

Différents taux de premières admissions pour la psychose dans les groupes de migrants à Paris

Andrea Tortelli ,¹ Craig Morgan ,² Andrei Szoke ,³ Andreia Nascimento ,⁴ Norbert Skurnik ,¹ Erik Monduit de Caussade ,¹ Edith Fain-Donabedian ,¹ Flora Fridja ,¹ Mehedi Henry ,¹ Ferdinand Ezembe ,¹ et Robin M Murray²

La version finale éditée de cet article est disponible chez [Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol](#)
Voir d'autres articles dans PMC qui [citent](#) l'article publié.

introduction

L'association entre migration et psychose a été décrite dans les pays européens: Danemark [[1](#) , [2](#)], Suède [[3](#)], Pays-Bas [[4](#)], Norvège [[5](#)], Italie [[6](#)] et plus largement en Angleterre [[7](#) - [9](#)] et il est devenu une préoccupation majeure pour les politiques publiques de santé mentale en Europe [[10](#)]. Cependant, tous les migrants ne semblent pas présenter un risque plus élevé de psychose et la vulnérabilité des différents groupes de migrants varie selon le pays d'accueil. Ces études ont conduit à plusieurs hypothèses sur les facteurs impliqués dans le risque accru de psychose dans les groupes de migrants. Des facteurs biologiques (tels que la prédisposition génétique, les infections, le déficit en vitamine D) ainsi que des facteurs sociaux (privation économique, capital social, stress et discrimination) ont été suggérés comme des explications potentielles de ces résultats [[11](#)]. Pour approfondir notre compréhension des facteurs liés au risque accru de psychose dans les groupes de migrants, il est important de tester ces hypothèses dans des contextes différents de ceux dans lesquels elles ont été décrites.

En France, la proportion de migrants a été stable au cours des dernières décennies, représentant près de 8% de la population générale. De nos jours, les plus grandes communautés de migrants viennent d'Afrique (Afrique du Nord: 1,6 million de personnes, Afrique subsaharienne: 670 000 personnes - Recensement de 2008). Malgré des descriptions détaillées sur la santé mentale des migrants [[12-14](#)], les études épidémiologiques manquent toujours. Savoir si en France les migrants présentent un risque plus élevé de psychose et quels groupes de migrants sont les plus vulnérables contribueront à mieux comprendre les interactions entre les populations migrantes et les pays d'accueil et à servir les politiques locales de santé publique.

Dans cette étude, nous étudions pour la première fois à notre connaissance l'association entre la psychose et les migrants (de première génération) en France. Les objectifs sont d'abord de déterminer si l'incidence des admissions administratives pour la psychose est augmentée dans cette population et deuxièmement de comparer les profils sociodémographiques des autochtones et des migrants atteints de psychose. A cet effet, nous nous concentrons sur toutes les premières admissions pour psychose dans le 20ème arrondissement de Paris entre 2005 et 2009.

Méthodes

Bassin versant et accès aux services de santé mentale

Paris compte environ 2 millions d'habitants et est divisé en vingt arrondissements. Il y a un établissement psychiatrique public pour les patients adultes hospitalisés dans chaque district et les patients ayant des problèmes psychiatriques ont tendance à consulter directement les services de santé mentale parce que la référence du médecin généraliste n'est pas obligatoire. En France, les patients psychotiques aigus sont en grande partie gérés par des institutions publiques. Dans le 20^e arrondissement de Paris, l'hôpital psychiatrique public pour adultes hospitalisés est l'hôpital Maison Blanche. Les cliniques psychiatriques privées sont généralement situées dans la banlieue de Paris et prennent généralement en charge les personnes souffrant de troubles mentaux plus fréquents et offrant des services coûteux. L'accès au système de santé pour les migrants ne semble pas diverger de la population générale. Même les sans-papiers utilisent le système de santé et bénéficient des avantages de la couverture maladie universelle (CMU) et de l'aide médicale d'Etat ([15](#)).

