

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2017

2017 TOU3 1639

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Robin MARTIN

le lundi 30 octobre 2017

Diagnostic précoce de la schizophrénie en contexte transculturel

Directeur de thèse : Docteur Laelia BENOIT

JURY

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD	Président
Madame le Professeur Marie-Rose MORO	Assesseur
Monsieur le Professeur Philippe BIRMES	Assesseur
Madame le Docteur Laelia BENOIT	Assesseur
Monsieur le Docteur Michel VIGNES	Suppléant

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEL B.	Professeur Honoraire	M. FABRE
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLALUX	Professeur Honoraire	M. CABARRIOT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENOUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFE
Professeur Honoraire	M. DURRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSÉ
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUIERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUSTARD
Professeur Honoraire	M. GALMIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERRE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REBE
Professeur Honoraire	M. GAURET	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FRENNOS
Professeur Honoraire	M. DES	Professeur Honoraire	M. CARRIÈRE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARGET
Professeur Honoraire	M. REIGNER	Professeur Honoraire	M. WOLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHIZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABDAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RIMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
Professeur Honoraire	M. BÉRONNES	Professeur Honoraire	M. RABINAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. AGNE J.
Professeur Honoraire	M. BOURHOURE	Professeur Honoraire	M. CIRCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIEN	Professeur Honoraire	M. FORTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY J.J.
Professeur Honoraire	M. GOUD		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

Professeurs Émérites

Professeur LARROUY	Professeur J. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTE	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVEI	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEL	Professeur B. MAZERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H.	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médecine
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUSQUE D. (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVAUD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Plastologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEM F.	Généraliste
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. FERRET B. (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. REICHER Ch.	Pathologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RNEBE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.F)	Sciences Cellulaires
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.F. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

Mme BEYNE-BAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie Thoracique et Cardio-vascul.
M. BUREAU Ch.	Hépatogastro-Entéro
M. CALVAS P.	Généraliste
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, med. d'urgence, addic.
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt. Fonct.
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIE P.	Ophthalmologie
M. GAME X.	Urologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUMERS F.	Anatomie
M. LEBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZERES J.	Pneumologie
M. MOLINER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. OLIVOT J.M.	Neurologie
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOLX F.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-Entérologie
M. RENCALLU J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SAVIGNES F.	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOX J-CH.	Neurochirurgie

P.U.

M. GENTRICE S.	Médecine Générale
----------------	-------------------

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. BUSCAILL L.	Hépatogastro-Entérologie	Mme BURR-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Réconstructive	M. DELOBEL P.	Médecine Infectieuse
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme GUILY-BOURIANCK B.	Thérapeutique
Mme COURTADE SANDI M.	Histologie Embryologie	M. COURBON	Biophysique
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DAMBIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme DELUSLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologique	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DELORE J.P.	Cancerologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GARRIDO-STOYMAS I.	Chirurgie Plastique
M. GÉRALD G.	Neurologie	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. GROLLEAU RADUX J.L.	Chirurgie plastique
M. GOURDY P.	Endocrinologie	Mme GUMBALD R.	Cancerologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention	M. HUYGHE E.	Urologie
Mme HAMMRE H. (C.E)	Endocrinologie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. KAMAR N.	Néphrologie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Génitale et Gynécologique
M. LABRIE V.	Neurologie	M. MARCHFX B.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
M. LEVADE T.	Biochimie	Mme MAZERBURY J.	Dermatologie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophtalmologie	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. FLANTE P.	Urologie	M. ROLLAND Y.	Général
M. RAYNAUD J.Ph.	Psychiatrie Interne	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. RITZ P.	Nutrition	M. SALLER L.	Médecine Interne
M. ROCHE H. (C.E)	Cancerologie	M. SÉLALAT J.M.	Médecine du Travail
M. RUSTANG L. (C.E)	Néphrologie	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. WAYSNERE Ch.	Gynécologie Obstétricale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	M. YERGÉZ S.	O.R.L.
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SCHMITT L. (C.F)	Ophtalmologie		
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOUUE M.	Urologie		
M. SUK B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Général		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. AFOL P. A	Immunologie	Mme AZRAVANEL F.	Bactériologie, Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. BIETH E.	Déontologie	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	Mme CANTERÓ A.	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSANG S.	Parasitologie	Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CONONA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CONGY N.	Immunologie	M. CHASSANG N.	Généraliste
Mme COURBON	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme de GUSEZENSKY J.	Physiologie	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE J.	Hématologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. DEDOUT F.	Médecine Légale
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DUKLET A.M.	Médecine Légale	M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	M. EDOUARD T.	Pédiatrie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme ESCURIOL Y.	Médecine du Travail
M. GANTET P.	Biophysique	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GENNERO I.	Biochimie	Mme GALINER A.	Nutrition
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE V.	Dermatologie
M. HAMEI S.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme FITZEL A.	Biophysique	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	Mme GUYONNET S.	Nutrition
M. KIRZIN S.	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ D.	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINIER A.	Médecine du Travail	M. LEANDRI R.	Biologie du développement et de la reproduction
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme MAUPAS E.	Biochimie
Mme MOREAU M.	Physiologie	M. MEUSSET R.	Biologie du développement et de la reproduction
Mme NOGUERA ML.	Biologie Cellulaire	Mme PERIGUET B.	Nutrition
M. PILLARD F.	Physiologie	Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme PRADWAUDE F.	Physiologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. RINALHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. RINGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. SCHMET A.	Pharmacologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie	M. TRACZUK J.	Immunologie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie	M. VALLET P.	Physiologie
M. SILVA SFONTES S.	Réanimation	Mme VEZZOSI D.	Embryologie
M. SOLER V.	Ophthalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement		
M. TRICORE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		
		M. BISMUTH S.	Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT ME.	Médecine Générale
		Mme ESCOURROU R.	Médecine Générale
			M.C.U.
			Médecine Générale
			Médecine Générale
			Médecine Générale

Membres du Collège des Assistants de Laboratoire Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITEBOUL Y.
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

Remerciements

Un grand merci d'abord à tous les patients que j'ai rencontré, ceux dont je me souviens et ceux que j'ai oublié, qui m'apprennent ce métier et dont la rencontre est un perpétuel enrichissement personnel.

Mes remerciements vont bien sûr aux membres du jury :

- la Professeure Marie-Rose MORO pour votre encadrement et tout ce que vous m'avez transmis professionnellement et humainement depuis que je vous connais, et lors de mon passage à la MDA
- le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD pour votre disponibilité, la confiance que vous m'avez accordé, et votre ouverture au transculturel
- le Professeur Philippe BIRMES pour l'honneur que vous me faites en jugeant mon travail
- le Docteur Laelia BENOIT, pour m'avoir accompagnée à toutes les étapes de l'élaboration de ce travail, pour ta gentillesse, ta patience et ta rigueur dans le travail
- le Docteur Michel VIGNES, pour votre curiosité et votre disponibilité

Je tiens également à remercier tous les chefs que j'ai pu avoir lors de mon internat :

- le Docteur Aniko SAGODI pour sa patience et son investissement
- le Docteur François GRANIER, tout particulièrement, pour sa vision de la psychiatrie et son engagement auprès des patients
- feu le Docteur Gilles LEFRANC, pour sa douceur et sa diplomatie avec les patients
- le Docteur DUPOUY, pour m'avoir accompagné lors de mes premiers contacts avec les ados
- le Dr PASQUIER
- les Doctresses Marion BARBAIL et Monique CHESNIER
- les Doctresses Salomé, Marion et Maude de la Maison de Solenn, pour vos conseils et votre soutien

Je remercie également toutes les autres personnes que j'ai eu la chance de croiser lors de mes stages : psychologues, infirmier(e)s, assistantes sociales, cadre de santé, médecins, éducateurs et éducatrices..., mais la liste des noms serait trop longue !

Côté transculturel : un grand merci à ceux qui font vivre le transculturel sur Toulouse : Gésine STURM à La Grave, Jean-Jacques JOUSSELLIN et Mohamed GHAOUTI à Marchant

Enfin, mes remerciements vont

- à mes co-internes et amis, pour leur humour et leur enthousiasme contagieux : Lucie, Romain, Tudi, Florent, Nico, Jeanne, Chloé, Aurélie, Charlotte...
- à mes autres amis : Nico B, Emeline, Fabien, Alex, Charly, Nico D, Baptiste, Amélie, Mylène...
- à ma famille, qui m'accompagne et me supporte depuis 28 ans

« L'inconscience est une patrie ; la conscience, un exil. »

Emile Cioran, « *De l'inconvénient d'être né* », 1973

Table des matières

Introduction.....	15
<u>Méthodologie</u>	
Stratégie de recherche.....	22
Critères d'inclusion/exclusion.....	22
Extraction des données et synthèse.....	23
<u>Résultats</u>	
Objectifs des études et populations étudiées.....	24
Principaux résultats.....	26
<i>Ethnicité et DUP</i>	26
<i>Statut migratoire et DUP</i>	27
<i>Trajectoires d'accès aux soins</i>	28
<i>Symptomatologie</i>	28
Définitions de la DUP.....	29
Collecte des données.....	29
Variables transculturelles.....	30
Dimension transculturelle.....	30
<u>Discussion</u>	
Variables transculturelles.....	32
<i>Ethnicité</i>	32
<i>Statut migratoire</i>	34
<i>Stigma et discrimination</i>	34
<i>Données sur le langage</i>	35
Outils et concepts transculturels.....	37
Recommandations.....	38
Conclusion	42
Bibliographie	43
Abstract / Résumé	52/53

Introduction

Les inégalités d'accès à la santé pour certaines populations sont devenues un domaine de recherche à part entière, avec une littérature scientifique très riche et complexe, dont le développement a été motivé à la fois pour des raisons économiques, telles que la perte de productivité engendrée par ces inégalités (U.S. Department of Health and Human Services, 2001), et dans un souci éthique de santé publique, comme en témoigne la prise en compte par l'OMS (WHO Regional Office for Europe, 2010), qui a souligné la nécessité d'obtenir des preuves scientifiques solides afin d'éviter d'obtenir des conclusions incorrectes sur les résultats des essais randomisés (validité interne), et sur les résultats attendus de tels essais lorsqu'ils sont réalisés dans des endroits, des populations et des cultures différentes (validité externe), (Hosman, Jané Llopis, & Saxena, 2004). (Pour l'extrait original, se rapporter à l'article en anglais).

