uhlenhuth *et coll.*, 1983 ; Angst *et coll.*, 1984 ; Pichot *et al.*, 1989).

#### Mesure de l'adaptation sociale

Afin de compléter la problématique de la psychopathologie par des données sociales sur les migrants polonais, nous avons eu recours à un autre outil de recherche qui est l'Échelle de l'Adaptation Sociale (*Social Adjustment Scale Revised*) de Weissman (1971). Cet instrument auto-administré comprend 54 questions relatives à la performance instrumentale et affective dans la réalisation de rôles sociaux particuliers. Lors de l'évaluation de l'adaptation sociale, six axes du fonctionnement sont abordés : *le travail, les relations sociales et l'utilisation du temps libre, les relations avec la famille, la vie en couple, le rôle parental et le fonctionnement du foyer*.

Il s'agit d'un test papier — crayon complété par le sujet pendant 20 minutes environ. Ainsi, son administration est simple et peu coûteuse. Tous les items de SAS-SR comportent cinq degrés et une case supplémentaire est prévue pour les situations où l'item ne s'applique pas au sujet.

L'Échelle de l'Adaptation Sociale constitue une bonne source d'information sur la vie des individus, sur leur fonctionnement social à la fois global et dans ses performances particulières : il est notamment possible d'utiliser cet instrument dans de nombreuses situations comme par exemple, dans les populations de malades psychiatriques, somatiques et de sujets sains, dans la mesure du changement des tableaux psychopathologiques lors du traitement médicamenteux et surtout dans l'évaluation de la « *morbidité sociale* » et des difficultés d'adaptation sociale.

## Annexe 2 : Déroulement de la recherche

Les Polonais ne parlaient pas toujours la langue française et c'est pourquoi pour dépister certains troubles psychiques, nous avons dû procéder à la traduction de la SCL-90-R et de la SAS-SR en polonais. La traduction effectuée a suivi la méthode proposée par Flaherty (1988) afin de valider les questionnaires dans le champ de l'étude interculturelle. Nous avons réalisé les étapes essentielles de cette méthode, notamment la mesure d'équivalence sémantique et de l'équivalence du contenu du questionnaire. Celle-ci était établie par deux psychologues et un médecin, tous d'origine polonaise. La traduction des instruments de recherche a également pris en compte les différents milieux d'origine et les niveaux d'instruction des migrants interrogés (nous avons pour cela préservé le langage simple utilisé dans les versions originales des questionnaires en langue anglaise et dans leurs adaptations françaises). En définitive, la SCL-90-R et la SAS-SR dans leurs versions polonaises ne contiennent pas de nouveaux items culturellement spécifiques.

Ce travail s'est déroulé sur une période de 14 mois, entre avril 1995 et juin 1996 ; les résultats ont été interprétés durant l'année 1997. Les migrants retenus pour l'étude ont été choisis de manière aléatoire dans trois endroits différents : cabinet médical, cabinet psychologique et les membres d'association.

Par ailleurs, les sujets ont tous été questionnés de façon individuelle, leur participation se faisant sur une base volontaire et non rémunérée. Chaque personne a inscrit ses réponses à l'échelle après avoir lu l'ensemble des items proposés. Les fiches d'enquête ont été complétées à la suite d'un questionnement par des échelles d'évaluation et d'un recueil des données socio-démographiques.

Nous avons respecté les dispositions légales en matière de recherche sur le consentement libre et éclairé. Dans la majorité des cas, les personnes interrogées ont spontanément accepté les principes de l'étude.

L'analyse définitive des résultats a porté sur 115 migrants qui ont répondu correctement à tous les items des questionnaires proposés.

---

### Notes

1 Nous adopterons ici la définition de la psychopathologie proposée par Doron et Parot (1991) : « *La psychopathologie a pour objet les conduites pathologiques (...). Elle s'appuie sur la connaissance du fonctionnement normal pour dégager, décrire et analyser les comportements pathologiques (...). Il n'existe pas une psychopathologie mais des psychopathologies. Les modèles théoriques sont des façons d'apporter une explication aux faits pathologiques* ».

2 À la lumière de ces considérations, il faut souligner que la richesse actuelle dans le domaine des études sur la psychopathologie réside pour nous dans la reconnaissance de l'homme comme un être « *bio-psycho-social* », sujet de soins et d'études (Goldberg et Huxley, 1992). C'est pourquoi, aujourd'hui on remet de plus en plus souvent en cause les conceptions simplificatrices et linéaires selon lesquelles un seul facteur isolé pourrait être à l'origine de la maladie. Le modèle « *bio-psycho-social* » permet une approche nouvelle de la psychologie en substituant au modèle traditionnel une conception multidimensionnelle, phénoménologique et existentielle du trouble.

