

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT  
MALI

REPUBLIQUE DU

SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
foi

Un Peuple – Un But – Une

SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECIN DE PHARMACIE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

ANNEE ACADEMIQUE 2011-2012

N°.....

**TROUBLES PSYCHIQUES ET MIGRATION :  
PROBLEMATIQUE DE LEUR PRISE EN CHARGE  
DANS LE SERVICE DE PSYCHIATRIE DU CHU DU  
POINT G, BAMAKO-MALI**

**THESE**

**SOUTENUE DEVANT LA FACULTE DE MEDECIN DE PHARMACIE  
ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE le 29-10-2011**

**PAR : MODI BABA TEMBELY**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'Etat)

**JURY**

**PRESIDENT : Pr Baba KOUMARE**

**MEMBRES : Pr Arouna TOGORA**

**Pr Souleymane COULIBALY**

**DIRECTEUR DE THESE : Pr Bou DIAKITE**

# Dédicaces et Remerciements

# Dédicaces

Je dédie cette thèse

➤ **A mon Maître Docteur Modibo SISSOKO,**

Comme un aveugle marchant sur un chantier épineux vous nous avez accueilli et guidé dans ce service. Vous représentez pour nous la canne qui guide l'aveugle donc notre lumière.

Ce travail n'est qu'une fine partie de tout l'enseignement que vous nous avez transmis.

Cher Maître, vous avez initié ce travail et les mots sont insignifiants pour vous témoigner notre gratitude. La décision de soutenir sans vous n'a pas été facile à prendre. Nous prions Dieu chaque jour qui passe, qu'il vous accorde enfin la santé.

Nous espérons vous revoir parmi nous bientôt.

Veillez retrouver ici cher Maître, l'expression de notre admiration et de notre profond respect.

# Remerciements

- **A mon Père : Ibrahim TEMBELY**, j'espère de toute mon existence je ne vais pas oublier notre dernière conversation. Repose en paix.
  
- **A ma Mère : Mortio KONATE** Autant tu m'aimeras, moi j'existerai. Que l'ombre de la mort te hâisse aussi long temps que possible pour que tu puisses être fière de tous tes enfants.
  
- **A Sandrine et Samba TEMBELY** : Merci pour tout le soutien. **Samba**, que Dieu te donne une longue vie.
  
- **A mes Frères et sœurs** : plus particulièrement à toi **Bintou ; Adama** repose en paix.
  
- **A Mme KOUMARE Lucienne PARAISSO** : Tanti, je suis convaincu que vous êtes une main invisible de Dieu qui fait du bien sans se poser trop de questions. Merci pour le soutien et les encouragements.
  
- **A mes Amis** : j'espère que vous me comprendrez si je ne cite pas de nom car je me demande par qui commencer. Merci pour tout.
  
- **A tout le Personnel de l'hôpital du Point G et de l'hôpital Gabriel Touré** : Merci pour les échanges fructueux et les expériences partagées. A tous les internes des hôpitaux, les staffs du vendredi sont des moments de partage inoubliables.
  
- **A tous les Médecins de la Psychiatrie** :  
**Professeur Baba KOUMARE**  
**Professeur Bou DIAKITE**  
**Professeur Bakoroba COULIBALY**  
**Professeur Arouna TOGORA**  
**Professeur Souleymane COULIBALY,**

Tant c'est difficile d'avoir le calme du **Dr. SISSOKO**, la modestie et la discrétion du Pr. TOGORA, l'ambition et le tact des Pr. **COULIBALY**, le pragmatisme du Pr. **DIAKITE**, la clairvoyance et l'immense culture du Pr. **KOUMARE** ; Vous avez placé la barre si haute que la seule manière d'être digne de vous est de nous différencier de chacun de vous en réunissant les qualités de tout un chacun.

Nous avons plus que jamais besoin de vous car nul ne peut finir de recevoir les enseignements de différentes bibliothèques que vous représentiez .Soyez fiers d’être nos références bibliographiques.

➤ **Docteur Joseph TRAORE**

Merci pour la compréhension et la tolérance dans le partage du savoir. Plus qu’un aîné, vous êtes un frère pour nous. Que DIEU vous protège et vous donne une longue vie.

- **A tout le Personnel du Service de Psychiatrie :** Koumba DIAWARA (Major), Diamahiri SAMAKE, Seydou FOMBA, Mariam SACKO, Fanta DEMBELE, Sidy SAMAKE, Mariétou DABO, Ba Oumou NOMOGO, Massama TRAORE, Mamby KEÏTA, Boubacar SOUSSOUBALY, Adam KONATE, Mme SACKO Maï KONE, Moussa BOIRE, Souleymane DOUMBIA, Soumaila KONE, N’Golo KANE, Adama TRAORE, Alou TRAORE, Idrissa D SIDIBE, Merci pour vos soutiens et l’esprit de famille qu’on partage au service.
- **A tous mes aînés étudiants du service :** Dr Mariam DIAKITE, Dr Séga DIAKITE, Dr Pierre TRAORE, Dr Abdramane TRAORE, Dr Zoua KAMATE, Dr Modibo CAMARA, Dr Talibe KAMISSOKO, Dr Moctar KONE, Dr DIN Ousmane, Dr MAIGA Sidi Mahamed, et Dr Mariame KOUMARE
- **A mes collègues de la psychiatrie :** KONE Mamadou, COULIBALY Souleymane dit Papa, SIDIBE Mariame et DIARRA Zoumana ; A vous tous courage et persévérance.
- **A tous mes enseignants de l’école primaire au lycée**
- **A tous les enseignants de la FMPOS :** Merci pour les connaissances transmises.
- **A mes familles :** CISSE, DAO, KONE de Koutiala, FOFANA, FANE, TANGARA, DIARRA, MAIGA de Fana ; COULIBALY et KONARE du Point G.



# A notre Maître et Président du Jury

## Professeur Baba KOUMARE

- Professeur titulaire de psychiatrie à la faculté de Médecine de Pharmacie et d'odontostomatologie,
- Chef du service de psychiatrie du CHU du point G

Cher Maître,

C'est un grand honneur et une exceptionnelle chance de vous avoir comme président de ce jury,

Arrivé dans un service presque inexistant, vous avez su donner par la grandeur de vos ambitions un visage plus humain à la psychiatrie de notre pays jetant ainsi les bases d'une psychiatrie Malienne.

Malgré vos multiples occupations vous avez suivi ce travail avec un grand intérêt de sa conception à sa réalisation ;

Très cher maître, la parole s'envole mais les actes restent ; Vos actions font de vous une référence nationale et internationale.

Nous nous réclamons avec fierté de l'école de psychiatrie de Bamako qui a vu le jour grâce à vos compétences.

Honorable Maître, sans vous ce travail n'aurait pas eu une pertinence scientifique.

# A notre Maître Membre du Jury

## Professeur Arouna TOGORA

- Maître de conférences à la FMPOS,
- Spécialiste de Pédopsychiatrie au service de Psychiatrie du CHU du Point G

Cher Maître,

Pour la deuxième fois vous marquez d'une manière intelligible notre vie dans le cadre de l'exercice de votre fonction :

En tant que Médecin Chef du Centre de Santé de Référence de Douentza il ya 27 ans ;

Et aujourd'hui en tant que membre de ce Jury.

Soyez fier de votre profession car nous sommes une preuve palpante.

Recevez ici cher Maître notre reconnaissance la plus sincère.



# A notre Maître Membre du Jury

## Professeur Souleymane COULIBALY

- Maître de conférences à la FMPOS
- Psychologue clinicien au CHU du Point G

Cher Maître,

C'est un grand honneur et un immense plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Nous avons appris à vos côtés à imaginer, conceptualiser et réaliser un univers scientifique où rien n'est impossible.

Cher Maître, soyez rassuré de notre considération.

# A notre Maître Directeur de Thèse

## Professeur Bou DIAKITE

- Maître de conférences à la FMPOS
- Psychiatre au service de Psychiatrie du CHU du Point G
- Médecin Colonel Major
- Chevalier de l'Ordre National

Cher Maître,

L'assiduité, l'autorité, et la rigueur qui vous caractérisent sont autant de valeurs qui incitent la jeune génération à vous ressembler.

La qualité de votre enseignement et votre discipline font de vous un grand Maître aimé et admiré par tous.

Puisse le tout puissant nous accorder la chance de profiter encore longtemps de vos enseignements et de vos conseils.

# Liste des Sigles, Acronymes, Abreviations

## LISTE DES ABREVIATIONS

**AME** : Association des Maliens Expulsés

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CIC** : Citoyenneté Internationale Canada

**CIM** : Classification Internationale des Maladies

**CIM10** : Classification Statistique internationale des Maladies et des problèmes de Santé Connexe 10<sup>ème</sup> révision

**CIM-10-CA** : Classification Statistique internationale des maladies 10<sup>ème</sup> révision, version Canada

**DSM-IV** : Manuel de Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux 4<sup>ème</sup> édition

**EPH** : Etablissement Public Hospitalier

**FMPOS** : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

**ICIS** : Institut Canadien d'Information sur la Santé

**INSERM** : Institut National pour la Santé Et la Recherche Médicale

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale

**ONU** : Organisation des Nations Unies

**PRM** : Président République du Mali

**PDA** : Psychose Délirante Aigue

**PHC** : Psychose Hallucinatoire Chronique

**RCI** : République de Cote d'Ivoire

**USA**: United States of America

**VIH**: Virus de l'Immunodéficience Humaine

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>OBJECTIFS .....</b>	<b>4</b>
<b>I. GENERALITE.....</b>	<b>6</b>
<b>II. METHODOLOGIE.....</b>	<b>22</b>
<b>III. RESULTATS .....</b>	<b>30</b>
<b>IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....</b>	<b>62</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>69</b>
<b>RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>71</b>
<b>REFERENCES.....</b>	<b>73</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>88</b>

# INTRODUCTION

## **INTRODUCTION :**

La santé mentale est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ». Un trouble psychique est une perturbation de la santé mentale. [1]

De multiples facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont des déterminants de cette santé mentale. La problématique de la santé mentale est également liée au changement social rapide comme la migration qui est le déplacement d'une personne quittant son lieu de naissance ou de résidence pour un autre lieu.

Des conséquences néfastes, d'ordre psychopathologique peuvent être dues à la migration comme le démontrent les multiples travaux réalisés dans divers pays.

En effet, Pollock aux U.S.A en 1912, a trouvé que l'incidence de la morbidité des troubles mentaux à New York était deux (2) fois plus élevée chez les personnes étrangères que les autochtones [2] ; Odegaard en 1932 avait trouvé que la population Norvégienne émigrée aux Etats Unis était nettement plus atteinte de troubles psychiques que la population stable en Norvège. [3]

Les études de Lasry et Sigal [4] en 1975, Berry et Kim [5] en 1987 aux U.S.A, Tousignant [6] en 1992 au Canada, Aorian [7] en 1993 en Angleterre, l'Inserm [8] en 2001 en France et celle de Zivkovic [9] en Italie en 2004, font apparaître une fréquence de troubles psychiatriques plus élevée chez les sujets émigrés que les sujets natifs.

Au Canada en 2002 Joliette, Minh Lan Tran [10] a trouvé que 84% des migrants étaient des utilisateurs réels et/ou potentiels des services de santé mentale. Par ailleurs en 2007, un groupe de chercheurs Canadiens dans une étude intitulée « Santé mentale des demandeurs d'asile et des réfugiés de l'Afrique au sud du Sahara, infectés par le VIH » [11] ont trouvé que la dépression et le stress post traumatique sont courants chez les personnes réfugiées et les demandeurs d'asile de l'Afrique sub-saharienne infectés et affectés par le VIH.

En Afrique du sud, en 2007, on estimait à 48% la fréquence des troubles psychiatriques chez les immigrés infectés par le VIH.

Au Mali, Oulalé en 1982 [12] dans sa thèse décrit Vingt (20) tableaux cliniques et fait une première ébauche des conséquences néfastes de l'émigration sur la santé mentale des migrants.

Plus récemment, Kamaté en 2008 [13] au cours d'une étude rétrospective trouve un taux d'hospitalisation de 11,5%.

Certaines associations et ONG viennent en aide aux migrants maliens en situation de retour forcé comme l'AME, Médecin du Monde ,

Malgré les nouvelles politiques d'immigration, la forte médiatisation de ces conséquences et l'action de certaines ONG sur le terrain, le nombre de migrants ne cesse de croître.

Les aspects économiques de la migration sont largement abordés dans les pays de migration aussi bien que dans les pays d'accueil contrairement au vécu psychologique et aux aspects psychopathologiques.

Notre étude a été initiée en visant les objectifs suivants :



# OBJECTIFS

## **OBJECTIFS :**

### **Objectifs généraux :**

Etudier les Troubles Psychiques liés à la Migration et les Aspects de leur prise en charge.

### **Objectifs spécifiques :**



1. Déterminer la fréquence des troubles mentaux et du comportement liés à la migration.
2. Décrire les principaux tableaux cliniques psychiatriques et les traits de personnalités associés.
3. Décrire le contexte socioculturel et les aspects psychopathologiques déterminants liés à la migration.
4. Dégager des orientations stratégiques pour une meilleure prise en charge des migrants.

# GENERALITES

## **I. GENERALITES :**

### **1. 1. Définition :**

L'émigration, est le fait de quitter son pays pour aller s'établir dans un autre. Le fait de migrer, d'après TOUSIGNANT [6], est l'une des transitions les plus radicales au cours d'une vie ; l'environnement habituel et les expériences marquantes de la petite enfance sont abandonnés au profit d'un espoir encore à combler. C'est un phénomène qui peut avoir des effets néfastes sur la santé mentale et provoquer des troubles psychiques.

## 1. 2. Les mouvements migratoires :

Il existe deux (2) sortes de mouvements migratoires :

-Les mouvements internes des campagnes vers les villes entraînant des modifications structurelles des familles d'accueil.

-Les mouvements externes, mettant en contact des populations d'origines géographiques de plus en plus éloignées.

Selon FASSIN D [14], ces mouvements migratoires, exposent à trois (3) types d'affections qui sont :

- La pathologie « d'importation » correspondant aux maladies parasitaires et héréditaires que l'émigré emporte avec lui ;
- La pathologie « d'acquisition » reflétant les conditions environnementales nouvelles dans lesquelles l'émigré se trouve désormais inséré et qui favorisent le développement de maladies infectieuses et cardiovasculaires ;
- La pathologie « d'adaptation » qui se manifeste surtout par des troubles psychiques.

## 1. 3. Les troubles de l'adaptation :

Ils se traduisent par un état de détresse et de perturbation émotionnelle entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales. Ces troubles surviennent au cours d'une période d'adaptation à des changements existentiels importants ou en réponse (différée ou prolongée) à un événement stressant (de courte ou de longue durée). Le facteur de stress est repérable (drame familial, séparation avec un être cher, catastrophe, émigration). La prédisposition et la vulnérabilité individuelles jouent un rôle important dans la survenue de ce trouble et de sa symptomatologie. L'état de stress post traumatique en est la parfaite illustration classique, FASSIN D [14]

## 1. 4. Les troubles psychiatriques liés à la migration :

Ce sont tous les désordres psychiques et psychologiques engendrés par les traumatismes de la migration. Selon BARUK [15] « être étranger est une situation déprimante ; sans défense et sans garantie et menacé d'expulsion, l'étranger vit dans une crainte perpétuelle. Il n'est pas étonnant que cette situation soit propice au développement de troubles psychiques ».

### 1.4.1. Tableaux cliniques des troubles psychiatriques chez les migrants :

La plupart des auteurs distinguent chez les migrants des syndromes aigus et des syndromes chroniques.

