

# Description de la prise en charge aux urgences psychiatriques des patients migrants ou avec histoire familiale de migration

*Description of psychiatric emergency care for migrant patients or patients with a family history of migration*

GHANBARY BOOSARY S.<sup>1</sup> et FOSSION P.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Service des Urgences psychiatriques, CHU Brugmann

<sup>2</sup>Service de Psychiatrie, CHU Saint-Pierre,  
Université libre de Bruxelles (ULB)

## RÉSUMÉ

**Introduction :** L'objectif de cette étude est d'analyser la prise en charge aux urgences psychiatriques des patients avec une histoire de migration. Nos hypothèses sont qu'il y a plus de premiers contacts avec la psychiatrie aux urgences et davantage d'hospitalisations contraintes au sein de la population migrante et que les diagnostics posés varient selon les régions d'origine.

**Matériel et méthodes :** Etude rétrospective sur base des données recueillies dans les dossiers médicaux des patients admis au Service des Urgences psychiatriques du CHU Brugmann, du 1er janvier au 15 avril 2021. Ces données ont été analysées de manière descriptive, ainsi qu'à l'aide de tests de Chi-Carré.

**Résultats :** Sur 708 patients, 518 ont pu être inclus dans l'étude, dont 354 migrants. Les analyses ont mis en évidence une différence statistiquement significative de prévalence de psychoses plus importantes chez les migrants ( $X^2 = 21,410$ ;  $p < 0,001$ ) et de troubles anxiodépressifs plus importants chez les allochtones ( $X^2 = 5,675$ ;  $p = 0,017$ ). Nous avons également observé des différences de prévalences de certains troubles mentaux en fonction de la région d'origine des patients. Il y avait significativement plus d'admissions non volontaires aux urgences ( $X^2 = 7,708$ ;  $p = 0,005$ ) et plus de premiers contacts avec la psychiatrie aux urgences dans le groupe des migrants ( $X^2 = 9,477$ ;  $p = 0,002$ ).

**Conclusion :** Nos résultats confirment que la population migrante est vulnérable sur le plan de la santé mentale et soulignent l'insuffisance de l'accès aux soins pour ces patients arrivant encore souvent sur un mode non volontaire aux urgences.

Rev Med Brux 2022 ; 43 : 473-480

Doi : 10.30637/2022.21-077

## ABSTRACT

**Introduction:** The aim of this study is to analyze the care in psychiatric emergencies of patients with a history of migration. Our hypotheses are that there are more first contacts with emergency psychiatry and more forced hospitalizations among the migrant population and that the diagnoses vary according to the regions of origin.

**Method:** Retrospective study based on data collected in the medical files of patients admitted to the psychiatric emergency department of the CHU Brugmann, from January 1 to April 15, 2021. These data were analyzed using descriptive methods, and by the means of chi-square tests.

**Results:** Among 708 patients, 518 could be included in the study, including 354 migrants. Analyses revealed a statistically significant difference in the prevalence of psychosis, which was greater among migrants ( $X^2 = 21.410$ ;  $p < 0.001$ ) and more anxio-depressive disorders among natives ( $X^2 = 5.675$ ;  $p = 0.017$ ). We also observed differences in the prevalence of some mental disorders depending on the region of origin of the patients. There was significantly more involuntary admission to the emergency room ( $X^2 = 7.708$ ;  $p = 0.005$ ) and more first contact with psychiatry in the emergency room in the migrant group ( $X^2 = 9.477$ ;  $p = 0.002$ ).

**Conclusion:** Our results confirm that the migrant population is vulnerable in terms of mental health and underline the inadequate access to care for these patients, still often arriving involuntarily in the emergency room.

Rev Med Brux 2022 ; 43 : 473-480

Doi : 10.30637/2022.21-077

**Key words :** migration, mental health, emergency, psychiatry

## INTRODUCTION

Le phénomène de migration dans le monde est en pleine expansion. Selon le Centre fédéral Migration (MYRIA), entre 1991 et 2015, la population immigrée a doublé en Belgique et la population d'origine étrangère a augmenté de 1 à 5 % par an<sup>1</sup>. En 2020, malgré la pandémie Covid-19 et les mesures restrictives sanitaires ayant impacté la mobilité, 44.169 personnes ont immigré en Belgique via différentes voies administratives, selon les chiffres officiels de l'Office belge de Statistique (Statbel)<sup>2</sup>. Par-delà les aspects politiques, économiques ou démographiques que représente la migration, celle-ci est également un évènement marquant autant physiquement que psychologiquement les individus qui en font l'expérience. Le processus migratoire est hétérogène et regroupe sous un même terme des réalités et des histoires très différentes. Ce phénomène est porteur de nombreux facteurs de risques au développement de troubles mentaux, relatifs au contexte pré-migratoire (crise économique, discrimination, exposition à la guerre), au processus migratoire en lui-même (agressions physiques, trafic d'êtres humains, maladies infectieuses) ainsi qu'à la réalité post-migratoire dans le pays d'accueil (conditions de vie précaires, absence de travail, isolement social, difficulté d'acculturation, barrière linguistique, racisme)<sup>3-5</sup>. Plusieurs études de population ont pu mettre en évidence une incidence plus importante de développement de troubles psychiatriques parmi les sujets issus de l'immigration<sup>3,6-8</sup>. C'est Ödegaard, en 1932, qui a été le premier à décrire la haute prévalence de schizophrénie chez les migrants<sup>9</sup>. Depuis, de nombreuses études<sup>4,5,10</sup> ont confirmé que le risque de maladie mentale chez les migrants était particulièrement accru concernant les troubles psychotiques. De plus, le phénomène migratoire aurait un impact transgénérationnel<sup>3,6,10</sup> pouvant s'expliquer par une transmission héréditaire du traumatisme à la descendance par le biais de modifications épigénétiques<sup>11,12</sup> mais également par les aspects systémiques<sup>13</sup>.

