



## **Mariages, migrations et santé mentale : l'exemple des Turcs en Belgique**

*Ertugrul Taş et Altay Manço*

© Une analyse de l'IRFAM, Liège, 2019 – 4

### **Préambule**

Dans le cadre de son travail d'investigation et de l'animation d'un débat public à propos *des politiques migratoires et d'intégration — ainsi que de leurs conséquences sur les populations —*, l'IRFAM suggère, en libre accès, une série d'analyses qui ont pour objectif d'approcher les vécus de familles issues de l'immigration dont la trajectoire est rythmée par des événements, parfois dramatiques, qui peuvent occasionner des ruptures. En effet, la globalisation culturelle et les flux de populations installent les familles dans un contexte sans cesse plus diversifié, dans une société ouverte à des représentations, codes, mémoires et histoires différentes, imprégnant les manières de concevoir leur devenir. Notre travail offre ainsi une information et une grille de lecture de faits découlant directement *des politiques d'immigration et d'intégration comme elles sont appliquées en Belgique*, au-delà des généralisations ou des descriptions chiffrées, en filigrane de récits recueillis par des professionnels de première ligne, auprès d'hommes, de femmes et d'enfants pris par le mouvement migratoire.

Les analyses proposées permettent au lecteur d'accéder à une approche synthétique de ces questions et situations, sous la forme de brèves thématiques, principalement axées sur la parentalité dans un contexte migratoire et postmigratoire, et touchant des facettes de vie propre à des familles précarisées ou en situation de vulnérabilité.

Ces lectures sont destinées à outiller les intervenants éducatifs, psychosociaux et socioculturels — professionnels ou bénévoles — travaillant directement ou indirectement auprès de familles fragilisées. Elles questionnent également les décideurs qui leur accordent ou pas les moyens d'un fonctionnement efficace. *Bonne lecture !*

### **Pour citer cette analyse et accéder à la version complète :**

Ertugrul Taş et Altay Manço, « Mariages, migrations et santé mentale : l'exemple des Turcs en Belgique », dans Christine Barras et Altay Manço (coord.), *L'accompagnement des familles entre réparation et créativité*, Paris, L'Harmattan, 2019, p. 209-218.

## Mariages, migrations et santé mentale : l'exemple des Turcs en Belgique

Ertugrul Taş et Altay Manço

*L'objectif de cette analyse est d'évaluer les migrations matrimoniales en tant que facteurs de risque en santé mentale pour les personnes immigrées et leur entourage. À travers l'analyse de données empiriques, il s'agit d'identifier les éléments des parcours migratoires qui augmentent la probabilité de développer des troubles ou des décompensations psychiques parmi les personnes concernées. La discussion des observations donne lieu à l'émission d'une série de conclusions et de recommandations pratiques et politiques qui engageant le travail socio-sanitaire et d'accompagnement psychosocial mené avec les familles immigrées.*

### Introduction

L'effet des migrations matrimoniales sur la santé mentale des personnes immigrées est approché grâce à l'analyse des données produites par une *clinique psychologique privée située à Charleroi en Belgique*. Entre 1997 et 2014, ce centre psychothérapeutique a accueilli un total de 3265 patients d'origine turque immigrés dans ce pays, dont 59 % de femmes. Unique en son genre en Wallonie, cette clinique propose aux patients des soins prodigués en langue turque. La vocation industrielle de cette région a attiré une importante vague migratoire originaire de Turquie dès les années 1960. Cette main-d'œuvre masculine insérée dans les charbonnages et les sidérurgies a beaucoup souffert de la transition économique du pays d'installation. Faiblement qualifiée développant un taux de chômage important, on voit, depuis les années 1990-2000, la population originaire de Turquie se faire une place dans le domaine de la restauration et de la petite distribution, ainsi que dans le secteur de l'entretien, notamment, à travers le truchement de petites entreprises familiales (Manço, 2000). Cette phase coïncide avec les migrations matrimoniales qui voient l'importation d'hommes et de femmes se mariant avec les jeunes issus de l'immigration ouvrière turque. Partout en Europe occidentale, la population turque immigrée est concernée par la question des migrations matrimoniales. Ainsi, de 22 (femmes) à 24 % (hommes) des personnes d'origine turque vivant en Belgique y ont immigré à la suite d'un mariage avec une personne installée dans ce pays. De plus, la moitié de ces mariages parmi les hommes et 41 % parmi les femmes se contractent au sein d'un même cercle familial élargi (Kaya et Kentel, 2007). La population d'origine turque installée en Belgique avoisine les 250 000 individus, dont environ un quart vit en Wallonie. Le regroupement matrimonial est la voie principale permettant à de nombreux hommes et femmes originaires de Turquie de s'installer en Belgique. Une étude réalisée en 2013 fait état de 5142 conjoints turcs (hommes et femmes, en parité) arrivés dans le pays entre 2008 et 2010, soit 75 % des migrations en provenance de ce pays (Schoonvaere, 2013).