Population à risque

Le 20^{ème} arrondissement, situé dans le nord-est de la ville, est l'une des zones les plus densément peuplées de Paris. C'est une zone de faible à moyenne classe avec une grande population migrante (10%). Dans ce domaine (et en France également), les migrants d'Afrique sont les plus nombreux. Il n'y a pas de classification ethnique dans le recensement français, donc les statistiques pour les migrants de deuxième génération ne sont pas disponibles. Dans cette étude, seules les personnes nées à l'étranger ont été définies comme «migrantes». Les patients ont été regroupés en fonction de leur pays de naissance: natif (né en France) ou migrant (né à l'étranger). Quatre groupes de migrants ont été définis en fonction des communautés de migrants les plus importantes en France (Afrique du Nord et subsaharienne et Européens) et des données disponibles dans le recensement: Europe, Afrique du Nord, Afrique subsaharienne et «autres pays» Amériques et d'Asie. Nous avons décidé d'utiliser les données du recensement de 2008 pour les estimations de population (population de plus de 15 ans) pour les années précédentes et suivantes (2005-2009) car c'était le premier recensement qui fournissait des données sur le pays de naissance des migrants par district à Paris. Ce dénominateur a été multiplié par 5 (cinq années de collecte de données) pour obtenir les taux définitifs exprimés par personne / année. "

Critères de sélection initiaux et sujets

L'index des admissions à l'hôpital «Maison Blanche» a fourni une liste de toutes les premières admissions de patients âgés de 15 ans et plus avec un diagnostic de sortie de psychose (CIM-10: F20-F29, F30.2, F31.2, F31.5, F32. 3, F33.3) ou sans diagnostic entre 2005 et 2009. Chaque dossier est référé au numéro de sécurité sociale du patient. L'adresse dans la zone de chalandise et l'absence d'admissions précédentes ont été vérifiées à travers l'examen du dossier (notes cliniques, entretien avec le patient et famille / amis) et par un système de données utilisé à Paris qui centralise toutes les admissions dans la ville. Les descriptions cliniques dans les dossiers de ces patients ont été vérifiées pour des symptômes psychotiques positifs: délires, hallucinations ou troubles de la pensée [[16](#)]. Les patients présentant des symptômes psychotiques d'origine toxique ou organique ont été exclus.

Collecte de données pour les patients éligibles

Nous avons recueilli des données sur le sexe, l'âge, le pays de naissance, le diagnostic clinique selon la CIM-10 et le type d'admission (volontaire ou obligatoire). Les données socio-démographiques des patients ont été comparées aux données du recensement français de 2008 du 20^{ème} arrondissement pour les autochtones et les migrants.

Une analyse

Nous avons d'abord comparé le sexe, l'âge, le diagnostic et le type d'admission entre les autochtones et les migrants. Ensuite, nous avons comparé le diagnostic et le type d'admission entre les autochtones et les sous-groupes de migrants séparément, en utilisant des tests du Chi carré. Les taux d'incidence de la première admission pour la psychose (taux d'incidence administrative) ont été calculés selon le seuil d'âge disponible dans le recensement de 2008 (15-24 ans, 25-54 et > 54 ans) et le sexe pour les autochtones, les migrants et le migrant. sous-groupes. Les taux sont affichés par 100 000 personnes-années. Nous avons utilisé la standardisation directe pour comparer le risque global d'admission entre les groupes et pour obtenir des taux d'admission ajustés selon l'âge et le sexe. Les taux d'incidence (IR) et les taux d'incidence (IRR) avec des intervalles de confiance à 95% (IC à 95%) ont été calculés, en utilisant les autochtones comme groupe de référence. L'analyse a été réalisée en utilisant STATA (version 9).

Résultats

Deux cent soixante-quatre patients répondant à nos critères d'éligibilité ont été admis au cours de la période 2005-2009. Quatre patients ont été exclus parce qu'ils ne vivaient pas dans la zone d'étude et deux autres patients ont été exclus parce qu'il n'était pas possible d'identifier leur pays de naissance. Ainsi, nous avons analysé les données sur 258 patients admis entre 2005 et 2009 et comparées aux données de la population standard (> 15 ans) basées sur le recensement français de 2008 ([Tableau 1](#)).

Tableau 1

Population à risque * (> 15ans) et premières admissions pour psychose entre 2005 et 2009 dans le 20^{ème} arrondissement, Paris.

