

PRISE EN CHARGE DES ÉTATS PSYCHOTIQUES AIGUS CHEZ LES MIGRANTS : CAS PARTICULIER DES MINEURS ISOLÉS AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES

Noé Jedwab et Céline Nguyen-Lamouri

John Libbey Eurotext | « [L'information psychiatrique](#) »

2015/1 Volume 91 | pages 29 à 37

ISSN 0020-0204

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-1-page-29.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour John Libbey Eurotext.

© John Libbey Eurotext. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Prise en charge des états psychotiques aigus chez les migrants : cas particulier des mineurs isolés aux urgences psychiatriques

Noé Jedwab¹, Céline Nguyen-Lamouri²

RÉSUMÉ

La plupart des données de la littérature indiquent une représentativité plus marquée des troubles psychotiques chez les sujets migrants par rapport aux populations des pays d'accueil. Certains auteurs insistent néanmoins sur l'instabilité des diagnostics formulés et sur le caractère changeant des tableaux cliniques identifiés lors des premières rencontres avec des soignants. La prise en charge des jeunes migrants implique spécifiquement que les acteurs du champ social et les professionnels du soin se coordonnent. Nous illustrons ce constat à travers les résultats d'une enquête sur dossiers révélant la proportion de mineurs isolés accueillis aux urgences psychiatriques adultes d'un hôpital marseillais sur l'année 2013 et présentons trois cas cliniques concernant des mineurs reçus aux urgences psychiatriques à Marseille pour des épisodes inauguraux puis orientés vers différents dispositifs de soins.

Mots clés : migrant, mineur, prise en charge, psychose, urgence psychiatrique, cas clinique

ABSTRACT

Management of acute psychotic states among migrants: a specific case of isolated minor psychiatric emergencies. Most data in the literature suggest a more pronounced psychotic disorder among migrant subjects compared with the populations of host countries representativeness. However, some authors stress the instability of diagnoses made and the changing clinical patterns identified during initial meetings with caregivers. The management of young migrants specifically implies both the participants in the social field and coordinating care professionals. We illustrate this observation based on the results of a records survey revealing the proportion of unaccompanied minors admitted to the emergency psychiatric adult unit at different Marseille hospitals during the year 2013 and present three clinical cases involving minors first admitted to a psychiatric emergency department in Marseille due to their acute psychotic state, who are subsequently referred to different psychiatric care services.

Key words: migrant, minor, psychiatric management, psychosis, psychiatric emergency department, case report

¹ Médecin psychiatre praticien hospitalier, Unité d'accueil des urgences psychiatriques, Hôpital de La Conception, 147, boulevard Baille, 13005 Marseille, France

<noe.jedwab@ap-hm.fr>

² Infirmières diplômées d'État, Unité d'accueil des urgences psychiatriques, Hôpital de La Conception, 13005 Marseille, France

Tirés à part : N. Jedwab

RESUMEN

Atención de estados psicóticos agudos en los migrantes : caso particular de los menores aislados en urgencias psiquiátricas. La mayoría de los datos de la literatura señalan una representatividad más marcada de los trastornos psicóticos entre los sujetos migrantes con relación a la población del país de acogida. Algunos autores insisten sin embargo en la inestabilidad de los diagnósticos formulados y en el carácter cambiante de los cuadros clínicos identificados en los primeros encuentros con el personal sanitario. La atención a los jóvenes migrantes supone específicamente que se coordinen los actores del ámbito social y los profesionales del cuidado. Ilustramos esta comprobación con los resultados de una encuesta a partir de dossiers que revelan la proporción de menores aislados acogidos en las urgencias psiquiátricas de adultos en un hospital de Marsella en el año 2013 y presentamos tres casos clínicos que atañen a menores acogidos en las urgencias psiquiátricas en Marsella por episodios inaugurales y orientados luego hacia diferentes dispositivos de atención.

Palabras claves : migrante, menor, atención, psicosis, urgencia psiquiátrica, caso clínico

Introduction

Les processus migratoires participent au développement des civilisations humaines et ont de ce fait une portée anthropologique incontestable [66]. Quels que soient leurs motifs, les déplacements de groupes d'individus sont en effet à l'origine de modifications ethnologiques plus ou moins durables, en lien avec les changements d'environnement que ces derniers subissent [67]. Sur le plan épidémiologique, l'étude des populations migrantes répertorie des manifestations pathologiques diverses, dont certaines peuvent être considérées comme étant une conséquence directe de la transplantation géographique [22, 26, 35]. Les troubles psychiatriques, notamment, sont fréquents [56, 72] et revêtent des formes cliniques variées [4, 11, 24, 43, 45, 50, 61, 72]. Parmi eux, les états psychotiques, régulièrement cités dans la littérature, auraient chez les migrants une prévalence plus importante qu'en population générale [4, 15, 16, 23, 25, 43, 52, 57, 60, 70]. Leur identification se heurtant néanmoins à des biais (liés entre autres à l'hétérogénéité des groupes étudiés et aux erreurs de diagnostic susceptibles de survenir dans un contexte transculturel), il existe des questionnements sur la manière de les aborder et de les traiter [2, 19, 27, 28, 47, 51, 63, 65, 68, 73, 76].

La situation des individus qui, en France, relèvent du statut de « mineur isolé étranger », est singulière et juridiquement complexe. Elle renvoie à plusieurs domaines de compétence : judiciaire, médical et éducatif [11, 21, 49]. Lorsque des troubles psychiatriques éclosent chez un mineur étranger, leur prise en charge est d'autant plus inconfortable qu'elle doit parfois répondre à des manifestations cliniques instables et atypiques [4, 10, 69].

Toute la difficulté est alors, dans des contextes d'urgence et de crise, d'avoir une vision holistique de la problématique en cours, le but étant de proposer une stratégie de soins qui intègre au mieux les dimensions identitaires du sujet.

Après un rappel bibliographique de l'état des connaissances vis-à-vis de l'épidémiologie des troubles psychotiques aigus s'exprimant chez les sujets migrants, nous

abordons dans cet article la question de l'accueil des mineurs isolés dans des structures hospitalières lors d'états de crise en exposant un rapide relevé statistique des cas d'enfants reçus dans une unité d'urgences psychiatriques pour adultes à Marseille et en décrivant trois vignettes cliniques.