Ces inégalités sont décrites aussi bien pour des groupes sociaux (genre, âge...) ou économiques, que pour des minorités ethniques. L'une des grandes difficultés qui ressort dans ce domaine de recherche est justement la forte intrication entre les facteurs sociaux, économiques et 'raciaux' (c'est à dire ceux liés à la dimension ethnique et à la migration) (Hutchinson & Haasen, 2004), et la question de comment articuler ces deux dimensions pour expliquer ces inégalités, comme essaye de le dialectiser Didier FASSIN dans un ouvrage collectif (Fassin, Fassin, & Beaud, 2009), au delà de simplement les constater, ou de masquer les inégalités économiques par des facteurs ethniques ou culturels.

L'émergence et l'importance de la question des inégalités d'accès aux soins pour les minorités ethniques peuvent s'expliquer dans un contexte de mondialisation et d'essor des flux migratoires et du brassage culturel lors de ces dernières décennies, qui confronte les systèmes de santé et les professionnels du soin à des questions de prises en charge spécifiques de ces populations, depuis le niveau sociétal jusqu'au niveau de la rencontre clinique thérapeute-patient, en passant par le niveau institutionnel.

Certains auteurs décrivent ces différents niveaux. Par exemple, Betancourt (Betancourt, 2003) distingue plusieurs *barrières socio-culturelles* :

- à un niveau *organisationnel*, subordonnant l'accessibilité des soins aux minorités à leur représentativité dans l'organisation des systèmes de soins, tant au niveau des gestionnaires (*leadership*) que des employés (*workforce*), et suggérant que le manque de diversité humaine dans ces organisations de santé (donc le manque de représentativité des populations) peut mener à une mauvaise adaptation des dispositifs et des politiques de santé pour les minorités
- à un niveau *structurel*, propre aux systèmes de santé eux mêmes, en prenant pour exemples la barrière linguistique (comme d'autres auteurs l'ont souligné (Fiscella, Franks, Doescher, & Saver, 2002; Sentell, Shumway, & Snowden, 2007)) et le manque d'interprètes, les délais administratifs, ou les relais soins primaires-spécialistes
- à un niveau *clinique* enfin, avec la relation entre le professionnel de santé et le patient et sa famille, et les difficultés inhérentes à cette rencontre

Plusieurs auteurs parlent ainsi de développer une “compétence culturelle” (Betancourt, 2003; Cooper, Hill, & Powe, 2002; L. Kirmayer, 2012), qui consiste à comprendre : l'influence des facteurs sociaux et culturels sur les représentations et les comportements des patients, l'impact de cette influence sur les interactions avec les systèmes de santé, et enfin, la nécessité de prendre en compte tout cela dans l'organisation et le fonctionnement des systèmes de santé de manière à améliorer la qualité de soin pour tous les patients.

Il est évident que de tels objectifs nécessitent pour se réaliser de documenter et comprendre les enjeux autour des inégalités dans l'accès aux soins de certaines populations. Cela passe donc bien sûr par la nécessité de mener une réflexion sur la recherche scientifique elle-même dans ce domaine, en comprenant quels peuvent en être les limites et biais inhérents à ce sujet de recherche, et quels obstacles méthodologiques pourraient empêcher de produire un savoir utilisable sur les inégalités d'accès aux soins, pour ensuite concevoir des politiques et des dispositifs de soins capables de répondre aux besoins spécifiques de ces populations.

Un exemple permettrait d'illustrer les obstacles que peuvent rencontrer les chercheurs lorsqu'ils essaient de travailler avec des populations minoritaires, ainsi que l'articulation entre la recherche clinique et les conséquences sur la pratique. Ainsi, en 2001, Exner & al. (Exner, Dries, Domanski, & Cohn, 2001) retrouvaient une différence d'efficacité des IEC (Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion) dans la prise en charge des dysfonctions ventriculaires gauches (DVG) entre deux populations, de patients Noirs et Blancs, avec une plus grande réduction du risque d'hospitalisation chez les patients Blancs. Plusieurs questions se posent donc : quelles conséquences pratiques cette étude aura dans la prise en charge des patients souffrant de DVG ? Sera-t-il nécessaire et souhaitable d'adapter la prescription pour les patients Noirs ? De quels patients parle-t-on exactement, et comment extrapoler à une population générale des résultats retrouvés sur un échantillon de patients regroupés manifestement sur des critères phénotypiques dépendants de la subjectivité des chercheurs ? On pourrait par exemple penser que la différence d'effets est peut-être imputable à la méthodologie de l'étude, avec de possibles biais résidant dans la manière de constituer les groupes. Néanmoins, comme le souligne Fassin (Fassin et al., 2009), « (...) l'embarras pour désigner les réalités de la question raciale, embarras à la fois éthique et pratique, n'est pas un obstacle à la connaissance de ces réalités, il en est la condition ». Pour le dire autrement, utiliser des critères pour

définir des populations permet tout de même d'essayer de décrire une réalité. La question se résume donc ainsi : comment naviguer entre la prise en compte de différences entre groupes minoritaires et le risque lié à l'utilisation d'outils théoriques limités en soi, pouvant générer de la discrimination ?

Cela renvoie à la différence qu'il peut exister dans les représentations et la place de l'altérité sur la scène publique dans les différents pays. Ainsi, en France, l'importance de la conception républicaine de laïcité rend très compliquée, mais cependant pas impossible (voir par exemple l'étude de l'INED *Trajectoires et Origines* (Beauchemin, Hamel, & Simon, 2016)), l'utilisation de variables liées aux origines (ethnicité, statut migratoire) dans les études sociologiques ou médicales, l'argument étant le risque de discriminations. On peut donc penser que la relative rareté de littérature francophone prenant en compte ces différences peut constituer un frein à la mise en place de politiques de santé et à l'adaptation des dispositifs en aval, du fait du manque de données et donc de réflexion fondée. On observe l'opposé dans les pays anglo-saxons (Angleterre, Canada, États-Unis, Australie...) où l'on trouve des modèles de sociétés davantage ancrés dans un multiculturalisme assumé, et où les chercheurs ont moins d'obstacles à explorer la dimension des origines géographiques et de la culture, au travers de variables telles que l'ethnicité, la 'race' ou le statut migratoire, avec bien sûr les limitations et biais inhérents à la conception et l'utilisation de ces critères.

Au delà de la validité interne des concepts et définitions utilisés, il est intéressant de regarder quelles hypothèses sont proposées par les chercheurs une fois que des inégalités ou des différences significatives sont mises en évidence entre deux populations. Ainsi, toujours en somatique, Dressler (Dressler, Oths, & Gravlee, 2005) référence plusieurs cadres théoriques utilisés par les chercheurs dans leurs études pour générer des hypothèses étiologiques expliquant les différences retrouvées : un modèle génétique, un modèle comportemental, un modèle sociologique (statut socio-économique), un modèle psychosocial et un modèle constructiviste. De toutes ces théories

différentes découleront autant de pistes pour influencer l'organisation des politiques de santé publique et des systèmes de soins.

On voit donc qu'aborder les inégalités de soins constitue un enjeu en recherche clinique, à plusieurs niveaux, à la fois dans la conception et la méthodologie (définitions, concepts, mesures) des études et dans l'analyse et l'interprétation des résultats, et que de cet enjeu dépendra l'adaptation des systèmes de santé et des professionnels aux populations minoritaires.

Inégalités de soins en santé mentale et contexte de notre recherche

Les inégalités dans l'accès aux soins de santé mentale pour les minorités ethniques sont maintenant bien documentées dans la littérature, pour de nombreuses pathologies, depuis les addictions (Wells, Klap, Koike, & Sherbourne, 2001) jusqu'à la dépression (Alegria et al., 2008), en passant par le syndrome de stress post-traumatique (Post Traumatic Stress Disorder) (Roberts, Gilman, Breslau, Breslau, & Koenen, 2011).

Concernant le sujet qui nous intéresse, l'intérêt dans la détection et la prise en charge précoce de la psychose a pris son essor lors de ces 30 dernières années, à l'initiative de l'équipe Australienne du Pr McGorry, avec le modèle EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre), intégré ensuite au sein de l'Orygen Youth Health (P. McGorry, Bates, & Birchwood, 2013), bien que le Pr McGorry s'y soit intéressé plus tôt encore (Copolov et al., 1989; PD McGorry, 1985). Ce service est destiné aux patients présentant un premier épisode psychotique, et est associé au dans l'Orygen Youth Health à d'autres services, dont le PACE (Personal Assessment and Crisis Evaluation), destiné aux patients à haut risque de développer une psychose. Depuis, d'autres services de prise en charge précoce (évaluation et intervention) de la psychose se sont depuis développés à travers le

monde, en grande partie dans les pays Anglo-saxons, mais aussi en France, avec le C'JAAD à l'hôpital Sainte-Anne (Professeur Marie-Odile Krebs (Oppetit et al., 2016). Dans certains pays Anglo-saxons, des sommes importantes ont été investies dans le développement de programmes d'interventions précoces dans la psychose, comme en Angleterre, avec 40 millions de livres sur 2015-2016 (National Health Service, 2014).

Sur le plan théorique, la démarche de ces programmes d'intervention précoce s'inspire du modèle de *staging* clinique utilisé dans d'autres spécialités médicales (P. D. McGorry, Hickie, Yung, Pantelis, & Jackson, 2006), avec les notions de *stades cliniques*, permettant plusieurs choses : étudier les facteurs de risque et marqueurs associés à chaque stade, éclaircir la psychopathologie (et ainsi resserrer les liens entre la clinique et la recherche) et guider les interventions thérapeutiques de manière protocolaire, avec des objectifs notamment de prévention, en plus de la dimension thérapeutique.

Cette évolution de paradigme a mené à l'émergence de nouveaux outils et à des concepts spécifiques, tels que des catégories de patients à risque (« at-risk mental state » ((Birchwood & MacMillan, 1993), « ultra-high risk » (A. R. Yung & McGorry, 1996) et la Durée de Psychose Non Traitée, ou « Duration of Untreated Psychosis » (DUP) ((Loebel et al., 1992; McGlashan, 1999)), classiquement décrit comme l'intervalle de temps entre les premiers symptômes psychotiques et l'initiation du traitement, ce qui peut d'ailleurs entraîner des difficultés de définitions et un manque de consensus (Souaiby et al., 2016) sur où placer le curseur quant au début et à la fin. Ainsi, plusieurs échelles cliniques (Comprehensive Assessment at At-Risk Mental State (CAARMS), Structured Interview for Prodromal Syndromes/Scale of Prodromal Symptoms (SIPS), Basel Screening Instrument for Psychosis (BSIP)) peuvent être utilisées pour déterminer la chronologie des premiers symptômes, et l'initiation du traitement peut se comprendre comme la mise en place

d'un premier traitement antipsychotique, la première hospitalisation ou le premier contact avec la psychiatrie, selon les auteurs.