Pays de naissance	Population du 20 ^e arrondissement *	Premières admissions entre 2005 et 2009
	n (%)	n (%)
Indigènes	121,713 (74,7)	136 (52,7)
Migrants (globalement)	41,130 (25,3)	122 (47,3)
L'Europe	9,538 (5,9)	15 (5,8)
Afrique du Nord	13 608 (8,4)	15 (5,8)
Afrique sub-saharienne	8 748 (5,4)	71 (27,5)

Autre	9 236 (5,7)	21 (8.1)
Total	162 843 (100,0)	258 (100,0)

* Recensement 2008

Aucune différence significative n'a été trouvée entre les patients autochtones et tout groupe de migrants dans son ensemble pour l'âge, le sexe, le type d'admission ou le diagnostic ([Tableau 2](#)). Dans les groupes autochtones et migrants, la plupart des patients avaient entre 24 et 54 ans; il y avait plus d'hommes que de femmes; les diagnostics de psychose non affective étaient les plus fréquents et l'admission obligatoire était plus fréquente que l'admission volontaire.

Tableau 2

Caractéristiques sociodémographiques des patients admis avec un premier épisode de psychose chez les autochtones et les migrants de première génération vivant dans le 20^{ème} arrondissement, Paris, entre 2005 et 2009

	Indigènes		Les migrants		p *
	n	%	n	%	
Années d'âge)					
15-24	34	25,0	23	18,5	0,15
25-54	79	58,1	85	69,7	
> 54	23	16,9	14	11,5	
Sexe					
Hommes	81	59,6	80	65,6	0,32
Femmes	55	40,4	42	34,4	
Diagnostic					
Psychose non affective	130	95,6	117	95,9	0,90
Psychose affective	6	4,4	5	4,1	
Hospitalisation					
Volontaire	44	32,4	32	26,4	0,30
Obligatoire	92	67,6	89	73,6	

* Test du Chi-carré

Comme le montre le [tableau 3](#) , le taux d'incidence de l'admission administrative ajusté en fonction de l'âge et du sexe pour la psychose dans le 20^e arrondissement de Paris était de 28 cas pour 100 000 personnes-années. L'incidence chez les migrants en général est trois fois plus élevée que chez les autochtones (IRR = 2,9, IC 95% = 0,9-9,8). Il y avait plusieurs différences entre les groupes de migrants par rapport aux natifs: l'incidence était plus élevée chez les patients d'Afrique subsaharienne (IRR = 7,1, IC 95% = 2,3-21,8) et chez les patients du groupe «autres pays» - bien que plus tard groupe n'a pas atteint la signification (IRR = 2,2, IC 95% = 0,6-7,8). En revanche, l'incidence n'était pas différente pour ceux d'Europe (IRR = 1,2, IC 95% = 0,3-5,1) et d'Afrique du Nord (IRR = 1,4, IC 95% = 0,4-5,6). Les hommes migrants de tous les groupes ont un risque plus élevé que les hommes autochtones (IRR = 3,2, IC 95% = 1,1-9,3) et parmi les patients d'Afrique subsaharienne, les hommes et les femmes

ont des taux plus élevés que les hommes autochtones. Les femmes nord-africaines avaient le taux le plus bas (IRR = 0,4, IC 95% = 0,1-3,8) de tous les groupes. Les détails concernant l'âge, le sexe et le type de diagnostic pour les différents groupes de migrants sont disponibles sur demande auprès de l'auteur correspondant.

Tableau 3

Taux d'admission bruts et ajustés selon l'âge et le sexe pour la psychose chez les autochtones et chez les migrants de première génération.

	Taux brut d'admission (cas / 100 000 année- personne)	Taux d'admission ajusté (cas / 100 000 personnes-année)	95% CI	IRR	95% CI
Global	31.5	28,0	12,5 62,5		
Indigènes	22.5	17.5	6.5 48,0	1	
L'Europe ·	29,0	22,0	9.0 54,0	1,2	0,3 - 5.1
Afrique du Nord	22,0	25,0	11,0 59,0	1,4	0,4 - 5,6
Afrique sub-saharienne	162,5	125,0	84,5 184.5	7.1	2,3 - 21,8
Autres	49.5	39,0	19,5 77,5	2,2	0,6 - 7.8
Tous les migrants	59.5	51,0	28,0 93,5	2,9	0,9 - 9,8
Hommes					
Global	42,5	40.5	20,5 79,5		
Indigènes	29,5	22.5	9.0 54,5	1	
L'Europe ·	40,0	30.5	14,0 66,0	1,4	0,4 - 4.6
Afrique du Nord	34,0	45,0	23.5 85.5	2,0	0,6 - 6.3
Afrique sub-saharienne	203,0	164.5	117,0 231.0	7.4	2,7 - 19,8
Autres	48.5	41.5	21,5 81,0	1,9	0,6 - 5,9
Tous les migrants	78,0	72,0	43,0 120.0	3.2	1.1 - 9.3
Femmes					
Global	22,0	20,0	7,5 51,0		
Indigènes	16.5	13.5	4,5 42,0	1	
L'Europe ·	21,0	15.5	5.5 44.5	1.1	0,2 - 5,8
Afrique du Nord	9.0	6.0	1.0 29,5	0,4	0.1 - 3.8
Afrique sub-saharienne	112,5	83,0	51,5 133,5	6.1	1.7 - 22,1
Autres	50.5	36,5	18,0 74,5	2,7	0,7 - 10,9
Tous les migrants	41,0	31.5	14,5 67,0	2,3	0,6 - 9,6

