



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

 ScienceDirect

Annales Médico Psychologiques xxx (2007) xxx-xxx

ANNALES MÉDICO
PSYCHOLOGIQUES

<http://france.elsevier.com/direct/AMEPSY/>

Mémoire

Consommations d'alcool et de drogues, et migrations en Amérique du Nord : revue critique de la littérature

Substance use and migrations in North America: a critical review

O. Taïeb*, T. Baubet, T. Ferradji, M.-R. Moro

*Service de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent et Psychiatrie générale (Pr M.-R. Moro), hôpital Avicenne (AP-HP), UFR SMBH
Léonard-de-Vinci, université Paris-XIII, 125, rue de Stalingrad, 93000 Bobigny, France*

Reçu le 19 octobre 2004 ; accepté le 1 décembre 2004

Résumé

De nombreuses études épidémiologiques ont été menées en Amérique du Nord pour connaître les relations entre consommations d'alcool et de drogues, et migrations. Elles ont d'abord utilisé principalement deux modèles, celui de l'acculturation et celui de l'identification culturelle, pour actuellement préférer employer des variables plus objectives comme le lieu de naissance, l'âge d'arrivée et le temps de résidence dans le pays d'accueil, et l'usage des langues. Leurs principales limites sont les problèmes liés, d'une part, à la validité des catégories culturelles et diagnostiques utilisées et, d'autre part, à la confusion fréquente entre facteurs culturels et facteurs socioéconomiques, environnementaux ou associés à la discrimination et au racisme. Même si elles ne sont pas évidemment transposables à d'autres contextes sociohistoriques et géographiques, ces études tendent à montrer que les prévalences de consommations d'alcool et de drogues, et de troubles liés à ces consommations, sont moins élevées chez les migrants, du moins chez ceux qui viennent de pays de faible consommation d'alcool et de drogues, que chez les non-migrants, et que cette différence disparaît progressivement quand augmente la durée de séjour dans le pays d'accueil. Ces résultats ne doivent pas, toutefois, conduire à méconnaître la vulnérabilité importante de certains migrants. C'est pourquoi il paraît nécessaire à la fois d'intégrer les dimensions culturelles dans leur prise en charge thérapeutique et, en termes de santé publique, d'améliorer leur accès aux soins et leurs conditions plus globales de vie.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Quite a lot of research has been conducted in North America to study the relationship between alcohol and drug use (alcohol and drug consumption and/or substance related disorders) and migration. A review of the epidemiological studies is proposed with the example of research on Mexican Americans in the United States. Two models were used initially: acculturation and cultural identification. Acculturation refers to the processes of change in artifacts, customs and beliefs that result from the contact of societies with different cultural traditions or the results of such changes. A large number of acculturation scales have been created, but the use of objective variables (e.g., place of birth, age at arrival and years residing in host country, primary language use including a measure of the proficiency of the second language) is now recommended by a majority of the authors. Culture simply cannot be reduced to a measurable variable. The main limits of the studies reviewed are linked: 1) to the validity problems of ethnic or cultural groups studied; 2) to the cross-cultural applicability of diagnosis and assessment of substance use disorders, as the attitudes of societies to alcohol and drug use affects the use of criteria and the elaboration of diagnoses; and 3) to the frequent confusion between cultural factors and socio-economic, environmental or discrimination and racism factors. Even though these studies are not transposable to other contexts, they tend to show that substance use and substance related disorders prevalence are higher in non-migrants than in migrants and that this difference is correlated with time of residence. Exposure to mainstream American society often leads to patterns of alcohol and drug use among long term immigrants that approximate that of the native born population. These findings should not overshadow the migrants' vulnerability and the importance of addressing cultural issues in the designing of treatment, in improving their accessibility to mental health care and to a better global quality of life.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : olivier.taieb@avc.ap-hop-paris.fr (O. Taïeb).

Mots clés : Acculturation ; Alcool ; Drogues ; Migration

Keywords: Acculturation; Alcohol; Migration; Substance use

1. Introduction

Depuis quelques décennies, les chercheurs et les cliniciens s'intéressent aux relations entre les phénomènes migratoires et la santé mentale, même si la multiplicité des expériences migratoires appelle à éviter toutes les généralisations trop rapides [7,62]. Les facteurs psychosociaux associés aux problèmes psychiatriques des migrants doivent être considérés en tenant compte de trois dimensions : le contexte sociopolitique de la migration, la culture et la communauté. L'intégration de ces trois dimensions permet de saisir les configurations des facteurs de vulnérabilité et de protection qui vont interagir de façon dynamique durant l'ensemble du processus, c'est-à-dire en pré- et en postmigratoire [62]. Les troubles psychopathologiques qui peuvent survenir chez les migrants « ne sont donc jamais la conséquence “mécanique” de la migration » ([8], p. 143).

L'objectif de cette revue de la littérature est de voir quels sont les principaux résultats des études épidémiologiques réalisées en Amérique du Nord qui se sont intéressées aux relations entre migrations et consommation de substances (alcool et/ou drogues). La plupart de ces études ont été réalisées en population générale. Il est bien évident que ces résultats ne peuvent pas être transposés à d'autres pays, et doivent être compris dans le contexte sociopolitique et historique propre à chaque pays. Ce contexte détermine le mode de citoyenneté (modèle d'intégration républicain comme en France, ou modèle multiculturaliste dans la plupart des pays anglo-saxons), et le type et la raison de la migration (migrations dans d'anciens pays coloniaux ou dans des pays n'ayant pas d'histoire coloniale, migrations pour des raisons politiques, économiques, etc.) [46]. C'est ce contexte qui va aussi déterminer le type d'étude épidémiologique possible dans chaque pays sur ces questions. Malgré ces différences, l'influence de la psychiatrie américaine et la « mondialisation » des catégories diagnostiques qui en est la conséquence [57] sont telles qu'il ne faudrait pas méconnaître les travaux sur les relations entre addictions et migrations, alors que les autres travaux américains sont mieux connus, ne serait-ce qu'en raison des enjeux sociaux et politiques d'une telle question.

La plupart de ces études ont donc une approche épidémiologique, et comparent un ou plusieurs groupes de migrants (de première ou de deuxième voire de troisième génération) et un groupe de non-migrants à propos de la prévalence de la consommation de substances ou de diagnostics de troubles liés à cette consommation en tentant de mettre en évidence des facteurs de risque ou de protection. D'autres études comparatives existent : ce sont celles qui comparent les prévalences de consommation de substances dans différents groupes en utilisant les catégories ethniques ou culturelles en cours dans le pays concerné sans tenir compte de la migration.

Nous nous intéresserons aux seules études épidémiologiques donnant des informations sur la migration des sujets ou de leur famille. Par ailleurs, il ne sera pas fait de revue de la littérature sur les études anthropologiques ou sociologiques qui se préoccupent, en général, de la fonction sociale de l'utilisation de substances dans un groupe culturel donné [35,37,50,80].

2. L'impact de la migration dans les addictions : quelques approches théoriques

Les premières études sur la consommation d'alcool ou de drogues dans des populations migrantes ont eu lieu entre 1930 et 1960, principalement aux États-Unis, mais aussi en Grande-Bretagne et dans les pays scandinaves [40]. Elles se sont intéressées à la consommation de substances des migrants en la comparant à celle de la population du pays d'accueil, considérant souvent implicitement comme normales les conduites du groupe majoritaire et comme déviantes les conduites des groupes minoritaires. À partir des années 1970, ces études se sont multipliées et se sont intégrées à un mouvement plus global de recherche sur les liens entre migration et santé.

Plusieurs approches théoriques ont été utilisées pour modéliser les relations entre migrations et consommations d'alcool et de drogues. Deux sont importantes : l'acculturation et l'identification culturelle.