- **Les syndromes aigus comprennent :**
  - Les états dépressifs aigus,
  - Les états délirants aigus,
  - Les états confuso-oniriques
- **Les syndromes chroniques comprennent :**
  - Les états dépressifs de longue durée,
  - Les états délirants chroniques,

- Les changements de comportement.

#### **1.4.1.1. Les syndromes aigus :**

##### **1.4.1.1.1. Etats dépressifs aigus :**

Ils sont caractérisés par :

- Une anxiété aiguë accompagnée d'une agitation prononcée.
- Des états de stupeur anxieuse, allant parfois jusqu'au mutisme avec refus de se nourrir pouvant amener à la prostration physique. Le contenu de ces dépressions concerne l'éloignement de la famille et du lieu d'origine.
- Des cas de dépression aiguë avec des contenus centrés, sur le bien être physique, s'exprimant par des idées hypochondriaques et cénesthopathiques qui repoussent quelquefois la dépression à une place secondaire. Ce type de dépression est fréquemment caractérisé par une baisse de l'élan vital parfois au détriment des contenus précis, notamment les idées phobiques. Chez ces malades les idées hypochondriaques axées sur certaines régions corporelles disparaissent souvent au profit de l'expérience d'une incapacité vitale globale.

Ce syndrome s'accompagne quelquefois de troubles endocriniens réels, telle l'aménorrhée transitoire ou de maladie somatique cardiovasculaire ou intestinale.

##### **1.4.1.1.2. Etats délirants aigus :**

Ils correspondent aux bouffées délirantes polymorphes observées à l'ordinaire. Ils se rapprochent souvent de la description clinique de la paranoïa de Kraepelin ou du délire sensitif de Kretschmer, mais se distinguent de ces deux diagnostics par leur tonalité anxieuse et agitée, menant parfois jusqu'au suicide ou à l'homicide. Les idées délirantes sont rarement organisées en un véritable système et sont fréquemment en rapport avec l'histoire vécue. Les cénesthopathies peuvent être quelquefois le point de départ d'interprétations délirantes. Ces états délirants peuvent, parfois, être accompagnés d'hallucinations et de troubles de l'orientation dans le temps et l'espace.

L'isolement linguistique a été indexé par certains auteurs comme étant à l'origine de ces états délirants.

##### **1.4.1.1.3. Etats confuso-oniriques :**

Ils apparaissent souvent au cours du voyage ou après le débarquement, parfois même avant l'embarquement. Selon Epstein. L [16], c'est la plus typique des psychoses des migrants.

Ils sont caractérisés par un aspect plus ou moins hystérioriforme et une tonalité anxieuse consécutive à la rencontre d'une réalité difficile à accepter. La tonalité anxieuse devient plus évidente lorsque ces états apparaissent au moment où les sujets se voient refoulés par une commission d'immigration ou lorsque la décision de quitter la patrie devient décisive et irréversible. Quelques auteurs ont joint d'autres tableaux à ce groupe assez différent aussi bien par leur aspect clinique et leur étiologie, leur trait commun étant la désorientation confusionnelle. Il s'agit très souvent d'états délirants aigus accompagnés d'hallucinations

intenses parfois aussi des psychoses éthyliques dont le contenu est plus porté sur le processus de la migration.

Tous ces syndromes aigus ont en commun leur disparition rapide et le fait que leurs rechutes sont exceptionnelles. Leur déclin va en général de pair avec l'abolition de la situation particulière déclenchante, il a lieu après le rapatriement, à la fin de l'isolation linguistique ou l'intégration réussie dans le nouveau milieu.

Il existe beaucoup de formes de transition de ces syndromes. Certains auteurs ont cru y trouver une certaine succession : la dépression anxieuse serait la réaction primaire sur laquelle se greffent les autres syndromes qui sont considérés comme secondaires BERNER P [17].

#### **1.4.1.2. Les syndromes chroniques :**

##### **1.4.1.2.1. Etats dépressifs de longue durée :**

Ils sont constitués d'une part, par des tableaux cliniques faits de syndromes cénesthopathiques dans lesquels les plaintes excessives prédominent ; d'autres part, par des syndromes qui ont été décrits comme des « états dépressifs pseudo psychasthéniques des migrants ».

En général, dépourvus de contenus structurés, ils sont caractérisés par un abaissement considérable de l'intérêt pour l'entourage et un manque de volonté pour les efforts physiques, amenant à un retrait social accompagné d'un ralentissement de l'idéation et de l'expression motrice. Tous ces états dépressifs sont marqués par une forte résistance à tout effort thérapeutique.

##### **1.4.1.2.2. Etats délirants chroniques :**

Ils correspondent au tableau clinique de la paranoïa de Kraepelin.

Le contenu centré souvent sur les expériences vécues, concerne la persécution ou quelquefois l'infidélité du partenaire. Parmi les descriptions de l'évolution de ce syndrome on trouve les mêmes types retrouvés dans le délire systématique des autochtones : rigidité, développement progressif avec élargissement du système ou même des manifestations épisodiques. Le « délire à deux » a été également signalé chez ces migrants. Du point de vue clinique aucun critère ne permet une différenciation entre ces états chez les migrants et chez les autochtones, leur fréquence seule semble plus élevée chez les migrants.

##### **1.4.1.2.3. Changements de comportement :**

Ils sont constitués d'éléments classés par beaucoup d'auteurs comme « psychopathiques ». Il s'agit d'une part de changement de caractère au profit d'un comportement plus agressif quelque fois criminel sur le plan de la relation entre les sexes amenant souvent à la promiscuité ou la prostitution. Ces attitudes asociales ressemblent au caractère schizoïde avec souvent une apparence bizarre qui ne favorise pas des possibilités de prise de contact stable avec d'autres personnes. Si l'alcoolisme est un symptôme concomitant des « psychopathes asociaux », on peut également le retrouver chez les migrants affectés par d'autres syndromes décrits plus haut ou chez ceux qui ne montrent pas de symptômes permettant leur classement dans un groupe précis.

Après avoir passé en revue les tableaux cliniques les plus frappants pour les auteurs ayant traité des migrants de toutes catégories, on en déduit que leur spécificité syndromique est faible voire même inexistante lorsqu'on considère chaque syndrome séparément.

#### **1.4.2. Psychopathologies propres à certains groupes de migrants :**

##### **1.4.2.1. La migration externe :**

###### **1.4.2.1.1. Les émigrants :**

Une certaine élévation des taux de morbidité semble évidente, chez certains groupes ethniques pour certains diagnostics précis, tels que la schizophrénie, les troubles de la personnalité et les troubles réactionnels observés surtout chez les adolescents.

La symptomatologie semble également être déterminée par les facteurs ethniques et sociologiques du milieu d'origine, les migrants de culture moins touchée par le monde occidentale, manifestent plus souvent des doléances somatiques, des états apathiques ou des contenus plus imprégnés d'une religiosité magique.

###### **1.4.2.1.2. Les travailleurs étrangers :**

Ils se trouvent en position intermédiaire entre les émigrants prêts à accepter le système de valeur du pays d'accueil et les personnes déplacées caractérisées par leur attachement crispé à leur patrie ; ils présentent ainsi une situation de déracinement particulièrement marquée, ce qui haussera plus aisément leurs difficultés psychiques à un niveau de maladie. La plupart des auteurs signalent qu'à la suite des premières déceptions, les travailleurs étrangers peuvent manifester une attitude hostile envers le milieu d'accueil et un sentiment d'insécurité sociale. Des réactions anxieuses sont souvent déclenchées par de légères maladies, des accidents légers, des échecs professionnels, des déceptions amoureuses, qui amènent à se rapprocher de tout ce qui lie à la patrie.

Le tableau clinique comprend des hypochondries concernant surtout la digestion, la circulation vasculaire et la sexualité, un abaissement global du sentiment vital sans contenu précis. Les symptômes phobiques et les interprétations paranoïaques sont rares, on peut trouver chez certains des excitations confusionnelles. On peut voir aussi un développement psychopathique chez les adolescents.

##### **1.4.2.2. La migration interne :**

Lors de la migration vers la ville, les ressortissants des régions où les conditions de vie sont les plus arriérées et les traditions les plus rigides se montrent plus vulnérables. Ceux qui arrivent seuls sont plus facilement atteints que ceux qui arrivent en groupe. Le tableau clinique comporte des dépressions qui apparaissent et disparaissent subitement, des troubles neurovégétatifs et psychosomatiques, une délinquance juvénile et des troubles émotionnels qui sont fréquents chez les mariés.

Chez les personnes déplacées, on observe surtout des réactions cénesthopathiques se dessinant sur un fond de dépression et d'anxiété diffuse, quelquefois accompagnées d'idées délirantes en étroite relation avec les expériences vécues. Certains auteurs trouvent que les difficultés de

logement et l'impossibilité de regagner le niveau de vie antérieur, ont un rôle pathogène important. On peut trouver aussi des symptômes hystériques et des contenus magiques plus fréquents lorsque le milieu d'origine est plus primitif.

### **1.4.2.3. Les réfugiés :**

On trouve chez les réfugiés une morbidité élevée. Les troubles mentaux des réfugiés n'ayant pas séjourné dans les camps, sont pareils à ceux de la migration en général, tandis que les réfugiés ayant séjourné dans un camp, se distinguent particulièrement par la monotonie de leur tableau clinique : états dépressifs apathiques, délires de persécution, comportements psychopathiques, alcoolisme. Les auteurs ont constaté qu'il y a une relation entre ce syndrome et l'âge au moment de la transplantation : ceux qui arrivent dans une période tardive de leur vie, développent plutôt des états dépressifs apathiques, ceux qui arrivent à l'âge mur, développent des idées paranoïaques et ceux arrivant pendant l'enfance et l'adolescence montrent une rébellion psychopathique. Ces symptômes apparaissent chez certains réfugiés au moment de la sortie du camp alors que chez d'autres ils tendent à disparaître.

### **1.5. Les systèmes de classification des troubles mentaux:**

La classification des troubles mentaux pour cette thèse se réfère à la suivante

-DMS-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) [18], qui est l'œuvre de l'association américaine de psychiatrie, il existe une traduction en français.

-INSERM (Institut National de la santé et de la recherche médicale) [8], il est une classification typiquement française s'appuyant sur des données psychopathologiques.

-CIM-10-CA [19] : c'est la classification statistique internationale des maladies et les problèmes de santé connexes dixième révision, version Canada. Elle a été développée par l'institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Elle repose sur la CIM10 [19] de l'organisation mondiale de la santé (OMS).

La dernière classification différencie :

#### **1.5.1. L'état de stress post traumatique :**

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposant, tels que certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée d'événements traumatiques, dans les souvenirs (« flash-back »), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable « d'anesthésie psychique », d'émoussement, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement et d'évitement des activités pouvant réveiller le souvenir traumatique. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'hyper éveil neurovégétatif, avec hyper vigilance, état de « qui vive » et insomnie. Ils sont fréquemment associés à une anxiété, une

dépression ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut avoir une évolution chronique, durer de nombreuses années et entraîner une modification durable de la personnalité. CIM10 [19]

### **1.5.2. La schizophrénie :**

Les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits des fonctions cognitives puissent apparaître au cours de l'évolution. Les pensées imposées, le vol de la pensée, la divulgation de la pensée, les perceptions délirantes, les idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, les hallucinations dans lesquelles des voix parlent ou discutent du sujet à la troisième personne, les troubles du cours de la pensée et les symptômes négatifs. L'évolution des troubles schizophréniques peut être continue, épisodique avec survenue d'un déficit progressif ou stable, ou bien elle peut comporter un ou plusieurs épisodes suivis d'une rémission complète ou incomplète. On ne doit pas poser le diagnostic de schizophrénie quand les troubles affectifs précèdent les symptômes schizophréniques. Par ailleurs, on ne doit pas porter le diagnostic de schizophrénie quand il existe une atteinte cérébrale manifeste ou une intoxication par une drogue. Des troubles semblables peuvent apparaître au cours d'une épilepsie ou d'une affection cérébrale. CIM10 [19]

### **1.5.3. Trouble affectif bipolaire :**

C'est un trouble caractérisé par plusieurs épisodes au cours desquels l'humeur et le niveau d'activité du sujet sont profondément perturbés, tantôt dans le sens d'une élévation de l'humeur et une augmentation de l'énergie et de l'activité (hypomanie ou manie), tantôt dans le sens d'un abaissement de l'humeur et d'une réduction de l'énergie et de l'activité (dépression). Les épisodes récurrents de dépression ou de manie sont classés comme bipolaire. La maladie Maniaco-dépressive en est une parfaite illustration. CIM10 [19]

### **1.5.4. Troubles de la personnalité :**

Ce groupe comprend divers états et types de comportement cliniquement significatifs qui ont tendance à persister et qui sont l'expression de la manière caractéristique de vivre de l'individu et de sa façon d'établir des rapports avec lui-même et avec autrui. Certains de ces états et types de comportement apparaissent précocement au cours du développement individuel sous l'influence conjointe de facteurs constitutionnels et sociaux, tandis que d'autres sont acquis plus tard dans la vie. Les troubles spécifiques de la personnalité, les troubles mixtes et autres troubles de la personnalité et les modifications durables de la personnalité représentent des modalités de comportement profondément enracinées et durables, consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de nature très variée. Ces troubles représentent des déviations soit extrêmes soit significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée. De tels types de comportement sont généralement stables et englobent de multiples domaines du comportement et du fonctionnement psychologique. Ils



sont souvent, mais pas toujours, associés à une souffrance subjective et à une altération du fonctionnement social d'intensité variable. CIM10 [19]

Les principaux tableaux décrits sont :

#### **1.5.4.1. Troubles spécifiques de la personnalité**

Il s'agit de perturbations sévères de la personnalité et des tendances comportementales de l'individu, non directement imputables à une maladie, une lésion, ou une autre atteinte cérébrale, ou à un autre trouble psychiatrique. Ces perturbations concernent habituellement plusieurs secteurs de la personnalité; elles s'accompagnent en général d'un bouleversement personnel et social considérable, apparaissent habituellement durant l'enfance ou l'adolescence et persistent pendant tout l'âge adulte. CIM10 [19].

#### **1.5.4.2. Personnalité paranoïaque :**

Trouble de la personnalité caractérisé par une sensibilité excessive aux rebuffades, un refus de pardonner les insultes, un caractère soupçonneux, une tendance à fausser les événements en interprétant les actions impartiales ou amicales d'autrui comme hostiles ou méprisantes, une suspicion répétée, sans justification, en ce qui concerne la fidélité de son conjoint ou partenaire sexuel et un sens tenace et agressif de ses propres droits. Il peut exister une tendance à une surévaluation de sa propre importance et souvent une référence excessive à sa propre personne. CIM10 [19].

##### **➤ Traits de personnalité paranoïaque : DSM-IV [18]**

La personnalité paranoïaque implique la présence d'au moins quatre des sept symptômes suivants :

- Le sujet s'attend, sans raison suffisante, à ce que les autres se servent de lui, le nuisent ou le trompent ;
- Il est préoccupé par des doutes injustifiés concernant la loyauté ou la fidélité de ses amis et collègues, d'une façon plus générale de son entourage;
- Il est réticent à se confier à autrui car il craint que sa confiance ne soit utilisée contre lui ;
- Il discerne des significations cachées, humiliantes ou menaçantes, dans des événements anodins ;
- Il est rancunier, ne pardonne pas d'être blessé, insulté ou dédaigné ;
- Il s'imagine des attaques contre sa personne ou sa réputation, auxquelles il va réagir par la colère ou la [rétorsion](#) ;
- Il met en doute de manière répétée et sans justification la fidélité de son conjoint.

Ces comportements ne doivent pas avoir lieu dans le cadre :

- D'un trouble émotionnel accompagné de manifestations psychotiques ou d'un autre trouble psychique.
- D'un problème médical global.