[Ouvrir dans une fenêtre séparée](#)

[Go to:](#)

Discussion

La conception générale de notre étude était une comparaison transversale des données sur l'incidence chez les autochtones et les migrants de première génération, où les données pour le dénominateur (populations migrantes et autochtones totales) étaient basées sur le recensement officiel. Nos résultats généraux semblent en grande partie en accord avec les études antérieures menées en Europe, montrant que certains groupes de migrants présentent un risque plus élevé de psychose [17-19]. Nous avons constaté un risque accru d'admission dans le groupe Afrique subsaharienne et dans le groupe «autres pays»; les migrants d'Afrique du Nord et d'Europe présentaient presque le même risque que les autochtones. Cependant, nous avons été incapables de différencier les migrants de la deuxième génération des autres natifs, il est donc possible que les taux rapportés soient sous-estimés si nous prenons en compte des études menées dans d'autres pays européens montrant un risque accru de psychose.) mais aussi dans leur progéniture (deuxième génération) [18 , 38].

Pourtant, nos résultats pour le premier épisode de psychose chez les migrants de première génération ne peuvent être comparés aux études menées dans d'autres pays européens en raison du manque d'études d'incidence sur la santé mentale des migrants en France. Bien que notre échantillon soit relativement petit et que certains résultats ne soient pas statistiquement significatifs à $p = 0,05$, quelques considérations peuvent être prises en compte. Nos résultats concernant les groupes subsahariens et nord-africains peuvent être comparés aux résultats des autres pays hôtes, cependant, nos groupes «autres pays» et «Europe» sont trop hétérogènes en termes d'origine et de culture, ainsi que migration. Les taux d'incidence de la psychose chez les migrants en Afrique subsaharienne, par exemple, sont similaires à ceux des études menées dans d'autres pays européens qui montrent également une forte incidence de psychose dans ce groupe [10]. D'autre part, la faible incidence que nous avons trouvée chez les migrants maghrébins diffère des études précédentes aux Pays-Bas qui ont montré des taux élevés de psychose dans cette population [4 , 20]. Pour comprendre nos résultats, nous devons prendre en compte le contexte français.

Les modèles de migration en France

La population migrante en France est composée de ceux qui sont venus dans les vagues successives de migration principalement après la Seconde Guerre mondiale en raison du grand besoin de main-d'œuvre. La migration d'Afrique du Nord a commencé dans les années 1950 et continue de croître (environ 30% des Nord-Africains sont en France depuis moins de 10 ans). Le contexte de la migration nord-africaine en France est différent de celui des Pays-Bas où la plupart des migrants nord-africains viennent du Maroc. Les migrants marocains en France sont francophones, viennent généralement des zones urbaines et ont un niveau d'éducation élevé alors que ceux qui se rendent aux Pays-Bas viennent des zones rurales et ne parlent pas le néerlandais [21]. De plus, la plupart des migrants maghrébins en France viennent d'Algérie: ils sont établis en France depuis trois générations et beaucoup d'entre eux appartiennent à la classe moyenne. La migration récente en provenance d'Afrique du Nord est caractérisée par le regroupement familial, composé principalement de femmes venant rejoindre leurs maris en France.

D'un autre côté, la migration en provenance de l'Afrique subsaharienne est plus récente; un migrant sur deux de cette région vit en France depuis moins de dix ans. Ils viennent de pays francophones tels que le Mali, le Congo, le Sénégal, la Côte d'Ivoire et la Guinée. La plupart sont des jeunes hommes et beaucoup ont migré avant l'âge de 20 ans. Ils viennent généralement travailler ou réfugiés, vivant seuls ou sans famille dans le pays d'accueil. La migration clandestine n'est pas rare; le nombre de migrants sans papiers en Afrique subsaharienne est estimé à 10% [15 , 22 , 23] et si l'on ajuste le sous-dénombrement, les taux d'incidence restent plus élevés que pour les indigènes IRR = 6.5, IC 95% = 3.9-10.7). Dans ce contexte, nous pouvons nous attendre à ce qu'au moment de la migration, les Africains subsahariens soient plus souvent dans la tranche d'âge présentant le plus grand risque de psychose puisqu'ils migrent plus jeunes que les Africains du Nord.