### Une recherche clinique

L'institution clinique qui nous sert de terrain d'observation compte un patient sur deux qui soit présent en Belgique à la faveur d'un mariage. Ce taux est de 60 % parmi les hommes et de 43 % parmi les femmes immigrées turques qui y consultent un psychologue. C'est précisément ce constat qui a nourri l'hypothèse à la base de la présente recherche. Parmi les utilisateurs de cette clinique arrivés de Turquie par mariage, *1386 personnes* (654 hommes et 732 femmes) sont des patients de plus de 20 ans qui ont fréquenté la structure suffisamment longtemps de sorte qu'un diagnostic a pu être posé pour chacun. Nous disposons pour ces patients d'une *cinquantaine d'informations sociodémographiques* (sexe, âge, date d'immigration, niveau de scolarisation, statut de résidence, statut socio-économique, langues parlées, état civil, informations sur le mariage, etc.), ainsi qu'en rapport avec leur *processus thérapeutique*. La durée moyenne de la relation clinique est, dans ce groupe, de sept mois environ avec un écart-type de deux mois.

L'étude permet de comparer les caractéristiques sociodémographiques de cet échantillon à des populations de référence, ce qui aide à définir les facteurs de risque ou de protection en santé mentale qui impliquent les groupes concernés par les migrations liées aux mariages. Ces comparaisons sont permises par la disponibilité de données sociologiques ou épidémiologiques concernant les pays et groupes de référence. Nous avons choisi de nous référer le plus possible aux données des années 2010 à 2012, afin de correspondre avec la fin de la période des observations cliniques exploitées dans cette analyse.

### Fragilité psychologique et sociale des migrantes matrimoniales

L'archive de la clinique psychologique dédiée à la population originaire de Turquie comprend six femmes pour quatre hommes. Les observations montrent que *les femmes et, en particulier, celles immigrées par mariage sont davantage atteintes par les troubles de l'humeur*. Dans cette catégorie, un diagnostic de ce type est posé pour sept femmes sur dix. La proportion de patients masculins concernés par des troubles de l'humeur est plus faible. La prévalence des troubles de l'humeur est de 20 % parmi les femmes de Wallonie contre 13 % parmi les hommes (Gisle, 2014); cette valeur est de 15 % parmi les femmes de Turquie contre 7 % chez les hommes (Önen, Kaptanoglu et Seber, 1995). Par ailleurs, *une patiente immigrée matrimoniale sur trois souffre de*

*troubles psychosomatiques* ce qui représente le triple de la valeur moyenne observée auprès des patientes arrivées en Belgique par d'autres voies que le mariage.

*La vulnérabilité psychologique des femmes immigrées par les liens du mariage est renforcée par leur surexposition à des risques sociaux* comme le chômage et le manque de reconnaissance (Bruffaerts et coll., 2003). Ainsi, dans le groupe des patients ayant immigré par mariage 51 % des hommes et 86 % des femmes sont sans emploi, même si les autres patients d'origine turque souffrent également d'exclusion économique. La conséquence directe de cette situation est la dépendance économique des personnes en souffrance psychologique vis-à-vis de leur (belle-)famille. La plupart des patients ne bénéficient pas d'indemnités sociales parce qu'ils ne sont pas dans les conditions administratives requises. La quasi-totalité des femmes et plus de la moitié des hommes immigrés par mariage disposent de moins de 1000 euros nets par mois. L'absence de maîtrise en français augmente leur isolement social et leur dépendance : 93 % des femmes turques immigrées par mariage sont dans cette situation, contrairement aux autres catégories de patients turcs dont 40 % maîtrisent au moins un peu la langue de la région.

*La dépendance vis-à-vis du cercle familial* amène les immigrées matrimoniales à s'y replier davantage. Absentes du champ de la production, on les voit dans le champ de la reproduction : neuf sur dix ont des enfants, alors que l'âge moyen dans ce groupe est de 30 ans. En comparaison, le taux de maternité parmi les femmes turques de plus de 20 ans immigrées en Belgique est de 60 % (Kaya et Kentel, 2007). Par ailleurs, sept patientes immigrées par mariage sur dix font ménage avec leurs beaux-parents, cette proportion est de trois sur dix pour leurs homologues masculins. En revanche, à peine 14 % de la population turque de Belgique vit dans un ménage regroupant trois générations (Schoonvaere, 2013). On constate que cette situation est conflictogène surtout pour les patientes immigrées : sept sur dix déclarent être en conflit avec leur conjoint et huit sur dix avec d'autres personnes de leur entourage. Une enquête (Kaya et Kentel, 2007) établit à 25 % la proportion de femmes turques immigrées en Belgique à mentionner des conflits avec leur entourage familial. Une proportion de 10 % est avancée à ce sujet dans une étude (Önen, Kaptanoğlu et Seber, 1995) concernant les facteurs de risque en santé mentale auprès de la population féminine de Turquie. On constate que *la migration et en particulier en lien avec le mariage augmente les risques de conflits entre les femmes immigrées et leur famille*. De fait, un tiers des patients des deux sexes immigrés par mariage sont divorcés tandis que cela représente 18 % auprès de la patientèle dont la raison de la présence en Belgique n'est pas le mariage.