Une revue systématique récente de la littérature<sup>14</sup> a montré que les migrants utilisaient davantage et différemment les services d'urgences en Europe en comparaison aux autochtones et que cela reflétait l'impact du manque d'accessibilité aux trajets de soins ordinaires. Par ailleurs, la stigmatisation de la maladie mentale et la volonté des proches dans certaines cultures d'assumer les soins le plus longtemps possible avant d'avoir recours aux professionnels de santé mènent parfois à des états plus décompensés lors de leur arrivée aux urgences<sup>15</sup>.

L'objectif de cette étude est d'évaluer les déterminants ainsi que les modalités de prise en charge des patients migrants ou présentant une histoire familiale de migration, aux urgences psychiatriques, en comparaison avec un groupe contrôle constitué par les patients n'ayant pas de vécu de migration à titre personnel ou familial. Dans la continuité des études réalisées sur ce sujet, nous nous attendons à retrouver,

parmi les patients avec histoire personnelle ou familiale de migration, une plus grande proportion de tableaux psychotiques, davantage de premiers contacts avec la psychiatrie et davantage de soins contraints, en comparaison avec des patients autochtones. Nous faisons également l'hypothèse d'une prévalence plus importante de certains tableaux cliniques en fonction de l'origine des patients. Il s'agit à notre connaissance, d'une des premières études belges qui étudie la prise en charge des patients avec histoire de migration aux urgences psychiatriques.

## MATÉRIELS ET MÉTHODES

### Comité d'Ethique

Le protocole de ce travail a été évalué et approuvé par le Comité d'Ethique hospitalier du CHU Brugmann de Bruxelles (réf. CE2020/215).

### Collecte des données

Pour cette étude quantitative rétrospective, le recueil des données s'est fait sur base du dossier administratif et des informations cliniques retrouvées dans la note médicale du passage aux urgences ainsi que dans des rapports médicaux antérieurs des patients admis à l'Unité des Urgences psychiatriques du CHU Brugmann de Bruxelles, durant la période du 1<sup>er</sup> janvier au 15 avril 2021. Nos critères d'inclusion étaient un âge entre 18 et 65 ans et la mention du statut migratoire précisé dans le dossier médical du patient. Pour les patients s'étant présentés plusieurs fois au cours de la période étudiée, seul le premier passage a été pris en compte. Les données analysées furent les suivantes : le genre, l'âge, le niveau socio-économique, le type d'admission, les résultats des expertises psychiatriques, le premier contact, les comorbidités médicales, le vécu migratoire, la barrière linguistique, les diagnostics retenus et l'orientation à la fin de la prise en charge. Nous avons défini la catégorie « migrant » lorsqu'une personne a vécu un processus migratoire de son pays d'origine pour la Belgique dans le but de s'y installer pour une relative longue durée ou si cela a été le cas de l'un de ses deux parents, indépendamment de son statut de régularisation. Les diagnostics retenus ont été catégorisés en 4 groupes de tableaux cliniques définis comme suit : tableau anxiodépressif (troubles dépressifs, épisodes dépressifs de trouble bipolaire, troubles anxieux, TOC et apparentés, troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress), tableau psychotique (spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques), tableau maniforme (épisodes hypomaniaques ou maniaques de troubles bipolaires) et assuétude (troubles liés à une substance et troubles addictifs). Une cinquième catégorie « autre » reprend les tableaux cliniques ne rentrant dans aucune des catégories précitées DSM-5.

Le groupe contrôle a été constitué par l'ensemble des patients sans histoire personnelle ou familiale de migration, mais avec les mêmes limites d'âge, ayant été admis aux urgences psychiatriques du CHU Brugmann pendant la même période.

## Analyses statistiques

Les données ont été analysées avec le programme JASP 0.14.1. Nous avons réalisé des statistiques descriptives pour les différentes variables avec recueil des fréquences pour les variables binaires et catégorielles, moyennes et écart-types pour les variables continues. Pour les variables continues, nous avons effectué les tests de Shapiro-Wilk et Levene afin de tester respectivement la normalité des observations et l'homogénéité des variances. Au vu de la violation de la condition de normalité, un test U de Mann-Whitney a été utilisé pour tester la différence d'âge entre les migrants et les non-migrants. Afin d'estimer l'existence d'un lien statistiquement significatif entre deux variables qualitatives, le test de Chi-carré d'indépendance a été utilisé. Le seuil de signification pour les tests statistiques effectués est le seuil standard de p-valeur  $\leq 0,05$ . Les résultats ont été vérifiés avec un test de sensibilité post-hoc et ont démontré qu'il n'y avait pas de biais de Simpson.