Inclut :

- Des troubles paranoïaques généralisés de la personnalité, fanatiques, plaideur et sensitive

Exclut :

Schizophrénie

#### **1.5.4.3. Personnalité schizoïde :**

Trouble de la personnalité caractérisé par un retrait des contacts (sociaux, affectifs ou autres), une préférence pour la fantaisie, les activités solitaires et l'introspection. Il existe une limitation à exprimer ses sentiments et à éprouver du plaisir. CIM10 [19].

##### ➤ **Traits de Personnalité Schizoïde : DSM-IV [18]**

Il s'agit d'un mode général de détachement par rapport aux relations sociales, et de restriction des expressions émotionnelles. Cette personnalité se caractérise par la présence d'au moins 4 des traits suivants :

- Le sujet ne recherche ni n'apprécie les relations sociales y compris intrafamiliales proches
- Il choisit presque toujours des activités solitaires
- Il présente peu ou pas d'intérêt pour le sexe
- Il n'éprouve du plaisir que dans de rares activités
- Il n'a pas de confidents en dehors des parents du 1<sup>er</sup> degré
- Il semble indifférent aux critiques autant qu'aux éloges d'autrui
- Il présente une froideur, un émoussement de l'affectivité.

#### **1.5.4.4. Personnalité dyssociale :**

Trouble de la personnalité caractérisé par un mépris des obligations sociales et une indifférence froide pour autrui. Il y a un écart considérable entre le comportement et les normes sociales établies. Le comportement n'est guère modifié par les expériences vécues, y compris par les sanctions. Il existe une faible tolérance à la frustration et un abaissement du seuil de décharge de l'agressivité y compris de la violence; il y a une tendance à blâmer autrui ou à justifier un comportement amenant le sujet à entrer en conflit avec la société par des rationalisations plausibles. **CIM10 [19]**

➤ **Traits de personnalité antisociale : DSM-IV [18]**

Mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent au moins par trois ou plus des signes suivants :

- Incapacité à se conformer aux normes sociales quant aux comportements licites, avec des arrestations répétées ;
- Impulsivité, ou incapacité à prévoir ;
- Irritabilité et agressivité, indiquée par des conflits et agressions physiques ;
- Dédain complet pour la sécurité de soi ou des autres ;
- Irresponsabilité chronique, indiquée par l'incapacité à tenir des engagements soutenus ou d'honorer des obligations financières ;
- Absence de remords ou de culpabilité, indiquée par l'indifférence ou la recherche systématique d'excuses plausibles pour avoir blessé, maltraité, trompé ou volé autrui.

Le manuel liste également les critères nécessaires suivants :

- Il y a trace de désordres comportementaux remontant à avant l'âge de 15 ans ;
- La fréquence du comportement antisocial n'est pas limitée à des épisodes de [manie](#) ou de [schizophrénie](#).

**1.5.4.5. Personnalité émotionnellement labile :**

Trouble de la personnalité caractérisé par une tendance nette à agir de façon impulsive et sans considération pour les conséquences possibles, une humeur imprévisible et capricieuse, une tendance aux explosions émotionnelles et une difficulté à contrôler les comportements impulsifs, une tendance à adopter un comportement querelleur et à entrer en conflit avec les autres, particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou empêchés. Deux types peuvent être distingués: le type impulsif, caractérisé principalement par une instabilité émotionnelle et un manque de contrôle des impulsions, et le type borderline, caractérisé en outre par des perturbations de l'image de soi, de l'établissement de projets et des préférences personnelles, par un sentiment chronique de vide intérieur, par des relations interpersonnelles intenses et instables et par une tendance à adopter un comportement autodestructeur, comprenant des tentatives de suicide et des gestes suicidaires. CIM10 [19].

➤ **Traits de personnalité borderline est décrit comme : DSM-IV [18]**

« Un schéma envahissant d'instabilité dans les relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, également marqué par l'impulsivité commençant chez le jeune adulte et présent dans un grand nombre de contextes. »

Selon le DSM-IV [18], il faut au moins 5 des 9 critères présents pendant un laps de temps significatif :

- Efforts effrénés pour éviter un abandon réel ou imaginé ;
- Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation ;
- Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi ;
- Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par ex., dépenses excessives, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie ou d'anorexie) ;
- Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations ;
- Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (par exemple, dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours) ;
- Sentiments chroniques de vide ;
- Colères intenses (rage) et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (par ex., fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées, colère subite et exagérée) ;
- Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de [symptômes dissociatifs](#) sévères.

En somme, le trouble de personnalité limite est principalement caractérisé par :

- La peur du rejet et de l'abandon
- L'instabilité de l'humeur ;
- La difficulté à contrôler les pulsions, les actions, les agirs ou les réactions impulsives souvent néfastes ;
- Les relations interpersonnelles instables ;
- Une difficulté avec l'intimité ;
- Une dissociation et une méfiance importante en présence de stress.

#### **1.5.4.6. Personnalité histrionique :**

Trouble de la personnalité caractérisé par une affectivité superficielle et labile, une dramatisation, un théâtralisme, une expression exagérée des émotions, une suggestibilité, un égocentrisme, une auto-complaisance, un manque de considération pour autrui, une tendance à être facilement blessé, un besoin d'excitation et un désir permanent d'être apprécié et d'être l'objet d'attention. CIM10 [19].

##### **➤ Traits de personnalité Histrionique : DSM-IV [18]**

Mode généralisé de réponse émotionnelle excessive en quête d'attention, représenté par au moins cinq des huit manifestations suivantes :

- Le sujet est mal-à-l'aise dans des situations où il n'est pas le centre de l'attention d'autrui ;
- L'interaction avec autrui est souvent caractérisée par un comportement de séduction inadapté, ou d'attitude provocante ;
- L'expression émotionnelle est superficielle et instable ;
- Le sujet utilise régulièrement son aspect physique pour attirer l'attention ;
- La manière de parler est trop subjective et pauvre en détails ;
- Il y a une dramatisation (*théâtralisme*, exagération du pathos) et une exagération de l'expression émotionnelle ;
- Le sujet fait preuve de suggestibilité : il est facilement influencé par les autres ou par les circonstances ;
- Le sujet a tendance à considérer que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité.

#### **1.5.4.7. Personnalité anankastique (obsessionnelle) :**

Trouble de la personnalité caractérisé par un sentiment de doute, un perfectionnisme, une scrupulosité, des vérifications et des préoccupations pour les détails, un entêtement, une prudence et une rigidité excessives. Le trouble peut s'accompagner de pensées ou d'impulsions répétitives et intrusives n'atteignant pas la sévérité d'un trouble obsessionnel-compulsif. CIM10 [19].

##### **➤ Traits de personnalité Obsessionnelle compulsive : DSM-IV [18]**

Mode générale de préoccupation pour l'ordre, le perfectionnisme et le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens d'une souplesse, une ouverture et de l'efficacité qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre (4) des manifestations suivantes :

- Préoccupation pour les détails, les règles, les inventaires, l'organisation ou les plans au point que le but principal de l'activité est perdu de vue
- Perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches (p. ex., incapacité d'achever un projet parce que des exigences personnelles trop strictes ne sont pas remplies)
- Dévotion excessive pour le travail et la production à l'exclusion des loisirs et des amitiés (sans que cela soit expliqué par des impératifs économiques évidents)
- Est trop consciencieux, scrupuleux, et rigide sur des questions de morales, d'éthiques ou de valeurs (sans que cela soit expliqué par une appartenance religieuse ou culturelle)
- Réticence à déléguer des tâches ou à travailler avec autrui à moins que les autres se soumettent exactement à sa manière de faire les choses
- Se montre avec l'argent pour soit même et les autres ; l'argent est perçu comme quelque chose qui doit être thésaurisé en vue de catastrophes futures
- Se montre rigide et têtu

#### **1.5.4.8. Personnalité anxieuse (évitante) :**

Trouble de la personnalité caractérisé par un sentiment de tension et d'appréhension, d'insécurité et d'infériorité. Il existe un désir perpétuel d'être aimé et accepté, une hypersensibilité à la critique et au rejet, une réticence à nouer des relations et une tendance à éviter certaines activités en raison d'une exagération des dangers ou des risques potentiels de situations banales. CIM10 [19].

##### **➤ Traits de personnalité Évitante : DSM-IV [18]**

Mode général d'inhibition sociale, de sentiment de ne pas être à la hauteur et d'hypersensibilité au jugement négatif d'autrui qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins 4 des manifestations suivantes:

- Le sujet évite les activités sociales professionnelles qui impliquent des contacts importants avec autrui par crainte d'être critiqué, désapprouvé ou rejeté
- Réticence à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé
- Est réservé dans les relations intimes par crainte d'être exposé à la honte et au ridicule
- Craint d'être critiqué ou rejeté dans les situations sociales
- Est inhibé dans les situations interpersonnelles nouvelles à cause d'un sentiment de ne pas être à la hauteur

- Se perçoit comme socialement incompetent, sans attrait ou inférieur aux autres

Est particulièrement réticent à prendre des risques personnels ou à s'engager dans de nouvelles activités par crainte d'éprouver de l'embarras.

#### **1.5.4.9. Personnalité dépendante :**

Trouble de la personnalité caractérisé par une tendance systématique à laisser passivement autrui prendre les décisions, importantes ou mineures, le concernant, par une crainte d'être abandonné, des sentiments d'impuissance et d'incompétence, une soumission passive à la volonté d'autrui (par exemple de personnes plus âgées) et une difficulté à faire face aux exigences de la vie quotidienne. Un manque d'énergie peut se manifester dans le domaine intellectuel ou émotionnel; il existe souvent une tendance à rejeter la responsabilité sur autrui. CIM10 [19].

##### **➤ Traits de personnalité Dépendante : DSM-IV [18]**

Besoin général et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement soumis et "collant" et à une peur de la séparation, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- Le sujet a du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui ;
- A besoin que d'autres assument les responsabilités dans la plupart des domaines importants de sa vie ;
- A du mal à exprimer un désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation. NB : ne pas tenir compte d'une crainte réaliste de sanctions ;
- A du mal à initier des projets ou à faire des choses seul (par manque de confiance en son propre jugement ou en ses propres capacités plutôt que par manque de motivation ou d'énergie) ;
- Cherche à outrance à obtenir le soutien et l'appui d'autrui, au point de faire volontairement des choses désagréables ;
- Se sent mal à l'aise ou impuissant quand il est seul par crainte exagérée d'être incapable de se débrouiller ;
- Lorsqu'une relation proche se termine, cherche de manière urgente une autre relation qui puisse assurer les soins et le soutien dont il a besoin ;

- Est préoccupé de manière irréaliste par la crainte d'être laissé à se débrouiller seul.

La personnalité dépendante coexiste souvent avec d'autres problèmes de personnalité et de l'humeur difficiles à distinguer. Le degré selon lequel des comportements dépendants sont considérés comme adaptés varie selon l'âge et le groupe socioculturel.

## **1.6. Les moyens thérapeutiques utilisés dans la prise en charge des troubles psychiques :**

La prise en charge des troubles psychiques fait intervenir des moyens : Chimiques, Physiques, Psychologiques, Sociologiques Ergo-thérapeutiques.

1.6.1 La chimiothérapie : Elles fait intervenir des médicaments psychotropes parmi lesquels nous avons : les neuroleptiques, les antidépresseurs, les normo-thymiques, les anxiolytiques et les hypnotiques.

### **1.6.1.1 Les Neuroleptiques :**

L'introduction des neuroleptiques dans la thérapeutique psychiatrique par l'école française a été une grande innovation en 1952. H. Ey [147]

Delay et Deniker définissent les neuroleptiques suivant les 5 critères qui sont :

Action psycholeptique ; Action inhibitrice à l'égard de l'excitation, de l'agitation, de l'agitation ; réduction des états maniaques ; Action réductrice vis-à-vis certaines psychoses aiguës et chroniques et vis-à-vis des psychoses expérimentales ; Importances des manifestations psychomotrices neurologiques et neurovégétatives et Prédominance d'action sur les structures sous corticaux. H. Ey [147].

Mais les effets thérapeutiques recherches des neuroleptiques peuvent se résumer en trois actions principales qui sont : L'action de sédation, l'action de désinhibition ou de psychostimulation et l'action antipsychotique

Comme indication, les neuroleptiques sont principalement utilisés dans les psychoses aiguës, les psychoses schizophréniques et les psychoses durables non schizophréniques mais aussi dans certaines névroses. A. POROT [146]

### **1.6.1.2 les antidépresseurs :**

Classe de psychotrope appartenant au groupe des psychoanaleptiques ; ce sont les médicaments de l'humeur triste et douloureuse, principalement quand il s'agit d'une pathologie durable et s'inscrivant dans un état dépressif. Les indications des antidépresseurs restent surtout la dépression et ils sont efficaces dans 60 à 70 % des dépressions tous types confondus. Toute fois, un certain nombre d'indications se sont développées récemment



notamment les attaques de panique, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles des conduites alimentaires. A. POROT [146]

### **1.6.2. Les psychothérapies :**

Au sens large, les psychothérapies regroupent toutes les méthodes de traitement des désordres psychiques, voire des désordres somatiques utilisant des moyens psychologiques et d'une manière plus précise la relation du thérapeute et du malade.

On distingue les psychothérapies individuelles et les psychothérapies collectives.

#### **1.6.2.1 Les psychothérapies individuelles :**

Il s'agit de

- la psychothérapie d'accompagnement : qui se définit d'elle-même ; tout médecin la pratique, parfois sans y songer. On peut en rapprocher la psychothérapie de soutien qui vise à aider un sujet à traverser une phase difficile de son existence.
- La suggestion : qui intervient au moins pour une part dans toute psychothérapie.
- les thérapies comportementales ; les techniques de relaxation. A. POROT [146]

#### **1.6.2.2. Les psychothérapies collectives :**

Elles s'exercent sur des groupes relativement restreints de sujets. Le fait pour chacun d'eux, de confronter ses propres difficultés avec celles des autres, de les projeter et de les revivre dans la personne des autres, représente, avec les multiples interférences de la dynamique de groupe, un puissant moyen d'action psychologique. On distingue entre autre

- la psychanalyse du groupe qui réunit plusieurs patients et un analyste.
- le psychodrame de Moreno qui réunit un patient, un thérapeute (ou un couple de thérapeute homme et femme) et des participants auxiliaires avec lesquels des échanges de rôles peuvent intervenir.
- les psychothérapies familiales
- la psychothérapie institutionnelle qui se propose de concevoir la vie hospitalière comme un plein temps thérapeutique. A. POROT [146].

# METHODOLOGIE

## **II. METHODOLOGIE :**

### **2.1. Cadre de l'étude :**

Cette étude a eu lieu dans le service de psychiatre du Centre Hospitalo-universitaire (CHU) du point G. C'est un service au sein d'un hôpital de 3<sup>ème</sup> référence, dernier recours qui reçoit en majorité des adultes, des personnes âgées, mais aussi les enfants.

#### **2.1.1. Environnement interne du CHU du Point G :**

##### **2.1.1.1. Historique et Présentation du CHU du Point « G » :**

Le point G est une dénomination militaire coloniale de repère géodésique, donné à une colline située au nord de Bamako et dont l'hôpital porte le nom. La 1<sup>ère</sup> pierre de l'hôpital a été posée en 1906, les travaux ont duré 6ans et il a été fonctionnel à partir de l'année 1912. Depuis cette date il y a eu plusieurs extensions dont :

- La construction du pavillon des indigènes en 1913
- La construction de l'école des infirmiers, du laboratoire et du service de maintenance en 1950
- La construction du nouveau bloc opératoire en 1953
- La construction du service d'urologie, de l'actuel service de cardiologie « B », du service de pneumo-phtisiologie entre 1956 et 1958
- La construction de la clôture barbelée en 1960.