2.1. Le modèle de l'acculturation

Le terme « acculturation » a été utilisé initialement par des anthropologues américains à partir des années 1930 pour décrire la superposition d'une culture sur une autre et les conséquences sociales, culturelles et psychologiques de la culture « colonisée », en partant de nombreux travaux sur les Indiens d'Amérique. Ce terme désigne « les processus complexes de contact culturel au travers desquels des sociétés ou des groupes sociaux assimilent ou se voient imposer des traits ou des ensembles de traits provenant d'autres sociétés » ([6], p. 1). Selon cette perspective, l'acculturation est un phénomène unidirectionnel entraînant des ruptures et des répercussions négatives, mais aucune loi générale, valable universellement, n'a été décrite pour conduire d'un pôle à l'autre : « Les études d'acculturation tendent implicitement à déchiffrer le changement culturel du point de vue d'un seul des deux univers en présence, culture “source” ou culture “cible” ». On s'interdit alors de porter attention à l'objet qu'en toute logique la notion désigne : les modalités même de la communication entre plusieurs cultures. [...] aucun élément d'un système culturel “source” n'est reproduit à l'identique une fois transplanté dans une autre culture » ([6], p. 2). L'autre problème est lié aux relations que la notion d'acculturation

entretient avec d'autres notions d'inspiration culturaliste comme celles de trait culturel, d'emprunt ou de diffusion : « Toute approche qui réduirait la culture à un ensemble de traits culturels juxtaposés s'interdit, en effet, la compréhension des arrangements systématiques qui relient ces traits entre eux, s'interdisant du même coup d'identifier la nature partielle ou totale, subordonnée ou déterminante, des changements culturels » ([6], p. 2). Aux États-Unis, dans le discours populaire, l'acculturation a été investie avec un certain ethnocentrisme, et est devenue l'américanisation. Les trois A (acculturation, assimilation et américanisation) ont alors été utilisés indifféremment les uns des autres comme éléments descriptifs et explicatifs de l'adaptation culturelle des immigrants pour mieux comprendre comment le *melting pot* de la société américaine pouvait façonner les nouveaux arrivants [30]. La plupart des anthropologues ont, par la suite, rapidement critiqué les aspects unidirectionnels mais aussi unidimensionnels de l'acculturation, seuls certains aspects du fonctionnement social du sujet pouvant être concernés et d'autres pouvant être complètement respectés par l'acculturation.

Dans le domaine des addictions, plusieurs modèles théoriques ont été construits à partir de la notion d'acculturation [1,40]. Tout d'abord, le modèle de l'assimilation fait l'hypothèse que les habitudes de consommation des migrants se rapprochent progressivement de celles du pays d'accueil, et ce d'autant plus que les migrants deviennent de plus en plus intégrés dans leur nouvelle société. Selon ce modèle, l'augmentation de l'acculturation entraînerait une augmentation parallèle de la prévalence de la consommation et/ou du mésusage de substances. Un autre modèle considère l'acculturation comme un processus stressant qui soit favoriserait directement l'utilisation d'alcool et de drogues comme stratégies d'adaptation pour y faire face, soit entraînerait des conduites de déviance dont font partie les consommations d'alcool ou de drogues. Selon ce modèle, la relation entre consommation de substances et acculturation ne serait pas linéaire, le risque serait majeur au milieu du processus et non pas aux extrémités, il deviendrait faible au moment de l'intégration à la société du pays d'accueil. L'autre modèle important est le modèle de l'acculturation proprement dit, proche du modèle de l'assimilation, qui fait l'hypothèse que le risque est plus grand quand le migrant est, au contraire, intégré à la culture du pays d'accueil, et donc à la fin du processus d'acculturation, et qu'il en adopte alors les modes excessifs de consommation.

Malgré les critiques des anthropologues apparues à partir des années 1970, la notion d'acculturation a envahi le champ de la psychopathologie quantitative. De nombreuses échelles dites d'acculturation ont ainsi été créées et beaucoup ont été appliquées aux addictions [11,38,55,58,61,63]. Certaines sont des autoquestionnaires, d'autres des hétéroquestionnaires. La plupart sont unidimensionnelles, ce qui sous-tend l'idée que l'adaptation à la culture du pays d'accueil s'accompagne parallèlement d'un abandon de la culture du pays d'origine. Elles comportent en général des mesures sur l'utilisation de la langue et sur d'autres comportements facilement identifiables pris de façon caricaturale comme témoins d'une des deux

cultures, comme la participation à certaines activités dites culturelles, le choix des programmes télévisés... D'autres échelles sont bidimensionnelles et tiennent davantage compte des deux cultures, avec l'idée que celle du pays d'origine n'est pas abandonnée de façon passive par le sujet migrant. Selon Recio Adrados [58], toutes ces mesures restent beaucoup trop coupées du contexte socioculturel, notamment parce que ne sont pas prises en compte, le plus souvent, les interactions entre ces facteurs dits culturels, la perception d'une discrimination socioéconomique ou politique et le niveau socioéconomique. Le manque d'études de cas ou d'études ethnographiques avant la réalisation de ces études quantitatives et, surtout, l'insuffisance de réflexions pluridisciplinaires sur la notion d'acculturation rendent fragiles les bases théoriques de ces études [38,58]. Dans la revue de Rogler *et al.* [59], 30 études sur les rapports entre santé mentale et acculturation parmi des Hispaniques aux États-Unis ont été recensées. Treize ont montré une relation négative, les sujets les moins acculturés présentant davantage de symptômes psychopathologiques, comme la consommation de substances en raison de leurs difficultés d'adaptation. Douze d'entre elles ont montré une relation positive entre acculturation et symptômes, les sujets les plus acculturés présentant alors davantage de troubles parmi ceux endémiques dans le pays d'accueil. Deux ont eu des résultats difficilement catégorisables, et trois une relation curvilinéaire en faveur du modèle du stress lié à l'acculturation. La validité des échelles d'acculturation et du concept même est donc très contestable. Escobar et Vega [30] critiquent, eux aussi, vivement ces échelles, en partie parce qu'il n'existe, selon eux, aucune limite théorique à l'ajout de variables à cette mesure. Ils recommandent, avec force, l'utilisation, dans les études d'épidémiologie psychiatrique, de données objectives, soit isolées, soit regroupées entre elles (comme le lieu de naissance, l'âge d'arrivée et le nombre d'années passées dans le pays d'accueil, la langue maternelle et la qualité de l'utilisation de la seconde langue) et l'abandon des échelles d'acculturation. Dans la même perspective critique, Hunt *et al.* [38] ont montré, dans une revue de la littérature sur les liens entre acculturation et santé des Hispaniques aux États-Unis (69 articles publiés entre 1996 et 2002 !), que, dans les deux tiers des études, la notion d'acculturation n'était même pas définie, et encore moins celles de culture et de changement culturel qui sont pourtant sous-jacentes. Ils remettent en question, comme beaucoup d'autres, la possibilité même de quantifier la culture. Beaucoup d'auteurs ont donc abandonné complètement l'utilisation des échelles d'acculturation. D'autres, plus rares [9,26], y tiennent et insistent sur la nécessité de multiplier les indicateurs multidimensionnels d'acculturation et d'identification culturelle en développant des instruments qui regroupent le plus de facteurs possibles.

2.2. Le modèle de l'identification culturelle

Contrairement à l'acculturation, l'identification culturelle peut se diriger dans plusieurs directions, concerner plusieurs cultures, et ce modèle ne présuppose pas que les cultures avec lesquelles est en contact un sujet soient nécessairement en

conflit les unes avec les autres [9]. Ce modèle fait l'hypothèse qu'il n'existe pas de « capacité » limitée pour la culture chez un individu qui peut s'approprier des éléments d'une culture sans en abandonner d'autres. Dans le même sens, a été développé le modèle de l'identification culturelle orthogonale [53,54], qui propose que les migrants les plus à risque pour l'utilisation de substances soient ceux qui n'ont pas intégré avec succès les deux cultures, celle du pays d'origine et celle du pays d'accueil. Au lieu d'être placées en opposition l'une par rapport à l'autre, les identifications culturelles sont placées à deux angles et sont, par principe, non corrélées l'une avec l'autre.