## RÉSULTATS

### Description de l'échantillon

Nous avons relevé 708 passages aux urgences psychiatriques du CHU Brugmann durant la période du 1<sup>er</sup> janvier au 15 avril 2021. Le ratio homme/femme était de 1,3. L'âge moyen était de 37,9 ans avec un écart type de 12,1. La distribution n'étant pas normale, nous avons appliqué le test non paramétrique de Mann-Whitney pour échantillons indépendants qui nous a permis de conclure qu'il y avait une différence d'âge statistiquement significative entre les autochtones et la population ayant un vécu de migration, cette dernière étant plus âgée. Sur les 518 patients inclus dans l'étude, 71 % (N=371) se sont inscrits volontairement et 29 % (N=146) de manière non volontaire par le biais d'une expertise psychiatrique. 63 % (N=92) des expertises psychiatriques furent positives, 34,9 % (N=51) furent négatives et 2,1 % ont un résultat inconnu (données manquantes). Sur le total de notre échantillon, 68,3 % (N=354)

avaient une histoire personnelle ou familiale de migration. Nous avons pu recueillir le pays d'origine pour 234 patients. Parmi ces derniers, la distribution géographique des origines migratoires était la suivante : Afrique subsaharienne : 16,7 % (N=39) ; Afrique du Nord : 37,6 % (N=88) ; Europe de l'Est : 13,7 % (N=32) ; Europe de l'Ouest : 14,1 % (N=33) ; Moyen Orient : 17,9 % (N=42). 10 patients provenaient d'autres régions du monde (Amérique, Asie, Océanie). Concernant le profil socio-économique des patients migrants, 82,4 % possédaient un logement et 85,2 % avaient une source de revenu (versus 96,7 % pour les autochtones) pour ceux dont ces variables étaient connues. 33,6 % (N=174) des patients présentaient un tableau anxiodépressif, 28,8 % (N=149) un tableau psychotique, 20,6 % (N=107) souffraient d'une assuétude comme diagnostic principal et 6,2 % (N=32) présentaient un tableau maniforme. 10,8 % (N=56) des patients ne rentraient dans aucune de ces catégories. Les résultats sont présentés dans la figure.

L'analyse des orientations montre que la majorité des patients (68,1 % ; N=353) sont rentrés à domicile à la suite de leur passage aux urgences psychiatriques. 10 % des patients furent hospitalisés volontairement et 17,2 % de manière non volontaire (mise en observation). 3,4 % des patients ont quitté les urgences à la suite d'une demande d'expertise à l'initiative du psychiatre de l'unité.

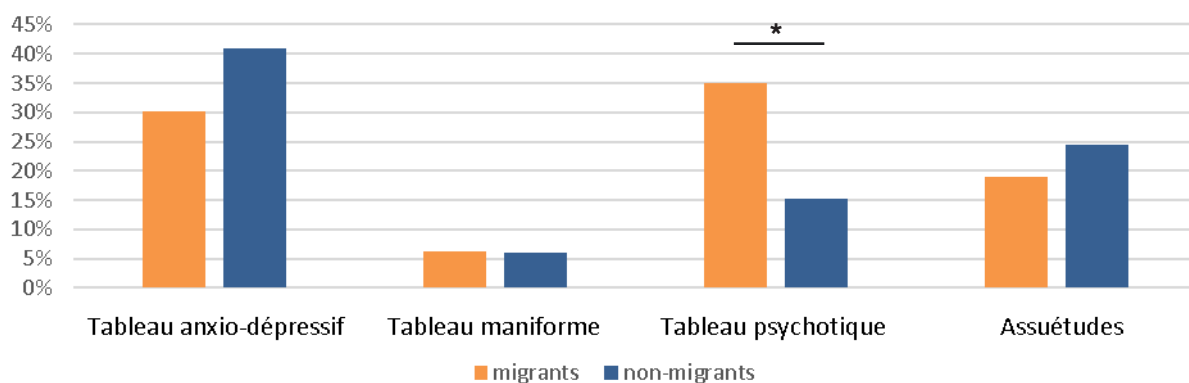
### Analyses statistiques

Nous trouvons une différence statistiquement significative dans les diagnostics retenus. Le groupe des patients avec une histoire de migration présente plus fréquemment un tableau de psychose ( $X^2 = 21,410$ ;  $p < 0,001$ ) tandis que le groupe des patients autochtones présente plus fréquemment un tableau anxiodépressif ( $X^2 = 5,675$  ;  $p = 0,017$ ). En revanche, il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la distribution des troubles maniformes ou des assuétudes entre les deux groupes.

Pour les migrants dont l'origine est connue, nous observons une différence statistiquement significative dans la représentation des diagnostics dans 3 cas.