Le style architectural de l'hôpital était militaire, de type pavillonnaire ; il fut transformé en hôpital civil par l'arrêté N° 174 de février 1958 portant réforme hospitalière des services de santé du Soudan Français pour ensuite être érigé en Etablissement Public Hospitalier (E.PH) par la loi N°02-048 du 22 juillet 2002 portant réforme hospitalière.

De nos jours il est un Centre Hospitalier Universitaire (CHU)

### **2.1.1.2. Situation géographique :**

Le CHU du Point G est situé sur les collines du Point « G » sur la rive gauche du fleuve Niger en commune III du district de Bamako. Il occupe une superficie de 25 hectares dont près de 70% sont actuellement bâtis.

### **2.1.1.3. Statut juridique :**

Compte tenu de la spécificité des hôpitaux, la loi N°02-048 du 22 juillet 2002 modifiant la loi N°94-009 du 22 mars 1994 portant principes fondamentaux de la création, de l'organisation, de la gestion et du contrôle des services publics, prévoit les établissements publics hospitaliers dotés de la personnalité morale et de l'autonomie administrative et financière. La loi N°3-021 du 4 juillet 2003 porte la création d'un établissement public hospitalier à vocation générale de 3ème référence dénommé hôpital du Point G.

### **2.1.1.4. Organisation et fonctionnement :**

Le décret N°03-337/PRM du 7 août 2003 fixe l'organisation et les modalités de fonctionnement du CHU.

Le CHU du Point G est placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé. Les organes d'administration et de gestion sont :

- le Conseil d'Administration (CA)
- la Direction Générale
- le Comité de Direction

#### **Le conseil d'administration :**

Il est composé de 19 membres :

- Le président du conseil d'administration est un membre élu parmi les membres avec voix délibérative,
- Les autres membres du conseil d'administration sont élus avec des voix délibératives et des voix consultatives.

Les membres du conseil d'administration sont nommés pour une période de trois (3) ans renouvelable par décret pris en conseil de ministres sur proposition du ministre de la santé.

#### **La Direction Générale :**

Le CHU du Point G est dirigé par un Directeur Général nommé par décret pris en conseil de ministres sur proposition du ministre de la Santé, il est assisté d'un Directeur Général Adjoint nommé par arrêté ministériel (qui fixe ses attributions spécifiques) sur proposition du Directeur Général de l'Hôpital

Le directeur exerce ses attributions dans la limite des lois et règlements en vigueur conformément aux dispositions des articles 68, 69 et 70 de la loi N°02-050 du 22 juillet 2002 portant la loi hospitalière.

**Le comité de direction :**

Le comité de direction est chargé d'assister le DG dans ses tâches de gestion. Le Comité de Direction comprend le DG (président), le DGA, le président de la Commission Médicale d'Etablissement, le président de la Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux, le président du Comité Technique d'Etablissement

**Les organes consultatifs :**

**Commission Médicale d'Etablissement :**

Son organisation et ses modalités de fonctionnement sont prévues dans les articles 12, 13, 14, 15, 16,17 du décret N°03-337 PRM du 7 août 2003 fixant organisation et modalité de fonctionnement du CHU du Point G.

**La Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux :** dont l'organisation et le fonctionnement sont prévus dans les articles 18, 19, 20, 21,22 du décret N° 03-337 PRM du 7 août 2003.

**Le Comité Technique d'Etablissement :** dont l'organisation et le fonctionnement sont prévus dans les articles 18, 19, 20, 21,22 du même décret.

**Le Comité d'Hygiène et de Sécurité :** dont l'organisation et le fonctionnement sont fixés par les articles 28, 29, 30, 31, 32, 33 du décret N°03-337 PRM du 7 août 2003

**Services existants au CHU du Point G :**

Ce sont :

**L'administration générale :** qui comprend :

- La Direction,
- Le Secrétariat Général,
- La Comptabilité,
- Le Contrôle Financier,
- Le Bureau des Entrées,
- Le Service Social,
- Le Service Informatique,
- Le Service des Statistiques,
- Le Service de Maintenance.

**Les services techniques :** composé de :

- Le Service d'Anesthésie, de Réanimation et des Urgences

- Le Service de Chirurgie avec la chirurgie A et la chirurgie B, la Gynéco-obstétrique, l'Urologie et la Coeliochirurgie ;
- Le Service d'Hémo - Oncologie ;
- Le Service de Rhumatologie ;
- Le Service de Médecine Interne ;
- Le Service de Néphrologie et d'Hémodialyse,
- Le Service de Neurologie,
- Le Service de Cardiologie
- Le Service des Maladies Infectieuses,
- Le Service de Pneumo-Phtisiologie,
- Le Service de Psychiatrie,
- Le Service d'Imagerie Médicale et de Médecine Nucléaire,
- Le Laboratoire,
- La Pharmacie Hospitalière,
- La Buanderie,
- La Cuisine,
- La Cafétéria,
- Le Restaurant pour le Service,
- La Morgue.

#### **2.1.1.5. Missions :**

Le CHU du Point « G » a pour missions de :

- Assurer des soins aux malades,
- Faire la formation théorique et pratique des agents de santé.
- Faire de la recherche médicale.

- **Le service de psychiatrie du CHU du Point « G » :**

C'est le 1<sup>er</sup> service de psychiatrie au sein d'un hôpital général et le 3<sup>ème</sup> niveau de référence au Mali.

Les bâtiments sont situés au nord-est dans la cour de l'hôpital jusqu'au fond.

#### **Description du service :**

##### **➤ les bâtiments :**

Schématiquement on distingue :

« **L'ancien service** » fait de cour grillagée appelé « **Cabanon** »: C'est le 1<sup>er</sup> pavillon et la première construction du service remontant au temps colonial, située à l'entrée du service au sud-ouest, en face du nouveau pavillon de la Médecine Interne en construction , à proximité de l'unité A du service de cardiologie. Elle a une capacité d'accueil de vingt (20) malades.

**Le nouveau pavillon d'accueil des urgences psychiatriques, abritant des salles de consultation, de soins et de garde** : Situé entre la cafétéria du service et le pâté de cases d'hospitalisation et en face de la cour grillagée ou «Cabanon»: il est composé d'une salle de garde pour les internes, d'une salle de garde pour les assistants médicaux, d'une salle de soins, de deux salles de consultation, d'un secrétariat, d'un magasin et des toilettes.

**Le bloc d'admission et d'hospitalisation** : Annexé à la cour grillagée ou «Cabanon» au nord-est, il comporte 3 parties :

**-Le pavillon des hommes** : Composé de bureaux pour l'administration, de chambres d'isolement qui sont au nombre de quatre (4) et de grandes salles d'hospitalisation généralement pour les malades chroniques abandonnés par leurs familles et certains malades de la file active pour insuffisance de chambres ou parce que les parents ont choisi de rester en grande salle pour des raisons financières ou autres. Ce pavillon a une capacité d'accueil de 44 lits d'hospitalisations.

**-Le pavillon des femmes** : Il est composé de bureaux pour l'administration et de grandes salles pour les malades femmes. Ces salles ont une capacité de 10 lits. Devant ces salles se trouve une grande terrasse où se déroulent des séances de Kotèba thérapeutique, une technique originale de traitement pour le service.

**-Le pâté de cases** : Il forme un demi-cercle à l'est et en face des deux (2) pavillons des « fonctionnaires ». Ces vingt un (21) cases construites avec des matériaux locaux, sont destinées aux malades nouvellement admis, chacune dispose de deux (2) places, dont une pour le malade, l'autre pour l'accompagnant, soit une capacité totale de 42 places. Elles ont été construites avec des matériaux locaux dans le cadre de l'orientation du service vers une « psychiatrie de type communautaire » qui associe les parents dans la prise en charge thérapeutique des malades. Au milieu, entre les cases et le bloc des « fonctionnaires », se trouve une coupole symbolisant l'arbre à palabre, sous laquelle sont effectuées des séances de psychothérapie de groupe et la visite générale des malades tous les Jeudi à partir de 8 heures.

**La cafeteria du service** : Située entre la cour grillagée ou «Cabanon», le terrain de sport du service, et le nouveau pavillon d'accueil des urgences psychiatriques, de consultation, de soins et de garde.

**Le terrain de sport** : Situé entre la cafeteria et le service de Pneumo-phtisiologie.

➤ **Le Personnel :**

Il est composé de :

- Un (1) Professeur Titulaire de Psychiatrie
- Quatre (4) Maîtres de Conférences dont un Psychologue clinicien et un Pédopsychiatre

- Un (1) Maître Assistant
- Deux (2) Internes des Hôpitaux
- Un (1) Médecin Généraliste
- Douze (12) Assistants Médicaux spécialisés en psychiatrie
- Un Technicien de Santé
- Une Infirmière Auxiliaire
- Un Technicien de Développement Communautaire (Assistant Social)
- Quatre (4) Techniciens de Surface
- Trois (3) Agents de Sécurité
- Des étudiants hospitaliers faisant fonction d'interne, des étudiants stagiaires en médecine, des étudiants des différentes écoles de santé et de l'INFSS (Institut National de Formation en Sciences de la Santé) et les stagiaires-psychologues.

Un groupe d'animateurs en art dramatique, contractuel, vient tous les Vendredi à partir de 8 heures pour des représentations du Kotèba thérapeutique.

➤ **Le Fonctionnement du service de psychiatrie :**

Le service fonctionne sur le modèle d'une psychiatrie de type communautaire et il mène des:

- Activités de soins (consultations et hospitalisations),
- Activités de formation,
- Activités de recherche.

Tous les jours la garde est assurée par une équipe constituée d'un médecin, d'un assistant médical, d'un technicien de surface, d'un agent de sécurité et d'un interne des hôpitaux.

Une visite hebdomadaire (tous les jeudis) aux malades, est effectuée par l'ensemble du personnel médical et paramédical.

**Le Kotèba Thérapeutique :** Technique d'animation traditionnelle Bambara utilisé dans une perspective thérapeutique dans le service. Il est comparable au psychodrame MORENIEN et d'autres techniques théâtrales occidentales comme la commedia Dell'Arte ou le Guignol Lyonnais. Il est animé par un groupe d'animateurs en art dramatique, contractuel avec la participation du psychologue, du personnel soignant, des malades et leurs parents. On distingue le Kotèba thérapeutique collectif hebdomadaire chaque Vendredi ouvert au public : malades, accompagnants, soignants et les visiteurs ; et le Kotèba thérapeutique singulier organisé avec un seul malade et ses parents ou accompagnants.

## **2.2. Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude prospective analytique à visée descriptive.

## **2.3. La période de l'étude :**

L'étude s'est déroulée sur une période de 12 mois, de Janvier 2010 à Janvier 2011.



## **2.4. Population d'étude :**

- Les Migrants reçus dans le service en consultation pendant la période d'étude
- Les Migrants Maliens pris en charge au niveau du service.

## **2.5. Echantillonnage :**

### **2.5.1 Critères d'inclusion :**

- Migrants malades hospitalisés dans le service,
- Migrants reçus en consultation externe

### **2.5.2 Critères de non inclusion**

- Les Migrants à l'intérieur du pays (exode rural).
- Les non Migrants.
- Les Migrants non Maliens.
- Les Migrants hospitalisés dans les autres services.

### **2.5.3 Collecte des données :**

Les données ont été recueillies à partir des dossiers cliniques (données d'anamnèse) ; des entretiens semi-ouverts et d'un questionnaire dont un exemplaire est porté en annexe.

### **2.5.4 Traitement informatique :**

Il a été effectué en utilisant le logiciel SPSS 12.0.

# RESULTATS

### **III. LES RESULTATS :**

#### **3.1. Caractéristiques sociodémographiques**

**Tableau 1. Répartition des patients selon l'âge :**

<b>Age</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent %</b>
16 -25	44	28,4
<b>26 - 35</b>	<b>61</b>	<b>39,4</b>
36 - 45	26	16,8
46 - 55	14	9,0
56 - 70	7	4,5
71	3	1,9
Total	155	100,0

La tranche d'âge 26-35 était la plus représentée

**Tableau 2. Répartition des patients selon le sexe**

<b>Sexe</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent %</b>
Masculin	121	78,1
Féminin	34	21,9
Total	155	100,0

Parmi les 155 patients de notre étude 121 étaient des hommes soit un pourcentage de 78,1 %

**Tableau 3: Répartition des patients selon l'ethnie**

<b>Ethnie</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent %</b>
Bambara	45	29,0
Peulh	23	14,8
Sonrhäï	2	1,3
<b>Soninké</b>	<b>48</b>	<b>31,0</b>
Malinké	17	11,0
Khassonké	3	1,9
Dogon	6	3,9
Diawando	3	1,9
Touareg	2	1,3
Minianka	2	1,3
Autres	4	2,5
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

Autres : Mossi, Arabe, Bozo, Maure

L'ethnie soninké représentait 31,1 % des patients de notre étude.

**Tableau 4 : Répartition des patients selon le rang dans la fratrie**

Fratrie	Fréquence	Pour cent%
Aîné	40	25,8
<b>Cadet</b>	<b>92</b>	<b>59,4</b>
Benjamin	23	14,8
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

Les cadets étaient majoritaires avec un pourcentage de 59,4 %

Ils ont été considérés comme aînés les premiers du rang dans la fratrie, les patients occupant le rang de deuxième jusqu'à l'avant dernier dans la fratrie comme cadets.

**Tableau 5 : Répartition des patients selon la profession au mali**

<b>Profession</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent %</b>
<b>Agriculteur</b>	<b>31</b>	<b>20,0</b>
Artisan/ouvrier	22	14,2
Commerçant	25	16,1
Porteur d'uniforme	2	1,3
Elève/Étudiant	19	12,3
Fonctionnaire	5	3,2
Ménagère	16	10,3
Sans profession	26	16,8
Marabout	2	1,3
Autres	7	4,5
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

La profession agriculture a représenté 20,0% des activités de nos patients dans le pays d'origine.

Autres : Elève coranique, Vigile, Eleveurs, sans précision.

Les fonctionnaires sont tous les agents de la fonction publique et ceux des institutions et ONG.

Les agriculteurs sont les cultivateurs, les jardiniers, les maraîchers

**Tableau 6 : Répartition des patients selon la profession dans le pays d'accueil**

<b>Profession Pays d'accueil</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent %</b>
Agriculteur	8	5,2
<b>Ouvrier</b>	<b>53</b>	<b>34,2</b>
Commerçant	26	16,8
Elève/étudiant	22	14,2
Autres	14	9,0
Marabout	1	,6
Ménagère	17	11,0
Travail/Mission	7	4,5
Sans profession	4	2,6

Enfant	3	1,9
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

Dans le pays d'accueil 34,2% des nos patients étaient ouvriers.

Les ouvriers sont ceux qui travaillent dans le bâtiment, la restauration et d'autres emplois sans qualification.

**Tableau 7 : Répartition des patients selon le statut matrimonial**

<b>Statut Matrimonial</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent %</b>
Célibataire	70	45,2
Marié	75	48,4
Fiancé	1	,6
Divorcé	7	4,5
Veuf	2	1,3
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

Les mariés étaient les plus nombreux à 48,4%

**Tableau 8 : Répartition des patients selon le niveau de scolarisation**

<b>Niveau de scolarisation</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent %</b>
<b>Non scolarise</b>	<b>55</b>	<b>35,5</b>
Primaire	31	20,0
Secondaire	22	14,2
Universitaire	18	11,6
Alphabétisation fonctionnelle	14	9,0
Autres	15	9,7
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

Les non scolarisés représentaient 35,5% de notre étude

Autres : Ecole coranique ; sans précision

**Tableau 9 : Répartition des patients selon l'origine de la famille**

Région d'origine de la famille	Fréquence	Pour cent %
Bamako	16	10,3
<b>Kayes</b>	<b>58</b>	<b>37,4</b>
Koulikoro	22	14,2
Sikasso	21	13,5
Ségou	16	10,3
Mopti	14	9,0
Gao	3	1,9
Tombouctou	3	1,9
Kidal	2	1,3
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

Les patients originaires de la région de Kayes étaient les représentés.