États psychotiques aigus chez le migrant

La plupart des auteurs s'accorde pour désigner le migrant comme un sujet né à l'étranger ou dont au moins l'un des parents est né à l'étranger [4, 15, 25, 26, 31, 36, 43, 52, 81, 87].

Les individus concernés par les publications scientifiques sont donc généralement ceux qui sont inscrits dans un mouvement migratoire mais également ceux (dits migrants de deuxième génération) qui descendent directement de migrants.

Données épidémiologiques

De nombreuses études, réalisées dans différents pays, ont évalué l'incidence de troubles psychiatriques aigus, principalement psychotiques, parmi les migrants. Elles ont dans l'ensemble été menées auprès de groupes culturellement hétérogènes [4, 7, 9, 10, 14, 15, 17, 18, 30, 31, 33, 34, 36, 50, 52, 57, 75, 76, 78]. En 1932, Ødegaard révélait dans ses travaux des taux de première hospitalisation qui apparaissaient dans des proportions deux fois plus importantes chez des migrants norvégiens aux États-Unis que pour des Américains résidant en Amérique et des Norvégiens habitant la Norvège [60]. Un certain nombre de publications a par la suite étayé ces constatations pour des populations migrantes de différentes origines, accueillies dans plusieurs pays du monde [14-18, 23, 29, 33, 34, 37, 43, 50, 55, 57, 70, 75, 78]. Saha *et al.* dans une méta-analyse sur la prévalence de la schizophrénie portant sur plus de 180 études menées sur 46 pays trouvaient des chiffres 1,8 fois plus importants chez les migrants que

chez les non-migrants [70]. Cantor-Graae et Selten dans une méta-analyse menée sur 18 études publiées entre 1977 et 2003, concernant les premières hospitalisations psychiatriques et leur incidence dans différents pays (Australie, Royaume-Uni, Pays-Bas, Suède, Danemark), retrouvaient un risque relatif vis-à-vis des troubles schizophréniques de 2,9 pour l'ensemble des migrants (de première et deuxième génération), de 2,7 pour les migrants de première génération, de 4,5 pour les enfants de migrants, de 3,3 pour les migrants en provenance de pays en voie de développement et de 4,8 pour les migrants venant de pays où la majorité des habitants étaient noirs [15]. Certains auteurs remarquaient que le fait d'avoir eu un vécu de transplantation géographique (ayant soi-même émigré ou étant descendant direct de migrant) était associé à un risque relatif de développer une schizophrénie qui se situait juste après celui qui est lié à un antécédent familial de maladie schizophrénique [14, 18, 31, 32, 36, 50, 52, 57, 81, 86].

Hypothèses étiopathogéniques

Les hypothèses formulées pour expliquer de telles proportions ont été nombreuses.

Celle du stress lié à la confrontation avec un environnement social majoritairement constitué d'individus culturellement différents a été suggérée [31, 46, 56, 63, 79, 80, 87]. Boydell *et al.* indiquent notamment que dans une région donnée, le taux de schizophrénie est négativement corrélié à la taille de la communauté migrante [9, 10]. Dans le même ordre d'idée, la prévalence de la schizophrénie augmenterait dans le groupe minoritaire d'une région géographique donnée par rapport au groupe majoritaire [4, 10, 19, 23, 24, 50, 84].

Plusieurs auteurs rappellent par ailleurs la plus grande disposition à l'errance chez certains sujets psychotiques, questionnant la sélection de personnes à risque de décompensation parmi les migrants [75, 77, 83].

La consommation plus fréquente de substances toxiques (alcool, cannabis, autres...), évoquée dans certains travaux [4, 9, 14, 16, 19, 31, 52, 57, 77, 81], n'est pas un comportement uniformément constaté chez les différentes populations migrantes et ne permet pas d'expliquer à elle seule la surreprésentation des pathologies psychotiques en leur sein. Diverses publications mentionnent l'exposition à des agents pathogènes inhabituels (virus neurotrophiques existant en Europe, carences vitaminiques et changements d'exposition solaire...) [20, 53, 54, 81]. D'autres interrogent l'influence des rapports politiques entre les pays d'origine et d'accueil (pays colonisateur-colonisé...) sur la représentativité des troubles psychiatriques parmi les migrants [81].

Certaines explications logiques, bien que nuancées par les travaux de quelques auteurs [75], attribuent la vulnérabilité accrue des individus émigrés vis-à-vis des troubles psychotiques à leur soumission plus fréquente

à des risques psychosociaux (conditions économiques défavorables, dysfonctionnements familiaux, isolement, discriminations raciales et sociales) [1, 9, 10, 13, 24, 25, 38, 39, 42, 56, 80, 84].

Se questionne en outre l'influence que peuvent avoir les motifs de la migration (est-elle contrainte ou non ?) et les circonstances de cette dernière (la personne a-t-elle fui un pays en guerre, a-t-elle subi des tortures et des persécutions ? Est-elle partie seule ? Son statut administratif est-il légal ou non dans son pays d'accueil ?), car ils sont autant d'éléments qui modifient profondément l'expérience subjective du sujet [3, 4].

Pour Nathan, la migration est un évènement psychique ayant en lui-même un impact traumatique sur l'individu [59]. L'exposition à différents types de traumatismes (« intellectuel », « de non-sens » répondant au modèle fourni par Bateson dans sa définition du « *double-bind* » qui s'appliquerait à des sujets soumis à des injonctions sociales et à des représentations identitaires contradictoires, traumatisme « migratoire », « perte du cadre culturel interne à partir duquel était décodée la réalité externe », vécus de deuils...) aurait un retentissement défavorable sur la psyché. Les conditions de la migration, ses raisons ainsi que les conditions d'accueil du migrant dans le pays cible viendraient moduler positivement ou négativement cet impact [56, 59, 71].