Hypothèse explicative

Le modèle socio-développemental [11 , 24 , 25] suppose que «l'exposition à l'adversité et au traumatisme interagissent avec le risque génétique sous-jacent et l'impact sur le développement cérébral et la sensibilité au stress de manière à créer une vulnérabilité persistante à la psychose d'autres facteurs de stress cumulatifs ". Par conséquent, les interactions entre les facteurs psychologiques et biologiques propres à chaque groupe de migrants et au pays hôte doivent être prises en compte; la migration est une expérience complexe et, par conséquent, les facteurs de risque et de protection peuvent différer selon les groupes et les contextes. Le stress lié à la réinstallation, comme le chômage, la faible densité ethnique et l'inadéquation entre les résultats et les attentes, a été largement décrit comme un facteur de risque dans les populations migrantes [26-28]. De plus, la discrimination a été associée à la détresse psychologique [29 , 30] et à la psychose [31 - 33] chez les personnes à la peau noire, ce qui pourrait accroître la vulnérabilité de certains groupes de migrants. De plus, le rôle des facteurs de risque biologiques associés à la psychose comme la carence en vitamine D [34], les agents infectieux [35] et l'encéphalite auto-immune [36] n'est pas encore établi chez les populations migrantes: aux différences dans les taux d'incidence.

Dans le contexte français, les migrants d'Afrique subsaharienne semblent être plus exposés aux facteurs de risque sociaux que les autres migrants. Ils sont plus susceptibles de connaître des situations stressantes avant la migration en raison du contexte politique dans certains pays où la séparation forcée de la famille et la trajectoire migratoire complexe ne sont pas rares. Une fois dans le pays d'accueil, ils semblent également plus exposés au stress de la réinstallation, comme l'incertitude concernant les demandes d'asile, le déni du droit au travail, le logement médiocre et, parfois, la détention. La discrimination en fonction de la couleur de la peau en France est signalée le plus souvent par les Africains subsahariens par rapport aux autres groupes de migrants. Ils sont également plus susceptibles d'avoir un faible soutien de la communauté, car ils migrent souvent à un âge plus jeune et seuls [15 , 22 , 23].

Considérations méthodologiques

Cette étude présente certaines limites. Le principal est la probabilité de cas manquants. Nous n'avons pas été en mesure d'identifier rétrospectivement les premiers patients avec des services de soins ambulatoires car notre système informatique ne donne pas cette information. Cependant, la plupart des cas de schizophrénie ont tendance à être admis à l'hôpital, mais il

est possible que certains patients atteints de psychose affective (dépression accompagnée de symptômes psychotiques) soient plus souvent vus dans les services ambulatoires. De plus, nos données sont basées sur les premières admissions et nous ne pouvons pas être sûr de l'absence d'épisodes précédents (en particulier chez les patients plus âgés) bien que nous ayons cherché des informations.

Le nombre de cas pourrait également être affecté par une mauvaise classification due à un diagnostic clinique effectué par différents cliniciens bien qu'ils soient basés sur la classification de la CIM-10, mais une étude récente en France a montré une bonne fiabilité inter-taux du diagnostic de schizophrénie et des troubles bipolaires. institution psychiatrique. [[37](#)]. Nous devons également tenir compte du biais de constatation de cas parce que nous n'avons pas vérifié toutes les premières admissions (tout diagnostic psychiatrique).

Les aspects culturels pouvant influencer la présentation clinique du trouble, la voie vers les soins et l'aide à la recherche de comportements parmi les différents groupes de migrants n'ont pas été évalués. Il a été suggéré que les croyances culturelles et religieuses typiques de certaines minorités qui diffèrent de celles de la population générale pourraient, dans certains cas, conduire à des faux positifs (artefact diagnostique). Bien que cela ne puisse pas être formellement écarté, les études menées dans d'autres pays ont montré que cela ne pouvait pas expliquer complètement les risques plus élevés dans les populations migrantes [[38](#) , [39](#)]. De plus, une partie de notre personnel médical et paramédical est originaire d'Afrique et, plus important encore, la famille et les amis ont tendance à être d'accord pour dire qu'il y avait un comportement inhabituel. En outre, d'autres facteurs confondants tels que le niveau de revenu, le niveau d'éducation et l'usage de cannabis n'ont pas été étudiés.