**Tableau 10 : Répartition des patients selon la structure de la famille d'origine du patient**

Structure de la famille	Fréquence	Pour cent %
Monogamie	46	29,7
<b>Polygamie</b>	<b>67</b>	<b>43,2</b>
Divorcé	8	5,2
Autres	34	21,9
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

La polygamie comme structure familiale est retrouvée à 43,2%.

Autres : Polygamie et Monogamie à la suite de décès ou de divorce, sans précision.



### 3.2. Caractéristiques de la migration :

Tableau 11 : Répartition des patients selon le pays d'immigration

Pays de migration	Fréquence	Pour cent %
Algérie	4	2,6
Congo Brazzaville	7	4,5
RDC	4	2,6
Gabon	3	1,9
Gambie	5	3,2
Libye	3	1,9
Mauritanie	4	2,6
<b>RCI</b>	<b>45</b>	<b>29,0</b>

Sénégal	3	1,9
France	24	15,5
Espagne	9	5,8
USA	9	5,8
Canada	3	1,9
Guinée Konakiri	5	3,2
Angola	3	1,9
Arabie Saoudite	6	3,9
Burkina Fasso	5	3,2
Liberia	2	1,3
Autres	11	6,6
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

Autres : Maroc, Niger, Serra Leone, Ghana, Guinée Equatoriale, Bénin, Zaïre, Tchad, Italie, Angleterre, Allemagne.

Europe : 23,1 % ; Amérique : 7,7 % ; Orient : 3,2 % ; Océanie : 0 % ; Afrique : 66 %

Dans la population de notre étude, 29% revenaient de la RCI

**Tableau 12 : Répartition des patients en fonction du consensus autour du projet de migration**

<b>Projet de Migration</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent</b>
Projet individuel	29	18,7
<b>Projet (Consensuel) collectif</b>	<b>117</b>	<b>75,5</b>
Autres	9	5,8
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

Pour 75,5% de nos patients la migration était un projet consensuel préparé et accepté par toute la famille.

Autres : Absence de projet élaboré ; Projet imposé par la famille sans conviction du patient ; sans précision.

**Tableau 13 : Répartition des patients selon la préparation de la migration (selon les différents rituels traditionnels)**

<b>Préparation de la Migration</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent</b>
<b>Aucune préparation</b>	<b>74</b>	<b>47,7</b>
Préparation de type magico-religieuse (Maraboutique)	20	12,9
Multiples préparations	40	25,8
Autres	21	13,5
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

---

Les rituels traditionnels de préparation dans le cadre du projet de migration n'ont pas été utilisés chez 47,7% de nos patients.

Autres : Les patients qui n'ont pas directement fait de préparation c'est-à-dire ceux dont les préparations ont été faites par leur famille, préparation après les échecs et les difficultés rencontrées, sans précision.

Multiples préparations : Traditionnelles ancestrales (Soma) et magico-religieuses

**Tableau 14 : Répartition des patients selon la modalité de regroupement au départ**

<b>Modalités d'accompagnement</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent %</b>
<b>Individuel</b>	<b>112</b>	<b>72,3</b>
En groupe	43	27,7
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

La modalité individuelle de départ (voyagé seul) est retrouvée à 72 ,3%

A été considéré comme groupe le nombre de plus de deux (2) de personnes très souvent du même village, de la même région, de la même ethnie ou de la même tranche d'âge.

Autres : Les groupes formés dans les grandes villes de transit à l'intérieur du Mali ; et les pays de transit ; sans autre précision.

**Tableau 15 : Répartition des patients selon les voies de transport**

Moyen de transport	Fréquence	Pour cent %
Voie Aérienne	55	35,5
<b>Voie Terrestre</b>	<b>86</b>	<b>55,5</b>
Voie Maritime	4	2,6
Aérienne/terrestre/Maritime	10	6,5
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

La voie terrestre la principale voie de transport utilisée par les migrants avec 55,5 %

La voie aérienne + terrestre + maritime est la combinaison des trois (3) moyens de transport.

Voie terrestre : La route , les chemins de fer

**Tableau 16 : Répartition des patients selon le statut administratif acquis à l'étranger**

Statut administratif à l'étranger	Fréquence	Pour cent %
Descendant d'immigré 1ère génération (Résidents)	20	12,9
Descendant d'immigré 2ème génération (Résidents)	1	,6
Sans Papier (Clandestins)	51	32,9
<b>Régulier avec carte de séjour valide</b>	<b>70</b>	<b>45,2</b>
Réfugié	1	,6
Immigre naturalise	9	5,8
Autres	5	3,1

Total	155	100,0
-------	-----	-------

Les réguliers bénéficiant de cartes de séjour valides représentaient 45,2 % de nos patients.

Autres : Descendant d'immigré 2<sup>ème</sup> génération (Résidents) ; Réfugie ; Sans précision

**Tableau 17 : Répartition des patients selon les motifs de migration**

Motifs de migration	Fréquence	Pour cent %
Difficultés sociales	10	6,5
<b>Difficultés économiques</b>	<b>59</b>	<b>38,1</b>
Etudes/Formation	17	11,0
Rapprochement familial	29	18,7
Travail/Mission	11	7,1
Conflit familial	6	3,9
Maladie	4	2,6
Autres	19	12,2
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

Les difficultés économiques représentaient 38,1 % des motifs de migration de nos patients.

Autres : Conflit armé ; Sans précision,

**Tableau 18 : Répartition des patients selon le niveau d'adaptation dans le pays d'accueil**

Niveau d'adaptation	Fréquence	Pour cent
Mauvais	28	18,1
Moyen	55	35,5
<b>Bon</b>	<b>72</b>	<b>46,5</b>
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

Le niveau d'adaptation a été évalué en fonction du logement, du travail et du statut administratif acquis dans le pays d'accueil.

Les patients ayant un logement adéquat + un travail + un statut administratif légal étaient considérés comme ayant un bon niveau d'adaptation

Un bon niveau d'adaptation est retrouvé à 46,5%

**Tableau 19 : Répartition des patients selon la notion de prise de substances psychoactives**

Prise de toxique	Fréquence	Pour cent %
<b>Néant</b>	<b>97</b>	<b>62,6</b>
Alcool	2	1,3
Cannabis	2	1,3
Tabac	19	12,3
Poly toxique	29	18,7
Autres	6	3,9
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

Autres : La notion de prise de toxiques évoquée par la famille, mais non confirmée par le patient ou l'observation clinique.

Nos patients à 62,6% ne prenaient pas de toxiques.

**Tableau 20 : Répartition des patients selon le motif du retour au pays d'origine**

<b>Motifs de retour</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent %</b>
Volontaire sans contrainte	46	29,7
Evacuation sanitaire	10	6,5
Conflit armé	7	4,5
Soins conventionnels	3	1,9
<b>Soins traditionnels</b>	<b>54</b>	<b>34,8</b>
Rapatriement	19	12,3
Refoulement	5	3,2
Autres	11	7,1
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

Autres : Maladies somatiques, Problème d'emploi ; Perte de bien ; congés ou vacances ; sans autre précision

Les soins traditionnels comme principal motif de retour a été retrouvé chez 34,8%.



**Tableau 21 : Répartition des patients selon les facteurs favorisant le retour**

<b>Facteurs favorisants évoqués</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent %</b>
Maladies somatiques	24	15,5
<b>Difficultés d'insertion</b>	<b>42</b>	<b>27,1</b>
Incarcération	7	4,5
Mauvais sort	11	7,1
Perte de biens	8	5,2
Problèmes familiaux	13	8,4
Rapatriement	3	1,9
Toxicomanie	5	3,2
Problèmes d'emploi	10	6,5
Conflit armé	11	7,1

Autres	21	13,5
--------	----	------

---

<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>
--------------	------------	--------------

Autres : Problème de logement, Refoulement, sans précision.

Des difficultés d'insertion dans le pays d'accueil ont été évoquées par 27,1%.

### 3.3. Etude clinique :

**Tableau 22 : Répartition des patients selon le motif de consultation**

<b>Motif de consultation</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent %</b>
Agitation psychomotrice	19	12,3
Etat délirant	31	20,0
Retrait social	6	3,9
<b>Heteroagressivité</b>	<b>37</b>	<b>23,9</b>
Insomnie	29	18,7
Mutisme	4	2,6
Refus alimentaire	2	1,3
Prise de toxiques	2	1,3
Soliloque	7	4,5
Refus thérapeutique	4	2,6
Autres	12	7,6

<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>
--------------	------------	--------------

Autres : Hallucinations, Errance, Logorrhée, Fugue

L'hétéroagressivité : Verbale, Physique, Tentative de suicide 0,6%, Homicide 0,6%, Automutilation.

L'hétéroagressivité était le motif de consultation le plus fréquent avec 23,9%

**Tableau 23 : Répartition des patients selon le mode de prise en charge**

<b>Mode de consultation</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent %</b>
Hospitalisation	57	36,8
<b>Consultation à titre externe</b>	<b>98</b>	<b>63,2</b>
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

La consultation à titre externe vient en tête avec 63,2% .

**Tableau 24 : Répartition des patients selon les traits de personnalité du DSM -IV**

<b>Les traits de personnalité</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent %</b>
Paranoïa	17	11,0
Schizoïde	11	7,1
Schizotypique	6	3,9
Histrionique	11	7,1
Narcissique	8	5,2
Limite	6	3,9
Antisociale	9	5,8

Ne répond à aucune catégorie	84	54,2
Autres	3	1,8
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

Autres : Psychasthénique 1, Evitante 1, Dépendante 1.

Ne répond à aucune catégorie : Information insuffisante pour classer dans une catégorie

54,2% de nos patients n'avaient pas de traits de personnalité particulière reconnue pathologique.

Les difficultés d'adapter les catégories du DSM-IV ont été marquées par le biais de la culture et surtout l'interprétation des comportements.

**Tableau 25 : Répartition des patients selon le diagnostic de sortie CIM10/INSERM**

Catégorie Diagnostique	Fréquence	Pour cent %
Démence	6	3,9
Dépression	21	13,5
PMD	9	5,8
Paranoïa	13	8,4
Pharmacopsychose	7	4,5
PDA	28	18,1
PHC	5	3,2
<b>Schizophrénie</b>	<b>48</b>	<b>31,0</b>
Confusion mentale	3	1,9
Accès Maniaque	7	4,5
Puerpérale psychose	4	2,6
Autres	4	2,5
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

Autres : Comitialité, Etats névrotiques, Psychoses organiques, Sans autre précision.

La catégorie diagnostique Schizophrénie est la plus représentée à 31% suivie de PDA 18,1% et Dépression 13,5%

**Tableau 26 : Répartition des patients selon le diagnostic évoqué par la famille**

<b>Diagnostic évoqué par la famille</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent %</b>
Jinè bana	13	8,4
Hakili Tièn	9	5,8
Drogou bana	6	3,9
Dabali	6	3,9
<b>Autres</b>	<b>121</b>	<b>78,1</b>
Total	155	100,0

Autres : Hypothèses diagnostiques diverses à causalité multiple.

Plus de la moitié des parents disaient ne pas connaître le diagnostic de leur malade.

**Tableau 27 : Répartition des patients selon le recours thérapeutique**

<b>Recours thérapeutique</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pour cent</b>
Dispensaire	5	3,2
Hôpital	36	23,2
Religieux marabout	56	36,1
Guérisseur traditionnel	43	27,7

Autres	15	9,7
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

Autres : Les patients ayant au même moment plusieurs recours : soma, marabout, médical etc...

Le recours thérapeutique aux marabouts est le plus important à 36,1%.

### 3.4. Modalité de la prise en charge :

**Tableau 28 : Répartition des patients selon les médicaments (psychotropes) utilisés**

Médicaments utilisés	Fréquence	Pour cent %
Neuroleptiques	114	73,5
Antidépresseurs	28	18,1
Normo thymiques	9	5,8
Autres	4	2,6
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

Autres : Hypnotiques ; Anxiolytiques ; Association correcteurs et d'autres classes thérapeutiques adjuvants.

Les neuroleptiques représentaient la classe thérapeutique la plus utilisée avec 73,5%.

**Tableau 29 : Répartition des patients selon la technique de psychothérapie utilisée**

La psychothérapie	Fréquence	Pour cent %
Psychothérapie individuelle	38	24,5
<b>Psychothérapie collective</b>	<b>59</b>	<b>38,1</b>

Autres	58	37,4
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

Autres : Patients n'ayant pas bénéficié de façon spécifique d'une psychothérapie individuelle, patients vus lors des groupes de jeudi.

38,1 % de nos patients avaient bénéficié d'une psychothérapie collective (soutien couplée au Kotèba thérapeutique).

**Tableau 30 : Répartition des patients selon le diagnostic et l'âge**

Diagnostic	Age						Total
	16 -25	26 - 35	36 - 45	46 - 55	56 - 70	71	
Démence	0 ,0%	1 16,7%	0 ,0%	1 16,7%	2 33,3%	2 33,3%	6 100,0%
<b>Dépression</b>	<b>6</b> <b>28,6%</b>	<b>8</b> <b>38,1%</b>	2 9,5%	4 19,0%	1 4,8%	0 ,0%	21 100,0%
Epilepsie	0 ,0%	1 100,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 100,0%
PMD	0 ,0%	4 44,4%	4 44,4%	0 ,0%	1 11,1%	0 ,0%	9 100,0%
Paranoïa	0 ,0%	3 23,1%	6 46,2%	2 15,4%	2 15,4%	0 ,0%	13 100,0%
Pharmacopsychose	3 42,9%	4 57,1%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	7 100,0%
<b>PDA</b>	<b>14</b> <b>50,0%</b>	<b>10</b> <b>35,7%</b>	4 14,3%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	28 100,0%
PHC	0 ,0%	1 20,0%	1 20,0%	2 40,0%	1 20,0%	0 ,0%	5 100,0%
<b>Schizophrénie</b>	<b>15</b> <b>31,3%</b>	<b>22</b> <b>45,8%</b>	8 16,7%	3 6,3%	0 ,0%	0 ,0%	48 100,0%
Confusion mentale	1 33,3%	0 ,0%	1 33,3%	1 33,3%	0 ,0%	0 ,0%	3 100,0%
Accès Maniaque	0 ,0%	6 85,7%	0 ,0%	1 14,3%	0 ,0%	0 ,0%	7 100,0%
<b>Puerpérale psychose</b>	<b>3</b> <b>75,0%</b>	<b>1</b> <b>25,0%</b>	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	4 100,0%
Autres	2 66,7%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 33,3%	3 100,0%

Total	44 28,4%	61 39,4%	26 16,8%	14 9,0%	7 4,5%	3 1,9%	155 100,0%
-------	-------------	-------------	-------------	------------	-----------	-----------	---------------

Khi deux de Pearson : ,000 ddl : 60

Plus les sujets sont jeunes, plus la Dépression, la PDA, la Psychose Puerpérale, la Pharmacopsychose la Schizophrénie sont fréquentes

**Tableau 31 : Répartition des patients selon le diagnostic et sexe**



Diagnostic	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Démence	3 50,0%	3 50,0%	6 100,0%
Dépression	15 71,4%	6 28,6%	21 100,0%
Epilepsie	1 100,0%	0 0,0%	1 100,0%
PMD	7 77,8%	2 22,2%	9 100,0%
Paranoïa	12 92,3%	1 7,7%	13 100,0%
Pharmacopsychose	7 100,0%	0 0,0%	7 100,0%
PDA	22 78,6%	6 21,4%	28 100,0%
PHC	3 60,0%	2 40,0%	5 100,0%
Schizophrénie	41 85,4%	7 14,6%	48 100,0%
Confusion mentale	2 66,7%	1 33,3%	3 100,0%
Accès Maniaque	6 85,7%	1 14,3%	7 100,0%
<b>Puerpérale psychose</b>	<b>0 0,0%</b>	<b>4 100,0%</b>	<b>4 100,0%</b>
Autres	2 66,7%	1 33,3%	3 100,0%
Total	121 78,1%	34 21,9%	155 100,0%

Khi deux de Pearson : ,017      ddl : 12

En dehors de la psychose puerpérales, les hommes sont les plus concernés par toutes les pathologies mais la Démence est retrouvée à part égale dans les deux sexes.