Sur le plan sémiologique, on sait que des symptômes de type psychotique (états confuso-stuporeux, syndromes délirants et dissociatif aigus, idées de persécution, hypochondriaques, mystiques, hallucinations sensorielles, moments de déréalisation et de dépersonnalisation, retraits autistiques) peuvent se manifester de manière plus ou moins transitoire et invalidante chez des personnes victimes de traumatismes et/ou déprimées en l'absence de toute structure psychique psychotique. Certains auteurs évoquent notamment le lien qui existe entre la gravité de l'évènement traumatique subi et la potentialité que s'expriment, en réaction, des symptômes psychotiques chez des sujets non psychotiques [6, 11, 28, 29, 60, 65, 73].

Pièges diagnostiques

Une littérature assez fournie répertorie d'ailleurs les erreurs diagnostiques que l'on peut faire dans des contextes transculturels, principalement lorsque la symptomatologie psychiatrique s'exprime de manière bruyante et aiguë chez des patients migrants [4, 44, 48].

Mukherjee *et al.* remarquaient en 1983 que les patients bipolaires afro-américains et hispano-américains qu'ils dénombraient encouraient, particulièrement lorsqu'ils étaient jeunes, un risque significativement plus élevé de se voir attribuer un diagnostic de schizophrénie par rapport aux patients caucasiens, du fait de phénomènes hallucinatoires plus fréquents lors des décompensations maniaques et/ou dépressives [4, 58].

Dans une étude menée au Royaume-Uni auprès d'individus de différentes origines ethniques, des expériences hallucinatoires étaient rapportées par 4 % des sujets caucasiens, 9,8 % des sujets originaires des Caraïbes et 2,3 % des sujets asiatiques. Après avoir passé un entretien standardisé (*Present State Examination*), il apparaissait que seuls 25 % des patients ayant expérimenté des hallucinations présentaient un authentique trouble psychotique, avec une grande variabilité interethnique puisque 50 % des patients caucasiens étaient diagnostiqués psychotiques, contre seulement 20 % des patients originaires des Caraïbes ou d'Asie [40]. Les constatations des auteurs les enjoignent à interroger la nature même du symptôme hallucinatoire en fonction du cadre culturel dans lequel il surgissait [4, 40, 77].

Il est cependant utile de relever que les résultats suscités rejoignent ceux d'autres travaux s'agissant de la proportion de sujets sains hallucinés en population générale, indépendamment de tout contexte migratoire [64].

Les troubles psychotiques aigus transitoires ou psychoses réactionnelles brèves, à distinguer des épisodes de décompensation schizophrénique, sont pour leur part régulièrement représentés parmi les sujets migrants. Les symptômes sont d'installation brutale et transitoire ; ils sont délirants, polymorphes et s'associent volontiers à des sensations de dépersonnalisation/déréalisation. L'instabilité thymique est fréquente ; ils évoluent généralement sur moins d'un mois et sont de pronostic favorable en cas de prise en charge appropriée [86].

Dans tous les cas, la question du bien-fondé des diagnostics émis en situation d'urgence chez des patients exprimant des troubles influencés par le contexte migratoire se pose. Kleinman propose le concept de « *category fallacy* » pour désigner l'application à un groupe culturel de critères diagnostiques définis au sein d'un autre groupe et dont la validité transculturelle n'a pas été établie ; il évoque le risque élevé de commettre des erreurs diagnostiques (« *misdiagnosis* »), notamment pour les pathologies de spectre psychotique, et celui d'hospitaliser à tort des individus sous-contrainte [2, 4, 28, 58, 65, 68, 73, 74, 82, 85].

Le guide de formulation culturelle du DSM-IV, élaboré dans le but de s'affranchir autant que possible de ce type d'erreurs, fait un rappel des aspects que peuvent prendre des troubles psychiques en fonction des contextes culturels et sociaux dans lesquels ils se manifestent. Il incite les praticiens à compléter l'anamnèse du patient par le récit du vécu de l'expérience migratoire [4, 5, 44, 45, 47, 65, 82].

Enfin, notons que de nombreux auteurs relèvent une prise de contact des migrants avec les dispositifs de soins des pays d'accueil souvent difficile. La distance culturelle avec les équipes sanitaires, la méconnaissance du système, une tolérance parfois plus importante du milieu familial aux troubles qu'exprime le sujet sont des éléments qui peuvent expliquer leur moindre orientation vers les structures

ambulatoires, un recours plus systématique aux services d'urgences et un taux plus important d'hospitalisations sous-contrainte [19, 26, 48, 62, 63, 69, 77].

Cas des mineurs isolés étrangers en France

Dimension juridique

Le droit français ne donne aucune définition précise du « mineur isolé étranger » mais ce terme, sans conférer un statut, identifie juridiquement les différents régimes dont il relève. « Mineur » (qui n'a pas atteint l'âge de la majorité légale) renvoie à une incapacité juridique, à la nécessité d'une représentation légale et à une protection au titre de l'enfance ; « isolé » se réfère à l'idée d'un danger et à un besoin de protection en l'absence d'adulte ayant l'autorité parentale ; « étranger » renvoie au droit des étrangers (lois sur l'immigration, droit au séjour, droit d'asile).

En France, la législation sur la protection de l'enfance fait donc primer la condition de l'enfant et assimile les mineurs isolés étrangers aux enfants nationaux [49].

Dimension épidémiologique

Estimé entre 8 000 et 9 000 individus sur le territoire français en 2013, le nombre de mineurs isolés étrangers semble être en constante évolution depuis une quinzaine d'années. Ces derniers sont essentiellement originaires de Roumanie, du Maghreb, de Chine, d'Albanie et de pays africains. Angelina Etiemble, sociologue, identifie principalement cinq catégories de mineurs isolés en fonction de leur histoire et des raisons pour lesquelles ils ont quitté leur pays [12, 21] :

- « les exilés » fuyant une région en guerre, des persécutions, un enrôlement militaire forcé. Ils sont fréquemment demandeurs d'asile, transitant par des camps de réfugiés, chez des proches, dans des communautés religieuses ou des organisations humanitaires ;
- « les mandatés » envoyés en Occident par leurs parents pour y poursuivre leurs études, travailler, envoyer de l'argent à leurs proches et échapper à une situation économique et sanitaire précaire ;
- « les exploités » victimes de la traite (réseaux de prostitution, d'activités délictueuses, de mendicité...), contraints au travail clandestin et illégal ;
- « les fugueurs » qui ont quitté le domicile familial ou l'institution dans laquelle ils étaient placés ;
- « les errants » qui étaient déjà en situation de rue dans leur pays et qui ont, au cours de leur errance, franchi plusieurs frontières.