Plusieurs études ont cherché à identifier le lien entre identification culturelle et consommation de substances. Leurs résultats sont contradictoires, probablement parce que le lien est très complexe et la mesure précise de l'identification culturelle difficile [9]. Pour Beauvais [9], la mise en place de prises en charge et de programmes de prévention visant à renforcer les identifications culturelles doit, toutefois, être encouragée. Un haut niveau d'identification culturelle comme une faible acculturation dans le modèle de l'acculturation sont toujours vus comme étant bénéfiques pour le sujet et protecteurs par rapport au risque de consommation d'alcool et de drogues. L'autre idée défendue est qu'un faible niveau d'identification culturelle pourrait entraîner le sujet à s'identifier à d'autres sous-cultures, notamment celle de la déviance, surtout au moment de l'adolescence [10].

3. Études s'intéressant au rôle de la migration dans les consommations de substances

3.1. Études sur des groupes particuliers : l'exemple des Mexicains aux États-Unis

L'exemple des Mexicains aux États-Unis va être ici développé pour montrer quels types d'études épidémiologiques peuvent être menés sur un groupe précis de migrants. Plus de cinq millions de Mexicains ont immigré aux États-Unis depuis 1970, ce qui est le nombre le plus élevé de migrants issus d'un seul pays arrivés aux États-Unis depuis 30 ans [29]. Il y a eu principalement quatre grandes études, toutes concernant des sujets de plus de 18 ans en population générale, mise à part la dernière [56] qui a inclus des sujets à partir de 15 ans (Tableau 1).

La première étude est la partie de l'*Epidemiologic Catchment Area* (ECA) (qui est une étude sur cinq sites différents aux États-Unis) réalisée à Los Angeles parmi plus de 2500 adultes [16,17,36,44] répartis en deux groupes de taille à peu près équivalente, un de Mexicains américains et un de Blancs non-hispaniques. La prévalence vie-entière et actuelle (des six derniers mois) des diagnostics d'abus et de dépendance à l'alcool et aux autres substances était plus faible chez les Mexicains Américains que chez les Blancs, et parmi les Mexicains Américains, elle était plus faible chez ceux nés au Mexique que chez ceux nés aux États-Unis. Toutefois, parmi tous les sujets avec un trouble psychiatrique, les Mexicains américains avaient moins recours aux services de santé mentale que les Blancs [36]. Le niveau d'acculturation était aussi

mesuré par une échelle corrélée au lieu de naissance [17]. La prévalence des diagnostics d'abus et de dépendance à l'alcool et aux drogues était plus faible chez les sujets faiblement acculturés, le lieu de naissance étant la variable la plus responsable de ces différences. Les principales hypothèses soulevées par les auteurs pour rendre compte de ces résultats étaient les effets de la sélection à l'immigration des sujets ayant le moins de troubles psychiatriques, les effets d'un éventuel rôle protecteur de la culture et de la communauté, et la plus grande disponibilité aux États-Unis de l'alcool et des drogues.

La deuxième étude est la *Hispanic Health and Nutrition Examination Survey* (HHANES) qui a regroupé des sujets hispaniques dans trois régions des États-Unis [4,49]. Amaro et al. [4] se sont intéressés à la consommation de cannabis et de cocaïne dans une sous-étude de la HHANES dans le groupe de sujets d'origine mexicaine et d'origine portoricaine. Cette consommation était d'autant plus élevée que l'acculturation, mesurée indirectement par l'utilisation de l'anglais, était elle aussi élevée. L'influence de l'acculturation sur la prévalence de la consommation dépendait, toutefois, du niveau d'éducation, du sexe et aussi du lieu de naissance (aux États-Unis ou en dehors). Markides et al. [49], eux, se sont intéressés à la consommation d'alcool uniquement pour les sujets d'origine mexicaine dans un seul des groupes, en centrant les analyses des résultats autour de l'acculturation mesurée par une échelle incluant le lieu de naissance. Ils n'ont trouvé une association entre acculturation et consommation d'alcool que chez les femmes les plus jeunes et non chez les hommes.

La troisième étude (la *Mexican American Prevalence and Services Survey* [MAPSS]) a été réalisée en Californie sur des sujets nés au Mexique et vivant aux États-Unis, ou alors nés aux États-Unis mais d'origine mexicaine [2,69-73]. Les individus étaient évalués au cours d'un entretien en anglais ou en espagnol, en face-à-face, par le *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), validé auparavant sur un plan transculturel, pour explorer l'ensemble des diagnostics du DSM-III-R. Quatre-vingts pour cent des sujets nés au Mexique ont choisi l'espagnol lors de l'entretien, tandis que 90 % de ceux nés aux États-Unis ont choisi l'anglais. Les auteurs ont ensuite comparé leurs résultats à ceux d'autres études épidémiologiques, l'une à Mexico, l'autre aux États-Unis (la *National Comorbidity Survey* [NCS]) [45]. De façon générale, les individus nés au Mexique vivant aux États-Unis avaient des taux de prévalence de la plupart des troubles proches de ceux des Mexicains de Mexico tandis que les sujets nés aux États-Unis d'origine mexicaine avaient des taux supérieurs et proches de ceux de la population américaine de la NCS. L'écart le plus important concernait les troubles liés à l'utilisation d'alcool ou de drogues. Chez les femmes, existait une différence encore plus grande entre les deux groupes [69]. Parmi tous les sujets avec un trouble lié à l'utilisation d'alcool ou de drogues, les migrants avaient moins de troubles psychiatriques comorbides que ceux nés aux États-Unis [73]. L'association entre prévalence élevée des troubles et niveau socioéconomique bas n'a pas été retrouvée, alors que les Mexicains ont, aux États-Unis, un plus faible niveau socioéconomique que le reste de la population. Les limites de cette étude étaient les mêmes

Tableau 1

Principales études comparatives sur les consommations d'alcool et de substances des sujets d'origine mexicaine vivant aux États-Unis et nés aux États-Unis ou au Mexique

Auteurs	Étude et site	Sujets vivant aux États-Unis, Mexicains ou d'origine mexicaine	Variables mesurées liées à l'alcool et aux substances	Méthodes de mesure	Prévalences chez les sujets d'origine mexicaine nés aux États-Unis et chez les sujets nés au Mexique
Burnam <i>et al.</i> [16,17] Hough <i>et al.</i> [36] Karno <i>et al.</i> [44]	ECA à Los Angeles	$n = 1243$	Diagnostics d'abus ou de dépendance à l'alcool et/ou aux drogues	DIS en anglais ou en espagnol (pour des diagnostics du DSM-III). Échelle d'acculturation à 26 items comprenant le lieu de naissance	Prévalences vie-entière abus/dépendance à l'alcool : 24,4 vs 14,4 %. Prévalences vie-entière abus/dépendance aux substances : 8,4 vs 1,6 %
Amaro <i>et al.</i> [4] Markides <i>et al.</i> [49]	HHANES dans cinq États du Sud-Ouest des États-Unis	$n = 3325$	Fréquence et caractéristiques de la consommation d'alcool, de cannabis et de cocaïne	Entretien en anglais ou en espagnol. Échelle d'acculturation centrée principalement sur le lieu de naissance et les préférences linguistiques	Corrélation entre faible acculturation et faible consommation d'alcool uniquement chez les femmes les plus jeunes et non chez les hommes. Corrélation entre faible acculturation et faible consommation de cannabis et de cocaïne quel que soit le sexe.
Vega <i>et al.</i> [69–73]. Alderete <i>et al.</i> [2]	MAPSS à Fresno (Californie). Comparaison aux résultats de la NCS et d'une étude au Mexique	$n = 3012$	Diagnostics d'abus ou de dépendance à l'alcool et/ou aux drogues	CIDI en anglais ou en espagnol (pour les diagnostics du DSM-III-R)	Prévalences vie-entière d'au moins un diagnostic d'abus et/ou de dépendance à l'alcool et/ou aux drogues : 29,3 vs 14,3 % (pour ceux nés au Mexique et vivant aux États-Unis depuis plus de 13 ans) et 9,7 % (pour ceux nés au Mexique et vivant aux États-Unis depuis moins de 13 ans)
Ortega <i>et al.</i> [56] Alegria <i>et al.</i> [3]	NCS sur l'ensemble du territoire des États-Unis	$n = 484$	Diagnostics d'abus ou de dépendance à l'alcool et/ou aux drogues	CIDI en anglais uniquement (pour les diagnostics du DSM-III-R)	Les sujets ayant au moins un parent né aux États-Unis ont plus de risque d'avoir au moins un diagnostic d'abus et/ou de dépendance à l'alcool et/ou aux drogues (OR = 2,3) que ceux avec au moins un parent né au Mexique.