**Tableau 32 : Répartition des patients selon le diagnostic et le Rang dans la fratrie**

Diagnostic	Rang dans la fratrie			Total
	Aînés	Cadets	Benjamin	
Démence	2 33,3%	2 33,3%	2 33,3%	6 100,0%
<b>Dépression</b>	<b>7 33,3%</b>	<b>12 57,1%</b>	2 9,5%	21 100,0%
Epilepsie	0 ,0%	1 100,0%	0 ,0%	1 100,0%
PMD	3 33,3%	4 44,4%	2 22,2%	9 100,0%
Paranoïa	1 7,7%	8 61,5%	4 30,8%	13 100,0%
<b>Pharmacopsychose</b>	<b>2 28,6%</b>	<b>4 57,1%</b>	1 14,3%	7 100,0%
<b>PDA</b>	<b>7 25,0%</b>	<b>21 75,0%</b>	0 ,0%	28 100,0%
PHC	1 20,0%	1 20,0%	3 60,0%	5 100,0%
<b>Schizophrénie</b>	<b>14 29,2%</b>	<b>29 60,4%</b>	5 10,4%	48 100,0%
Confusion mentale	0 ,0%	2 66,7%	1 33,3%	3 100,0%
<b>Accès Maniaque</b>	<b>3 42,9%</b>	<b>3 42,9%</b>	1 14,3%	7 100,0%
Puerpérale psychose	0 ,0%	4 100,0%	0 ,0%	4 100,0%
Autres	0 ,0%	1 33,3%	2 66,7%	3 100,0%
Total	40 25,8%	92 59,4%	23 14,8%	155 100,0%

Khi deux de Pearson : ,071

ddl : 24

La Dépression, la PDA, la Pharmacopsychose, la Schizophrénie et l'Accès Maniaque sont plus fréquents chez les Aînés et les Cadets.

**Tableau 33 : Répartition des patients selon le diagnostic et statut matrimonial**

Diagnostic	Statut Matrimonial					Total
	Célibataire	Marié	Fiancé	Divorcé	Veuf	
Démence	0 ,0%	5 83,3%	0 ,0%	0 ,0%	1 16,7%	6 100,0%
<b>Dépression</b>	<b>10</b> <b>47,6%</b>	9 42,9%	0 ,0%	1 4,8%	1 4,8%	21 100,0%
Epilepsie	1 100,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 100,0%
PMD	1 11,1%	8 88,9%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	9 100,0%
Paranoïa	3 23,1%	9 69,2%	0 ,0%	1 7,7%	0 ,0%	13 100,0%
<b>Pharmacopsychose</b>	<b>5</b> <b>71,4%</b>	2 28,6%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	7 100,0%
<b>PDA</b>	<b>16</b> <b>57,1%</b>	10 35,7%	1 3,6%	1 3,6%	0 ,0%	28 100,0%
PHC	0 ,0%	5 100,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	5 100,0%
<b>Schizophrénie</b>	<b>27</b> <b>56,3%</b>	18 37,5%	0 ,0%	3 6,3%	0 ,0%	48 100,0%
Confusion mentale	1 33,3%	2 66,7%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	3 100,0%
<b>Accès Maniaque</b>	<b>5</b> <b>71,4%</b>	2 28,6%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	7 100,0%
Puerpérale psychose	0 ,0%	4 100,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	4 100,0%
Autres	1 33,3%	1 33,3%	0 ,0%	1 33,3%	0 ,0%	3 100,0%
Total	70 45,2%	75 48,4%	1 ,6%	7 4,5%	2 1,3%	155 100,0%

Khi deux de Pearson : ,157 ddl : 48

La Dépression, la Pharmacopsychose, la PDA, la Schizophrénie et l'Accès Maniaques sont plus fréquents chez les célibataires.

**Tableau 34 : Répartition des patients selon le diagnostic et le niveau de scolarisation**

Diagnostic	Niveau de Scolarisation						Total
	Non scolarisé	Primaire	Secondaire	Universitaire	Alphabétisation fonctionnelle	Autres	
Démence	3 50,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 16,7%	1 16,7%	1 16,7%	6 100,0%
Dépression	8 38,1%	4 19,0%	3 14,3%	3 14,3%	2 9,5%	1 4,8%	21 100,0%
Epilepsie	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%
PMD	3 33,3%	2 22,2%	2 22,2%	0 0,0%	1 11,1%	1 11,1%	9 100,0%
Paranoïa	4 30,8%	1 7,7%	1 7,7%	2 15,4%	5 38,5%	0 0,0%	13 100,0%
Pharmacopsychose	3 42,9%	2 28,6%	0 0,0%	2 28,6%	0 0,0%	0 0,0%	7 100,0%
PDA	7 25,0%	10 35,7%	4 14,3%	3 10,7%	2 7,1%	2 7,1%	28 100,0%
PHC	3 60,0%	0 0,0%	1 20,0%	0 0,0%	1 20,0%	0 0,0%	5 100,0%
Schizophrénie	18 37,5%	9 18,8%	8 16,7%	5 10,4%	2 4,2%	6 12,5%	48 100,0%
Confusion mentale	1 33,3%	0 0,0%	1 33,3%	0 0,0%	0 0,0%	1 33,3%	3 100,0%
Accès Maniaque	2 28,6%	1 14,3%	1 14,3%	2 28,6%	0 0,0%	1 14,3%	7 100,0%
Puerpérale psychose	1 25,0%	2 50,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 25,0%	4 100,0%
Autres	2 66,7%	0 0,0%	1 33,3%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	3 100,0%
<b>Total</b>	<b>55 35,5%</b>	<b>31 20,0%</b>	<b>22 14,2%</b>	<b>18 11,6%</b>	<b>14 9,0%</b>	<b>15 9,7%</b>	<b>155 100,0%</b>

Khi deux de Pearson : 0,521

ddl : 60

Les non scolarisés sont plus touchés par toutes les pathologies.

**Tableau 35 : Répartition des patients selon diagnostic et la structure de la famille**

Diagnostic	Structure de la Famille				Total
	Monogamie	Polygamie	Divorcé	Autres	
Démence	2 33,3%	2 33,3%	0 ,0%	2 33,3%	6 100,0%
Dépression	11 52,4%	7 33,3%	0 ,0%	3 14,3%	21 100,0%
Epilepsie	1 100,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 100,0%
PMD	3 33,3%	3 33,3%	1 11,1%	2 22,2%	9 100,0%
Paranoïa	2 15,4%	8 61,5%	0 ,0%	3 23,1%	13 100,0%
Pharmacopsychose	0 ,0%	3 42,9%	1 14,3%	3 42,9%	7 100,0%
PDA	5 17,9%	15 53,6%	2 7,1%	6 21,4%	28 100,0%
PHC	1 20,0%	3 60,0%	1 20,0%	0 ,0%	5 100,0%
Schizophrénie	16 33,3%	21 43,8%	3 6,3%	8 16,7%	48 100,0%
Confusion mentale	1 33,3%	1 33,3%	0 ,0%	1 33,3%	3 100,0%
Accès Maniaque	1 14,3%	4 57,1%	0 ,0%	2 28,6%	7 100,0%
Puerpérale psychose	2 50,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 50,0%	4 100,0%
Autres	1 33,3%	0 ,0%	0 ,0%	2 66,7%	3 100,0%
Total	46 29,7%	67 43,2%	8 5,2%	34 21,9%	155 100,0%

Khi deux de Pearson : ,573

ddl ; 36

En dehors de la dépression et de la Psychose puerpérale qui sont fréquentes dans les familles monogames, toutes les autres pathologies sont plus fréquemment retrouvées dans les familles polygames.

**Tableau 36 : Répartition des patients selon le Diagnostic et le consensus autour du projet de migration**

Diagnostic	Consensus autour du projet de Migration			Total
	Projet individuel	Projet Consensuel (collectif)	Autres	
Démence	0 ,0%	6 <b>100,0%</b>	0 ,0%	6 100,0%
Dépression	2 9,5%	19 <b>90,5%</b>	0 ,0%	21 100,0%
Epilepsie	0 ,0%	0 <b>,0%</b>	1 100,0%	1 100,0%
PMD	2 22,2%	6 <b>66,7%</b>	1 11,1%	9 100,0%
Paranoïa	2 15,4%	11 <b>84,6%</b>	0 ,0%	13 100,0%
Pharmacopsychose	2 28,6%	4 <b>57,1%</b>	1 14,3%	7 100,0%
PDA	6 21,4%	21 <b>75,0%</b>	1 3,6%	28 100,0%
PHC	0 ,0%	5 <b>100,0%</b>	0 ,0%	5 100,0%
Schizophrénie	11 22,9%	32 <b>66,7%</b>	5 10,4%	48 100,0%
Confusion mentale	0 ,0%	3 <b>100,0%</b>	0 ,0%	3 100,0%
Accès Maniaque	3 42,9%	4 <b>57,1%</b>	0 ,0%	7 100,0%
Puerpérale psychose	0 ,0%	4 <b>100,0%</b>	0 ,0%	4 100,0%
Autres	1 33,3%	2 <b>66,7%</b>	0 ,0%	3 100,0%
Total	29 18,7%	117 <b>75,5%</b>	9 5,8%	155 100,0%

Khi deux de Pearson : ,077

ddl : 24

Les troubles psychiques sont plus fréquents malgré un consensus autour du projet de migration.

**Tableau 37 : Répartition des patients selon le diagnostic et la préparation du projet de migration**

Diagnostic	Préparation de la Migration				Total
	Aucune préparation	Consultation Maraboutique	Autres	Plusieurs consultations	
Démence	2 33,3%	1 16,7%	1 16,7%	2 33,3%	6 100,0%
Dépression	12 57,1%	3 14,3%	0 0,0%	6 28,6%	21 100,0%
Epilepsie	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%	0 0,0%	1 100,0%
PMD	4 44,4%	1 11,1%	1 11,1%	3 33,3%	9 100,0%
Paranoïa	5 38,5%	5 38,5%	1 7,7%	2 15,4%	13 100,0%
Pharmacopsychose	3 42,9%	0 0,0%	1 14,3%	3 42,9%	7 100,0%
PDA	14 50,0%	3 10,7%	3 10,7%	8 28,6%	28 100,0%
PHC	1 20,0%	2 40,0%	1 20,0%	1 20,0%	5 100,0%
Schizophrénie	21 43,8%	4 8,3%	9 18,8%	14 29,2%	48 100,0%
Confusion mentale	0 0,0%	0 0,0%	3 100,0%	0 0,0%	3 100,0%
Accès Maniaque	5 71,4%	1 14,3%	0 0,0%	1 14,3%	7 100,0%
Autres	3 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	3 100,0%
Puerpérale psychose	4 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	4 100,0%
Total	74 47,7%	20 12,9%	21 13,5%	40 25,8%	155 100,0%

Khi deux de Pearson : ,021      ddl : 36

Les patients sans préparation représentaient 44,4% des PMD, 50% des PDA, 43,8% des schizophrènes

**Tableau 38 : Répartition des patients selon le diagnostic et les Modalités de regroupement au départ**

Diagnostic	Modalité de regroupement au départ		Total
	Individuel	En groupe	
Démence	4 66,7%	2 33,3%	6 100,0%
Dépression	16 76,2%	5 23,8%	21 100,0%
Epilepsie	0 0%	1 100,0%	1 100,0%
PMD	6 66,7%	3 33,3%	9 100,0%
Paranoïa	10 76,9%	3 23,1%	13 100,0%
Pharmacopsychose	4 57,1%	3 42,9%	7 100,0%
PDA	21 75,0%	7 25,0%	28 100,0%
PHC	4 80,0%	1 20,0%	5 100,0%
Schizophrénie	32 66,7%	16 33,3%	48 100,0%
Confusion mentale	3 100,0%	0 0%	3 100,0%
Accès Maniaque	5 71,4%	2 28,6%	7 100,0%
Puerpérale psychose	3 75,0%	1 25,0%	4 100,0%
Autres	2 66,7%	1 33,3%	3 100,0%
Total	110 71,0%	45 29,0%	155 100,0%

Khi deux de Pearson : ,923 ddl : 12

Les 3 patients confus avaient tous voyagé individuellement, plus le voyage est individuel plus les troubles sont fréquents.

**Tableau 39 : Répartition des patients selon le diagnostic et le niveau d'adaptation**

	Niveau d'adaptation	Total
--	---------------------	-------



Diagnostic	Mauvais	Moyen	Bon	
Démence	0 ,0%	1 16,7%	5 83,3%	6 100,0%
Dépression	2 9,5%	8 38,1%	11 52,4%	21 100,0%
Epilepsie	1 100,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 100,0%
PMD	1 11,1%	2 22,2%	6 66,7%	9 100,0%
Paranoïa	1 7,7%	4 30,8%	8 61,5%	13 100,0%
Pharmacopsychose	3 42,9%	3 42,9%	1 14,3%	7 100,0%
PDA	3 10,7%	13 46,4%	12 42,9%	28 100,0%
PHC	1 20,0%	3 60,0%	1 20,0%	5 100,0%
Schizophrénie	14 29,2%	17 35,4%	17 35,4%	48 100,0%
Confusion mentale	0 ,0%	0 ,0%	3 100,0%	3 100,0%
Accès Maniaque	2 28,6%	1 14,3%	4 57,1%	7 100,0%
Puerpérale psychose	0 ,0%	1 25,0%	3 75,0%	4 100,0%
Autres	0 ,0%	2 66,7%	1 33,3%	3 100,0%
Total	28 18,1%	55 35,5%	72 46,5%	155 100,0%

Khi deux de Pearson : 0,127 ddl : 24

Les 42,9% des patients souffrants de Pharmacopsychose avaient un mauvais niveau d'adaptation

**Tableau 40 : Répartition des patients selon la modalité d'accompagnement et le Consensus autour du projet de migration**

Modalité d'accompagnement	Consensus autour du projet de Migration	Total
---------------------------	---	-------

	Projet individuel	Projet collectif	Autres	
Individuel	18	87	7	112
	16,1%	77,7%	6,3%	100,0%
En groupe	11	30	2	43
	25,6%	69,8%	4,7%	100,0%
Total	29	117	9	155
	18,7%	75,5%	5,8%	100,0%

Khi deux de Pearson : ,387

ddl : 2

Le départ individuel est retrouve chez 16,1% des patients qui avait un projet individuel contre 77,7% de ceux qui avaient un projet consensuel

# COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

## **IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :**

Ce travail est une étude prospective analytique à visée descriptive portant spécifiquement sur les migrants Maliens hospitalisés ou vus en ambulatoire dans le service de psychiatrie du CHU du Point G pour troubles psychiques.