Dimension politique : les mineurs isolés

Un dispositif de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation a été installé en mai 2013 en France, afin

de réguler les flux d'arrivée des mineurs isolés étrangers sur le territoire national. Ce dispositif permet d'organiser en urgence un accueil provisoire pour eux, mais également de les auditionner dans le but d'évaluer leur situation de minorité (l'expertise d'un médecin légiste peut être requise en cas de doute sur l'authenticité des documents d'identité fournis), d'isolement et de vulnérabilité. L'État français est susceptible de prendre financièrement en charge un individu pour une durée limitée, en attendant la conclusion sur son statut de mineur et en vue de son orientation. Enfin, le Parquet pourra ordonner une mesure de placement et confier le mineur isolé à l'aide sociale à l'enfance qui assurera, jusqu'à sa majorité, son accès aux systèmes de protection sociale, d'éducation et de santé, conformément à la Convention internationale des droits de l'enfant. Un administrateur *ad hoc*, désigné par le juge a par ailleurs la possibilité d'aider le mineur étranger à exercer ses droits, à demander asile et à former un recours contre une décision juridique ou administrative.

Les structures qui accueillent des mineurs isolés étrangers en France regroupent des services spécialisés d'accueil et d'accompagnement sous tutelle des conseils généraux, des associations, des maisons d'enfants à caractère social [12]. . .

Données statistiques concernant l'accueil de mineurs étrangers sur une unité d'urgences psychiatriques à Marseille

Les enfants peuvent être pris en charge à l'unité d'accueil des urgences psychiatriques (UAUP) adultes de l'hôpital de la Conception à Marseille à partir de 16 ans, selon une convention passée avec les pédopsychiatres.

En répertoriant les hospitalisations de tous les individus de moins de 18 ans enregistrés sur l'année 2013 au sein de l'UAUP de l'hôpital de la Conception, on comptabilisait sur 52 patients, huit mineurs étrangers (de nationalité étrangère, en France depuis moins de 2 ans ; 15 % de l'effectif total : 6 garçons et 2 filles). Parmi eux, deux étaient hébergés par des membres de la famille, les six autres (11 % de l'effectif total) étaient en foyers ou en centres d'accueil pour demandeurs d'asile et avaient un statut de mineur isolé étranger. Les diagnostics posés étaient pour six enfants des diagnostics d'épisodes délirants aigus : quatre étaient hospitalisés dans des services de psychiatrie adulte à l'issue de leur prise en charge à l'UAUP ; les deux autres séjournaient entre 24 et 72 heures aux urgences psychiatriques : le premier regagnait ensuite son lieu d'hébergement avec la mise en route d'un suivi dans un centre médico-psychologique, la seconde était orientée vers une clinique pour adolescents. Les autres diagnostics étaient une décompensation dépressive post-traumatique et une crise suicidaire. Les enfants

étaient originaires du Maghreb (Algérie, Maroc), d'Afrique noire (Soudan, Nigéria, Côte-d'Ivoire), des Comores et de Mayotte.

Présentation de trois cas cliniques

Les cas cliniques présentés dans ce travail se réfèrent à trois situations rencontrées aux urgences psychiatriques à l'hôpital de la Conception à Marseille entre 2012 et 2014.

Idriss, 16 ans, était pris en charge après l'intervention de marins pompiers au foyer dans lequel il était hébergé pour des troubles du comportement avec hétéro-agressivité sous-tendus par un sentiment de persécution. Originaire du Maroc où il disait avoir été enfant des rues, il était arrivé en France en passant par l'Italie et ne parlait quasiment pas français. On relevait qu'il consommait massivement du cannabis. À l'entretien d'accueil, il évoquait des conflits entre Marocains et Algériens au foyer. Il était anxieux, avait des sourires immotivés et disait qu'il pensait être là « pour qu'on regarde son cerveau ». Cela faisait deux semaines qu'il soliloquait et s'isolait. Selon l'éducateur qui l'accompagnait, les symptômes décrits rompaient brutalement avec son état antérieur. Suite à un placement bref en chambre d'isolement thérapeutique, motivé par des conduites auto-agressives accompagnées d'un refus de soins, une alliance d'assez bonne qualité finissait par s'établir entre l'équipe soignante et lui. Les entretiens pouvaient être menés avec l'aide d'un infirmier arabophone. Idriss acceptait de prendre un antipsychotique incisif. Après quelques jours d'hospitalisation aux urgences psychiatriques, un retour au foyer était envisagé. Nous nous mettions en contact avec un centre de consultations intersectoriel pour adolescents et prévoyions un rendez-vous de contrôle aux urgences psychiatriques. Le directeur du foyer nous indiquait par la suite qu'Idriss avait stoppé toute prise en charge médicale et qu'il s'isolait à nouveau. Le jeune homme arpentait chaque matin le port de Marseille et demandait à regagner le Maroc. L'équipe du foyer se rapprochait d'une association basée dans la ville de Casablanca, dans le but de permettre le rapatriement du jeune homme. Nous avons un an plus tard l'information selon laquelle Idriss avait rejoint le Maroc et apprenions qu'il avait été hospitalisé en psychiatrie à Casablanca.