### Figure

Prévalence des groupes diagnostiques en fonction du statut migratoire.



Il existe une prévalence plus importante de manie ( $X^2 = 5,184$  ;  $p = 0,023$ ) chez les patients originaires du Moyen-Orient et une prévalence plus importante de psychose ( $X^2 = 18,785$  ;  $p < 0,001$ ) mais moins importante d'assuétude ( $X^2 = 8,423$  ;  $p = 0,004$ ) chez les patients originaires d'Afrique subsaharienne. Nous avons vérifié ces résultats par une analyse de sensibilité post-hoc qui n'a pas mis en évidence de différence de significativité dans les résultats, ce qui a permis d'exclure un biais de Simpson et de confirmer la robustesse de l'impact de l'origine sur certains diagnostics (tableau 1).

Il y a un nombre significativement plus important de 1<sup>er</sup> contact avec la psychiatrie lorsque le patient est migrant ou connaît une histoire de migration familiale chez un parent du premier degré ( $X^2 = 9,477$  ;  $p = 0,002$ ) ainsi que lorsqu'il y a une barrière linguistique ( $X^2 = 8,078$  ;  $p = 0,004$ ). Comparé aux non-migrants, il est apparu une différence significative par rapport au mode d'admission dans le groupe avec histoire de migration, avec une proportion plus importante d'admissions non volontaires ( $X^2 = 7,708$  ;  $p = 0,005$ ). L'analyse des dispositions en fin de prise en charge

ne montre aucune différence statistiquement significative dans les choix d'orientation ni dans les issues d'expertise entre la population autochtone et la population avec un vécu de migration (tableau 2).

La barrière linguistique ne semble pas non plus engendrer une différence statistiquement significative de demande d'expertise psychiatrique en vue d'une hospitalisation sous contrainte lancée ou positivée entre la population migrante et non migrante.

## DISCUSSION

### Lien entre migration et troubles mentaux

Nous avons trouvé une prévalence significativement plus importante de troubles anxiodépressifs parmi la population autochtone en comparaison aux patients recrutés avec histoire personnelle ou familiale de migration. Les études à ce sujet sont controversées<sup>3,5,7,15</sup>. Nous pouvons d'une part émettre l'hypothèse, au vu de la grande hétérogénéité de notre échantillon de migrants, que pour une partie d'entre eux, l'événement de la migration peut en lui-même

**Tableau 1**

Comparaison des ratios des tableaux diagnostiques par région d'origine dans le groupe des migrants.

	Moyen-Orient	Europe Est	Europe Ouest	Afrique du Nord	Afrique subsaharienne
Tableau anxio-dépressif	14/42	13/32	12/33	26/88	10/39
Tableau maniforme	6/42 *	4/32	2/33	6/88	3/39
Tableau psychotique	14/42	8/32	14/33	28/88	23/39*
Assuétudes	4/42	6/32	4/33	18/88	1/39*

(\*) Significatif  $p \leq 0,05$

**Tableau 2**

Tableau diagnostique et caractéristiques de prise en charge aux urgences en fonction du statut migratoire.

	Migrants	Autochtones	p valeur
Tableau anxio-dépressif	107/354	67/164	0,017*
Tableau maniforme	22/354	10/164	0,959
Tableau psychotique	124/354	25/164	<0,001*
Assuétudes	67/354	40/164	0,153
Admission volontaire	241/354	131/164	0,005*
1 <sup>er</sup> contact	108/354	29/164	0,002*
Retour à domicile	233/354	120/164	0,095
Hospitalisation volontaire	34/354	17/164	0,787
Hospitalisation sous contrainte	68/354	21/164	0,072
Requête pour expertise	14/354	4/164	0,381

être bénéfique d'un point de vue socio-économique et conduire à un meilleur épanouissement. D'autre part, les liens communautaires peuvent constituer un facteur protecteur chez certains migrants où les liens d'appartenance et/ou familiaux prévalent. De plus, il est envisageable que la détresse émotionnelle des allochtones soit préférentiellement gérée de manière informelle par l'entourage et que ceux-ci ne se tournent vers les services de santé mentale que lorsque leurs compétences ou ressources sont dépassées. Une symptomatologie devenant inquiétante par sa dangerosité et/ou son étrangeté pousserait alors le patient à consulter aux urgences psychiatriques. Cette hypothèse est renforcée par la mise en évidence dans ce travail d'une prévalence plus importante de troubles psychotiques parmi les patients avec histoire de migration en comparaison avec le groupe contrôle sans histoire de migration. Ces résultats sont concordants avec ceux retrouvés dans de précédentes études<sup>3,4,6,10,16,17</sup>. Dans la littérature, plusieurs facteurs pouvant expliquer une prévalence plus importante de troubles psychotiques chez les migrants ont été identifiés<sup>4,16</sup>. Certaines différences peuvent être expliquées par des facteurs d'ordre démographique (genre, âge, statut marital et statut social). Dans notre étude, il n'y avait pas de différences dans le ratio homme/femme, mais l'âge moyen était plus important dans la population migrante. Il y avait également une proportion plus importante de personnes sans revenu et sans logement dans ce groupe. Le statut marital n'a pas pu être recueilli. Considérant ces éléments, nous ne pouvons donc pas exclure une influence des différences démographiques sur la différence de prévalence des troubles mentaux. Pourtant, dans plusieurs études<sup>15,17,18</sup>, après contrôle des variables démographiques, une différence de prévalence persistait, ce qui laisse penser que d'autres facteurs contribuent à ce phénomène. Par ailleurs, des différences, dans le statut marital ou le niveau socio-économique, peuvent être considérées comme des conséquences des troubles mentaux plutôt que comme leur cause<sup>19</sup>. Une autre explication possible est qu'une prévalence plus élevée de certains troubles psychiques dans le pays d'origine expliquerait les différences retrouvées entre la population migrante et autochtone. Cependant, cela ne serait confirmé par aucune étude épidémiologique<sup>4</sup>.