Enfin, la généralisabilité est limitée puisqu'il s'agit d'une étude préliminaire sur cette population et qu'elle n'a été réalisée que dans un seul arrondissement de Paris.

Conclusion

A notre connaissance, il s'agit de la première étude de l'incidence administrative de la psychose chez les migrants de première génération réalisée en France et, en dépit des limites méthodologiques, constitue par conséquent un ajout significatif à la littérature. Nos résultats ont montré que les migrants subsahariens ont été identifiés comme étant le groupe de migrants le plus vulnérable, ce qui est en accord avec des recherches antérieures montrant que tous les migrants ne présentent pas un risque plus élevé de psychose. Des travaux supplémentaires sont nécessaires pour confirmer ces tendances et des études sur les migrants de deuxième génération nous permettront de différencier les facteurs de risque associés à la migration de ceux associés à l'origine ethnique. Comprendre les voies qui influencent l'incidence de la psychose dans les différents groupes de migrants nous aidera à concevoir des politiques de santé mentale efficaces et à cibler les populations les plus à risque.

Remerciements

Nous remercions Michel Caire et Tim Greacen de l'Hôpital Maison Blanche pour leur soutien et leurs conseils. Nous remercions également Patrick Simon de l'INED (Unité Nationale

d'Etudes Démographiques) - Unité Migrations Internationales et Minorités, d'avoir partagé avec nous ses connaissances sur les migrations et les minorités ethniques en France.

Craig Morgan et Robin Murray sont financés par le Medical Research Council (Réf.: G0500817), Wellcome Trust (Numéro de subvention: WT087417), Union européenne (septième programme-cadre de la Communauté européenne (convention de subvention no HEALTH-F2-2009-241909) (Projet EU-GEI)), et le ministère de la Santé par l'Institut national de recherche en santé (NIHR) Centre de recherche biomédicale pour la santé mentale prix à South London et Maudsley NHS Foundation Trust (SLaM) et l'Institut de psychiatrie à King's College Londres.

Les références

1. PB Mortensen, E Cantor-Graae, McNeil TF. Augmentation des taux de schizophrénie parmi les immigrants: certaines préoccupations méthodologiques soulevées par les résultats danois. *Psychol Med.* 1997; 27 : 813-820. [[PubMed](#)]
2. Cantor-Graae E, Pedersen CB. Risque de schizophrénie chez les immigrants de deuxième génération: une étude de cohorte basée sur la population danoise. *Psychol Med.* 2007; 37 : 485-494. [[PubMed](#)]
3. Cantor-Graae E, Zolkowska, McNeil, TF. Augmentation du risque de trouble psychotique chez les immigrants à Malmö: une étude de 3 ans. *Psychol Med.* 2005; 35 : 1155-1163. [[PubMed](#)]
4. Selten JP, Veen N, Feller W, Blom JD, Schols D, Camoenië W, Oolders J, M van der Velden, Hoek HW, Rivero VM, Y van der Graaf, Kahn R. Incidence des troubles psychotiques dans les groupes d'immigrants à Les Pays-Bas. *Br J Psychiatrie.* 2001; 178 : 367-372. [[PubMed](#)]
5. Iversen VC, Morken G. Admission aiguë d'immigrés et de demandeurs d'asile dans un hôpital psychiatrique en Norvège. *Soc Psychiatrie Psychiatr Epidemiol.* 2003; 38 : 515-519. [[PubMed](#)]
6. Tarricone I, Mimmi S, Paparelli A, Rossi E, Mori E, Panigada S, Carchia G, Bandieri V, Michetti R, Minenna G, Boydell J, Morgan C, Berardi D. Premier épisode de psychose à la West Bologna Community Centre de santé mentale: résultats d'une étude prospective sur 8 ans. *Psychol Med.* 2012; 7 : 1-10. [[PubMed](#)]
7. van Os J, DJ Château, Takei N, Der G, Murray RM. Maladie psychotique chez les minorités ethniques: clarification du recensement de 1991. *Psychol Med.* 1996; 26 : 203-208. [[PubMed](#)]
8. Fearon P, Kirkbride JB, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Lloyd T, Hutchinson G, Tarrant J, Fung WL, Holloway J, R Mallett, Harrison G, Leff J, Jones PB, Murray RM, Groupe d'étude AESOP Incidence de la schizophrénie et d'autres psychoses dans les groupes ethniques minoritaires: résultats de l'étude MSOP de la MRC. *Psychol Med.* 2006; 36 : 1541-1550. [[PubMed](#)]
9. Kirkbride JB, Barker D, F Cowden, Timbres R, Yang M, Jones PB, Coit JW. Psychoses, ethnicité et statut socio-économique. *Br J Psychiatrie.* 2008; 193 : 18-24. [[PubMed](#)]
10. Hutchinson G, Haasen C. Migration et schizophrénie: les défis de la psychiatrie européenne et ses implications pour l'avenir. *Soc Psychiatrie Psychiatr Epidemiol.* 2004; 39 : 350-357. [[PubMed](#)]
11. Morgan C, M Charalambides, Hutchinson G, Murray RM. Migration, ethnicité et psychose: vers un modèle sociodéveloppemental. *Schizophr Bull.* 2010; 36 : 655-664. [[Article gratuit PMC](#)] [[PubMed](#)]