Samba, 17 ans, est un jeune homme originaire de Guinée-Conakry, qui était passé par la Lybie, pays où il avait séjourné durant plusieurs mois jusqu'à la guerre civile avant de gagner l'Italie puis la France. Il nous était adressé par un éducateur du foyer dans lequel il résidait depuis deux ans, suite à rupture brutale avec son état habituel trois jours plus tôt : les symptômes consistaient en une désorganisation psychique avec phénomènes hallucinatoires et rires immotivés, accompagnée d'angoisse. Samba fuyait sa chambre, prétextant une présence malveillante, et était constamment

en demande d'un soutien des éducateurs ou des membres du personnel de nuit. Il était en outre convaincu d'avoir mis enceinte la sous-directrice du foyer et d'être responsable de sa grossesse en cours. Il concédait une consommation régulière de cannabis. On retenait également la présence de perturbations instinctuelles avec notamment une insomnie marquée. En entretien, il se montrait assez hermétique. Le seul évènement qu'il était capable de rapporter était la visite d'une femme dans sa chambre, qu'il avait vue ou rêvée et qui l'avait surpris alors qu'il faisait sa prière. Samba était par ailleurs décrit comme un jeune homme discret bien qu'investi dans la vie en collectivité. Il avait débuté un stage dans les espaces verts, et semblait éprouver une certaine motivation à sa tâche. On apprenait qu'il avait quitté la Guinée car il était le plus grand de sa fratrie et venait tenter sa chance en Europe. Il était décidé de l'hospitalier aux urgences psychiatriques ; il était accueilli initialement en chambre d'isolement thérapeutique du fait de troubles du comportement et d'un refus de soins. Un traitement par antipsychotique était débuté. Les perturbations comportementales s'amendaient rapidement, autorisant sa sortie de chambre fermée en moins de 24 heures ; le début d'alliance entre l'équipe des urgences psychiatriques et lui permettait quelques jours après d'envisager un retour au foyer avec pour corollaire l'initiation, avec son accord, d'un accompagnement par une équipe médico-éducative mobile spécialisée dans la prise en charge des situations de rupture chez des adolescents. Un peu plus d'une semaine plus tard, Samba était de nouveau reçu aux urgences psychiatriques. Il avait décidé d'interrompre le traitement prescrit et avait refusé de revoir les membres de l'équipe mobile. En entretien, le contact était assez bon mais le jeune homme était visiblement tendu ; il avait inquiété les membres du foyer en vidant sa chambre et en tambourinant sur les murs suite à un conflit avec un autre hébergé. Le discours était énigmatique ; il se disait soupçonneux vis-à-vis des autres jeunes (sans raison objective) et n'adhérait à aucun protocole de soin et de suivi. Il était hospitalisé sur les urgences psychiatriques. En l'absence de place disponible sur le service correspondant au secteur de l'adresse du foyer, il demeurait quelques jours dans notre unité. Samba refusait catégoriquement la perspective d'une hospitalisation en psychiatrie ; il s'ouvrait en revanche un peu plus au projet d'un accompagnement ambulatoire (en consultation et sur le foyer). Cela nous permettait de consolider l'accroche initiée avec les membres de l'équipe mobile médico-éducative, qu'il avait de nouveau l'occasion de rencontrer. Le jeune homme finissait par quitter les urgences psychiatriques contre l'avis de l'équipe soignante mais était revu en consultation la semaine suivante. Il allait nettement mieux et assurait qu'il acceptait le suivi ambulatoire. Après quelques semaines, l'amélioration de ses troubles se confirmait ; Samba reprenait pied dans la vie collective au sein du foyer. Nous l'accueillions malheureusement aux urgences psychiatriques deux mois plus tard, suite à

l'agression violente d'un autre adolescent. Considérant la fragilité de l'alliance thérapeutique, la persistance d'un état de tension et de méfiance pathologique et prenant en compte la gravité de ses actes, nous indiquions une hospitalisation en secteur adulte.

Kwaku, 16 ans, originaire du Ghana, était accompagné d'un éducateur aux urgences psychiatriques après qu'il ait tenté de se pendre au foyer qui l'hébergeait. Il disait avoir fui son pays deux ans auparavant, emmenant avec lui sa sœur, afin d'échapper à un sacrifice humain dans leur village ; il avait rejoint la France sur une embarcation précaire ; trois personnes seraient décédées au cours de la traversée de la mer Méditerranée. Nous apprenions qu'il attendait d'être transféré sur un autre établissement dans le Gard. Ce faisant, il craignait de perdre le lien qu'il avait établi avec une association marseillaise qui s'était engagée dans des démarches pour l'aider à retrouver sa sœur. On notait en entretien la présence d'éléments dépressifs francs, s'accompagnant de ce qu'il présentait comme des reviviscences douloureuses de scènes du passé. Le sommeil et l'appétit étaient perturbés. Nous nous entendions avec lui pour la mise en route d'un suivi ambulatoire et lui prescrivions, pour une durée courte, un anxiolytique et un hypnotique. Un mois et demi plus tard, Kwaku ingérait brutalement de l'eau de Javel et était à nouveau adressé aux urgences générales puis psychiatriques. Toujours dans l'angoisse d'être transféré dans le Gard, il se plaignait de cauchemars et de sensations oniroïdes ; il disait notamment que des individus de son village le pourchassaient et qu'ils étaient sur le point de le retrouver. L'inquiétude pour sa sœur, dont il disait ignorer si elle était vivante ou morte, revenait dans son discours. Le jeune homme séjournait finalement plusieurs jours en unité fermée avant de rejoindre un service ouvert sur son secteur hospitalier. Les troubles s'amendaient progressivement. Il recevait un antipsychotique, des anxiolytiques et, dans un second temps, un antidépresseur. Une épilepsie était dépistée en cours d'hospitalisation. Son transfert dans le Gard était suspendu, après qu'un signalement stipulant les difficultés d'une telle démarche au vu du contexte ait été fait aux services de l'aide sociale à l'enfance. Kwaku s'engageait dans un suivi ambulatoire de secteur suite à son hospitalisation. Quelques mois plus tard, il envisageait d'intégrer une formation professionnelle.

Conclusion

Nous avons inclus dans ce travail une étude rétrospective sur dossiers qui rapporte, sur une année passée au sein d'une unité d'urgences psychiatriques adulte à Marseille, un taux d'admissions de mineurs isolés étrangers qui nous semble important. Le diagnostic retenu était pour chacun d'entre eux celui de trouble psychotique aigu transitoire. La petite taille de la population étudiée ne nous autorise à tirer aucune conclusion mais nous pourrions envisager la réalisation