Il est probable également que certains traits propres à la maladie mentale prédisposent le sujet qui en souffre à s'engager dans un processus migratoire. Cela serait le cas pour les patients souffrant de troubles psychotiques, par exemple dans le cadre d'un état d'agitation, d'une paranoïa ou un autre état délirant les motivant à fuir ou à rejoindre une autre destination. Un autre élément qui expliquerait une augmentation de la prévalence de certains troubles psychiques chez les patients migrants, sont les facteurs de stress environnementaux rencontrés avant, pendant et/ou après le parcours migratoire, comme le niveau socio-économique bas, la situation géopolitique, la séparation avec l'entourage, les violences subies, les discriminations et les difficultés d'intégration. Il pourrait

enfin y avoir une surreprésentation de certains troubles psychiques en lien avec des erreurs de diagnostic. En effet, des perceptions et/ou des comportements culturellement médiés pourraient être à tort considérés comme des symptômes d'une maladie mentale<sup>4</sup>. Dans notre étude, nous avons trouvé plusieurs liens statistiquement significatifs entre la région d'origine des patients et le type de diagnostic posé au sein de nos urgences psychiatriques. Tout d'abord, une prévalence plus importante de psychose a été observée chez les patients originaires d'Afrique subsaharienne. D'autres études confirment ces résultats<sup>6,17,20</sup>. Des résultats similaires aux nôtres ont été trouvés dans une étude menée à Paris, identifiant la population d'Afrique subsaharienne comme le groupe de migrants le plus vulnérable au développement d'un trouble psychotique. Les hypothèses explicatives rejoignent celles précitées : l'impact du traumatisme sur le développement cérébral et la sensibilité au stress, la précarité socio-économique, la discrimination des personnes de couleur de peau noire, les trajets migratoires complexes, la fragilité du soutien de la communauté et les séparations familiales<sup>21</sup>. Les hypothèses sur les facteurs de risques biologiques tels que la déficience en vitamine D, les agents infectieux et les encéphalites auto-immunes sont également citées. Le recours fréquent à la médecine traditionnelle dans ces régions<sup>22</sup> aux dépens de traitements plus modernes pourrait également avoir un impact sur le cours de la maladie. Deuxièmement, nous avons constaté une prévalence plus faible d'assuétude chez les patients originaires d'Afrique subsaharienne. La littérature sur ce sujet est controversée<sup>3,10,15</sup>. Cette sous-représentation des assuétudes dans notre échantillon pourrait s'expliquer par le fait que nous n'avons retenu que le diagnostic principal, l'addiction à une substance dans cette population pouvant être une comorbidité associée à un trouble psychotique par exemple.

Troisièmement, nous avons observé une prévalence plus importante de troubles maniformes chez les patients originaires du Moyen-Orient. La littérature à ce sujet est manquante<sup>23</sup>. Une revue systématique de la littérature sur les prévalences du trouble bipolaire à l'échelle mondiale ne met pas évidence de différence significative de la distribution globale<sup>24</sup>. Ces résultats sont donc à confirmer dans une recherche plus approfondie.

### Plus de premier contact avec la psychiatrie aux urgences

Nous avons mis en évidence que les passages aux urgences psychiatriques des patients avec histoire de migration étaient plus souvent leur premier contact avec la santé mentale, en comparaison avec la population belge. En 2017, Credé *et al.*<sup>14</sup> ont montré que les patients migrants utilisaient plus les urgences générales que les patients autochtones, suggérant un manque d'accessibilité aux soins de santé primaire. Ce manque d'accessibilité peut être lié au statut socio-administratif du patient migrant. En effet, pour une personne arrivant sur le territoire belge sans autorisation de séjour et souhaitant souscrire à

une assurance maladie ou à défaut de cela, accéder à une aide médicale urgente, la démarche à suivre est jalonnée d'étapes nécessitant du temps et des compétences dans une des langues nationales<sup>25</sup>. Un rapport publié par l'INAMI analysant l'accès aux soins en Belgique pour les publics vulnérables fait état d'un système peu équitable, de lacunes dans la continuité des soins et insiste pour une meilleure inclusion de ces publics<sup>23</sup>.