12. Diop S. Sur la transplantation négro-africaine en France. *Psychopathologie Africaine*. 1968; 2 : 227-276.
13. Bensmail B, M Boucebc, Bouchebra A, Millet L, Seddik-Ameur M. Psychopathologie et migration. *Ann Med Psychol*. 1982; 140 : 647-662. [[PubMed](#)]
14. Bennegadi R, Bourdillon F, Lombrail P, Collectif La santé des populations d'origine étrangère en France. *Soc Sci Med*. 1991; 32 : 1219-1227. [[PubMed](#)]
15. Couillet M, projet PARCOURS. Les Africains subsahariens vivant en France: caractéristiques sociodémographiques et accès aux soins. Paris 15: 2010. (Working Papers du CEPED: 09).
16. Andreasen NC, Arndt S, R Alliger, Miller D, Flaum M. Symptômes de la schizophrénie: Méthodes, significations et mécanismes. *Arch Gen Psychiatrie*. 1995; 52 : 341-351. [[PubMed](#)]
17. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrénie et migration: une méta-analyse et une revue. *Am J Psychiatry*. 2005; 162 : 12-24. [[PubMed](#)]
18. Bourque F., Van der Ven E., Malla A. Une méta-analyse du risque de troubles psychotiques chez les immigrants de première et de deuxième générations. *Psychol Med*. 2010; 1 : 1-14.
19. Kirkbride JB, Errazuriz A, Croudace TJ, Morgan C, Jackson D, J Boydell, Murray RM, Jones PB. Incidence de la schizophrénie et autres psychoses en Angleterre, 1950-2009: revue systématique et méta-analyses. *PLoS One*. 2012; 7 : e31660. [[Article gratuit PMC](#)] [[PubMed](#)]
20. Mulder CL, Koopmans GT, Selten JP. Urgences, admissions obligatoires et présentation clinique chez les immigrants aux Pays-Bas. *Br J Psychiatrie*. 2006; 188 : 386-391. [[PubMed](#)]
21. van den Brandt M. Migration à Babel: le Pays-Bas, la France, leurs immigrées. Département de langue et cultures françaises, Université d'Utrecht; 2004. Dissertation.
22. ELIPA (Enquête longitudinale sur l'intégration des nouveaux arrivants) http://www.immigration.gouv.fr/spip.php?page=dossiers_det_res&numrubrique=468&numarticle=2535 .
23. TeO (enquête sur les trajectoires et les origines) http://teo_english.site.ined.fr/
24. Murray RM, J Lappin, Di Forti M. Schizophrénie: de la déviance développementale à la dérégulation de la dopamine. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2008; 18 (Suppl 3): S129-34. [[PubMed](#)]
25. Myin-Germeys I, van Os J. La réactivité au stress dans la psychose: preuve d'une voie affective vers la psychose. *Clin Psychol Rev*. 2007; 27 : 409-424. [[PubMed](#)]
26. Le juge en chef Laban, Komproe IH, Gernaat HBPE, de Jong JTVM. L'impact d'une longue procédure d'asile sur la qualité de vie, le handicap et la santé physique chez les demandeurs d'asile irakiens aux Pays-Bas. *Soc Psychiatrie Psychiatr Epidemiol*. 2008; 43 : 507-515. [[PubMed](#)]
27. Reininghaus UA, Morgan C, Simpson J, Dazzan P, Morgan K, Doody GA, Bhugra D, Leff J, Jones P, Murray R, Fearon P, Craig TKJ. Chômage, isolement social, inadéquation des attentes et des résultats et psychose: résultats de l'étude AESOP. *Soc Psychiatrie Psychiatr Epidemiol*. 2008; 43 : 743 à 751. [[PubMed](#)]
28. Das-Munshi J, Bécares L, Boydell JE, Morgan C, SA Stansfeld, Prince MJ. La densité ethnique comme tampon pour les expériences psychotiques: résultats d'une enquête nationale (EMPIRIC) *BJP*. 2012; 201 : 282-290. *MOI*. [[Article gratuit PMC](#)] [[PubMed](#)]
29. Krieger N, Kosheleva A, PD Waterman, Chen JT, Koenen K. Discrimination raciale, détresse psychologique et auto-évaluation de la santé chez les Américains noirs nés à l'étranger et nés à l'étranger. *Am J Santé publique*. 2011; 101 : 1704-1713. [[Article gratuit PMC](#)] [[PubMed](#)]