Sur une période de 12 mois de janvier 2010 à Janvier 2011 ; notre étude a été réalisée à l'aide des données d'anamnèse présentes dans les dossiers cliniques, des entretiens semi-ouverts et d'un questionnaire dont un exemplaire est porté en annexe.

Pendant la période d'étude, sur 268 patients hospitalisés 57 étaient des migrants et sur 1838 patients vus en ambulatoire 98 étaient des migrants. L'étude a donc concerné 155 patients. Elle avait pour objectif d'étudier les aspects psychopathologiques, socioculturels des troubles psychiques liés à la migration et la problématique de leur prise en charge.

Pour mener à bien ce travail, nous avons été confrontés à certaines difficultés notamment : La difficulté de recueillir toutes les informations chez certains patients vus en urgence et en ambulatoire ; certains patients dont les accompagnants n'avaient pas assez d'informations, chez les patients qui ont fugué.

Nos résultats ne reflètent qu'une réalité hospitalière et ne sauraient donc être extrapolés à l'échelle nationale compte tenue de la particularité du service de psychiatrie.

## **4.1. Etudes socioculturelle et psychopathologique :**

### **4.1.1. Caractéristiques sociodémographiques :**

#### **4.1.1.1. La tranche d'âge :**

La tranche d'âge 26-35 (61 patients) soit 39,4% était la plus représentée. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les jeunes sont plus disposés à migrer à la découverte d'un monde meilleur pour lequel ils sont prêts à tout.

Dans notre étude, plus les sujets ne sont jeunes, plus la Dépression, la PDA, la Psychose Puerpérale, la Pharmacopsychose la Schizophrénie sont fréquentes.

Notre résultat concorde avec celui de Devarenne-Mégas [24] qui a trouvé que les polonais émigrés en France, âgés de 25-34ans étaient les plus représentés avec 40%. Mais il diffère de celui de KAMATE Z [13] qui avait trouvé 47,4%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que KAMATE Z [13] avait fait une étude rétrospective de 24 mois sur les activités de 10 ans contrairement à notre étude prospective de 12 mois.

#### **4.1.1.2. Le sexe :**

Les hommes avec 78,1 % étaient les plus représentés dans notre étude. Cela pourrait se comprendre quand on sait que sur l'homme reposent les grandes charges socioéconomiques dans notre contexte culturel. En dehors de la psychose puerpérale, les hommes sont les plus concernés par toutes les pathologies mais la Démence est retrouvée à part égale dans les deux sexes.

Ce résultat diffère de celui de KAMATE [13] qui avait trouvé 90,2%. L'échantillonnage et la période d'étude pourrait expliquer cette différence.

#### **4.1.1.3. La profession :**

La profession agriculteur représentait 20,0% des activités de nos patients dans le pays d'origine (Mali) et dans le pays d'accueil 34,2% de nos patients étaient ouvriers. Le migrant sans qualification professionnelle se livre à des activités en fonction de son statut administratif.

Notre résultat s'oppose à ceux de KAMATE [13] et DIARRA S-CISSE [25] qui avaient respectivement trouvé la profession « commerçant » dans 25% et 42,2% des cas. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que certaine profession comme « commerçant » nécessite un fonds économique suffisant ce qui n'était pas le cas de la majorité de nos patients.

#### **4.1.1.4. L'ethnie :**

Les Soninkés connus comme « voyageurs » et commerçants représentaient 31,1% de notre étude.

Ce résultat concorde avec celui de KAMATE [13] 33,7%. Il existe des réseaux de migration propres à cette ethnie organisant la migration de génération en génération avec échange des documents administratifs contournant toutes les frontières.

#### **4.1.1.5. Statut matrimonial :**

Les mariés (75 patients) soit 48,4% étaient les plus représentés dans notre étude. Ce résultat ne concorde pas avec celui de KAMATE [13].

A noter dans notre étude que la Dépression, la Pharmacopsychose, la PDA, la Schizophrénie et l'Accès Maniaques sont plus fréquents chez les célibataires.

#### **4.1.1.6. Niveau de scolarisation :**

Les non scolarisés représentaient 35,5% de notre étude suivi du niveau primaire, secondaire et universitaire avec respectivement 20,0% ; 14,2% ; et 11,6%. L'alphabétisation fonctionnelle a été retrouvée dans 9,0% des cas. Plus précisément, les non scolarisés sont plus touchés par toutes les pathologies.

#### **4.1.1.7. Le rang dans la fratrie :**

Les cadets étaient majoritaires avec un taux de 59,4 %.

Ils ont été considérés comme aînés les premiers du rang dans la fratrie, les patients occupant le rang de deuxième jusqu'à l'avant dernier dans la fratrie comme cadets.

La Dépression, la PDA, la Pharmacopsychose, la Schizophrénie et l'Accès Maniaque sont plus fréquents chez les Aînés et les Cadets.

Contrairement à notre étude, l'INSERM [19] trouve que le statut du fils aîné est un facteur prédisposant aux troubles psychiques.

#### **4.1.1.8. Structure de la famille :**

La polygamie à un taux de 43,2% était la principale structure retrouvée chez nos patients. Cela pourrait s'expliquer par le fait de la religion musulmane prédominante et de la culture.

En dehors de la dépression et de la Psychose puerpérale qui sont fréquentes dans les familles monogames, toutes les autres pathologies sont plus fréquemment retrouvées dans les familles polygames.

#### **4.1.2. Aspects psychopathologiques :**

Contrairement à une idée reçue, notre étude montre que les maliens migrent surtout dans les pays africains avec un pourcentage de 66% et plus particulièrement en RCI.

##### **4.1.2.1. Les motifs de migration :**

Les difficultés économiques représentaient 38,1 % des motifs de migration de nos patients.

##### **4.1.2.2. Consensus autour du projet de migration :**

###### **4.1.2.2.1. Préparation de la migration :**

Sans aucune préparation, 47,7% de nos patients ont migré. La préparation traditionnelle du voyage est culturelle dans notre pays ; un voyage mal préparé ou non préparé sur le plan culturel serait selon notre étude un facteur de risque aux troubles psychiques. Les troubles psychiques sont plus fréquents chez les patients ayant même malgré tout un consensus autour du projet de migration.

###### **4.1.2.2.2. Le départ :**

A été considéré comme groupe le nombre de plus de deux (2) personnes très souvent du même village, de la même région, de la même ethnie ou de la même tranche d'âge.

Autres : Les groupes formés dans les grandes villes de transit à l'intérieur du Mali ; et les pays de transit ; sans autre précision sont classés dans les autres.

Parmi le total de nos patients, 72,3% avaient voyagé individuellement. Le voyage individuel serait un facteur de risque aux troubles psychique ?

Les 3 patients confus ont tous voyagé individuellement ; plus le voyage est individuel plus les troubles sont fréquents.

Le départ individuel est retrouvé chez 16,1% des patients qui avait un projet individuel contre 77,7% de ceux qui avaient un projet consensuel.

###### **4.1.2.3. Le niveau d'adaptation :**

Un bon niveau d'adaptation a été retrouvé chez 46,5% de nos patients.

Le niveau d'adaptation a été évalué en fonction du logement, du travail et du statut administratif acquis à l'étranger.

Les patients ayant un logement + un travail + un statut administratif légal étaient considérés comme ayant un bon niveau d'adaptation.

#### **4.1.2.4. Les motifs de retour :**

Retourner pour des soins religieux et traditionnels est évoqué chez 34,8% de nos patients.

Cela explique que les troubles psychiques surviennent surtout dans les pays de migration et que les premières interprétations sont culturelles.

## **4.2. Principaux tableaux cliniques :**

### **4.2.1. Motif de consultation :**

L'hétéro-agressivité et l'état délirant étaient les motifs de consultation les plus fréquents avec respectivement 23,9% et 20%.

Ce résultat est proche de celui de KAMATE [13] qui a trouvé 27,3% de cas d'hétéro-agressivité.

### **4.2.2. Le Diagnostic de sortie selon la CIM-10 et l'INSERM :**

Dans la catégorie diagnostique Schizophrénie 31% de nos patients étaient classés suivie de la Psychose Délirante Aigue à 18,1%. La prédominance de la schizophrénie s'expliquerait par le fait qu'elle touche surtout les jeunes (15 à 30 ans).

En effet dans notre étude c'est la population jeune qui était la plus concernée. Notre résultat s'oppose à celui de KAMATE [13] qui avait trouvé une prédominance des psychoses aiguës à 42,3%. Cette différence pourrait s'expliquer par le biais d'échantillonnage.

OULALE [12] avait trouvé chez ces patients une évolution exceptionnelle vers la dissociation, l'explication pourrait être le fait que 12 sur 20 des patients de OULALE [12] avaient au début de leurs troubles reçu une assistance psychiatrique.

### **4.2.3. Le Diagnostic évoqué par la famille :**

Plus de la moitié des parents ont évoqué des hypothèses diagnostiques diverses à causalité multiple (78,1%). Cela pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de nos patients a été vue en consultation externe soit en urgence et que le diagnostic de la maladie dans notre contexte culturel change en fonction de celui qui traite la maladie qu'il s'agisse d'un traitement religieux ou traditionnel.

En fonction de celui qui traite le malade, le diagnostic de la famille changeait, on se trouvait souvent devant plusieurs hypothèses diagnostiques évoquées qui sont liées au recours thérapeutique.

Le diagnostic de « Drogou bana » a été évoqué à chaque fois que le patient revenait avec une notion de prise de toxique.

Celui de « Jinè bana » à chaque fois qu'il y avait une notion de « Jinè » dans la famille.

#### **4.2.4. Les traits de personnalité :**

Ne répond à aucune catégorie : Information insuffisante pour classer dans une catégorie a été retrouvée à 54,2%.

Les difficultés d'adapter les catégories du DSM-IV ont été marquées par le biais de la culture et surtout de l'interprétation des comportements.

#### **4.3. Orientation de la prise en charge :**

##### **IV.3.1. Mode de prise en charge :**

Sur les 155 patients de notre étude, 98 patients soit 63,2 % ont été vus en ambulatoire ou consultation à titre externe et 57 patients soit 36,8 % ont été hospitalisés.

Les  $\frac{3}{4}$  des patients de notre étude ont été donc vus en général en urgence ce qui explique le fait que tous les éléments de notre enquête n'ont pu être demandés chez certains de ces patients.

##### **IV.3.2. Durée de séjour à l'hôpital :**

Un seul patient a fait plus de 3 mois dans le service.

99 patients n'ont fait qu'un seul jour à l'hôpital ; à J5, 4 patients hospitalisés sont sortis, à J10 12 patients, à J15 7 patients, 8 patients à J20 ; 9 patients à J30 ; 4 patients à J45 et J60.

#### **4.3.3. Les Différentes thérapies :**

##### **4.3.3.1. La chimiothérapie :**

Les neuroleptiques ont été utilisés à 73,5% chez nos patients suivis des antidépresseurs 18,1% et les normo thymiques 5,8%.

Les correcteurs ont été associés aux neuroleptiques à chaque fois les patients étaient suivis en consultation externe, et ceux présentant des effets secondaires en hospitalisation.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que les principaux tableaux cliniques retrouvés étaient des tableaux psychotiques.

##### **4.3.3.2. La psychothérapie :**

Ils ont bénéficié d'une psychothérapie collective (soutien couplée au Kotèba thérapeutique collectif) 38,1 % de nos patients. Ce taux concorde avec le taux d'hospitalisation soit 36,8 %. Le Kotèba thérapeutique est réalisé chaque vendredi dans le service, tous les patients hospitalisés ont participé ou assisté au Kotèba thérapeutique.

##### **IV.3.3. Le recours thérapeutique :**



Les marabouts et les guérisseurs traditionnels ont été consultés en premier pour la prise en charge de nos patients avec respectivement 36,1% et 27,7%.

Ce résultat concorde avec celui de KAMATE [13] qui avait retrouvé 58%.

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

- **CONCLUSION :**

Au terme de cette étude prospective de 12 mois consacrée aux troubles psychiques et migrations dans le service de psychiatrie du CHU du Point G, sur 258 patients hospitalisés 57 étaient des migrants soit un pourcentage de 21,3% et sur 1838 patients vus à titre externe 98 étaient des migrants soit un pourcentage de 5,3%.

La tranche d'âge 26-35 était la plus représentée, Parmi les 155 patients de notre étude, 121 étaient des hommes soit un pourcentage de 78,1 %.

L'ethnie soninké représentait 31,1 % des patients de notre étude.

Les cadets étaient majoritaires avec un pourcentage de 59,4 % suivis des aînés à 25,4% et des benjamins à 14,8%.

La profession agriculteur a représenté 20,0% des activités de nos patients dans le pays d'origine tandis que dans le pays d'accueil 34,2% des nos patients étaient ouvriers.

Les non scolarisés représentaient 35,5% de notre étude suivi du niveau primaire à 20% et 11,6% de nos patients avaient un niveau universitaire.

Les 55,5 % de nos patients avaient voyagé par voie terrestre.

Les réguliers avec carte de séjour valide représentaient 45,2 % de nos patients.

Les difficultés économiques représentaient 38,1 % des motifs de migration de nos patients et les difficultés économiques ont été évoquées chez 40% des Aînés contre 45,5% des benjamins. Sur les 155 patients de notre étude, 27,1% avaient des difficultés d'insertion dans le pays d'accueil.

En effet, il apparaît que la migration était un facteur de risque de troubles psychiques :

Les états psychotiques constituaient l'essentiel des troubles observés chez les patients migrants ; la catégorie diagnostique Schizophrénie a été portée à 31% suivie de la PDA à 18,1% et la Dépression à 13,5%. Les 63,2% des patients ont été vus en consultation externe , l'hétéroagressivité comme motif de consultation le plus fréquent est retrouvée à 23,9%. Le niveau d'adaptation était mauvais chez 42,9% des patients souffrant de Pharmacopsychoses.

En plus un projet de migration consensuel préparé et accepté par toute la famille a été retrouvé chez 75,5% mais il apparaît que 47,7% de nos patients n'avaient pas préparé leur voyage ; 72,3% de nos patients avaient voyagé individuellement. Donc la préparation de la migration selon les différents rituels traditionnels et les modalités de regroupement lors du voyage sont des facteurs déterminants dans l'apparition des troubles psychiques.

Les 38,1 % de nos patients avaient bénéficié d'une psychothérapie collective (soutien couplée au Kotèba thérapeutique); Les neuroleptiques ont été la classe thérapeutique la plus utilisée chez 73,5% chez nos patients.

**En conséquence nous faisons les recommandations suivantes :**

## ● **RECOMMANDATIONS**

### **Au Département des Maliens de l'Extérieur**

- Communiquer pour le changement de comportement des migrants et de la population sur les risques liés à la migration ;

- Collaborer avec les pays de transit et d'accueil des migrants à travers les organisations régionales et surtout sous-régionales (CDAO, UEMOA) pour favoriser une bonne intégration des migrants et diminuer les facteurs de traumatisme psychique ;
- Mettre en place un mécanisme adéquat de prise en charge psychosociale systématique des migrants malades retournant au pays.

**Au Ministère de la Santé :**

- Informer, sensibiliser et éduquer les populations sur les facteurs de vulnérabilité des migrants aux troubles mentaux pour une meilleure prise en charge ;
- Améliorer les conditions d'accès aux médicaments psychotropes ;
- Former les spécialistes en santé mentale (psychiatres, assistants médicaux en psychiatrie, pédopsychiatres, psychologues cliniciens) pour la prise en charge adéquate des migrants.

**A la Direction du CHU Point « G »**

- Améliorer les conditions d'hospitalisation (catégorisation effective et conséquente des hospitalisations) ;
- Doter le service de psychiatrie de moyens d'exploration complémentaires et systématiques, Exemple : batteries de tests psychométriques (tests de déficience, tests de personnalité).