Les freins peuvent également être liés à un défaut de l'offre générale en santé mentale en Belgique : les temps d'attente pour un rendez-vous ambulatoire se chiffrent en mois et la disponibilité des lits d'hospitalisations psychiatriques d'urgence est faible, ce qui peut augmenter le risque de dégradation des symptômes psychiatriques. Cette réalité s'applique à toute la population, mais impacte probablement encore plus particulièrement la population migrante puisque celle-ci a des moyens matériels souvent plus limités face à l'éventail des interventions proposées.

### Migration et soins contraints

Nous trouvons dans nos résultats une proportion plus importante d'admissions non-volontaires parmi la population migrante. Cette observation, tenant compte du fait que les urgences psychiatriques représentent souvent le premier contact avec la santé mentale, renforce notre hypothèse qu'il existe une difficulté à se rendre dans une consultation psychiatrique pour les migrants. En effet, s'il existait uniquement une barrière du système à l'utilisation des soins de santé mentale, alors les urgences pourraient être utilisées de manière plus fréquente pour des raisons moins aiguës, comme le suggère Credé *et al.*<sup>14</sup>. Mais si les personnes arrivent de manière non volontaire, cela veut dire que la démarche de soins ne relève pas de leur initiative. Il y aurait donc une barrière propre aux individus dans l'utilisation des soins de santé mentale.

La réticence à consulter peut avoir ses causes dans la symptomatologie même, comme l'absence d'*insight* ou la méfiance fréquente dans la psychose, empêchant le patient de se reconnaître comme souffrant d'un trouble et à demander de l'aide<sup>26</sup>. Ces patients viendraient donc aux urgences à la demande d'autrui et dans des états graves. Il pourrait par conséquent y avoir un lien entre la prévalence plus importante de troubles psychotiques chez les migrants et celle des admissions non volontaires. Mais il existe également des facteurs personnels et relationnels qui peuvent représenter des barrières dans la demande de soin en santé mentale chez la personne migrante<sup>27</sup>: la reconnaissance des symptômes psychiatriques entravée par des conceptions culturelles ; la peur de la stigmatisation ; les doutes sur la confidentialité ; la barrière de la langue ; les mauvaises expériences préalables comme des attitudes hostiles ou le sentiment d'être jugé ; la difficulté à verbaliser les émotions en surpassant la différence culturelle ; le manque d'information ou de compréhension sur les traitements médicamenteux et la peur de leurs effets secondaires<sup>5,25,27-29</sup>.

Enfin, au-delà des éléments inhérents au patient dans la rencontre thérapeutique, il existe les facteurs

imputables au soignant. Des données suggèrent en effet que le confort du clinicien durant l'entretien thérapeutique serait influencé par l'origine, la langue et la culture du patient et que cela diminuerait la précision du diagnostic et augmenterait le risque de recours aux soins contraints<sup>30</sup>.

Dans le cadre de notre étude, nous n'avons pas mis en évidence une différence significative des prises en charge proposées au patient en fonction de son statut migratoire. Cette observation soutient notre hypothèse que le taux important d'arrivées contraintes aux urgences psychiatriques traduit davantage un défaut d'accès aux soins qu'un refus d'aide de la part de la population migrante.

### Limitations et forces de l'étude

- Dans notre étude, l'âge moyen était significativement plus élevé parmi le groupe migrant. De ce fait, nous ne pouvons pas contrôler l'impact de cette variable sur les différences retrouvées entre les deux groupes ;
- Pour la sélection de l'échantillon, nous avons choisi une définition large du groupe cible, c'est-à-dire toute personne ayant vécu un processus migratoire de son pays d'origine pour la Belgique dans le but de s'y installer pour une relative longue durée, ou si cela a été le cas de l'un de ses deux parents, indépendamment des motivations de l'exil, de son statut socio-administratif, de sa nationalité<sup>7</sup> et de la durée de l'immigration (pour les patients de première génération), ce qui donne lieu à un éventail de réalités très différentes qui impactent le degré d'intégration, la connaissance du système de soin, la maîtrise de la langue, la construction d'un réseau social et d'autres paramètres ;
- Les diagnostics étaient posés après une seule évaluation dans une situation d'urgence et par l'ensemble des médecins assistants ayant travaillé aux urgences psychiatriques durant la période de l'étude. Ceci engendre un degré d'incertitude quant à la précision diagnostique. Afin d'atténuer cette marge d'erreur diagnostique, nous avons choisi de catégoriser les groupes sur base de tableaux cliniques. Ce choix se justifie également par les besoins statistiques. De plus, seul le diagnostic principal a été retenu dans la récolte de données, ce qui occulte la question des diagnostics multiples et peut impacter nos résultats ;
- Les patients migrants qui sont admis aux urgences ne sont pas représentatifs de toute la population migrante en nécessité de soins. L'existence de barrières peut mener des patients souffrant de pathologies chroniques ou moins visibles, comme les dépendances, à échapper au système de santé. Notre étude s'est portée sur les admissions aux urgences psychiatriques du CHU Brugmann. Dans la mesure où cet hôpital est public et se trouve dans une partie de Bruxelles où la précarité socio-économique est importante, les données trouvées ne sont donc probablement pas extrapolables à

tout le réseau bruxellois, ni à la Belgique. Cette dernière limitation est aussi la force de l'étude car les études sur l'impact de l'origine de la migration sur la maladie mentale sont rares et les études spécifiques sur la situation à Bruxelles le sont encore plus ;

- La taille de l'échantillon est relativement importante, avec une grande proportion de migrants dont l'origine est en majeure partie déterminée ;
- Nos hypothèses sur certaines fragilités de l'organisation de notre système de soins permettent d'ouvrir des pistes d'améliorations et de recherches sur la rencontre et l'accueil de la souffrance psychique chez le patient migrant.