CIDI : *composite international diagnostic interview* ; DIS : *diagnostic interview schedule* ; ECA : *epidemiologic catchment area* ; HHANES : *hispanic health and nutrition examination survey* ; MAPSS : *mexican american prevalence and services survey* ; NCS : *national comorbidity survey*.

que celles de l'ECA, mis à part l'effet éventuel de la sélection parmi les candidats à l'immigration des individus ayant le moins d'antécédents psychiatriques. Cette possibilité n'était, pour les auteurs, pas retenable puisque les taux de prévalence des migrants étaient proches de ceux des Mexicains de Mexico. Parmi de nombreux facteurs comme l'âge, le sexe et le niveau socio-économique, c'était finalement le lieu de naissance qui avait l'influence la plus forte sur la prévalence des troubles dans cette étude. Selon Escobar [28], les avantages des migrants mexicains seraient liés aux effets protecteurs ou « amortisseurs » de leur culture. En revanche, ils seraient aussi particulièrement vulnérables aux effets négatifs des processus d'acculturation. Ce type de résultats peut être utilisé dans une dimension plus politique de défense des droits des minorités pour la préservation de leur culture [28]. Vega *et al.* [71], toujours dans la population de la MAPSS, ont montré que, parmi les sujets qui avaient un trouble psychiatrique défini, seuls un quart d'entre eux avaient demandé de l'aide, dans les 12 mois qui précédaient l'évaluation, à un des secteurs de soins (y compris le secteur traditionnel) et que ceux qui étaient nés au Mexique y avaient beaucoup moins recours que ceux nés aux États-Unis. Alderete

et al. [2], dans la même population, ont individualisé un groupe de migrants mexicains d'origine indienne par la langue. Pour être dans la catégorie « indien », il fallait que le sujet, ses parents ou ses grands-parents sachent parler une langue indienne mexicaine (le mixteco, le zapoteco ou le nahuatl). Aucune différence démographique ou socioéconomique entre Indiens et Non-Indiens n'a été retrouvée mais, en revanche, les Indiens présentaient plus de troubles psychiatriques que les Non-Indiens, y compris les troubles liés à l'utilisation de drogues et d'alcool. La prévalence de ces troubles en fonction du temps passé aux États-Unis augmentait plus chez les Indiens que chez les Non-Indiens, montrant ainsi la plus grande vulnérabilité dans la migration des Mexicains Indiens par rapport aux Mexicains Non-Indiens. La population de la MAPSS a été reprise dans une étude comparative reprenant les données de sept études épidémiologiques, avec une procédure semblable, réalisées aux États-Unis, au Canada, au Brésil, au Mexique, en Allemagne et aux Pays-Bas [72]. C'est au Mexique qu'étaient retrouvées les plus faibles prévalences de consommation d'alcool et de drogues, renforçant l'hypothèse que les migrants venant de pays de faible consommation,

arrivant dans des pays de forte consommation, adoptent progressivement les habitudes du pays d'accueil.

La quatrième et dernière étude a repris les données de la NCS [45] qui est une grande étude épidémiologique sur plus de 8000 sujets répartis sur l'ensemble du territoire des États-Unis [56]. Les Hispaniques ont été individualisés en trois groupes : ceux d'origine mexicaine, portoricaine, et les autres (dont ceux d'origine cubaine). Quatre indicateurs d'acculturation ont été codés de façon dichotomique et analysés séparément les uns des autres : le lieu de naissance (aux États-Unis ou en dehors), le lieu de naissance des parents (au moins un des parents nés aux États-Unis, aucun des parents nés aux États-Unis), la langue utilisée dans l'enfance (l'anglais ou une autre langue), la langue utilisée actuellement à la maison (l'anglais ou une autre langue). Pour la plupart des groupes hispaniques, c'était les sujets nés aux États-Unis, ou dont l'un des parents était né aux États-Unis ou encore ceux qui utilisaient à la maison préférentiellement l'anglais qui présentaient, en général, plus de troubles psychiatriques et plus de troubles liés à l'utilisation de l'alcool ou de drogues que les autres, même après avoir tenu compte de l'âge, du niveau socioéconomique et du niveau d'études. En revanche, la langue utilisée dans l'enfance n'avait pas d'influence sur la prévalence des troubles. Contrairement aux études précédentes, ici les sujets non anglophones ont été exclus. À nouveau, comme dans la MAPSS, les Hispaniques, surtout ceux avec des revenus faibles, avaient peu accès aux soins des services de santé mentale [3].

3.2. Études non centrées sur des groupes particuliers

Les plus grandes études épidémiologiques tenant compte de la migration non centrée sur des groupes de migrants particuliers vont être présentées.

3.2.1. Études sur des adolescents et jeunes adultes

Vega *et al.* [68], dans un groupe de collégiens de Floride, ont montré que, parmi les adolescents cubains ou d'origine cubaine, ceux nés à Cuba consommaient moins d'alcool et de tabac que ceux nés aux États-Unis. Brindis *et al.* [14], dans un groupe de plus de 1700 lycéens en Californie, n'ont, eux, pas trouvé de différences significatives sur le nombre et le type de conduites à risque entre les adolescents hispaniques de première et de seconde génération, même si ceux de première génération consommaient moins d'alcool et de cannabis. Parmi plus de 2500 collégiens et lycéens du Massachusetts, Blake *et al.* [13] ont montré que les adolescents nés en dehors des États-Unis (et particulièrement ceux vivant aux États-Unis depuis moins de six ans) rapportaient avoir consommé plus rarement de l'alcool et du cannabis que ceux nés aux États-Unis. En revanche, ils rapportaient ressentir plus de pressions par leurs pairs pour s'engager dans des conduites à risque, et moins de soutien de leurs parents pour les éviter que ceux nés aux États-Unis. En Floride, Turner et Gil [65] se sont intéressés à la prévalence de plusieurs troubles psychiatriques dont ceux liés à l'utilisation de substances dans un groupe de plus de 1800 étudiants âgés de 19 à 21 ans et évalués avec le CIDI. Ils se répartissaient en quatre groupes de taille égale selon leur