d'une enquête multicentrique et prospective afin de préciser ces résultats. Nous rapportons également trois situations cliniques qui impliquent des jeunes gens inscrits dans des problématiques contrastées du fait d'histoires migratoires différentes. On note cependant que des éléments délirants s'expriment dans les trois cas et que des dispositifs de contention physique (chambres d'isolement thérapeutique, secteur fermé) sont utilisés à chaque fois. Cela questionne à notre sens le caractère brutal de leur rencontre avec le milieu de soins et interroge les possibilités d'intervention en amont de cette rencontre, lorsque les premiers troubles ont débuté. La symptomatologie délirante est, dans les deux premiers cas, bruyante, floride, peu systématisée, et s'apparente volontiers aux critères de l'épisode psychotique aigu [86]. Dans les trois situations, la prise en considération du contexte dans lequel évoluent des individus mineurs isolés, hébergés dans des foyers d'accueil au milieu d'autres enfants en difficulté, avec des vécus migratoires traumatiques, est primordiale. L'utilisation de leviers thérapeutiques, tels que les équipes mobiles pluridisciplinaires, permet d'envisager une alternative au choix dichotomique « retour vers le lieu de vie avec des rendez-vous ambulatoires plus ou moins rapides » versus « hospitalisation en secteur psychiatrique adulte » que l'on peut faire dans des services d'urgences psychiatriques. L'intervention des équipes mobiles peut favoriser une lecture clinique plus globale car elle a lieu dans le milieu habituel du sujet [8, 41]. Dans tous les cas, la création d'espaces de rencontre avec les patients autorise le soin en ce sens qu'au-delà de toute considération culturelle, elle potentialise le récit et est vectrice de transferts et d'affects [4, 51, 65].

On doit par ailleurs être attentif à la situation sociale et administrative du « mineur isolé étranger » dont la précarité contribue à son sentiment d'insécurité ; l'échéance du passage à la majorité, qui remet en question le placement contractuel dans une structure d'accueil et/ou le maintien sur le territoire, est un facteur de stress potentiel, susceptible de participer à l'éclosion des troubles.

La clinique des migrants, dans l'urgence, répond donc à l'expression de symptômes polymorphes et brutaux qu'il convient d'appréhender au mieux dans un contexte transculturel. Il paraît essentiel d'interroger les perceptions que l'on peut avoir en tant que soignant face à des manifestations qui témoignent souvent de l'expérience psychique induite par la migration, ses circonstances et par les conditions d'arrivée et d'accueil sur le territoire élu.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Allardyce J, Boydell J. Review: the wider social environment and schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006 ; 32 : 592-8 [Epub, review].
2. Baubet T. L'évaluation clinique en situation transculturelle. In : Baubet T, Moro MR, eds. *Psychopathologie transculturelle*. Paris : Masson, 2009, p. 91-106.
3. Baubet T, Rezzoug D. Méthodes en recherche transculturelle. In : Baubet T, Moro MR, eds. *Psychopathologie transculturelle*. Paris : Masson, 2009, p. 265-74.
4. Baubet T, Taïeb O, Guillaume J, Moro MR. Les états psychotiques chez les jeunes migrants et enfants de migrants. *Encephale* 2009 ; 35 : 219-23.
5. Baubet T, Taïeb O, Heidenreich F, et al. Culture et diagnostic psychiatrique : l'utilisation du guide de formulation culturelle du DSM-IV en Clinique. *Ann Med Psychol* 2005 ; 163 : 38-44.
6. Bessoles P. Psychose post-traumatique : contribution à une théorisation dynamique du traumatisme aigu post-immédiat. *Encephale* 2006 ; 32 : 729-37.
7. Bhugra D, Hilwig M, Hossein B, et al. First contact incidence rates of schizophrenia in Trinidad and one-year follow up. *Br J Psychiatry* 1996 ; 169 : 587-92.
8. Botbol M. *Des équipes mobiles pour l'accès aux soins des adolescents en institution éducative ? Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté*. Issy-les-moulineaux : Masson, 2009, p. 147-155.
9. Boydell J, van Os J, McKenzie K, Murray RM. The association of inequality with the incidence of schizophrenia, an ecological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004 ; 39 : 597-9.
10. Boydell J, van Os J, McKenzie K, et al. Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interactions with environment. *BMJ* 2001 ; 323 : 1336-8.
11. Bryden B. Culture, dépression et épidémiologie : apport d'une démarche d'épidémiologie multicentrique à une réflexion sur une clinique transculturelle du trouble dépressif. *Info Psychiatr* 2003 ; 79 : 895-901.
12. *Bulletin Officiel* du Ministère de la Justice n° 2013-06 du 28 juin 2013 - JUSF1314192C.
13. Cantor-Graae E. The contribution of social factors to the development of schizophrenia: a review of recent findings. *Can J Psychiatry* 2007 ; 52 : 277-86.
14. Cantor-Graae E, Pedersen CB. Risk of schizophrenia in second-generation immigrants: a Danish population-based cohort study. *Psychol Med* 2007 ; 37 : 485-94 [Epub].
15. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry* 2005 ; 162 : 12-24.
16. Cantor-Graae E, Zolkowska K, McNeil TF. Increased risk of psychotic disorder among immigrants in Malmö: a 3-year first-contact study. *Psychol Med* 2005 ; 35 : 1155-63.
17. Coïd JW, Kirkbride JB, Barker D, et al. Raised incidence rates of all psychoses among migrant groups: findings from the East London first episode psychosis study. *Arch Gen Psychiatry* 2008 ; 65 : 1250-8.
18. Corcoran C, Perrin M, Harlap S, et al. Incidence of schizophrenia among second-generation immigrants in the Jerusalem Perinatal Cohort. *Schizophr Bull* 2009 ; 35 : 596-602.
19. Davies S, Thornicroft G, Leese M, Higgingsbotham A, Phelan M. Ethnic differences in risk of compulsory psychiatric