Malgré ces limites, plusieurs grandes revues systématiques ont trouvés un lien entre la DUP et le pronostic de la psychose, avec un meilleur pronostic associé à une DUP plus courte (Marshall et al., 2005; Perkins, Gu, Boteva, & Lieberman, 2005).

Il est maintenant admis qu'un antécédent personnel ou familial de migration constitue un facteur de risque de développer une psychose (Bourque, van der Ven, & Malla, 2011; Cantor-Graae & Selten, 2005), que ce soit pour les migrants de première ou de seconde génération. On peut donc supposer que les patients issus de l'immigration seront davantage susceptibles d'être concernés par les programmes de prise en charge précoce de la psychose que nous avons décrit plus haut. Or, un premier tour d'horizon ne semble pas retrouver beaucoup de littérature sur ce sujet, aussi du fait que la prise en charge précoce de la psychose et les inégalités d'accès aux soins constituent des champs de recherche relativement récents. L'objectif de cet article est donc de déterminer dans quelle mesure les études scientifiques évaluant la DUP prennent en compte les spécificités de ces populations, notamment au travers des variables transculturelles qu'elles utilisent. Pour cela, nous réaliserons une revue de littérature systématique (systematic review) de manière à explorer comment les auteurs les intègre dans leur étude et comment ils les discutent.

Dans cet article, nous utiliserons le terme de 'variables transculturelles' pour décrire les variables utilisées par les auteurs pour définir les origines géographiques ou l'ethnicité des populations.

Méthodologie

Stratégie de recherche

Nous avons réalisé une recherche dans les bases de données suivantes : MEDLINE (1995-2017), EMBASE (1995-2017) et PSYCINFO (1995-2017), à l'aide de combinaisons des mots clés suivants (réunis dans 3 champs sémantiques) :

- 1) “Migration”, “immigrant”, “migrant”, “ethnicity”, “race”, “language barrier”, “culture”, “visible minority”
- 2) “Duration of untreated psychosis”, “DUP”, “Duration of untreated illness”, “DUI”
- 3) “pathway to care”, “delay to care”, “help seeking”, “health access inequality”, “treatment delay”, “referral delay”, “help-seeking delay”, “First episode psychosis”, “onset psychosis”

Nous avons limité notre recherche aux articles en anglais (une recherche préliminaire en français n'ayant pas été concluante), sur la période comprise entre 1995 et 2017. Notre revue de littérature retenait des articles traitant de la DUP et qui incluaient également des variables transculturelles dans leur design.

Quand cela s'est avéré nécessaire, d'autres articles étaient recherchés manuellement à partir des bibliographies de toutes les études qui nous intéressaient. Après un premier screening focalisé sur les titres et les résumés des publications, les études qui étaient gardées étaient lues complètement et sélectionnées si elles correspondaient à nos critères d'inclusion. Enfin, les études retenues finalement étaient reviewées.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Nos critères d'inclusion étaient : 1) mesure de la DUP dans la population 2) le design de l'étude incluait une ou plusieurs variable(s) transculturelle(s) (par exemple l'ethnicité ou le statut

migratoire) 3) l'article était publié dans une revue référencée

Extraction des données et synthèse

Nous avons extrait des données d'ordre général depuis chaque article sur : le design de l'étude, les diagnostics utilisés, la définition et la mesure de la DUP et des variables transculturelles (définition, mesure, catégories, maîtrise langagière et utilisation d'interprètes).

Au vu de l'hétérogénéité des différentes études, nous n'avons pas réalisé de méta-analyse, mais utilisé une trame narrative (*narrative summary*) et critique pour présenter nos résultats.

Résultats

La recherche dans les différentes bases de données a retrouvé 506 articles, après élimination des doublons. Après le premier screening sur les titres et les résumés, 27 articles ont dans un premier temps été retenus pour une lecture complète.

Neuf de ces études avaient inclus dans leur titre, leur résumé ou leur introduction l'un de ces termes : “demographic, socio-environmental (...) predictors” (Broussard et al., 2013), “social determinants”(Nishii et al., 2010), ou même “African-American (...) patients” (Compton, Esterberg, Druss, Walker, & Kaslow, 2006; Compton, Goulding, Gordon, Weiss, & Kaslow, 2009), “demographic characteristics”(O’Donoghue et al., 2014), “ethnicity”(Clarke et al., 2007; Cratsley, Regan, McAllister, Simic, & Aitchison, 2008), “socio-demographic contributors” (Chon et al., 2015) ou “demographic factors”(Al Fayed, Lappin, Murray, & Boydell, 2017). Cependant, aucun de ces articles n'a exploré plus loin ces variables transculturelles, et ils ont donc été exclus de notre revue. Nous avons finalement retenus 18 articles pour lecture complète, lesquels étaient tous rétrospectifs. Il y avait également une revue systématique de la littérature. Leurs caractéristiques principales sont montrées dans le **Tableau 1**.

Objectifs des études et populations étudiées

Quatre études exploraient spécifiquement les associations directes entre une variable transculturelle et la DUP (Basu, Subramaniam, Abidin, Poon, & Verma, 2015; Boonstra et al., 2012; Dominguez et al., 2013; Nerhus et al., 2015). D'autres examinaient les liens entre la DUP et des facteurs socio-démographiques (Apeldoorn et al., 2014; Burns & Kirkbride, 2012; Chee, Muhammad Dain, Abdul Aziz, & Abdullah, 2010; Hui et al., 2015; Valmaggia et al., 2015), entre la DUP et les trajectoires d'accès au soin (pathway to care) (Bhui, Ullrich, & Coid, 2014; Chong, Mythily, Lum, Chan, & McGorry, 2005), entre la DUP et le "help-seeking" (Bechard-Evans et al., 2007),

Table 1. Study characteristics

Study	Country	Population size	Population	Diagnostic tools	Diagnostic	Clinical tools	Language
Boonstra & al. (2012) (27)	Netherlands	N=182	EI Service	DSM-IV	Non affective schizophrenia	SCAN, CASH	--
Ven der Ven & al. (2012) (42)	Canada (Quebec)	N=501	EI Service	DSM-IV	Psychotic disorder	CORS, SAPS, SANS, PANSS	Exclusion criteria
Chong & al. (2005) (37)	Singapore	N=112	Psychiatric service	DSM-IV	Schizophrenia	--	--
Bechard-Evans & al. (2007) (38)	Canada (Quebec)	N=114	EI Service	DSM-IV	Schizophrenia, schizoaffective disorder	PAS, SAPS, SANS	--
Basu & al. (2015) (28)	Singapore	N=794	EI Service	DSM-IV	Psychotic spectrum disorder	PANSS, GAF	--
Morgan & al. (2006) (40)	UK	N=414	Psychiatric service	ICD-10	Schizophrenia (F20-F29, F30-F33)	SCAN	--
Dominguez & al. (2007) (29)	UK	N=904	EI Service	DSM-IV	First episode psychosis	PANSS	--
Valmaggia & al. (2015) (31)	UK	N=375	Psychiatric service	CAARMS	ARMS	PACE/CAARMS	--
Archie & al. (2010) (43)	Canada (Ontario)	N=200	EI Service	DSM-IV	Schizophrenia	CORS	Exclusion criteria
Appeldoorn & al. (2014) (32)	Netherlands(Belgium)	N=852	Psychiatric service	DSM-IV	Non affective psychotic disorder	CASH, SCAN, PAS	Exclusion criteria
Morgan & al. (2005) (39)	UK	N=1004	Psychiatric service	ICD-10	Schizophrenia (F20-F29, F30-F33)	SCAN	--
Nehrus & al. (2015) (30)	Norway	N=462	Psychiatric service	DSM-IV	Schizophrenia spectrum disorder	PAS, PANSS	Exclusion criteria
Bhui & al. (2014) (36)	UK	N=480	Psychiatric service	DSM-IV	Psychotic spectrum disorder	SCAN	--
Hui & al. (2015) (33)	Hong Kong	N=360	EI Service	DSM-IV	Schizophrenia	PAS, PSST, PANSS	--
Chee & al. (2010) (34)	Malaysia	N=5745	Psychiatric service	DSM-IV	Schizophrenia, schizoaffective disorder	--	--
Burns & al. (2012) (35)	South Africa	N=61	Psychiatric service	DSM-IV	Schizophrenia, schizoaffective disorder	CDSS, PANSS	--
Devi Thakoor & al. (2016) (41)	China/Mauritius	N=300	Psychiatric service	DSM-IV	Schizophrenia	ISMI	Exclusion criteria

SCAN= Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry ; CASI= Comprehensive Assessment of Symptoms and History ; CORS= Circumstances of Onset of Symptoms and Relapse Schedule ; Scale for Assessment of Positive/Negative Symptoms (SAPS/SANS) ; PANSS= Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia ; PAS= Pre-morbid Adjustment scale ; GAF= Global Assessment of Functioning ; PACE= Patient with Acute Condition for Escalation ; CAARMS= Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States ; PSST= Premorbid Schizoid-Schizotypal Traits ; CDSS= Calgary Depression Scale for Schizophrenia ; ISMI= Internalized Stigma of Mental Illness Scale

ou entre la DUP et les retards de traitement (Boonstra et al., 2012; Morgan et al., 2005, 2006), avec au moins une variable transculturelle dans l'analyse. Une étude étudiait la DUP dans les populations de deux pays différents (Devi Thakoor et al., 2016).

Les autres études exploraient les différences entre différents groupes de symptomatologies durant le premier épisode psychotique (first-episode psychosis) (Van der Ven, Bourque, Joober, Selten, & Malla, 2012)., ainsi que les différences dans leurs trajectoires d'accès au soin (Archie et al., 2010).

Enfin, Anderson a réalisé une méta-analyse portant sur les différences d'origine 'raciale' et ethnique dans la DUP chez des patients avec un premier épisode psychotique (Anderson, Flora, Archie, Morgan, & McKenzie, 2014).