origine, de Cuba, des Caraïbes, d'origine afro-américaine et enfin des Blancs non-hispaniques. À nouveau, c'était dans le groupe d'étudiants nés en dehors des États-Unis qu'étaient retrouvées les plus faibles prévalences de la plupart des troubles psychiatriques, et surtout ceux en rapport avec l'utilisation d'alcool et de drogues. Une étude similaire, mais sur l'ensemble du territoire américain cette fois, a été menée sur plus de 50 000 adolescents en population générale entre 12 et 17 ans à partir des données de 1999 et de 2000, issues de la *National Household Survey on Drug Abuse* (NHSDA) comportant des autoévaluations proposées en anglais ou en espagnol [31]. Les adolescents ont été séparés en deux groupes selon leur lieu de naissance, aux États-Unis ou en dehors (soit 7,1 % de la population totale), et parmi les adolescents nés en dehors des États-Unis (dont 28,4 % d'entre eux nés au Mexique), deux groupes ont été individualisés en fonction du temps de résidence aux États-Unis supérieur ou inférieur à cinq ans. Les taux de prévalence de l'utilisation de substances étaient significativement plus bas chez les adolescents nés en dehors des États-Unis, surtout pour ceux âgés de 16 à 17 ans, que chez les adolescents nés aux États-Unis. Cette différence diminuait progressivement en fonction de la durée de la résidence aux États-Unis et disparaissait quand la durée devenait supérieure à dix ans, sauf pour l'utilisation importante d'alcool. Les adolescents hispaniques ayant choisi de répondre en anglais consommaient davantage de produits que ceux qui avaient répondu en espagnol. Les auteurs n'ont évoqué, comme limite à leur étude, que l'éventuelle sous-estimation de la consommation en raison de l'utilisation d'autoquestionnaires. D'autres études ont été réalisées sur des groupes d'adolescents et de jeunes adultes, mais cette fois appartenant à un groupe culturel précis, par exemple Velez et Ungemack [74,75] sur des Portoricains vivant à New York. La plupart ont retrouvé une plus faible prévalence de la consommation d'alcool et de drogues chez ceux nés en dehors des États-Unis par rapport à ceux nés aux États-Unis, et une augmentation parallèle de cette prévalence avec le temps passé aux États-Unis. D'autres études n'ont pas pris en compte la migration mais uniquement la langue choisie pour la passation de l'évaluation [76] ou utilisée à la maison [21,27] et ont trouvé des résultats allant dans le même sens : l'utilisation d'une langue autre que la langue officielle était associée à une moindre consommation de substances.

3.2.2. Études sur des adultes

Johnson *et al.* [40] ont mené une étude transversale à partir d'une étude de cohorte en population générale aux États-Unis, la *National Health Interview Survey, Drug and Alcohol Use Data File* (NHIS-DAU) parmi plus de 20 000 sujets, âgés de 18 à 44 ans, évalués par des autoquestionnaires. L'étude a montré que les migrants tendaient à utiliser moins souvent l'alcool et les drogues que les non-migrants. La consommation des migrants vivant aux États-Unis depuis plus de 15 ans se rapprochait de celle des non-migrants. Les auteurs ont souligné les nombreux biais et limites de cette étude, en s'y arrêtant davantage que Vega *et al.* [70]. En particulier, ils ont rappelé les conditions restrictives de l'immigration aux États-Unis, qui en

réduisent l'accès aux sujets ne présentant pas de problèmes en rapport avec l'alcool ou les drogues et avec la justice. Par ailleurs, une sous-estimation lors du remplissage des auto-questionnaires par les migrants est toujours possible, les migrants pouvant craindre des répercussions légales à la reconnaissance d'usage de drogues illicites. Au Canada, une étude sur un échantillon de plus de 8500 personnes de 15 à 54 ans, issu de la *Canada's Alcohol and other Drugs Survey (CADS)*, évaluées par des entretiens téléphoniques et réparties en quatre groupes en fonction du lieu de naissance (au Canada ou non) et en fonction de la langue parlée à la maison (une des deux langues officielles, l'anglais ou le français, ou une autre langue), a montré que les prévalences de consommation de drogues illicites dépendaient du lieu de naissance et de la langue parlée à la maison [24]. C'étaient les sujets nés en dehors du Canada et utilisant une langue non officielle à la maison qui avaient dans leur vie le moins consommé de drogues illicites (11,1 %), alors que la prévalence vie-entière de consommation de drogues illicites s'élevait à 42,6 % pour les sujets nés au Canada et utilisant une langue officielle chez eux. Les différences restaient significatives même après ajustement avec les autres variables (facteurs sociodémographiques, utilisation de drogues par les amis et participation à des activités sociales). En revanche, parmi les individus nés au Canada, il n'y avait pas de différence entre ceux qui utilisaient une langue officielle chez eux et les autres. Les principales limites de l'étude étaient l'absence de données sur l'origine précise des sujets, l'exclusion des sujets ne parlant ni l'anglais, ni le français, et les limites propres à toute autoévaluation. L'éventuel biais lié au fait que les migrants, du fait de la sélection à laquelle ils sont soumis, peuvent présenter moins de problèmes de santé que les non-migrants était, à nouveau, souligné dans cette étude. Cette étude sur les consommations d'alcool et de drogues a des résultats similaires à d'autres études récentes au Canada sur la santé des migrants qui semble meilleure globalement que celle des non-migrants [39,48].

4. Les principales limites de ces études

4.1. Les problèmes liés à la validité des catégories ethniques ou culturelles

La définition des groupes culturels dans une société donnée est toujours extrêmement simplifiée et dépend des possibilités et des habitudes de chaque pays de différencier des groupes ethniques ou culturels [1,42]. Aux États-Unis, les principaux groupes sont définis à partir des catégories développées par le gouvernement fédéral. Les minorités sont divisées en cinq : les Américains natifs, dont les Américains indiens et les Américains d'Alaska, les Asiatiques, les natifs d'Hawaii et des autres îles du Pacifique, les Noirs ou les Afro-Américains, et enfin les Hispaniques. Beaucoup de chercheurs ont repris ces catégories en les utilisant comme si elles avaient un sens ou une validité scientifique. Le concept de race, qui implique une base biologique commune, est encore plus dépourvu de toute validité scientifique [1,23,25]. Le terme ethnicité, souvent utilisé pour éviter celui de race, est tout aussi critiquable. Ces catégori-

sations, qu'elles soient faites par les chercheurs ou même par les sujets eux-mêmes, ont une très faible validité et une mauvaise fidélité [42]. Aucun métissage et aucune appartenance multiculturelle ne sont mesurés avec ces catégories. Selon Adrian [1], le danger serait d'associer de façon explicite ou implicite l'appartenance à un groupe culturel et la survenue d'un problème lié au mésusage d'un produit. Ce qui pourrait parfois laisser penser que le problème de consommation est encore plus grave parce qu'il survient dans un groupe culturel donné, renforçant alors les discriminations envers le groupe et justifiant parallèlement la criminalisation de l'usage de drogues. Par ailleurs, comme l'a montré l'étude d'Alderete *et al.* [2] sur les Mexicains d'origine indienne aux États-Unis, les groupes, même lorsqu'ils sont définis par le pays d'origine, peuvent être très hétérogènes.

4.2. La confusion entre les facteurs culturels et les facteurs non culturels comme les facteurs socioéconomiques, environnementaux et liés à la discrimination et au racisme

Pour de nombreuses raisons, beaucoup de migrants rencontrent d'importantes difficultés socioéconomiques [77]. Il est donc nécessaire d'en tenir compte lorsqu'on interprète les résultats de ces études. Une prévalence plus élevée de consommation d'alcool ou de drogues peut être davantage liée à de mauvaises conditions socioéconomiques qu'à l'appartenance à un groupe culturel donné [15,25,32]. Dans cette perspective, Lillie-Blanton *et al.* [47] ont réanalysé les résultats d'une étude en population générale de 1988 aux États-Unis (la NHSDA), où il avait été trouvé que les Afro-Américains et les Hispaniques consommaient davantage de crack que les Blancs. En contrôlant les facteurs de risque sociaux et environnementaux (comme l'accessibilité au crack) par une méthode de poststratification des sujets en petits groupes locaux, ils n'ont pas retrouvé de différences entre les groupes. Des erreurs dans l'interprétation des résultats peuvent donc survenir en l'absence d'une méthodologie rigoureuse. Lillie-Blanton *et al.* [47] regrettent que les différences selon les groupes soient souvent présentées comme si l'appartenance à un groupe avait en elle-même un pouvoir explicatif intrinsèque suffisant, permettant de ne pas aller plus loin dans la compréhension du phénomène étudié. Les facteurs environnementaux et contextuels, secondaires en partie au lieu de résidence, surtout aux États-Unis où la société est très clivée géographiquement, sont donc essentiels [77]. Kaplan et Bennett [42] insistent sur le fait de bien distinguer les notions de facteur de risque et de marqueur de risque. C'est pourquoi, quand il existe des différences entre des groupes, ils recommandent de tenir compte, en plus des facteurs socioéconomiques et environnementaux, du niveau d'éducation, de la possibilité de prise en charge sociale et d'accès aux soins, des facteurs personnels et familiaux, de la religion et des autres affiliations et surtout du racisme et des discriminations. En effet, le racisme et ses manifestations sous forme de violences interpersonnelles, de discrimination institutionnelle ou, à nouveau, de mauvaises conditions socioéconomiques peuvent avoir des effets délétères sur la santé indépendamment des autres facteurs, comme

certaines études récentes l'ont montré pour l'instant en dehors du champ des addictions [20,43]. Un autre élément essentiel, dont les origines sont multiples, est le moindre accès et/ou la plus faible utilisation des services de santé mentale par les migrants, mis en évidence par la plupart des études, qui peuvent aussi expliquer l'augmentation progressive de la prévalence des troubles parallèlement à la durée du séjour dans le pays hôte puisqu'ils ne sont pas pris en charge de façon adaptée [3,36,71,78].