### **Discussion et recommandations**

Pour les communautés immigrées, le mariage avec des ressortissants du pays d'origine permet à de nombreux jeunes de s'installer dans le pays d'accueil. Les pratiques matrimoniales se transforment également au gré des politiques migratoires qui rendent possibles ou non d'autres voies d'accès légal au pays d'installation.

*L'instrumentalisation du mariage engendre toutefois une souffrance tant pour les jeunes que leur famille*. Au sein de la population turque, les lieux d'origine des époux et le lieu de l'installation du couple ont une influence sur la dynamique du jeune ménage et, entre autres, sur les rapports de force genrés. La société traditionnelle turque place l'homme dans une position patriarcale et la femme dans la position subordonnée. C'est la famille du garçon qui demande le mariage et assume le déroulement des cérémonies à l'issue desquelles la fille s'installe dans la famille de son mari. La résidence est patrilocale ou virilocale.

*Les migrations matrimoniales poussent les familles vers des recompositions culturelles et sociales*. Elles renforcent la rupture avec la culture d'origine et déforcent l'adaptation au nouveau contexte d'installation. Dans ce contexte, les *facteurs sociétaux de fragilisation* sont, notamment, les difficultés socio-économiques et d'insertion professionnelle, la mise en question de l'estime de soi et la perte de confiance (expériences de discrimination, etc.). Facteur d'isolement, la question linguistique associée à un manque de ressources personnelles rend difficile l'autonomie et donne lieu à des formes d'infantilisation du ou de la partenaire — dont le droit de séjour dans le pays d'immigration dépend en général de la poursuite de son mariage... Or, les épisodes de dépression se développent souvent en rapport dialogique avec des difficultés dans les relations conjugales ou familiales. Elles peuvent persister pendant plusieurs années et se terminer par une séparation ou un divorce. À son tour, le stress généré par la séparation peut également prédisposer à la survenue d'une dépression. Les *facteurs de fragilisation familiaux* sont ainsi en lien étroit avec les difficultés d'adaptation, notamment économique. Ces facteurs se cristallisent autour du lieu de résidence des patients. On constate une surreprésentation de patientes migrantes matrimoniales installées chez leurs beaux-parents. Cette localisation contribue à attiser des conflits intrafamiliaux et de couple qui peuvent dégénérer en troubles psychologiques.

La perte du contexte social dont bénéficiait la migrante avant de quitter son pays d'origine peut occasionner un deuil dans un cas et causer un trauma dans l'autre, voire une combinaison de troubles. L'analyse montre une incidence plus prononcée des troubles psychosomatiques et de l'humeur chez les immigrées matrimoniales. Il convient ainsi de relater la *problématique de la prise en charge* des patientes immigrées. Le fait de ne pas parler la langue du pays d'accueil est un frein important dans l'accès aux services sociaux et de santé. Cette analyse montre que les patients qui se trouvent dans cette situation s'orientent plus aisément vers un professionnel de la

même origine et du même sexe ou, à tout le moins, vers une structure qui peut assurer l'interprétation sociomédicale. Le recours aux professionnels qui parlent une langue connue de l'immigré(e) facilite non seulement la communication en consultation, mais permet également d'informer d'autres services utiles au patient. Si ces conclusions sont basées sur la pratique d'une seule structure clinique, il s'agira d'élargir la démarche empirique vers d'autres communautés immigrées et interroger des motifs tels que le rapport au religieux, la fréquentation d'associations d'immigré(e)s ou la proximité d'autres proches non apparentés qui peuvent servir de soutien aux migrants. Enfin, les observations étayées montrent l'importance de revoir les politiques migratoires et le droit du séjour en fonction des risques psychologiques pris par les migrants matrimoniaux, hommes et femmes, souvent dépendants de leur belle-famille pour leur subsistance dans le pays d'installation.

### **Bibliographie**

- Bruffaerts R., Bonnewyn A., Van Oyen H., Demarest S., Demyttenaere K. (2003), « Prévalence des troubles mentaux dans la population belge. Résultats de l'European Study on Epidemiology of Mental Disorders », *Revue médicale de Liège*, v., n°12, p. 741-750
- Gisle L. (2014), Santé mentale, dans : Van der Heyden J, Charafeddine R. *Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être*, Bruxelles : WIV-ISP
- Kaya A., Kentel F. (2007), *Belgian-Turks : A bridge or a breach between Turkey and the European Union ?* Bruxelles : Fondation Roi Baudouin.
- Manço A., (2000), *Sociographie de la population turque et d'origine turque : 40 ans de présence en Belgique (1960-2000). Dynamiques, problématiques, perspectives*, Bruxelles : Éditions européennes.
- Önen F., Kaptanoglu C., Seber G. (1995), Kadınlarda depresyonun yaygınlığı ve risk faktörlerle ilişkisi. *Kriz Dergisi*, v. 3, n° 1-2, p. 88-103.
- Schoonvaere Q. (2013), *Étude démographique de la population turque en Belgique*, Bruxelles : Centre pour l'Égalité des Chances et la Lutte contre le Racisme.
- Taş E. (2014), *Les Alliances Renversées. Souffrances des gendres dans les migrations matrimoniales turques*, Saarbrücken : PAF.