30. Chae DH, Lincoln KD, Jackson JS. Discrimination, attribution et identification des groupes raciaux: implications pour la détresse psychologique chez les Noirs américains dans l'enquête nationale sur la vie américaine (2001-2003). *Am J Orthopsychiatrie*. 2011; 81 : 498-506. [[PubMed](#)]
31. Gara MA, Véga WA, Arndt S, M Escamilla, Fleck DE, WB Lawson, Lesser I, Voisins HW, Wilson DR, Arnold LM, Strakowski SM. Influence de la race et de l'origine ethnique du patient sur l'évaluation clinique chez les patients souffrant de troubles affectifs. *Arch Gen Psychiatrie*. 2012; 69 : 593-600. [[PubMed](#)]
32. Veling W, Hoek HW, Mackenbach JP. Discrimination perçue et risque de schizophrénie chez les minorités ethniques. *Soc Psychiatrie Psychiatr Epidemiol*. 2008; 43 : 953 à 959. [[PubMed](#)]
33. Jarvis GE, Toniolo I, Ryder AG, Sessa F, Cremonese C. Taux élevés de psychose chez les patients noirs hospitalisés à Padoue et à Montréal: contextes différents, résultats similaires. *Soc Psychiatrie Psychiatr Epidemiol*. 2011; 46 : 247-253. [[PubMed](#)]
34. McGrath J. Hypothèse: la faible vitamine prénatale D est-elle un facteur de risque pour la schizophrénie? *Schizophr Res*. 1999; 40 : 173-177. [[PubMed](#)]
35. Arias I, Sorlozano A, Villegas E, de Dios Luna J, McKenney K, Cervilla J, Gutierrez B, Gutierrez J. Les agents infectieux associés à la schizophrénie: une méta-analyse. *Schizophr Res*. 2012; 136 : 128-36. [[PubMed](#)]
36. Zandi MS, Irani SR, Lang B, P Waters, PB Jones, McKenna P, Coles AJ, Vincent A, Lennox BR. Auto-anticorps liés à la maladie dans le premier épisode de schizophrénie. *J Neurol*. 2011; 258 : 686-8. [[Article gratuit PMC](#)] [[PubMed](#)]
37. Richieri R, Boyer L, Lancon C. Analyse de la fiabilité des critères de diagnostic et des classifications en psychiatrie] *Santé Publique*. 2011; 23 (Suppl 6): S31-8. [[PubMed](#)]
38. Fearon P, Morgan C. facteurs environnementaux dans la schizophrénie: le rôle des études de migrants. *Schizophr Bull*. 2006; 32 : 405-8. [[Article gratuit PMC](#)] [[PubMed](#)]
39. Selten JP, Hoek HW. Les diagnostics erronés expliquent-ils l'épidémie de schizophrénie chez les immigrants des pays en développement vers l'Europe occidentale? *Soc Psychiatrie Psychiatr Epidemiol*. 2008; 43 : 937-9. [[PubMed](#)]

[Centre national d'information sur la biotechnologie](#) , [US Library of Medicine](#) 8600 Rockville Pike , Bethesda MD , 20894 États-Unis

•