Principaux résultats

Ethnicité et DUP

La méta-analyse (Anderson et al., 2014) qui étudiait l'association entre la DUP et l'ethnicité indiquait que les études incluses ne mettaient en évidence aucune différence entre les groupes, mais que trois des études suggéraient que les patients noirs ('Black patients') en général, et plus spécifiquement les patients 'Black-African', pouvaient avoir une DUP plus courte comparé au patients blancs ('White patients'). Les auteurs concluent que les raisons à l'origine de ces différences n'étaient pas claires (Ghali et al., 2013; Haas, Garratt, & Sweeney, 1998; Morgan et al., 2005).

D'autres auteurs sont parvenus à des résultats similaires. Une étude réalisée dans l'Est Londonien retrouve ainsi une DUP plus courte chez des patients noirs par rapport à des patients blancs (Bhui, Ullrich, & Coid, 2014).

Une autre étude Londonienne retrouve une DUP médiane plus longue pour des adolescents blancs comparés à des adolescents noirs, Asiatiques ou 'mixed'. Les auteurs attribuent ces différences à un

âge d'installation de la psychose plus jeune et à un usage de cannabis chez les adolescents blancs (Dominguez et al., 2013). Une étude Sud-Africaine retrouve une DUP plus longue associée aux patients 'non black ethnicity', c'est à dire des patients blancs et indiens (Burns & Kirkbride, 2012). Plusieurs autres études retrouvent des différences entre d'autres groupes ethniques également. Ainsi, à Singapour, après ajustement dans l'analyse, les médian et 75ème percentile de DUP étaient significativement plus hauts chez les patients d'ethnicité Indienne, comparé aux patients Chinois (Basu, Subramaniam, Abdin, Poon, & Verma, 2015), alors qu'en Malaisie, la DUP était plus longue pour les patients Indiens et Chinois comparé aux patients 'indigenous' (Chee, Muhammad Dain, Abdul Aziz, & Abdullah, 2010). Dans une étude réalisée entre la Chine et l'île Maurice, il n'est pas apparu de différence entre ces deux populations, mais une moins grande perception mesurée de stigma était retrouvée chez les patients Chinois (Devi Thakoor et al., 2016). Enfin, deux études n'ont retrouvé aucune différence de DUP entre les différents groupes ethniques (Archie et al., 2010; Chong, Mythily, Lum, Chan, & McGorry, 2005).

Statut migratoire et DUP

Deux études retrouvaient une association entre une DUP allongée et le statut migratoire, plus particulièrement le fait d'être un immigré de 'première génération' (Apeldoorn et al., 2014; Boonstra et al., 2012), alors qu'une autre étude retrouvait une association significative entre une DUP allongée et le fait d'avoir migré après l'âge de 6 ans (Nerhus et al., 2015). Dans une étude menée à Hong Kong auprès d'adultes psychotiques, aucune différence de DUP n'a été retrouvée entre les patients nés à Hong Kong et ceux qui y ont immigré plus tard (Hui et al., 2015).

Trajectoires d'accès au soin (pathway to care)

Certains auteurs ont pu retrouver des différences dans les trajectoires d'accès aux soins, que ce soit sur l'ethnicité, le statut migratoire ou des facteurs sociaux. Par exemple, une étude réalisée dans le sud de Londres retrouvait que les patients qui recouraient aux soins lors des prodromes de psychose (donc avant le statut de premier épisode psychotique) étaient plus susceptibles d'avoir un travail et moins susceptibles d'appartenir à une minorité ethnique (Valmaggia et al., 2015). Aux Pays-Bas, les migrants de 'seconde génération' étaient plus à risque que les migrants de 'première génération' de passer par les services d'urgence, et tous étaient plus susceptibles d'y passer que les patients nés dans le pays (Boonstra et al., 2012). En Ontario (Canada), les patients asiatiques et les autres groupes ethniques avaient 3 à 4 fois plus de risques d'accéder aux soins par les urgences que les patients blancs ou noirs (respectivement) (Archie et al., 2010). Dans l'étude Est Londonienne, les patients noirs d'Afrique ou des Caraïbes étaient plus susceptibles d'entrer en contact avec le système judiciaire que les patients blancs, alors que les groupes ne différaient pas pour ce qui concernait l'accès aux soins de première ligne (Bhui et al., 2014). Enfin, une étude Canadienne (Montréal) a retrouvé une DUP-R (délai entre les premiers symptômes et le premier contact avec un référent médical) augmentée pour les patients 'non-white' (Bechard-Evans et al., 2007).

Symptomatologie

Une autre étude de Montréal explorant les différences de symptomatologie a retrouvé un niveau plus élevé de symptômes négatifs de la psychose (particulièrement l'alogie), ainsi que des scores de psychopathologie (PANSS), plus spécifiquement l'absence de coopération, la préoccupation et la diminution de l'attention), plus élevés chez des patients 'African' et 'Afro-caribbean', comparé au groupe de référence "d'euro-canadiens" sans histoire récente de migration (Van der Ven et al., 2012).

Définitions de la DUP

Deux des études ne définissaient ni ne mesuraient la DUP (Devi Thakoor et al., 2016; Van der Ven et al., 2012).

Dans leur manière de mesurer la DUP, toutes les études prenaient comme intervalle de début l'apparition des symptômes psychotiques, mais les équipes ont utilisé différents intervalles de fin : initiation d'un traitement anti-psychotique (sans plus de précision) (Apeldoorn et al., 2014; Archie et al., 2010; Bhui et al., 2014; Boonstra et al., 2012; Chee et al., 2010; Hui et al., 2015; Valmaggia et al., 2015), initiation d'un traitement plus précisément décrite, telle que la mise en place d'une dose continue de traitement antipsychotique (3 à jours, ou moins si les symptômes ont régressés) (Dominguez et al., 2013), un traitement "adéquat", tel que l'admission à l'hôpital ou la mise en place d'un traitement anti-psychotique à doses adéquates) (Nerhus et al., 2015), initiation d'un traitement à l'hôpital (Burns & Kirkbride, 2012), et d'autres définitions, comme le contact avec des services de santé mentale secondaires (Morgan et al., 2005, 2006), ou le temps qu'un diagnostic définitif soit réalisé (Basu et al., 2015; Chong et al., 2005). Enfin, à Montréal, dans l'étude qui explorait la DUP-R (cf définition plus haut dans le texte), l'intervalle de fin était défini par l'accès à un 'programme de traitement spécialisé approprié' (" appropriate specialized treatment program") (Bechard-Evans et al., 2007).

Collecte des données

Les données des études étaient collectées essentiellement par des entretiens avec les patients (Chee et al., 2010; Hui et al., 2015; Nerhus et al., 2015), les patients et leurs proches (Basu et al., 2015), les patients et leurs équipes médicales de référence (Chong et al., 2005), ou avec des approches mixtes associant des entretiens, des notes cliniques ou des dossiers médicaux (Archie et al., 2010; Bechard-Evans et al., 2007; Bhui et al., 2014; Boonstra et al., 2012; Burns & Kirkbride, 2012; Dominguez et al., 2013; Morgan et al., 2005, 2006; Van der Ven et al., 2012).

Variables transculturelles

Les principales variables transculturelles explorées dans les études sont présentées dans le **Tableau 2**. L'ethnicité était cotée par des tiers (Basu et al., 2015) ou bien auto-attribuée (Archie et al., 2010). Le statut migratoire était évalué d'une manière plus standardisée, principalement distribué en groupes agrégés par génération ('première, seconde génération'), par origine géographique ou par date de naissance des patients et/ou de leurs parents.

Dimension transculturelle

Certaines études ont pris en compte des facteurs transculturels de manière explicite dans leur design, tels que le lieu de naissance, l'ethnicité, la "race", représentés dans le **Tableau 2**, et ont détaillé leur démarche lors de la caractérisation de leurs population (définition et mesure) (Basu et al., 2015; Bhui et al., 2014; Morgan et al., 2005, 2006), d'autres non (Burns & Kirkbride, 2012; Devi Thakoor et al., 2016).

Finalement, peu d'étude ont pris en compte les capacités langagières des populations incluses. Quatre études prenaient comme critère d'exclusion l'incapacité de parler la langue du pays d'accueil (Apeldoorn et al., 2014; Archie et al., 2010; Bhui et al., 2014; Nerhus et al., 2015). Aucune de ces études n'a non plus donné d'information sur la disponibilité ou l'utilisation d'interprètes, ni sur les langues parlées par leurs populations.

Table 2 – Transcultural criterias

Study	Transcultural criteria	Assessment	Categories	Transcultural settings
Boonstra & al. (2012) (27)	« Nativity »	Birth place of patient/parents	First/second generation immigrant, Dutch	--
Ven der Ven & al. (2012) (42)	« Ethnicity », « visible minority », « migrant status »	« Area of origin » (Statistic Canada Census) Birth place of patient/parents	First/second generation immigrant, 5 ethnic groups	--
Chong & al. (2005) (37)	« Ethnicity »	--	Chinese, Malay, Indian, Others	--
Bechar-Evans & al. (2007) (38)	« Ethnicity », « ethnic background »	--	Caucasian/non-Caucasian	--
Basu & al. (2015) (28)	« Ethnicity », « Race »	Third party (interview socio-demographic form)	Indians/Chinese/Malays/Others	Multidisciplinary team discussion
Morgan & al. (2006) (40)	« Ethnicity »	Self-ascribed (birth place patient/parents) + case note	White British, African-Caribbean, Black African	Consensus rating (with expert « in the study of ethnicity and mental health »)
Dominguez & al. (2007) (29)	« Ethnicity »	2001 Census *	5 ethnic groups	--
Valmaggia & al. (2015) (31)	« Ethnicity »	--	Black African-Caribbean White British, White other, Other, Mixed	--
Archie & al. (2010) (43)	« Ethnicity »	Self ascribed by patients in set of propositions	Black, Asian, and the "other ethnicities" groups	--
Appeldoorn & al. (2014) (32)	« Migration status », « immigrant »	Birth place patient/parents	First/second generation immigrant, native	--
Morgan & al. (2005) (39)	« Ethnicity »	Self-ascribed (birth place patient/parents) + case note	White British, African-Caribbean, Black African	Consensus rating (with expert « in the study of ethnicity and mental health »)
Nelrus & al. (2015) (30)	« Immigrant/Non-immigrant », « Ethnic majority/minority »	Foreign born or not Geographical area of origin	Non-immigrants/immigrants, Ethnic Majorities/Ethnic Minorities	--
Bhui & al. (2014) (36)	« Ethnicity », « Migrant group »	Self ascription, birth place patient/parents (2001 Census *)	Black, White, Indian subcontinent and Other	Multi-ethnic panel of researcher
Hui & al. (2015) (33)	« Born place »	Birth place	Hong Kong born vs. Non-born	--
Chee & al. (2010) (34)	« Ethnic group », « ethnicity »	--	Malays, Chinese, Indians and the other indigenous people	--
Burns & al. (2012) (35)	« Ethnicity »	--	Zulu (black) ethnicity vs non-black	Data on traumatic events, experience of racism/discrimination
Devi Thakoor & al. (2016) (41)	Nationality	Nationality	Changsha, Mauritius	ISMI (Sigma Scale)

*2001 Census of population for England and Wales

Discussion

Notre revue de littérature montre donc que la plupart des études reviewées intégrant la DUP prennent peu ou pas en compte les variables transculturelles, que ce soit dans leur design ou dans leur discussion. Ainsi, cela en diminue leur validité interne. Les différentes méthodologies et définitions de variables retrouvées dans ces études entraîne une hétérogénéité des résultats et rend leur interprétation et leur comparaison difficile, sinon impossible, diminuant donc leur validité externe.