- admission among representative cases of psychosis in London. *BMJ* 1996 ; 2 : 533-7.
20. Dealberto MJ. Why are immigrants at increased risk for psychosis? Vitamin D insufficiency, epigenetic mechanisms, or both? *Med Hypotheses* 2007 ; 68 : 259-67 [Epub].
 21. Etiemble A. Les mineurs isolés étrangers en France. Évaluation quantitative de la population accueillie à l'Aide sociale à l'enfance. Paris : *Revue Migrations études*, 2002.
 22. Fabreguettes C, Choukem S, Akwo E, Porcher R, Bouché C, *et al.* POS5 Diabète de type 2 chez les patients originaires d'Afrique sub-saharienne : influence de la migration. *Diabetes Metab* 2010 ; 36 (Suppl. 1) : A29.
 23. Fearon P, Kirkbride JB, Morgan C, *et al.* Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: results from the MRC AESOP Study. *Psychol Med* 2006 ; 36 : 1541-50 [Epub].
 24. Fossion P, Ledoux Y, Valente F, *et al.* Psychiatric disorders and social characteristics among second-generation Moroccan migrants in Belgium: an age-and-gender controlled study conducted in a psychiatric emergency department. *Eur Psychiatry* 2002 ; 17 : 443-50.
 25. Fossion P, Servais L, Rejas MC, Ledoux Y, Pelc I, Minner P. Psychosis, migration and social environment: an age-and-gender controlled study. *Eur Psychiatry* 2004 ; 19 : 338-43.
 26. Gentilini M, Brucker G, Montvalon R. *La santé des Migrants. Rapport au Ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, et au Secrétaire d'État chargé de la Santé.* Paris : La Documentation française, 1986.
 27. Haasen C, Yagdiran O, Mass R. Differences between psychopathological evaluation in German and Turkish language of Turkish immigrants. *Nervenarzt* 2000 ; 71 : 901-5 [German].
 28. Haasen C, Yagdiran O, Mass R, Krausz M. Potential for misdiagnosis among Turkish migrants with psychotic disorders: a clinical controlled study in Germany. *Acta Psychiatr Scand* 2000 ; 101 : 125-9.
 29. Haasen C, Yagdiran O, Mass R, Krausz M. Schizophrenic disorders among Turkish migrants in Germany. A controlled clinical study. *Psychopathology* 2001 ; 34 : 203-8.
 30. Hanoeman M, Selten JP, Kahn RS. Incidence of schizophrenia in Surinam. *Schizophr Res* 2002 ; 54 : 219-21.
 31. Harrison G. Searching for the causes of schizophrenia: the role of migrant studies. *Schizophr Bull* 1990 ; 16 : 663-71.
 32. Harrison G. Trajectories of psychosis: towards a new social biology of schizophrenia. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2004 ; 13 : 152-7.
 33. Hickling FW. The epidemiology of schizophrenia and other common mental health disorders in the English-speaking Caribbean. *Rev Panam Salud Publica* 2005 ; 18 : 256-62.
 34. Hickling FW, Rodgers-Johnson P. The incidence of first contact schizophrenia in Jamaica. *Br J Psychiatry* 1995 ; 167 : 193-6.
 35. Huraux-Rendu C, Attah C, Bourddlon F. La migration familiale pathologique de la femme migrante et des nouveau-nés, étude des facteurs de risque et recherche de mesures préventives. *Rev Praticien* 1984 ; 34 : 3231-9.
 36. Hutchinson G, Haasen C. Migration and schizophrenia: the challenges for European psychiatry and implications for the future. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004 ; 39 : 350-7 [Review].
 37. Hutchinson G, Takei N, Fahy TA, Bhugra D, Gilvarry C, Moran P, *et al.* Morbid risk of schizophrenia in first-degree relatives of white and African-Caribbean patients with psychosis. *Br J Psychiatry* 1996 ; 169 : 776-80.
 38. Jarvis GE. The social causes of psychosis in North American psychiatry: a review of a disappearing literature. *Can J Psychiatry* 2007 ; 52 : 287-94.
 39. Jellali IA, Zarrouk L, Jellali MA, Nasr M. Schizophrénie et immigration ; influence des facteurs psychosociaux. *Evol Psychiatr* 2014 ; 79 : 421-7.
 40. Johns LC, Nazroo JY, Bebbington P, *et al.* Occurrence of hallucinatory experiences in a community sample and ethnic variations. *Br J Psychiatry* 2002 ; 180 : 174-8.
 41. Kannas S, Robin M. *Interventions psychiatriques au domicile et équipes mobiles ; Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté.* Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009, p. 11-33.
 42. Kirkbride JB, Barker D, Cowden F, *et al.* Psychoses, ethnicity and socio-economic status. *Br J Psychiatry* 2008 ; 193 : 18-24.
 43. Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C, *et al.* Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AESOP study. *Arch Gen Psychiatry* 2006 ; 63 : 250-8.
 44. Kirov G, Murray RM. Ethnic differences in the presentation of bipolar affective disorder. *European Psychiatry* 1999 ; 14 : 199-204.
 45. Kleinman A. Depression, somatization, and the « new cross-cultural psychiatry ». *Soc Sci Med* 1977 ; 11 : 3-10.
 46. Kleinman A. *The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition.* New-York : Basic Books, 1988.
 47. Kleinman A. How is culture important for DSM-IV?. In : Mezzich JE, Kleinman A, Fabrega H, Parron DL, éd. *Culture and psychiatric diagnosis.* Washington : American Psychiatric Press, 1996, p. 15-25.
 48. Koffman J, Fulop N, Pashley D, Coleman K. Ethnicity and use of acute psychiatric beds: One-day survey in North and South Thames regions. *Br J Psychiatry* 1997 ; 171 : 238-41.
 49. Laurant S. *Enfance en danger : les mineurs isolés étrangers.* Paris : Mipes, 2011.
 50. Laurens KR, West SA, Murray RM, *et al.* Psychotic-like experiences and other antecedents of schizophrenia in children aged 9-12 years: a comparison of ethnic and migrant groups in the United Kingdom. *Psychol Med* 2008 ; 38 : 1103-11.
 51. Lazignac C, Damsa C, Cailhol L, Andreoli A, Pichene C, Moro MR. Facteurs sociodémographiques et construction de l'alliance thérapeutique aux urgences psychiatriques. *Ann Med Psychol* 2005 ; 163 : 53-7.
 52. Leaö TS, Sundquist J, Frank G, Johansson LM, Johansson SE, Sundquist K. Incidence of schizophrenia or other psychoses in first- and second generation immigrants: a national cohort study. *J Nerv Ment Dis* 2006 ; 194 : 27-33.