#### Pistes de réflexion

- **Dépister les troubles mentaux** parmi les primo-arrivants afin de permettre une prise en charge précoce et **sensibiliser** les intervenants de premières lignes à orienter leurs résidents vers des spécialistes dès la reconnaissance de syndromes cliniques ;
- **Garantir une réactivité du système de santé** par la mise en place de consultations d'accès rapide spécialisées ou en ouvrant davantage les portes des centres d'accueil aux dispositifs de soins psychiatriques mobiles ;
- **Renforcer l'information sur le système de soins** et déstigmatiser la maladie mentale auprès de la population migrante ;

- **Déstigmatiser** le public migrant et **former** davantage les praticiens à la psychiatrie transculturelle ;
- **Développer des partenariats** entre les centres de santé mentale et hôpitaux disposant d'un service de psychiatrie et les centres médicaux et/ou d'accueil, notamment par la promotion de projets pilotes tels que PARSaMe (projet d'accompagnement rapproché en santé mentale) ou POZAH (*psychiatrische ondersteuning en zorg voor asielzoekers aan huis*) ;
- **Promouvoir des services d'interpréariat spécialisés** pour les consultations psychiatriques.

#### Perspectives de recherche

Il serait pertinent de réaliser de nouvelles recherches étudiant la problématique d'accès aux soins en distinguant les primo-arrivants et des migrants de deuxième génération, dû à la différence de leurs réalités respectives. Il serait également utile pour la généralisation des conclusions de poursuivre des recherches prospectives qui permettraient un recueil plus précis des données manquantes (statut marital, pays d'origine, cause de la migration, etc.) et d'éventuelles analyses de sous-groupes. Il serait également intéressant d'étudier les résultats des expertises psychiatriques chez les patients migrants par rapport à la population belge afin de déterminer la pertinence des demandes par le parquet ou la police et la potentielle surestimation de la maladie mentale chez les migrants par les forces de l'ordre.

## CONCLUSION

L'analyse de la prise en charge de patients migrants de 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> génération admis aux urgences psychiatriques nous a permis d'observer une surreprésentation des troubles psychotiques, des admissions non volontaires et des premiers contacts avec la psychiatrie au sein de ce groupe. Nous avons également pu observer une plus forte prévalence des troubles maniformes chez les patients originaires du Moyen-Orient et des troubles psychotiques chez ceux originaires d'Afrique subsaharienne.

Le fait que la population des migrants se retrouve encore fréquemment dans des circuits de soins non volontaires et accède à la spécialité psychiatrique via les urgences renforce le constat que, bien que cette population soit déjà reconnue comme vulnérable et à haut risque de maladie mentale, le *screening*, l'information de la population et la facilité à l'accès aux soins ambulatoires leur restent insuffisants dans la région bruxelloise. Nous soulignons par le biais de cette étude l'importance d'améliorer le dépistage de cette population vulnérable, d'œuvrer à abaisser les barrières d'accès aux soins pour le public migrant et d'intégrer davantage les aspects transculturels dans l'offre de soin existante.