Kirmayer et Pedersen ont souligné la nécessité de revoir les systèmes de classification et de définitions, et de développer des approches de recherche prenant en compte les singularités locales dans l'expression de la souffrance (Laurence J. Kirmayer & Pedersen, 2014).

Variables transculturelles

Ethnicité

Dans la littérature anglo-saxonne, l'ethnicité est un concept dynamique, aux frontières « mouvantes et imprécises » (Senior & Bhopal, 1994). Ses définitions et les catégories qui en sont issues sont souvent source de confusions (Archie et al., 2010; Bhui et al., 2014). Comme nous l'avons vu grâce à cette revue de littérature, l'ethnicité peut être définie sur des éléments phénotypiques, comme la couleur de peau, ou bien sur d'autres, comme le lieu de naissance ou même la langue maternelle (Burns & Kirkbride, 2012). Chacune de ces définitions présente de nombreuses limites (Senior & Bhopal, 1994), parfois cumulatives, qui vont diminuer la validité interne de l'étude et peuvent finalement masquer l'hétérogénéité existant dans un même groupe, comme le souligne Kaplan (Kaplan, 2003). Dans une étude (Archie et al., 2010), les auteurs argumentent leur choix de groupage par phénotype (ici la couleur de peau) précisément dans le but de mettre en évidence une éventuelle discrimination et ses conséquences sur les trajectoires d'accès aux soins. Néanmoins,

leur étude n'était pas conçue pour comparer les trajectoires d'accès aux soins, et dans leur partie discussion, ils n'abordent pas les possibles interactions entre le fait d'appartenir à certains groupes et les trajectoires de soins. L'absence de cohérence dans leur démarche risque donc de nuire à la validité interne de leur travail.

Une autre étude utilise comme variable la séparation « Caucasiens / Non Caucasiens » (Bechard-Evans et al., 2007), en définissant cette dernière population comme incluant les patients d'origine Asiatique, Afro-Caribbéen et Latino-Américains.

Dans ce cas, non seulement le terme « caucasien » fait référence à de vieilles nosographies sur les distinctions raciales, sans aucune validité scientifique, mais traduit un point de vue ethnocentrique de la part des chercheurs (Senior & Bhopal, 1994). Pour documenter la variable 'ethnicité', quatre études utilisent une auto-attribution par la population elle même, ce qui est décrit par certains auteurs comme le meilleur moyen pour la définir (Senior & Bhopal, 1994). Une seule étude (Archie et al., 2010) précise que cette auto-attribution par la population elle même était basée sur une liste de propositions offertes par les chercheurs. Cependant, Kaplan & Bennett (Kaplan, 2003) souligne d'une part le fait que les sujets peuvent ne pas se reconnaître dans les différents choix offerts par les chercheurs, et que, d'autre part, ils peuvent aussi changer d'ethnicité auto-attribuée selon le contexte, ce qui rend la comparaison entre les études très compliquée, voire impossible. Concernant l'attribution d'une ethnicité par un tiers (en l'occurrence les chercheurs), cela peut dépendre des préjugés et des biais inhérents à la subjectivité du chercheur (Kaplan, 2003), qui sont liés à ses représentations internes de l'altérité et potentiellement à son contre-transfert culturel (Rouchon, Reyre, Taïeb, & Moro, 2009; Stampley & Slaght, 2004).

Au vu de l'hétérogénéité des définitions et des méthodologies utilisées par les différents auteurs pour caractériser l'ethnicité, on peut supposer que la validité externe des études s'en trouve affectée.

En outre, la plupart de ces études ont été réalisées dans des pays différents, avec des systèmes de

santé, des vagues migratoires et des contextes historiques, sociaux et culturels différents les uns des autres (Senior & Bhopal, 1994), lesquels peuvent certainement influencer à la fois les trajectoires d'accès aux soins et la DUP.

Cependant, la meilleure manière de caractériser les variables de 'race' et d'ethnicité dépendra toujours des objectifs de l'étude pour lesquels les données auront été récoltées (Kaplan, 2003). Comme nous le disions plus haut, Didier FASSIN évoque la nécessité malgré tout d'utiliser des définitions et concepts, aussi imparfaits et limités soient-ils, pour justement permettre la recherche sur ces populations (Fassin et al., 2009). Ainsi, en dépit de toutes les limites et biais que nous venons de décrire, il faut reconnaître que la plupart des auteurs des études reviewées ici ont fait l'effort de réfléchir sur la question des variables transculturelles, davantage en tous cas que les auteurs des études antérieures à 2005.

Statut migratoire

Toutes les études explorant le statut migratoire utilisent le lieu de naissance des patients et/ou de leurs parents - c'est à dire une mesure objective - pour définir cette variable. Cependant, cette manière de procéder ne prend pas en compte la dimension subjective de la migration, qui peut être très influencée par les multiples traumatismes vécus avant, pendant ou après la migration du pays d'origine, comme le souligne Baubet (Baubet, Taïeb, Guillaume, & Moro, 2009).

Stigma et discrimination

Une seule étude a exploré le stigma vécu par les populations, au travers d'une échelle (Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI)) (Devi Thakoor et al., 2016), qui a été validée dans un large panel de cultures et de langages différents (Boyd, Adler, Otilingam, & Peters, 2014). Cette étude interculturelle, rare, menée entre des populations Chinoises et Mauriciennes, aurait été plus informative si les auteurs avaient examiné et comparé les résultats de cette échelle pour les migrants dans chaque pays, et pas seulement pour les populations indigènes.

Une autre étude annonce avoir exploré la discrimination dans son design, en posant des questions spécifiques aux populations interrogées, mais on ne retrouve aucune donnée dans le reste de l'étude, ni dans les résultats, ni dans la discussion (Burns & Kirkbride, 2012).

Données sur le langage

Réduire la DUP est l'un des objectifs et challenge pour les programmes d'intervention précoce. Par conséquent, lorsque les auteurs excluent des patients à cause de leur faible maîtrise langagière de la langue du pays d'accueil, ils risquent de négliger dans leur travail cette influence sur l'accès aux soins en psychiatrie de ces patients, et notamment les patients dits "migrants de première génération". C'est le cas par exemple de cinq études, qui utilisent explicitement la faible maîtrise langagière de la langue du pays d'accueil comme critère d'exclusion (Apeldoorn et al., 2014; Archie et al., 2010; Hui et al., 2015; Nerhus et al., 2015; Van der Ven et al., 2012). Les autres études ne donnant pas d'information, on ne peut savoir si les individus présentant une faible maîtrise langagière de la langue du pays d'accueil sont exclus ou pas.

Aucun travail ne mentionne l'idée qu'une manière de surmonter cette difficulté serait d'utiliser des interprètes, afin de permettre l'inclusion de ces patients. De plus, aucun de ces articles n'évoque l'utilisation d'interprète dans les services d'intervention précoce, ni n'explore les éventuelles interactions entre les capacités langagières, le recours à des interprètes et la qualité de soin dans ces programmes d'intervention précoce. Les limitations dans la conception de ces études peuvent donc potentiellement entraîner différents biais, en créant une barrière linguistique entre les chercheurs et certaines populations explorées, lorsque ces populations ne sont pas simplement exclues.

De plus, dans une revue de littérature systématique sur l'impact de l'utilisation d'interprètes sur la qualité de soins, Flores souligne les conséquences négatives qui peut avoir l'usage inadéquat d'interprètes (par exemple non professionnels) sur les patients psychiatriques (Flores, 2005).

Kirmayer a souligné la nécessité de travailler avec des interprètes professionnels afin d'éviter les malentendus autour des aspects culturels, pouvant fausser l'évaluation et les diagnostics, amener à la prescription de mauvais traitements ou mettre en échec l'alliance thérapeutique (Laurence J. Kirmayer, Groleau, Guzder, Blake, & Jarvis, 2003). A notre connaissance, aucune étude n'a encore exploré le rapport coût-efficacité de l'utilisation d'interprètes dans les services d'intervention précoce, mais des données proches laissent à penser que le coût serait modeste, comparé aux budgets importants consacrés aux programmes d'intervention précoce dans la psychose.

Au vu de l'importance du paramètre langage dans la collecte des données (à travers les entretiens, bilans et échelles), ces limitations peuvent également générer des biais dans la mesure de la DUP elle-même, qui peut être soit longitudinale (prospective, c'est à dire en même temps que l'événement) ou rétrospective (a posteriori, ce qui représente la plupart des cas) (Norman & Malla, 2001). Quoi qu'il en soit, dans les deux cas de figure, une faible maîtrise langagière des individus interviewés peut influencer l'évaluation de la DUP.

Ainsi, la DUP est souvent mesurée à l'aide d'outils diagnostics et d'échelles qui n'ont la plupart du temps pas été validés en contexte transculturel. Dans les études rétrospectives, la DUP est calculée a posteriori, sans utilisation d'interprète. Cela représente donc un problème, étant donné le fait que les premiers symptômes de psychose et leur chronologie d'apparition (servant à fixer l'intervalle de début de la DUP) doivent être évalués avec précision, au risque sinon de sous- ou surévaluer la DUP.