Par ailleurs, les candidats à la migration dans de nombreux pays dont les États-Unis et le Canada sont soumis à des conditions très restrictives qui sélectionnent, parmi eux, ceux qui n'ont pas d'antécédents de problèmes avec l'alcool et les drogues et pas de problèmes avec la justice : c'est le *robust immigrant effect* qui doit, bien sûr, être pris en compte dans l'interprétation des résultats des études sur l'impact de la migration [39,70].

4.3. Les problèmes liés à la validité transculturelle des catégories diagnostiques et des instruments de mesure

Il existe évidemment des variations, selon les cultures, du caractère pathologique ou non de l'utilisation d'une substance. L'utilisation d'alcool ou de drogues dans un certain cadre peut ne pas être reconnue comme étant pathologique dans un autre [34,35,37,50,79,80]. L'applicabilité en situation transculturelle des critères diagnostiques d'abus et de dépendance à l'alcool et aux autres substances issus du DSM-IV et de l'ICD-10 et des entretiens diagnostiques structurés correspondants a été étudiée de façon spécifique assez récemment, à partir de 1990, dans une grande étude épidémiologique mise en place conjointement par l'Organisation Mondiale de la Santé et les *National Institute of Health* (NIH) américains (*WHO/NIH Joint Project*) [60]. Cette étude a comporté deux phases : une première, appelée étude CAR (*Cross-Cultural Applicability Research*) [60], sur les significations et les interprétations de l'utilisation de l'alcool et des drogues et des problèmes associés, et les implications qui en découlent pour la validité transculturelle des critères et des instruments diagnostiques, et une seconde [66] sur la fidélité et la validité des instruments diagnostiques, notamment celle du CIDI. L'étude CAR a été menée dans neuf pays (Corée du Sud, Espagne, États-Unis [chez les Indiens Navajo], Grèce, Inde, Mexique, Nigeria, Roumanie, Turquie). Sa méthodologie, assez complexe, était à la fois quantitative et qualitative, en y associant une approche anthropologique. Plusieurs difficultés et limites ont été mises en évidence. Des termes équivalents aux termes anglais employés dans les critères diagnostiques et dans les instruments ont été trouvés dans chaque langue, même si souvent plusieurs termes existaient pour un seul terme anglais, entraînant ainsi un risque d'indifférenciation des critères entre eux. L'item « l'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par elle » a posé des difficultés importantes dans plusieurs sites. Plusieurs critères, comme le temps passé à chercher et à utiliser la substance et la tolérance, se sont avérés être difficiles à utiliser dans les cultures non anglo-saxonnes.

Les auteurs ont rappelé qu'une simple traduction n'est, en aucun cas, suffisante pour adapter un instrument dans une autre culture, surtout dans le champ de l'alcool et des drogues [67]. Le diagnostic de l'ICD-10 de dépendance à une substance avec ses six critères n'est, selon eux, peut-être pas le moyen le plus approprié pour caractériser la dépendance comme un trouble bien individualisé dans différentes cultures. Selon les mêmes auteurs [33,61,64], les différences d'ordre culturel sur les significations de la consommation d'alcool ou de drogues modifient les seuils de reconnaissance et d'identification des troubles et donc leurs diagnostics. À propos de l'alcool, Schmidt *et al.* [64] et Heath [35] ont individualisé quatre niveaux de répercussions possibles d'une culture donnée sur les récits des symptômes de dépendance entraînant secondairement une grande variabilité dans les diagnostics des troubles :

- sur les seuils de sévérité, c'est-à-dire les différents points à partir desquels des symptômes sont considérés comme étant sérieux ;
- sur la problématisation, c'est-à-dire à partir de quand une consommation est considérée comme étant problématique, et sur la catégorisation dans les classifications internationales des troubles liés à l'alcool ;
- dans les types d'attributions causales des symptômes qui peuvent être considérés comme secondaires à l'alcool ou à d'autres facteurs complètement différents ;
- dans l'existence éventuelle de manifestations spécifiques liées à la culture (*culture-bound symptoms*) non décrites dans les classifications internationales.

Ils ont repris les résultats de l'étude CAR et ont montré, contrairement à ce qui était attendu, que même la description faite par les informateurs locaux des critères diagnostiques de dépendance physique variait selon les sites autant que les critères de dépendance psychique. La question de la validité transculturelle des catégories diagnostiques doit donc toujours se poser. Certaines de ces réserves ont été reprises mais de façon trop rapide dans le DSM-IV-TR [5] pour le diagnostic des troubles en rapport avec les substances.

Une autre limite importante de certaines études est l'exclusion des sujets ne parlant pas la langue officielle du pays, ce qui réduit considérablement la portée de leurs résultats.

4.4. Les limites liées aux autres erreurs de mesure

Certaines études ont montré que pouvait exister, pour certains sujets, une tendance à ne pas rapporter les véritables consommations, risquant ainsi d'entraîner une sous-estimation de la prévalence des troubles. Plusieurs explications peuvent être invoquées pour rendre compte de ce phénomène : la crainte de conséquences judiciaires à cause de la consommation de drogues illicites en rapport avec des expériences actuelles ou passées de discrimination, le désir de se conformer au modèle dominant, la non-révélation de faits considérés comme appartenant au domaine privé [41]. À propos des expériences de discrimination et de racisme, il est à rappeler qu'aux États-Unis les individus appartenant à des minorités culturelles sont

plus souvent condamnés par la justice que les Blancs pour des délits liés aux drogues similaires [1].

5. Conclusion

Les résultats de ces études épidémiologiques nord-américaines sur l'impact de la migration sur les consommations d'alcool et de drogues sont à considérer avec prudence, certaines études ne s'intéressant qu'à des consommations en terme de quantité ou de fréquence, d'autres à des diagnostics d'abus ou de dépendance. Leur méthodologie s'est, toutefois, progressivement améliorée, prenant davantage en compte des données objectives comme le lieu de naissance, le temps de résidence dans le pays d'accueil et l'utilisation des langues que des mesures plus contestables d'acculturation [30,38]. L'utilisation des langues gagnerait aussi à être mieux précisée : s'agit-il d'une connaissance ou d'une utilisation, et ce, dans quel cadre, dans quelles circonstances, à quelle fréquence ? Pour Guarnaccia *et al.* [32], dans ces recherches épidémiologiques, la culture ne doit plus être traitée « comme un facteur de confusion qui doit être contrôlé et éliminé, mais comme une matrice essentielle de l'expérience humaine à explorer à travers une méthodologie adaptée » ([32], p. 1455).