**Conflits d'intérêt : néant.**

## BIBLIOGRAPHIE

1. Centre Fédéral Migration. (Consulté le 26/11/2021). Population étrangère et mouvements migratoires. [Internet]. <https://www.myria.be/fr/publications>.
2. L'Office belge de Statistique (Consulté le 26/11/2021). Statbel, la Belgique en chiffres. [Internet]. <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/migrations>.
3. Guardia D, Salleron, J, Roelandt JL, Vaiva G. Prévalence des troubles psychiatriques et addictologiques auprès de trois générations successives de migrants : résultats d'une étude menée en population générale. *L'Encéphale*. 2017;43(5):435-43.
4. Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109(4):243-58.
5. Organisation mondiale de la Santé. (Consulté le 26/11/2021). La promotion de la santé mentale et la prestation de soins de santé mentale chez les réfugiés et les migrants (2018). [Internet]. <https://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/mental-health-promotion-and-mental-health-care-in-refugees-and-migrants-2018>
6. Bourque F, Van der Ven E, Malla A. A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychol Med*. 2011;41:897-910.
7. Levecque K, Lodewyckx I, Vranken J. Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. *J Affect Disord*. 2007;97(1-3):229-39.
8. Hollander AC, Pitman A, Sjöqvist H, Lewis G, Magnusson C, Kirkbride J *et al*. Suicide risk among refugees compared with non-refugee migrants and the Swedish-born majority population. *Br J Psychiatry*. 2020;217:686-92.
9. Ødegård Ø. The distribution of mental diseases in Norway : A Contribution to the Ecology of Mental Disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 1945;20:247-84.
10. Cantor-Graae E, Pedersen C. Full spectrum of psychiatric disorders related to foreign migration: a Danish population-based cohort study. *JAMA Psychiatry*. 2013;70:427-35.
11. Yehuda R, Lehrner A. Intergenerational transmission of trauma effects : putative role of epigenetic mechanisms. *World Psychiatry*. 2018;17:243-57.
12. Zammateo N, Botman M. Le psychotraumatisme s'inscrit dans l'ADN et peut se transmettre sur plusieurs générations. Apports de la méditation de pleine conscience dans les troubles de l'anxiété et l'état de stress post-traumatique. *European Journal of Trauma & Dissociation*. 2019;3:113-24.
13. Fossion P, Leys C, Vandeleur C, Kempnaers C, Braun S, Verbanck P *et al*. Transgenerational transmission of trauma in families of Holocaust survivors: The consequences of extreme family functioning on resilience, Sense of Coherence, anxiety and depression. *J Affect Disord*. 2015;171:48-53.
14. Credé SH, Such E, Mason S. International migrants' use of emergency departments in Europe compared with non-migrants' use: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2018;28(1):61-73.
15. Ekeberg K, Abebe D. Mental disorders among young adults of immigrant background: a nationwide register study in Norway. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021;56:953-62.
16. Fossion P, Ledoux Y, Valente F, Servais L, Staner L, Pelc I *et al*. Psychiatric disorders and social characteristics among second-generation Moroccan migrants in Belgium: An age- and gender-controlled study conducted in a psychiatric emergency department. *Eur psychiatr*. 2002;17:443-50.
17. Hollander AC, Dal H, Lewis G, Magnusson C, Kirkbride JB, Dalman C. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ*. 2016;352:i1030.
18. Norredam M, Garcia-Lopez A, Keiding, N, Krasnik A. Risk of mental disorders in refugees and native Danes: a register-based retrospective cohort study. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2009; 44:1023-9.
19. Sariaslan A, Fazel S, D'Onofrio BM, Långström N, Larsson H, Bergen SE *et al*. Schizophrenia and subsequent neighborhood deprivation: revisiting the social drift hypothesis using population, twin and molecular genetic data. *Transl Psychiatry*. 2016;6(5): e796.
20. Van der Ven E, Veling W, Tortelli A, Tarricone I, Berardi D, Bourque F *et al*. Evidence of an excessive gender gap in the risk of psychotic disorder among North African immigrants in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51: 1603-13.
21. Tortelli A, Morgan C, Snoko A, Nascimento A, Skurnik N, Monduit de Caussade E *et al*. Different rates of first admissions for psychosis in migrant groups in Paris. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;49(7):1103-9.
22. James P, Wardle J, Steel A, Adams J. Traditional, complementary and alternative medicine use in Sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMJ Glob Health*. 2018;3(5):e000895.
23. Clemente A, Diniz B, Nicolato R, Kapcinski F, Soares J, Fermo J *et al*. Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Braz J Psychiatry*. 2015;37:155-61.
24. Ferrari AJ, Baxter AJ, Whiteford HA. A systematic review of the global distribution and availability of prevalence data for bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2011;134(1-3):1-13.
25. Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé. (Consulté le 26/11/2021). Demandeurs d'asile: options pour un accès plus équitable aux soins de santé: une consultation des stakeholders. [Internet]. <https://kce.fgov.be>
26. Bouroubi W, Banovic I, Andronikof A, Omnes C. Insight et schizophrénie : revue de la littérature. *L'Évolution Psychiatrique*. 2016;81(2):405-22.
27. Kiselev N, Pfaltz M, Haas F, Schick M, Kappen M, Sijbrandij M *et al*. Structural and socio-cultural barriers to accessing mental healthcare among Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland. *Eur J Psychotraumatol*. 2020; 11(1):1-16.
28. Bartolomei J, Baeriswyl-Cottin R, Framorando D, Kasina F, Premand N, Eytan A *et al*. What are the barriers to access to mental healthcare and the primary needs of asylum seekers? A survey of mental health caregivers and primary care workers. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1): 336-43.
29. van der Boor CF, White R. Barriers to Accessing and Negotiating Mental Health Services in Asylum Seeking and Refugee Populations: The Application of the Candidacy Framework. *J Immigr Minor Health*. 2020;22(1):156-74.
30. Collazos F, Malagon-Amor A, Falgas-Bague I, Qureshi A, Gines J, Ramos M *et al*. Treating immigrant patients in psychiatric emergency rooms. *Transcult Psychiatry*. 2021;58(1):126-39.

Travail reçu le 26 novembre 2021 ; accepté dans sa version définitive le 19 avril 2022

### CORRESPONDANCE :

S. GHANBARY BOOSARY  
CHU Brugmann  
Service des Urgences psychiatriques  
Place A. Van Gehuchten, 4 - 1020 Bruxelles  
Mail : Sarah.Ghanbaryboosary@chu-brugmann.be