Parmi les articles sélectionnés, certains auteurs suggèrent le fait qu'une faible maîtrise langagière puisse être une limitation de leur étude. Dans une étude menée à Oslo sur la relation entre la DUP, l'histoire migratoire et l'appartenance à une minorité ethnique, il est rapporté que les capacités langagières pourraient représenter un facteur confondant sur la mesure de la DUP, et ce même si tous les participants parlent le langage du pays d'accueil de manière fluide (Nerhus et al., 2015). De même, sur un travail menée en Ontario, malgré le fait que tous les participants à cette étude parlent

l'anglais de manière fluide, les auteurs indiquent n'avoir pas réussi à obtenir des données sur les langues parlées à la maison ou sur leur statut migratoire (Archie et al., 2010). Dans une revue de la littérature, Bauer & Alegria remarquent que l'évaluation psychiatrique peut être incomplète ou faussée si le patient est rencontré en entretien dans une langue qui n'est pas sa langue maternelle (Bauer & Alegria, 2010). De plus, cela est d'autant plus vrai que les signes cliniques précoces observés dans la psychose débutante rendent difficile d'établir un diagnostic ou un pronostic fiable (Benoit, 2016).

Enfin, certains auteurs ont suggérés que le fait d'être bilingue pouvait influencer la symptomatologie psychotique, avec par exemple des capacités langagières fluctuantes selon le niveau de psychose (Paradis, 2008). De Zulueta souligne par exemple la nécessité d'évaluer la symptomatologie psychiatrique dans plusieurs langages lorsque c'est pertinent, afin d'éviter de passer à côté de certains symptômes psychotiques, tels que les hallucinations ou les éléments délirants en général (De Zulueta, Gene-Cos, & Grachev, 2001).

Il était important de mettre en lumière ces différents biais possibles, mais au delà de cela, des études spécifiques restent nécessaires pour améliorer la prise en charge des migrants dans les programmes d'intervention précoce.

Outils et concepts transculturels

Nous pensons qu'une approche multi sectorielle, transculturelle et interdisciplinaire peut améliorer les prises en charge en santé mentale en leur permettant de développer une sensibilité et une réactivité aux contextes locaux, ainsi que nous allons le décrire en suivant.

Aucune des études que nous avons mentionnées n'a indiqué avoir utiliser la 'Cultural Formulation' du DSM-IV TR (American Psychiatric Association, 2000) ou la 'Cultural Formulation Interview' du DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) pour poser les diagnostics, alors que ce sont

deux outils validés pour le diagnostic psychiatrique en contexte transculturel (Mezzich, Caracci, Fabrega, & Kirmayer, 2009; Radhakrishnan, 2016). De plus, la plupart des outils et échelles utilisés dans les études que nous avons reviewées n'ont pas été validées dans ce contexte. Ces limitations risquent donc de majorer le risque de mauvais diagnostic (misdiagnosis).

Une seule étude semble avoir explicitement pris en compte la dimension transculturelle : l'étude AESOP, pour laquelle l'équipe incluait un « expert de l'ethnicité en santé mentale » (Morgan et al., 2005, 2006). Kirmayer a souligné le fait que ce qu'il appelle la "compétence culturelle" doit être prise en compte au niveau de l'organisation des systèmes de santé et des institutions (L. Kirmayer, 2012), c'est à dire davantage à un niveau institutionnel qu'à un niveau individuel, comme c'est le cas ici avec le recours à un « expert ». Dans une étude réalisée à Singapour (Basu et al., 2015), les chercheurs explicitent les précautions qu'ils ont pris pour prévenir les biais d'attribution de la variable ethnicité (discussion en staff multidisciplinaire et multiethnique), biais qui pourraient résulter du fait de considérer des croyances et comportements culturellement codés comme des symptômes par les chercheurs.

En effet, comme le remarquent Kaplan & Bennett, l'attribution de la variable 'ethnicité' dépendra beaucoup des préjugés et des représentations de l'observateur, basés par exemple sur l'apparence physique, le nom, la ou les langues parlée(s) ou le quartier de résidence (Kaplan, 2003).

Aucun des auteurs n'a évoqué un concept théorique plus avancé, comme le contre-transfert culturel (Rouchon et al., 2009; Stampley & Slaght, 2004), ce qui serait pourtant pertinent dans l'évaluation des populations en contexte transculturel.

Recommandations

Dans le **Tableau 3**, nous proposons quelques pistes et recommandations pour aider à explorer la dimension transculturelle, et développer une 'compétence culturelle' nécessaire pour les études futures sur le sujet.

La manière d'attribuer la variable ethnicité doit être en accord avec le concept anthropologique

Table 3. Some basic transcultural criteria to include in further study designs

Data collection	Propositions
<i>Ethnicity</i>	=> Self-reported measurement
<i>Migration</i>	=> Inclusion of variables exploring: Time before migration: reason for migration, socioeconomic level Migration process itself: traumatic events Time after migration: date of arrival, family support, socioeconomic level
<i>Stigma</i>	=> Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale
<i>Pathway to care</i>	=> E.g. referral
<i>Language</i>	=> If multiple language spoken: language 1, language 2, etc.
<i>Assessment of cost-effectiveness of interpreters</i>	

Assessment

<i>Low language proficiency</i>	=> Use of interpreter
<i>Assessment of diagnosis</i>	=> Use of Cultural Formulation (DSM-V)
<i>Multiethnic and transcultural staff discussion</i>	

selon lequel elle sera au mieux attribuée par le groupe concerné (Banks, 1996). Ainsi, l'auto-attribution de cette variable transculturelle semble donc être la meilleure manière d'y parvenir.

Ensuite, lors de la collecte des données auprès des populations, il est essentiel d'obtenir le maximum d'informations à la fois sur des éléments objectifs (niveau socio-économique avant et après la migration par exemple) et sur des expériences subjectives du phénomène de migration.

Cela peut notamment passer par l'exploration de facteurs pré-migratoires, comme les motifs individuels et familiaux de migration (raisons économiques ou politiques par exemple), les attentes, le contexte de migration (niveau de préparation), et des facteurs post-migratoires, comme l'expérience d'une discrimination ou la perception d'une stigmatisation, qui peuvent être évaluées par des outils validés en contexte transculturel, comme l'ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness) que nous avons vu plus haut par exemple. Ces efforts méthodologiques permettraient de davantage approcher de la complexité de la réalité du processus de migration, comme le rapportent Baubet et Moro (Moro & Baubet, 2009). Pour ce qui est du langage, il est fondamental de documenter lors de prochaines études les différentes langues parlées par les populations, de sorte de pouvoir proposer les meilleures conditions de communication, et ainsi améliorer la collecte des données, l'évaluation diagnostique et la mesure de la DUP, particulièrement par la médiation de l'interprète.

D'autre part, inclure de manière systématique une analyse du rapport coût-efficacité de l'interprétariat dans les services d'intervention précoce permettrait d'étayer sa viabilité économique et son intérêt clinique.

Une autre amélioration possible serait d'utiliser la formulation culturelle du DSM-V lors de l'évaluation des populations en contexte transculturel (American Psychiatric Association, 2013).

Nous espérons que ces quelques recommandations permettront d'améliorer le design des futures études sur ce sujet là. Cependant, dans le travail quotidien en psychiatrie, ces suggestions ne

peuvent pas non plus être utilisées comme de simples recettes, et les professionnels de santé (particulièrement les psychiatres) devront donc recevoir une formation plus conséquente au travail en contexte transculturel. En 2012, Kirmayer (L. Kirmayer, 2012) relevait l'importance d'intégrer le concept de culture à la fois dans la formation et la pratique en psychiatrie, à travers l'acquisition de ce qu'il appelle la 'compétence culturelle', qui est définie par l'attitude, les compétences et les savoirs nécessaires pour dispenser un soin de qualité en contexte transculturel. Son article développe ainsi des guidelines décrivant les dimensions individuelles/institutionnelles et pratiques/théoriques, et se base sur le CanMEDS (Canadian Medical Education Directions for Specialists), actualisé en 2005, qui étend la fonction de soignant à d'autres axes, comme ceux de communication et collaboration avec le patient, et aux dimensions scolaires et juridiques des prises en charge.

Comme l'indique cet auteur, la formation doit atteindre un équilibre entre l'apprentissage empirique, qui se concentre sur des attitudes et sur l'amélioration de compétences, et l'enseignement théorique et didactique qui met l'emphase sur les modèles théoriques, la méthodologie et les données de la recherche.

Notre recherche montre que, même dans les études où des variables transculturelles sont utilisées comme critères secondaires, une analyse plus approfondie est rarement menée par les auteurs.

Pour conclure, l'adaptation des dispositifs et outils existants et la promotion de la recherche ne peuvent se faire qu'en ayant conscience de la dimension transculturelle à de multiples niveaux : dans le travail quotidien, dans la conception des études et dans l'analyse et l'interprétation des résultats. Les publications scientifiques en psychiatrie pourraient en outre améliorer l'utilisation des variables transculturelles dans la recherche en publiant les articles montrant des résultats différents par rapport au reste de la littérature, ce qui améliorerait les problèmes structurels et organisationnels existant dans notre système de santé.

Conclusion

Beaucoup des auteurs des articles que nous avons reviewé reconnaissant les limites de leurs études dans le travail avec des patients issus de l'immigration. Néanmoins, aucun d'eux n'a utilisé d'interprète avec ces populations, et la barrière linguistique a quasiment toujours été un critère d'exclusion, que ce soit ou non explicité dans l'étude. Au vu de l'importance et de l'essor des programmes de prise en charge précoce de la psychose et du nombre d'études publiées sur ce sujet, nous proposons deux idées pour aider à concevoir les services de pédopsychiatrie du futur : ne pas exclure les patients à cause de leur faible maîtrise langagière de la langue du pays d'accueil, et utiliser des interprètes pour travailler avec ces patients.