3 Les principaux travaux existant dans ce domaine ont un caractère historique ou sociologique et se réfèrent aux Polonais migrants arrivés en France au début du xx<sup>e</sup> siècle ou pendant la période de l'entre-deux-guerres (Ponty, 1985 ; Peschanski et Robert, 1991).

4 Certains auteurs utilisent la notion de soutien social (Lin *et al.*, 1979) pour désigner « le support accessible à un individu au travers des relations sociales le liant à d'autres individus, groupes et à la communauté plus large » ; par exemple, Michaud et Hurth (1993), ont montré que le soutien social est relié à une diminution du stress, à une meilleure santé physique et une amélioration du bien-être psychologique.

---

### Pour citer cet article

#### Référence électronique

Hanna Devarenne-Megas, « Psychopathologie et insertion sociale des migrants polonais en France », *Revue européenne des migrations internationales* [En ligne], vol. 19 - n°1 | 2003, mis en ligne le 16 mai 2007, consulté le 11 février 2012. URL : <http://remi.revues.org/373> ; DOI : 10.4000/remi.373

#### Référence papier

Hanna Devarenne-Megas, « Psychopathologie et insertion sociale des migrants polonais en France », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 19 - n°1 | 2003, 101-124.

---

### **À propos de l'auteur**

**Hanna Devarenne-Megas**

Docteur en psychologie, 45 boulevard Saint-Germain, 75005 Paris, France

---

### **Droits d'auteur**

© Université de Poitiers

---

### **Résumé / Abstract / Resumen**

Cet article examine la psychopathologie et l'insertion sociale de 115 immigrés polonais en France. Une approche théorique suivie d'une recherche clinique fondée principalement sur les résultats de deux questionnaires : le *Symptom Check List (SRL-90-R)* et le *Social Adjustment Scale (SAS-SR)* ainsi que sur l'interprétation de données socio-démographiques, conclut que certains migrants souffrent de symptômes psychopathologiques tels que la nervosité, la dépression, des somatisations et des sentiments de culpabilité. Ces troubles psychopathologiques de type névrotique touchent davantage les femmes migrantes que les hommes et les sujets jeunes plutôt que les migrants plus âgés.

De plus, les migrants éprouvent des difficultés dans l'exécution de nombreux rôles sociaux, notamment dans leur vie relationnelle, leurs loisirs ainsi que dans le fonctionnement de leur vie familiale. L'étude montre également la forte corrélation entre les manifestations psychopathologiques et les difficultés sociales détectées ainsi que la relation entre certaines variables socio-démographiques et le bien-être des personnes immigrées.

**Psychopathology and Social Adjustment of Polish Immigrants in France.** This study examines the psychopathology and social adjustment of 115 Polish immigrants in France. A theoretical approach followed by a clinical research mainly founded on the two questionnaire results: the *Symptom Check List (SRL-90-R)* and the *Social Adjustment Scale (SAS-SR)* and the interpretation of the social and demographic data concludes that some migrants suffer from psychopathological symptoms such as *nervosity, depression, somatization, and a sensation of guilt*. Neurosis like psychopathological disorders concern women more than men and more young than old migrants.

Moreover, migrants experience difficulties engaging in many of their social roles including in their inter-personal life, in their leisure as well as in their family and household functioning. The study also shows a strong correlation between psychopathological symptoms and social responses and a relation between sociodemographic indicators and immigrants' well-being.

**Sicopatología e inserción social de los emigrantes polacos en Francia.** Este artículo examina la sicopatología y la inserción social de 115 inmigrantes polacos en Francia. Sobre la base de un enfoque teórico se ha desarrollado una investigación fundada en los resultados de dos cuestionarios, el *Symptom Check List (SRL-90-R)* y el *Social Adjustment Scale (SAS-SR)*, y en la interpretación de datos socio-demográficos. Este trabajo concluye que ciertos inmigrantes sufren síntomas sicopatológicos como el nerviosismo, la depresión, las somatizaciones y los sentimientos de culpabilidad. Estas alteraciones de tipo neurótico afectan en mayor proporción a las mujeres inmigrantes y a las personas jóvenes que a los hombres o a las personas de mayor edad.

Los inmigrantes experimentan dificultades en la ejecución de numerosos roles sociales, en especial en su vida relacional, en sus ocios o en el funcionamiento de la vida familiar. El estudio muestra igualmente la alta correlación existente entre las manifestaciones sicopatológicas y las dificultades sociales detectadas así como la relación entre ciertas variables socio-demográficas y el bienestar de las personas inmigrantes.