Il reste que, malgré leurs limites et même si elles ne sont pas transposables à d'autres contextes sociohistoriques et géographiques et notamment pas en France, ces études réalisées en Amérique du Nord tendent à montrer que les migrants, du moins ceux qui viennent de pays de faible consommation d'alcool et de drogues, adoptent progressivement les habitudes de consommation du pays d'accueil. Elles montrent aussi que, malgré leurs habituelles mauvaises conditions socioéconomiques, la prévalence de la consommation et des troubles liés à l'utilisation de substances est moins élevée chez eux que chez les non-migrants, ce qui bouleverse quelques idées reçues imprégnées de préjugés racistes, d'autant plus résistantes que les troubles liés à l'alcool et aux drogues ne sont pas sociologiquement n'importe quels désordres mais sont des conduites déviantes [1]. Certains migrants ou enfants de migrants n'en présentent pas moins une vulnérabilité importante à la survenue de conduites addictives comme aux autres troubles psychiatriques, même si la plupart des auteurs s'accordent sur le fait qu'il n'existe pas de pathologie « spécifique » liée à la migration [7,12,18,22,51]. Ces risques doivent être pris en compte et maîtrisés. Moro [51] a proposé, dans cette perspective, le concept d'*enfant exposé* pour penser cette vulnérabilité, considérant l'acte migratoire comme potentiellement traumatogène pouvant conduire, à l'adolescence, à des comportements « traumatophiliques » dont les conduites addictives sont une des modalités d'expression. C'est pour cela que, même si le rôle de l'appartenance à un groupe culturel précis comme facteur causal des consommations de drogues et d'alcool est à exclure, il ne faut pas méconnaître pour autant l'existence de problèmes liés à la consommation de substances chez certains migrants, ce d'autant que la prise en compte d'éléments culturels dans les prises en charge pourrait à la fois améliorer l'accès aux soins et l'alliance thérapeutique [1,10,52]. De très nombreux programmes de prévention et de

soins ciblés sur des groupes minoritaires considérant avec attention les dimensions culturelles ont été, dans cette perspective, mis en place aux États-Unis [19]. Par ailleurs, il faut rappeler, à nouveau, que l'accès aux soins et l'inscription dans les circuits de soins des migrants présentant des troubles en rapport avec l'alcool et les drogues sont très souvent inférieurs à ceux des non-migrants, à niveau équivalent de symptômes comme l'a montré, par exemple, l'étude de Wells *et al.* [78]. Ces différences ne sont pas, bien sûr, à mettre sur le compte uniquement des différences culturelles mais sont avant tout secondaires à des facteurs socioéconomiques, politiques et environnementaux qui doivent être identifiés pour tenter d'être corrigés.

Références

- [1] Adrian M. A critical perspective on cross-cultural contexts for addiction and multiculturalism: their meanings and implications in the substance use field. *Subst Use Misuse* 2002;37:853–900.
- [2] Alderete E, Vega WA, Bohdan K, Aguilar-Gaxiola S. Effects of time in the United States and Indian ethnicity on DSM-III-R psychiatric disorders among Mexican Americans in California. *J Nerv Ment Dis* 2000;188:90–100.
- [3] Alegria M, Canino G, Rios R, Vera M, Calderon J, Rusch D, et al. Mental health care for Latinos : inequalities in use of specialty mental health services among Latinos, African-Americans, and non-Latino Whites. *Psychiatr Serv* 2002;53:1547–55.
- [4] Amaro H, Whitaker R, Coffman G, Heeren T. Acculturation and marijuana and cocaine use: findings from HHANES 1982–4. *Am J Public Health* 1990;80(suppl):54–60.
- [5] American Psychiatric Association. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition, Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
- [6] Baré JF. Acculturation. In: Bonte P, Izard M, editors. (1991). *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. Paris: PUF; 2000. p. 1–3.
- [7] Baubet T, Moro MR. Psychiatrie et migrations. In: Baubet T, Moro MR, editors. Paris: Masson; 2003.
- [8] Baubet T, Moro MR. Syndrome méditerranéen, sinistrose... Il n'y a pas de pathologie spécifique de la migration. In: Baubet T, Moro MR, editors. *Psychiatrie et migrations*. Paris: Masson; 2003. p. 137–47.
- [9] Beauvais F. Cultural identification and substance use in North America – An annotated bibliography. *Subst Use Misuse* 1998;33:1315–36.
- [10] Beauvais F, Oetting ER. Variances in the etiology of drug use among ethnic groups of adolescents. *Public Health Rep* 2002;117(suppl 1):8–14.
- [11] Berry JW, Kim U, Minde T, Mok D. Comparative studies of acculturation stress. *Int Migr Rev* 1987;21:491–511.
- [12] Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:243–58.
- [13] Blake SM, Ledsky R, Goodenow C, O'Donnell L. Recency of immigration, substance use, and sexual behavior among Massachusetts adolescents. *Am J Public Health* 2001;91:794–8.
- [14] Brindis C, Wolfe AL, McCarter V, Ball S, Starbuck-Morales S. The associations between immigrant status and risk-behavior patterns in Latino adolescents. *J Adolesc Health* 1995;17:99–105.
- [15] Buka SL. Disparities in health status and substance use: ethnicity and socioeconomic status. *Public Health Rep* 2002;117(suppl 1):118–25.
- [16] Burnam MA, Hough RL, Escobar JI, Karno M, Timbers DM, Telles CA, et al. Six-month prevalence of specific psychiatric disorders among Mexican Americans and non-Hispanic Whites in Los Angeles. *Arch Gen Psychiatr* 1987;44:687–94.
- [17] Burnam MA, Hough RL, Karno M, Escobar JI, Telles CA. Acculturation and lifetime prevalence of psychiatric disorders among Mexican Americans in Los Angeles. *J Health Soc Behav* 1987;28:89–102.
- [18] Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Migration and health in the European Union. *Trop Med Int Health* 1998;3:936–44.