Bibliographie

- Al Fayez, H., Lappin, J., Murray, R., & Boydell, J. (2017). Duration of untreated psychosis and pathway to care in Riyadh, Saudi Arabia: Duration of untreated psychosis. *Early Intervention in Psychiatry, 11*(1), 47–56.
- Alegria, M., Chatterji, P., Wells, K., Cao, Z., Chen, C. -n., Takeuchi, D., ... Meng, X.-L. (2008). Disparity in Depression Treatment Among Racial and Ethnic Minority Populations in the United States. *Psychiatric Services, 59*(11), 1264–1272.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed., text revision*. Washington D.C: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed.* Washington D.C: American Psychiatric Association.
- Anderson, K. K., Flora, N., Archie, S., Morgan, C., & McKenzie, K. (2014). Race, ethnicity, and the duration of untreated psychosis: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*(7), 1161–1174.
- Apeldoorn, S. Y., Sterk, B., van den Heuvel, E. R., Schoevers, R. A., Islam, M. A., Bruggeman, R., ... Wiersma, D. (2014). Factors contributing to the duration of untreated psychosis. *Schizophrenia Research, 158*(1–3), 76–81.
- Archie, S., Akhtar-Danesh, N., Norman, R., Malla, A., Roy, P., & Zipursky, R. B. (2010). Ethnic Diversity and Pathways to Care for a First Episode of Psychosis in Ontario. *Schizophrenia Bulletin, 36*(4), 688–701. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn137>
- Banks, M. (1996). *Ethnicity: anthropological constructions*. London (GB): Routledge.
- Basu, S., Subramaniam, M., Abdin, E., Poon, L. Y., & Verma, S. (2015). Does ethnicity have an impact on duration of untreated psychoses: A retrospective study in Singapore. *International Journal of Social Psychiatry, 61*(7), 623–630.
- Baubet, T., Taïeb, O., Guillaume, J., & Moro, M. R. (2009). Les états psychotiques chez les jeunes

- migrants et enfants de migrants. *L'Encéphale*, 35, S219–S223.
- Bauer, A., & Alegría, M. (2010). Impact of Patient Language Proficiency and Interpreter Service Use on the Quality of Psychiatric Care: A Systematic Review. *Psychiatric Services*, 61(8).
- Beauchemin, C., Hamel, C., & Simon, P. (2016). *Trajectoires et origines: Enquête sur la diversité des populations en France* (INED).
- Becharad-Evans, L., Schmitz, N., Abadi, S., Joobar, R., King, S., & Malla, A. (2007). Determinants of help-seeking and system related components of delay in the treatment of first-episode psychosis☆. *Schizophrenia Research*, 96(1–3), 206–214.
- Benoit, L. (2016). *L'adolescent "fragile": peut-on prédire en psychiatrie?* (Editions Recherches). Paris.
- Betancourt, J. R. (2003). Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Health Care. *Public Health Reports*, 118(4), 293–302.
- Bhui, K., Ullrich, S., & Coid, J. W. (2014). Which pathways to psychiatric care lead to earlier treatment and a shorter duration of first-episode psychosis? *BMC Psychiatry*, 14(1).
- Birchwood, M., & MacMillan, F. (1993). Early Intervention in Schizophrenia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 27(3), 374–378.
- Boonstra, N., Sterk, B., Wunderink, L., Sytema, S., De Haan, L., & Wiersma, D. (2012). Association of treatment delay, migration and urbanicity in psychosis. *European Psychiatry*, 27(7), 500–505.
- Bourque, F., van der Ven, E., & Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological Medicine*, 41(05), 897–910.
- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., & Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: A multinational review. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 221–231.
- Broussard, B., Kelley, M. E., Wan, C. R., Cristofaro, S. L., Crisafio, A., Haggard, P. J., ... Compton, M. T. (2013). Demographic, socio-environmental, and substance-related predictors of duration of untreated psychosis (DUP). *Schizophrenia Research*, 148(1–3), 93–98.
- Burns, J. K., & Kirkbride, J. B. (2012). Social capital, pathway to care and duration of untreated psychosis: Findings from a low- and middle-income country context. *South African Journal*

of Psychiatry, 18(4).

- Cantor-Graae, E., & Selten, J.-P. (2005). Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review. *American Journal of Psychiatry, 162(1)*, 12–24.
- Chee, K. Y., Muhammad Dain, N. A., Abdul Aziz, S., & Abdullah, A. A. (2010). Duration of untreated psychosis, ethnicity, educational level, and gender in a multiethnic South-East Asian country: report from Malaysia schizophrenia registry. *Asia-Pacific Psychiatry, 2(1)*, 48–54.
- Chon, M.-W., Lee, T. Y., Kim, S. N., Huh, M. J., Park, H. Y., Lee, C. R., ... Kwon, J. S. (2015). Factors contributing to the duration of untreated prodromal positive symptoms in individuals at ultra-high risk for psychosis. *Schizophrenia Research, 162(1–3)*, 64–66.
- Chong, S.-A., Mythily, Lum, A., Chan, Y. H., & McGorry, P. (2005). Determinants of Duration of Untreated Psychosis and the Pathway to Care in Singapore. *International Journal of Social Psychiatry, 51(1)*, 55–62.
- Clarke, M., Browne, S., McTigue, O., Gervin, M., Kinsella, A., Waddington, J. L., ... O'Callaghan, E. (2007). Determinants of duration of untreated psychosis in an Irish catchment area sample. *Irish Journal of Psychological Medicine, 24(02)*, 50–54.
- Compton, M. T., Esterberg, M. L., Druss, B. G., Walker, E. F., & Kaslow, N. J. (2006). A descriptive study of pathways to care among hospitalized urban African American first-episode schizophrenia-spectrum patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41(7)*, 566–573.
- Compton, M. T., Goulding, S. M., Gordon, T. L., Weiss, P. S., & Kaslow, N. J. (2009). Family-level predictors and correlates of the duration of untreated psychosis in African American first-episode patients. *Schizophrenia Research, 115(2–3)*, 338–345.
- Cooper, L., Hill, M., & Powe, N. (2002). Designing and evaluating interventions to eliminate racial and ethnic disparities in health care. *Journal of General Internal Medicine, 17(6)*, 477–486.
- Copolov, D. L., McGony, P. D., Keks, N., Minas, I. H., Heman, H. E., & Singh, B. S. (1989). Origins and Establishment of the Schizophrenia Research Programme at Royal Park Psychiatric Hospital. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 23(4)*, 443–451.
- Cratsley, K., Regan, J., McAllister, V., Simic, M., & Aitchison, K. J. (2008). Duration of Untreated

- Psychosis, Referral Route, and Age of Onset in an Early Intervention in Psychosis Service and a Local CAMHS. *Child and Adolescent Mental Health*, 13(3), 130–133.
- De Zulueta, F. I. S., Gene-Cos, N., & Grachev, S. (2001). Differential psychotic symptomatology in polyglot patients: Case reports and their implications. *The British Journal of Medical Psychology*, 74 Part 3, 277–292.
- Devi Thakoor, J. P., Dong, H., Zhang, X., Wang, G., Huang, H., Xiang, Y., & Hao, W. (2016). Duration of Untreated Psychosis in Chinese and Mauritian: Impact of Clinical Characteristics and Patients' and Families' Perspectives on Psychosis. *PLOS ONE*, 11(6), e0157083.
- Dominguez, M.-G., Fisher, H. L., Major, B., Chisholm, B., Rahaman, N., Joyce, J., ... Hodes, M. (2013). Duration of untreated psychosis in adolescents: Ethnic differences and clinical profiles. *Schizophrenia Research*, 150(2–3), 526–532.
- Dressler, W., Oths, K., & Gravlee, C. (2005). Race and ethnicity in public health research :Models to Explain Health Disparities. *Annual Review of Anthropology*, 34(1), 231–252.
- Exner, D. V., Dries, D. L., Domanski, M. J., & Cohn, J. N. (2001). Lesser Response to Angiotensin-Converting–Enzyme Inhibitor Therapy in Black as Compared with White Patients with Left Ventricular Dysfunction. *New England Journal of Medicine*, 344(18), 1351–1357.
- Fassin, D., Fassin, E., & Beaud, S. (2009). *De la question sociale à la question raciale: représenter la société française* (Découverte). Paris.
- Fiscella, K., Franks, P., Doescher, M., & Saver, B. (2002). Disparities in health care by race, ethnicity, and language among the insured: findings from a national sample. *Medical Care*, 40(1), 52–59.
- Flores, G. (2005). The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review. *Medical Care Research and Review*, 62(3), 255–299.
- Ghali, S., Fisher, H. L., Joyce, J., Major, B., Hobbs, L., Soni, S., ... Johnson, S. (2013). Ethnic variations in pathways into early intervention services for psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 202(4), 277–283.
- Haas, G. ., Garratt, L. ., & Sweeney, J. . (1998). Delay to first antipsychotic medication in schizophrenia: impact on symptomatology and clinical course of illness. *Journal of*

Psychiatric Research, 32(3–4), 151–159.

- Hosman, C., Jané Llopis, E., & Saxena, S. (2004). World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, Prevention Research Centre (Netherlands). Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options : summary report. World Health Organization.
- Hui, C. L.-M., Lau, W. W.-Y., Leung, C.-M., Chang, W.-C., Tang, J. Y.-M., Wong, G. H.-Y., ... Chen, E. Y.-H. (2015). Clinical and social correlates of duration of untreated psychosis among adult-onset psychosis in Hong Kong Chinese: the JCEP study: Duration of untreated psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 9(2), 118–125.
- Hutchinson, G., & Haasen, C. (2004). Migration and schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 350–357.
- Kaplan, J. B. (2003). Use of Race and Ethnicity in Biomedical Publication. *JAMA*, 289(20), 2709.
- Kirmayer, L. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149–164.
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., ... for the Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH). (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E959–E967.
- Kirmayer, Laurence J., Groleau, D., Guzder, J., Blake, C., & Jarvis, E. (2003). Cultural consultation: a model of mental health service for multicultural societies. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 48(3), 145–153.
- Kirmayer, Laurence J., & Pedersen, D. (2014). Toward a new architecture for global mental health. *Transcultural Psychiatry*, 51(6), 759–776.
- Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A., & Priebe, S. (2008). Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry*, 23, 14–20.
- Loebel, A., Lieberman, J. A., Alvir, J., Mayerhoff, D., Geisler, S., & Szymanski, S. (1992). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 149(9), 1183–1188.
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., & Croudace, T. (2005). Association Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in Cohorts of First-Episode