53. McGrath J. Hypothesis: is low prenatal vitamin D a risk-modifying factor for schizophrenia? *Schizophr Res* 1999 ; 40 : 173-7.
54. McGrath J, Eyles D, Mowry B, Yolken R, Buka S. Low maternal vitamin D as a risk factor for schizophrenia: a pilot study using banked sera. *Schizophr Res* 2003 ; 63 : 73-8.
55. Mahy GE, Mallett R, Leff J, *et al.* First-contact incidence rate of schizophrenia on Barbados. *Br J Psychiatry* 1999 ; 175 : 28-33.
56. Moro MR. *Parents en exil. Psychopathologie et migration.* Paris : PUF, 1994.
57. Mortensen PB, Cantor-Graae E, McNeil TF. Increased rates of schizophrenia among immigrants: some methodological concerns raised by Danish findings. *Psychol Med* 1997 ; 27 : 813-20.
58. Mukherjee S, Shukla S, Woodle J, *et al.* Misdiagnosis of schizophrenia in bipolar patients: a multiethnic comparison. *Am J Psychiatry* 1983 ; 140 : 1571-4.
59. Nathan T. La fonction psychique du trauma. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1987 : 7-10.
60. Ødegaard Ø. Emigration and insanity. *Acta Psychiatr Neurol Scand* 1932; (4 Supp1) : 1-206.
61. Ornelas IJ, Perreira JM. The role of migration in the development of depressive symptoms among latino immigrant parents in the USA. Original Research Article. *Soc Sci Med* 2011 ; 73 : 1169-77.
62. Parkman S, Davies S, Leese M, Phelan M, Thornicroft G. Ethnic differences in satisfaction with mental health services among representative people with psychosis in south London: PriSM study. *Br J Psychiatry* 1997 ; 171 : 260-4.
63. Perkins RE, Moodley P. Perception of problems in psychiatric patients: Denial, race and service usage. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993 ; 28 : 189-93.
64. Preti A, Sisti D, Rocchi MBL, *et al.* Prevalence and dimensionality of hallucination-like experiences in young adults. *Comprehensive Psychiatry* 2014 ; 55 : 826-36.
65. Radjack R. *Peut-on objectiver et éviter les erreurs diagnostiques en situation transculturelle ?* [Thèse de Médecine]. Tours : Université François Rabelais, 2009.
66. Raulin A, Cuche D, Kuczynski L, éd. Anthropologie et migrations. Parcours et recherches. *Revue Européenne des Migrations Internationales* 2009 ; 25 : 2009.
67. Raveau F. Adaptation des migrants. *Migrations Santé* 1988 ; 56 : S1-13.
68. Reeves S, Hudson S, Fletcher H, Sauer J, Stewart R, Howard R. Are Black Caribbean patients more likely to receive an incorrect diagnosis of very late-onset schizophrenia-like psychosis than their white British counterparts? *Am J Geriatr Psychiatry* 2003 ; 11 : 674-7.
69. Roberts N, Cawthorpe D. Immigrant child and adolescent psychiatric referrals: a five-year retrospective study of Asian and Caucasian families. *Can J Psychiatry* 1995 ; 40 : 252-6.
70. Saha S, Chant D, Welham J, *et al.* A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med* 2005 ; 2 : e141.
71. Scott J, Chant D, Andrews G, Martin G, Mc Grath J. Association between trauma exposure and delusional experiences in a large community-based sample. *Br J Psychiatry* 2007 ; 190 : 339-43.
72. Scotto JC, Boucebc M, Trouve JN. *Les dépressions du migrant maghrébin. La Maladie Dépressive.* Rue 11 Malmaison : Laboratoire CIBA, 1983, pp. 397-410.
73. Selod S. *Difficultés diagnostiques chez les patients d'une autre culture. Pourquoi certains patients dépressifs sont-ils diagnostiqués comme psychotiques ?* Lille : Th Méd, 1998.
74. Selten JP, Hoek HW. Does misdiagnosis explain the schizophrenia epidemic among immigrants from developing countries to Western Europe? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008 ; 43 : 937-9.
75. Selten JP, Veen N, Feller W, Blom JD, Schols D, Camoenië W, *et al.* Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2001 ; 178 : 367-72.
76. Senior PA, Bhopal R. Ethnicity as a variable in epidemiological research. *BMJ* 1994 ; 309 : 327-30.
77. Sharpley M, Hutchinson G, McKenzie K, *et al.* Understanding the excess of psychosis among the Afro-caribbean population in England. *Br J Psychiatry* 2001 ; 178 (suppl. 40) : s60-8.
78. Smith GN, Boydell J, Murray RM, *et al.* The incidence of schizophrenia in European immigrants to Canada. *Schizophr Res* 2006 ; 87 : 205-11.
79. Sturm G. Le rôle de l'ethnicité en psychothérapie: une étude sur le vécu subjectif des appartenances. *L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés* 2000 ; 1 : 339-47.
80. Tidey JW, Miczek KA. Social defeat stress selectively alters mesocorticolimbic dopamine release: an in vivo microdialysis study. *Brain Res* 1996 ; 721 : 140-9.
81. Tortelli A, Kourio H, Ailam L, Skurnik N. Psychose et migration, une revue de la littérature. *Ann Med Psychol* 2009 ; 167 : 459-63.
82. Ulman AM, Bar F. Idiom of distress or delusional state? Cultural clash as the cause of misdiagnosis: a case report. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2010 ; 48 : 60-4.
83. Van Der Ven E, Dalman C, Wicks S, Allebeck P, Van Os J, Selten JP. Poster # m 128 Testing Ødegaard's selective migration hypothesis : A longitudinal cohort study of risk factors for non-affective psychotic disorder among prospective emigrants. *Schizophr Res* 2014 ; 153 (Suppl 1) : S236.
84. Van Os J, Driessen G, Gunther N, Delespaul P. Neighbourhood variation in incidence of schizophrenia. Evidence for person-environment interaction. *Br J Psychiatry* 2000 ; 176 : 243-8.
85. Veen ND, Selten JP, Schols D, *et al.* Diagnostic stability in a Dutch psychosis incidence cohort. *Br J Psychiatry* 2004 ; 185 : 460-4.
86. Weibel H, Metzger JY. Psychoses délirantes aiguës. *EMC-Psychiatrie* 2005 ; 2 : 40-61.
87. Weiser M, Webeloff N, Vishna T, *et al.* Elaboration on immigration and risk for schizophrenia. *Psychol Med* 2008 ; 38 : 1113-9.