- [19] Castro FG, Garfinkle J. Critical issues in the development of culturally relevant substance abuse treatments for specific minority groups. *Alcohol Clin Exp Res* 2003;27:1381–8.
- [20] Chakraborty A, McKenzie K. Does racial discrimination cause mental illness? *Br J Psychiatr* 2002;180:475–7.
- [21] Chen J, Bauman A, Rissel C, Tang KC, Forero R, Flaherty B. Substance use in high school students in New South Wales, Australia, in relation to language spoken at home. *J Adolesc Health* 2000;26:53–63.
- [22] Cheng ATA, Chang JC. Mental health aspects of culture and migration. *Curr Opin Psychiatr* 1999;12:217–22.
- [23] Cheung YW. Approaches to ethnicity: clearing roadblocks in the study of ethnicity and substance use. *Int J Addict* 1993;28:1209–26.
- [24] Chien LY, George MA, Armstrong RW. Country of birth and language spoken at home in relation to illicit substance use. *Can J Public Health* 2002;93:188–92.
- [25] Collins RL. The role of ethnic versus nonethnic sociocultural factors in substance use and misuse. *Subst Use Misuse* 1996;31:95–101.
- [26] De La Rosa M. Acculturation and latino adolescents' substance use: a research agenda for the future. *Subst Use Misuse* 2002;37:429–56.
- [27] Epstein JA, Botvin GJ, Diaz T. Linguistic acculturation associated with higher marijuana and polydrug use among Hispanic adolescents. *Subst Use Misuse* 2001;36:477–99.
- [28] Escobar JI. Immigration and mental health: why are immigrants better off? *Arch Gen Psychiatr* 1998;55:781–2.
- [29] Escobar JI, Nervi CH, Gara MA. Immigration and mental health: Mexican Americans in the United States. *Harv Rev Psychiatr* 2000;8:64–72.
- [30] Escobar JI, Vega WA. Mental health and immigration's AAAs: where are we and where do we go from here? *J Nerv Ment Dis* 2000;188:736–40.
- [31] Gfroerer JC, Tan LL. Substance use among foreign-born youths in the United States: does the length of residence matter? *Am J Public Health* 2003;93:1892–5.
- [32] Guarnaccia PJ, Good BJ, Kleinman A. A critical review of epidemiological studies of Puerto Rican mental health. *Am J Psychiatr* 1990;147:1449–56.
- [33] Gureje O, Vazquez-Barquero JL, Janca A. Comparisons of alcohol and other drugs: experience of the WHO collaborative cross-cultural applicability research (CAR) study. *Addiction* 1996;91:1529–38.
- [34] Gutmann MC. Ethnicity, alcohol, and acculturation. *Soc Sci Med* 1999;48:173–84.
- [35] Heath DB. Culture and substance abuse. *Psychiatr Clin North Am* 2001;24:479–96.
- [36] Hough RL, Landsverk JA, Karno M, Burnam MA, Timbers DM, Escobar JI, et al. Utilization of health and mental health services by Los Angeles Mexican Americans and non-Hispanic Whites. *Arch Gen Psychiatr* 1987;44:702–9.
- [37] Hunt G, Barker JC. Socio-cultural anthropology and alcohol and drug research: towards a unified theory. *Soc Sci Med* 2001;53:165–88.
- [38] Hunt LM, Schneider S, Comer B. Should "acculturation" be a variable in health research? A critical review on US Hispanics. *Soc Sci Med* 2004;59:973–86.
- [39] Hyman I. Setting the stage: reviewing current knowledge on the health of Canadian immigrants: what is the evidence and where are the gaps? *Can J Public Health* 2004;95:14–8.
- [40] Johnson TP, VanGeest JB, Cho YI. Migration and substance use: evidence from the US national health interview survey. *Subst Use Misuse* 2002;37:941–72.
- [41] Johnson TP, Bowman PJ. Cross-cultural sources of measurement errors in substance use surveys. *Subst Use Misuse* 2003;38:1447–90.
- [42] Kaplan JB, Bennett T. Use of race and ethnicity in biomedical publication. *JAMA* 2003;289:2709–16.
- [43] Karlsen S, Nazroo JY. Relation between racial discrimination, social class and health among ethnic minority groups. *Am J Public Health* 2002;92:624–31.
- [44] Karno M, Hough RL, Burnam MA, Escobar JI, Timbers DM, Santana F, et al. Lifetime prevalence of specific disorders among Mexican Americans and non-Hispanic Whites in Los Angeles. *Arch Gen Psychiatr* 1987;44:695–701.
- [45] Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Estelma S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the United States: results of the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatr* 1994;51:8–19.
- [46] Kirmayer LJ, Minas H. The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Can J Psychiatr* 2000;45:438–46.
- [47] Lillie-Blanton M, Anthony JC, Schuster CR. Probing the meaning of racial/ethnic group comparisons in crack cocaine smoking. *JAMA* 1993;269:993–7.
- [48] McDonald JT, Kennedy S. Insights into the 'healthy immigrant effect' : health status and health service use of immigrants to Canada. *Soc Sci Med* 2004;59:1613–27.
- [49] Markides KS, Ray LA, Stroup-Benham CA, Trevino F. Acculturation and alcohol consumption in the Mexican American population of the Southwestern United States: Findings from HHANES 1982-84. *Am J Public Health* 1990;80(suppl):42–6.
- [50] Marshall M, Ames GM, Bennett LA. Anthropological perspectives on alcohol and drugs at the turn of the new millenium. *Soc Sci Med* 2001;53:153–64.
- [51] Moro MR. In: *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. 1994. Paris: PUF; 2001.
- [52] Moro MR. In: *Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents*. Paris: Dunod; 2000.
- [53] Oetting ER. Orthogonal cultural identification: theoretical links between cultural identification and substance use. *NIDA Res Monogr* 1993;130:32–56.
- [54] Oetting ER, Beauvais F. Orthogonal cultural identification: the cultural identification of minority adolescents. *Int J Addict* 1990–1991;25:655–85.
- [55] Olmedo E. Acculturation: a psychometric perspective. *Am Psychol* 1979;34:1061–70.
- [56] Ortega AN, Rosenheck R, Alegria M, Rani D. Acculturation and the lifetime risk of psychiatric and substance use disorders among Hispanics. *J Nerv Ment Dis* 2000;188:728–35.
- [57] Petryna A, Kleinman A. La mondialisation des catégories : la dépression à l'épreuve de l'universel. In: *L'autre, Cliniques, cultures et sociétés*; 2001. 2 : 467–80.
- [58] Recio Adrados JL. Acculturation: the broader view. Theoretical framework of the acculturation scales. *NIDA Res Monogr* 1993;130:57–78.
- [59] Rogler LH, Cortes DE, Malgady RG. Acculturation and mental health status among Hispanics. Convergence and new directions for research. *Am Psychol* 1991;46:585–97.
- [60] Room R, Janca A, Bennett LA, Schmidt L, Sartorius N. WHO cross-cultural applicability research on diagnosis and assessment of substance use: an overview of methods and selected results. *Addiction* 1996;91:199–220.
- [61] Room R. Alcohol and drug disorders in the International Classification of Diseases: A shifting kaleidoscope. *Drug Alcohol Rev* 1998;17:305–17.
- [62] Rousseau C, Nadeau L. Migration, exil et santé mentale. In: Baubet T, Moro MR, editors. *Psychiatrie et migrations*. Paris: Masson; 2003. p. 126–36.
- [63] Salant T, Lauderdale DS. Measuring culture: a critical review of acculturation and health in Asian immigrant populations. *Soc Sci Med* 2003;57:71–90.
- [64] Schmidt L, Room R and collaborators. Cross-culturally applicability in international classifications and research on alcohol dependence. *J Stud Alcohol* 1999;60:448–62.
- [65] Turner RJ, Gil AG. Psychiatric and substance use disorders in South Florida: Racial/ethnic and gender contrasts in a young adult cohort. *Arch Gen Psychiatr* 2002;59:43–50.
- [66] Ustun B, Compton W, Mager D, Babor T, Baiyewu O, Chatterji S, et al. WHO Study on the reliability and validity of the alcohol and drug use disorder instruments: overview of methods and results. *Drug Alcohol Depend* 1997;47:161–9.
- [67] Van Ommeren M. Validity issues in transcultural epidemiology. *Br J Psychiatr* 2003;182:376–8.

- [68] Vega WA, Gil AG, Zimmerman RS. Patterns of drug use among Cuban-American, African-American, and white non-Hispanic boys. *Am J Public Health* 1993;83:257–9.
- [69] Vega WA, Alderete E, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S. Illicit drug use among Mexicans and Mexican Americans in California: the effects of gender and acculturation. *Addiction* 1998;93:1839–50.
- [70] Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S, Alderete E, Catalano R, Caraveo-Anduaga J. Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican American in California. *Arch Gen Psychiatr* 1998;55:771–8.
- [71] Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S, Catalano R. Gaps in service utilization by Mexican American with mental health problems. *Am J Psychiatr* 1999;156:928–34.
- [72] Vega WA, Aguilar-Gaxiola S, Andrade L, Bijl R, Borges G, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Prevalence and age of onset for drug use in seven international sites: results from the international consortium of psychiatric epidemiology. *Drug Alcohol Depend* 2002;68:285–97.
- [73] Vega WA, Sribney WM, Achara-Abrahams I. Co-occurring alcohol, drug, and other psychiatric disorders among Mexican-origin people in the United States. *Am J Public Health* 2003;93:1057–64.
- [74] Velez CN, Ungemack JA. Drug use among Puerto Rican youth: an exploration of generational status differences. *Soc Sci Med* 1989;29:779–89.
- [75] Velez CN, Ungemack JA. Psychosocial correlates of drug use among Puerto Rican youth: generational status differences. *Soc Sci Med* 1995;40:91–103.
- [76] Wagner-Echeagaray FA, Schütz CG, Chilcoat HD, Anthony JC. Degree of acculturation and the risk of crack cocaine smoking among Hispanic Americans. *Am J Public Health* 1994;84:1825–7.
- [77] Wallace Jr JM. The social ecology of addiction: race, risk, and resilience. *Pediatrics* 1999;103(suppl):1122–7.
- [78] Wells K, Klap R, Koike A, Sherbourne C. Ethnic disparities in unmet need for alcoholism, drug abuse, and mental health care. *Am J Psychiatr* 2001;158:2027–32.
- [79] Westermeyer J. Substance use disorders among young minority refugees: common themes in a clinical sample. *NIDA Res Monogr* 1993;130:308–20.
- [80] Westermeyer J. Cross-cultural aspects of substance abuse. In: Galanter M, Kleber H, editors. *Textbook of substance abuse*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1999. p. 75–85.