- Patients: A Systematic Review. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 975.
- McGlashan, T. H. (1999). Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: marker or determinant of course? *Biological Psychiatry*, 46(7), 899–907.
- McGorry, P., Bates, T., & Birchwood, M. (2013). Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 202(s54), s30–s35.
- McGorry, P. D. (2015). Early Intervention in Psychosis: Obvious, Effective, Overdue. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(5), 310–318.
- McGorry, P. D., Hickie, I. B., Yung, A. R., Pantelis, C., & Jackson, H. J. (2006). Clinical Staging of Psychiatric Disorders: A Heuristic Framework for Choosing Earlier, Safer and more Effective Interventions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(8), 616–622.
- McGorry, P. D. (1985). The Aubrey Lewis Unit: The origins, development and first year of operation of the clinical research unit and Royal Park Psychiatric Hospital. Dissertation for membership of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Melbourne, Australia. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*.
- Mezzich, J. E., Caracci, G., Fabrega, H., & Kirmayer, L. J. (2009). Cultural Formulation Guidelines. *Transcultural Psychiatry*, 46(3), 383–405.
- Morgan, C., Dazzan, P., Morgan, K., Jones, P., Harrison, G., Leff, J., ... AESOP study group. (2006). First episode psychosis and ethnicity: initial findings from the AESOP study. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 5(1), 40–46.
- Morgan, C., Fearon, P., Hutchinson, G., McKENZIE, K., Lappin, J. M., Abdul-Al, R., ... Murray, R. (2005). Duration of untreated psychosis and ethnicity in the AESOP first-onset psychosis study. *Psychological Medicine*, 36(02), 239.
- Moro, M., & Baubet, T. (2009). *Psychopathologie transculturelle*. Paris: Masson.
- National Health Service. (2014). NHS England investment in mental health 2015/16 A note to accompany the 2015/16 National Tariff Payment System – a consultation notice.
- Nerhus, M., Berg, A. O., Haram, M., Kvitland, L. R., Andreassen, O. A., & Melle, I. (2015). Migrant background and ethnic minority status as predictors for duration of untreated psychosis: Migration and duration of untreated psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*,

9(1), 61–65.

- Nishii, H., Yamazawa, R., Shimodera, S., Suzuki, M., Hasegawa, T., & Mizuno, M. (2010). Clinical and social determinants of a longer duration of untreated psychosis of schizophrenia in a Japanese population: Duration of untreated psychosis in Japan. *Early Intervention in Psychiatry*, 4(2), 182–188.
- Norman, R. M., & Malla, A. K. (2001). Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. *Psychological Medicine*, 31(3), 381–400.
- O'Donoghue, B., Lyne, J., Kinsella, A., Turner, N., O'Callaghan, E., & Clarke, M. (2014). Detection and characteristics of individuals with a very long duration of untreated psychosis in an early intervention for psychosis service: Detection and characteristics of a very long DUP. *Early Intervention in Psychiatry*, 8(4), 332–339.
- Oppetit, A., Bourgin, J., Martinez, G., Kazes, M., Mam-Lam-Fook, C., Gaillard, R., ... Krebs, M.-O. (2016). The C'JAAD: a French team for early intervention in psychosis in Paris: An early intervention team in Paris. *Early Intervention in Psychiatry*.
- Paradis, M. (2008). Bilingualism and neuropsychiatric disorders. *Journal of Neurolinguistics*, 21(3), 199–230.
- Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K., & Lieberman, J. A. (2005). Relationship Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia: A Critical Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1785–1804.
- Radhakrishnan, R. (2016). DSM-5® Handbook on the Cultural Formulation Interview edited by Roberto Lewis-Fernández, M.D., M.T.S., Neil Krishan Aggarwal, M.D., M.B.A., M.A., Ladson Hinton, M.D., Devon E. Hinton, M.D., Ph.D., and Laurence J. Kirmayer, M.D., F.R.C.P.C. Washington, D.C., American Psychiatric Association Publishing, 2016, 364 pp., \$65.00 (paperback). *American Journal of Psychiatry*, 173(2), 196–197.
- Roberts, A. L., Gilman, S. E., Breslau, J., Breslau, N., & Koenen, K. C. (2011). Race/ethnic differences in exposure to traumatic events, development of post-traumatic stress disorder, and treatment-seeking for post-traumatic stress disorder in the United States. *Psychological Medicine*, 41(01), 71–83.
- Rouchon, J.-F., Reyre, A., Taïeb, O., & Moro, M. R. (2009). L'utilisation de la notion de contre-

- transfert culturel en clinique. *L'Autre, Volume. 10*(1), 80.
- Senior, P. A., & Bhopal, R. (1994). Ethnicity as a variable in epidemiological research. *BMJ*, *309*(6950), 327–330.
- Sentell, T., Shumway, M., & Snowden, L. (2007). Access to Mental Health Treatment by English Language Proficiency and Race/Ethnicity. *Journal of General Internal Medicine*, *22*(S2), 289–293.
- Souaiby, L., Gaillard, R., & Krebs, M.-O. (2016). Durée de psychose non traitée : état des lieux et analyse critique. *L'Encéphale*, *42*(4), 361–366.
- Stampley, C., & Slaght, E. (2004). Cultural countertransference as a clinical obstacle. *Smith College Studies in Social Work*, *74*(2), 333–347.
- U.S. Department of Health and Human Services,. (2001). Mental Health: culture, race, and ethnicity —a supplement to mental health: a report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services.
- Valmaggia, L. R., Byrne, M., Day, F., Broome, M. R., Johns, L., Howes, O., ... McGuire, P. K. (2015). Duration of untreated psychosis and need for admission in patients who engage with mental health services in the prodromal phase. *The British Journal of Psychiatry*, *207*(2), 130–134.
- Van der Ven, E., Bourque, F., Joobar, R., Selten, J.-P., & Malla, A. K. (2012). Comparing the clinical presentation of first-episode psychosis across different migrant and ethnic minority groups in Montreal, Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, *57*(5), 300–308.
- Wells, K., Klap, R., Koike, A., & Sherbourne, C. (2001). Ethnic Disparities in Unmet Need for Alcoholism, Drug Abuse, and Mental Health Care. *American Journal of Psychiatry*, *158*(12), 2027–2032.
- WHO Regional Office for Europe. (2010). How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen.
- Yung, A. R., & McGorry, P. D. (1996). The Prodromal Phase of First-episode Psychosis: Past and Current Conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, *22*(2), 353–370.

Yung, Alison R., McGorry, P. D., McFarlane, C. A., & Patton, G. C. (1995). The Pace Clinic:
Development of a Clinical Service for Young People at High Risk of Psychosis.
Australasian Psychiatry, 3(5), 345–349.

Abstract

Aim

A background of migration is an established risk factor for psychosis. At the same time, over the last 25 years, many countries have developed specialized services for the assessment and care of people with early psychosis. Evaluation of these services often focuses on the duration of untreated psychosis (DUP).

Methods

We conducted a systematic review with an electronic search of key words in three databases to determine the extent to which studies measuring DUP consider transcultural variables, including migration status, national origin, ethnicity, and language.

Results

We identified 18 studies that included transcultural variables and measured DUP. They differed in their design, aims, and methodology, and could not be directly compared. Common themes nonetheless appeared.

Discussion

Most of the studies exploring DUP took little account of transcultural variables. Definitions of transcultural indicators were heterogeneous and often vague. Lack of language proficiency was often an exclusion criterion, and none of the studies used interpreters. We propose some basic transcultural criteria and recommendations to include in future studies and recommendations to improve their internal and external validity.

KEY WORDS: early psychosis, DUP, ethnicity, transcultural, interpreter

Résumé

Objectifs

Un antécédent de migration est aujourd'hui établi comme un facteur de risque de développer une psychose. Depuis environ 25 ans, de nombreux pays ont développé des dispositifs de soins spécialisés pour la prise en charge précoce des patients psychotiques. L'évaluation de ces services s'appuie sur plusieurs critères, dont celui de Durée de Psychose Non traitée (Duration of Untreated Psychosis, DUP).

Méthodologie

Nous avons réalisé une revue de littérature (systematic review) à l'aide de mots clés dans trois bases de données en ligne, afin d'explorer dans quelle mesure les études scientifiques mesurant la DUP prennent en compte les variables transculturelles, telles que le statut migratoire, l'origine géographique, l'ethnicité et le langage.

Résultats

Nous avons identifié 18 études qui mesuraient la DUP et qui incluaient dans leur démarche des variables transculturelles. Ces études diffèrent sur leurs designs, leurs objectifs et leurs méthodologies, et ne pouvaient donc pas être directement comparées. Néanmoins, des thèmes communs en ressortaient.

Discussion

La plupart des études explorant la DUP prenaient peu en compte les variables transculturelles. Les définitions de ces dernières étaient hétérogènes, et souvent imprécises. Le manque de maîtrise langagière était souvent un critère d'exclusion, et aucune des équipes n'a utilisé d'interprète. Nous proposons donc quelques variables transculturelles de base ainsi que des recommandations à inclure dans les études futures, afin d'améliorer leur validité interne et externe.

Mots clés : early psychosis, DUP, ethnicity, transcultural, interpreter

Diagnostic précoce de la schizophrénie en contexte transculturel

RESUME

Objectifs

Un antécédent de migration est aujourd'hui établi comme un facteur de risque de développer une psychose. Depuis environ 25 ans, de nombreux pays ont développés des dispositifs de soins spécialisés pour la prise en charge précoce des patients psychotiques. L'évaluation de ces services s'appuie sur plusieurs critères, dont celui de Durée de Psychose Non traitée (Duration of Untreated Psychosis, DUP).

Méthodologie

Nous avons réalisé une revue de littérature (systematic review) à l'aide de mots clés dans trois bases de données en ligne, afin d'explorer dans quelle mesure les études scientifiques mesurant la DUP prennent en compte les variables transculturelles, telles que le statut migratoire, l'origine géographique, l'ethnicité et le langage.

Résultats

Nous avons identifié 18 études qui mesuraient la DUP et qui incluaient dans leur démarche des variables transculturelles. Ces études diffèrent sur leurs designs, leurs objectifs et leurs méthodologies, et ne pouvaient donc pas être directement comparées. Néanmoins, des thèmes communs en ressortaient.

Discussion

La plupart des études explorant la DUP prenaient peu en compte les variables transculturelles. Les définitions de ces dernières étaient hétérogènes, et souvent imprécises. Le manque de maîtrise langagière était souvent un critère d'exclusion, et aucune des équipes n'a utilisé d'interprète. Nous proposons donc quelques variables transculturelles de base ainsi que des recommandations à inclure dans les études futures, afin d'améliorer leur validité interne et externe.

TITRE EN ANGLAIS : Is early management of psychosis designed for migrants? Improving transcultural variable collection when measuring Duration of Untreated Psychosis (DUP)

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique - Psychiatrie