**Aux Professionnels Socio-sanitaires :**

- Etre plus disponible et à l'écoute des familles notamment en améliorant le rapport accompagnant personnel soignant;
- Favoriser la prise en charge en ambulatoire aux hospitalisations qui risquent de stigmatiser le patient ;
- Renseigner bien les dossiers cliniques des patients, les tenir à jour en précisant le diagnostic d'entrée, l'évolution et le diagnostic de sortie.

**Au Public :**

- Encourager le recours aux soins conventionnels dès le début de l'éclosion des troubles psychiques ;

-Amener à prendre conscience que la migration est une entreprise périlleuse mettant en danger l'équilibre psychique. Pour une meilleure réussite d'un tel projet, il y a nécessité d'une bonne préparation, d'un consensus familial et d'un accompagnement psychosocial afin de limiter les survenus de troubles psychiques.

# REFERENCES

## • **BIBLIOGRAPHIQUE :**

1. OMS :  
Enquêtes de santé mentale au monde ; 2001 ; [www.jama.com](http://www.jama.com).

2. POLLOCK :  
Psychopathologies des immigrés polonais en France

<http://remi.revues.org/document2626.html>.

**3. ODEGAARD O:**

The incidence of mental diseases as measured by census investigations versus admission statistics; 1992; Psychiatry QY arterly; 26; pp: 212-218.

**4. LASRY JC, SIGAL JOHN J :**

Durée de séjour au pays et santé mentale d'un groupe d'immigrants ; journal behaviora sciences ; 1975 ; 20 ; pp : 108-119, 1975.

**5. BERRY JM, KIM V:**

Comparative studies of acculturative stress; International migration review; 1987; n° 21; p: 491 – 511.

**6. TOUSIGNANT M :**

La santé mentale des migrants : Analyse de son contexte social et longitudinal ; revue de santé mentale Québec ; 1992 ; vol XVII ; n°2 ; pp : 35-46.

**7. AORIAN K.I:**

Mental health risk and problems encountered by illegal Immigrants, issues mental health; Nursing; 1993; 14; 4; pp: 379-397.

**8. INSERM section psychiatrie :**

Classification française des troubles mentaux bulletin, institut national de la santé et de la recherche médicale, 24, 1968, suppl. n°2, 29p

**9. ZIVKOVIC PI :**

La difficulté des immigrés à conserver leur propre identité : Rencontre des évêques européens responsables de la pastorale des migrants ; Novembre 1995.

**10. JOLIETE MINH Lan Tran :**

Analyse organisationnelle de l'accessibilité aux services de santé pour la population anglophone dans la région de Québec, mémoire, faculté des études supérieures de l'Université Laval Québec 2004 ;

**11. CRISS :**

L'optimisation de l'état de santé des personnes réfugiées de l'Afrique sub saharienne infectée par le VIH,

[www.muhc.ca/research/projects](http://www.muhc.ca/research/projects)

**12. OULALE B :**

Retour au pays natal des émigrants psychiatisés à propos de 20 cas, Th. Méd. Bamako, n°3 M 1982, 113p ;

**13. KAMATE Z:**

Etude des troubles psychiatriques chez les émigres dans le service de psychiatrie du chu point « G» Thèse de médecine , n° , pp : 34 ;

**14. FASSIN D :**

Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration, revue homme et migrations santé, mai - juin, 2000, n° 1225, pp : 5-12 ;

**15. BARUK H :**

Traité de psychiatrie, sémiologie, psychopathologie, thérapeutique, étiologie, tome II, éd. Masson, Paris 1959

**16. EPSTEIN L in BERNER P:**

Psychopathologie de la migration, Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie, Tome 5, 37880, A10, Paris, 1967 ;

**17. BERNER P :**

Psychopathologie des migrations, encycl. Méd. chir. Section psychiatrie Tome 5, 37880 A10 pp 1-8, 1967 ;

**18. ASSOCIATION PSYCHIATRIQUE AMERICAINE:**

DSM-IV, Manuel de Diagnostic et statistique des troubles mentaux, éd. Masson, Paris, 1994-1996.

**19. CIM-10 :**

Classification internationale des maladies, 10<sup>ème</sup> révision (CIM-10/icd-10), chapitre V : Troubles mentaux et du comportement, descriptions cliniques et directives pour le diagnostic, Genève, OMS, Paris, Masson, 1993.

**20. GIRAULT V :**

Psychopathologie des voyages, la presse médicale, 2002, vol.31, Fasc.38, p : 1818-1819,

[www.invs.sante.fr/beh/2002/24/ivs](http://www.invs.sante.fr/beh/2002/24/ivs);

**21. DENOUX P :**

La trajectoire comme facteur associé à l'étiopathogénie des troubles mentaux dans la migration, mémoire de psychologie UFR de psychologie Université de Toulouse Le Mirail, Annales médico-psychologiques, 165 (2007) pp : 492-502, 2004 ;[www.ccee.chr/français/evenements/zivkovic.rtf](http://www.ccee.chr/français/evenements/zivkovic.rtf)

**22. DEVARENNE-MEGAS H :**

Psychopathologie et insertion des migrants polonais en France, revue européenne des migrations internationales volume 19, Numéro 1 pp : 101-124 ;

**23. CISSE S :**

La migration malienne au Cameroun : le retour est – il possible ? , 1999,

[www.gov.ml/cgi.bin/wiew\\_article](http://www.gov.ml/cgi.bin/wiew_article);

**24. SYLLA O et MBAYE M :**

Psychopathologie et migration : un cas de wootal, psychopathologie africaine, 1990-1991, XXIII, n°3, pp : 353-363 ;

**25. DIARRA S et CISSE :**

Migrations et pauvreté au Mali, [www.gov.ml/cgi.bin/wiew\\_article](http://www.gov.ml/cgi.bin/wiew_article);

**26. HITCH Peter I, RACK PH:**

Mental illness among polish and Russian refugees in Bradford, British journal of psychiatry, 1980, n° 137 p : 206-211;

**27. COCHRANE R :**

Mental illness in immigrants to England and Wales: Analysis of mental hospital admission social psychiatry 17 (1) pp: 29-37;

**28. AOUATTAH A :**

Immigration maghrébine, maladie mentale et psychiatrie ou quand les immigrés emmènent leurs maladies : ethnopsychiatrie maghrébine, éd. L'harmattan, Paris 1993 ;

**29. EL KHAYAT Gh :**

Psychanalyse au Maroc : résistances culturelles, revue française de psychanalyse, 1993, n°3, pp : 879-882 ;

**30. ALMEIDA (de) Z.:**

Les perturbations mentales chez les migrants, l'information psychiatrique, vol. 51, n° 31, 1975, pp : 225-376

**31. AMSELLE J.L :**

Aspects et significations du phénomène migratoire en Afrique, dans les migrations africaines, éd. Maspero, Paris, 1976 ;

**32. ANDERSON J.:**

Immigrants women speak of chronic illness: the social construction of the devalued self, journal of advanced Nursing, vol.16, n°6, pp: 710-717, 1991;

**33. AWANDE S. :**

Les statistiques relatives aux consultations dans le service de psychiatrie de l'hôpital du Point G sur une période de 12 mois, thèse. Méd. ; n°3 1988, 76 p;

**34. AORIAN K.I:**

A model of psychological adaptation to migration and Resettlement, nursing Research, vol.39, n° 1, pp: 379-397, 1991;

**35. BAROU J :**

Transformation du système éducatif et de la condition de l'enfant dans les familles émigrées d'Afrique noire, émigration des familles africaines, maltraitance et différences culturelles, 2<sup>ème</sup> journée AFIREM 1995, Association française d'information et de recherche sur l'enfance maltraitée, délégation du Val d'Oise, 25-32 ;

**36. BECHMANN D :**

Habiter, vieillir et mourir ailleurs : le déracinement ? Dans ville et immigration, prière d'insérer, éd. l'harmattan, Paris, 1995 pp : 153-166 ;

**37. BEAUCHESNE H, ESPOSITO J :**

Enfants de migrants, presses universitaires de France, Paris, 1981

;

**38. BEISER M :**



Revue des documents de références sur la santé mentale des migrants, Québec, Ministère des approvisionnements, 1988 ;

**39. BEISER M :**

Problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada, Rapport du groupe de recherche chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés, Ottawa Ministère des approvisionnements et services du Canada, 1988 ;

**40. BENNET F.J et ASSAEL MARCEL I :**

La santé mentale des émigrants et des réfugiés du Rwanda à Kasangati, Ouganda, 1970, Pages 321-334 ;

**41. BERGERET J et all :**

Abrégé de psychopathologie, théorie et clinique, 8<sup>ème</sup> éd. Paris, Masson, 2000 ;

**42. BERRY JW:**

Comparative studies of acculturative stress international migration review 21 (3) pp 491-511, 1987

**43. BOURDILLON F :**

La santé des populations d'origine étrangère en France, social science and Medecine, 32 (11), pp : 1219-1277 ;

**44. BOLZMANN C et TABIN JP :**

Population immigrées : quelle insertion, quel travail social ? Les éditions IES et EESP, Genève et Lausanne, 223P 1999 ;

**45. BRANDENBURG H :**

Vieillir à l'étranger, revue migrations santé n°91, pp : 59-74, 1997 ;

**46. BRUCKER G et MONTAVLON R :**

La santé des migrants, éd. la documentation française, Paris 1986 ;

**47. BUKKOF A, WALLER JB, YOUNG RF:**

La santé, les problèmes sanitaires et pratiques chez les réfugiés du moyen Orient, de l'Europe de l'est et de l'Asie du sud est, revue international des migrations, 21 (3) pp : 760-781 1987 ;

**48. COULIBALY B:**

Approche épidémiologique de la demande de soins psychiatriques au Mali, 1984, n°83 M84 57P;

**49. COLLIGNON R :**

Immigration et psychopathologie, psychopathologie africaine vol. XXIII, n°3, 1990-1991, pp : 265-278 ;

**50. DIABATE M :**

Demande de soins psychiatriques chez les élèves et étudiants dans le service de psychiatrie de l'hôpital du point G, Th. Méd. 2006 ; n°234 M06 ; 62P ;

**51. EINTINGER L :**

Incidence des maladies mentales parmi les réfugiés en Norvège, journal of mental science, 1959, 105 (439), pp : 326-338 ;

**52. EBIN V :**

« Laissez venir à moi vos peuples exténués... » et je leur donnerai une boîte de gélatine en poudre : Etude d'un syndrome d'allure somatique parmi les émigrés sénégalais à New York, Psychopathologie Africaine, 1990-1991, vol. 23, n°3, pp : 365-385 ;

**53. GROVE W, CLAYTON PJ:**

Immigration and major affective disorders *acta psychiatrica Scandinavia*, 1986, 74 (6) pp 548-552;

**54. GIRAUD F :**

L'enfant de migrant et l'école, manuel de psychiatrie transculturelle, éd pensée sauvage, paris, 2004 ;

**55. JENNIFER Ali :**

La santé mentale des immigrants au Canada, [www.stablel.fgov.be/thesis-fr](http://www.stablel.fgov.be/thesis-fr);

**56. KRUPINSKI I :**

Les facteurs influençant la fréquence des troubles mentaux parmi les populations migratrices, *médical journal of Australia*, 52 (7) pp : 269-277, 1965,

**57. MASUMBUKU JR :**

Les problèmes psychiques des réfugiés polonais en Allemagne, éd. L'harmattan, Paris, 1993 ;

**58. MALEWSKA Peyre H :**

L'identité négative chez les immigrants p 109,  
[www.rsmq.cam.org/smq/santementale/article.php3?id\\_article=170#e](http://www.rsmq.cam.org/smq/santementale/article.php3?id_article=170#e) ;

**59. MEGAS H :**

Contribution à l'étude de la psychopathologie de la migration l'utilisation du GhQ-28 dans le cas d'une population de migrant polonais à Paris, mémoire de DEA, Université Paris VIII, UFR de psychologie clinique et psychopathologie ;

**60. MENET GACEBET Yann Lionel Stany:**

Demande de soins psychiatriques données épidémio-clinique en milieu hospitalier à l'hôpital du point G à Bamako, Th. Méd. Bamako 2005 ; n°28 M 05

**61. MOUSSO S :**

Sida, immigration et inégalités : vrais enjeux et faux problèmes, actes du séminaire organisé par la ville de Marseille et le CRIPS, les enjeux de l'inter culturalité dans les actions de préventions du VIH, 15 p,

[www.lecrips.net/webpaca/Actes/actes/migrants/facteurs/facteurs.htm](http://www.lecrips.net/webpaca/Actes/actes/migrants/facteurs/facteurs.htm);

**62. MORO MR et all :**

Manuel de psychiatrie transculturelle, travail clinique, travail social, éd. La pensée sauvage, Paris, 2004, 384 p ;

**63. MORO MR :**

Devenir adolescent d'enfants de migrants, Manuel de psychiatrie transculturelle, éd. La pensée sauvage, Paris, 2004, P 389

- 64. MUNN NL :**  
Traité de psychologie, les principes fondamentaux de l'adaptation humaine, Paris éd. Payot 1965, 562P ;
- 65. ONU :**  
Migrations internationales et développement, 2005, [www.unhcr.com](http://www.unhcr.com);
- 66. PRINCE RA :**  
Thérapie et culture, Encycl. Méd. chir. Paris, Psychiatrie, tome 4, 1978, 37725 D10 ;
- 67. RUDAS N, CARTA M G, CARPINIELLO B :**  
Les émigrés marocains et sénégalais en Sardaigne : résultats d'une enquête épidémiologique, psychopathologie Africaine, 1990-1991, vol. XXII, n°3, pp : 329-352 ;
- 68. RUDAS N :**  
L'émigration envisagée comme perte, Psychopathologie Africaine, 1990-1991, vol. XXIII, n°3, pp : 287-304 ;
- 69. SAHEBJAM M :**  
La place de la culture dans la psychopathologie, revue soins psychiatriques, 2002, n°223, pp : 24-27 ;
- 70. SCANDARINO R:**  
La thérapie avec les familles immigrées, p 125  
[http://rsmq.cam.org/smq/santementale/article.php3?id\\_article=170#f](http://rsmq.cam.org/smq/santementale/article.php3?id_article=170#f)
- 71. SAYEQH L, LASRY JC :**  
Acculturation, stress et santé mentale chez des immigrants libanais à Montréal, 23 P,  
[http://rsmq.cam.org/smq/santementale/article.php3?id\\_article=170#a;](http://rsmq.cam.org/smq/santementale/article.php3?id_article=170#a;)
- 72. SIRANDOU P, DURON J :**  
La santé mentale : la recherche de l'équilibre personnel et social dans la vie quotidienne, Edouard Privat, Toulouse, 1979, 253 p ;
- 73. TANDONNET M :**  
Le grand bazar ou l'Europe face à l'immigration, l'harmattan, 2001 ;
- 74. TOUSIGNANT M et MURPHY HBM :**  
Fondements anthropologiques de l'ethnopsychiatrie, Encycl. Méd. chir. Psychiatrie, Tome 6, 37715 A10 Paris, 1978 ;
- 75. WEIL P :**  
La république et sa diversité : immigration, intégration, discrimination, Seuil 2005 ;
- 76. WIHTOL de Wendenc :**  
Atlas des migrations dans le monde, éd. Autrement 2005 ;
- 77. ZOUNGRANA J :**  
Fréquence des manifestations psychiatriques chez les personnes vivant avec le VIH à l'hôpital du point G, Th. Méd. Bamako, n°32 M06 ;2006 ; 86 p ;
- 78. HENRI COLLOMB :**  
Les migrations au Sénégal : Etude Psycho-pathologique ; cahier d'études africaines ;année 1962 ; volume 2 [www.persee.fr/.../cea\\_0008-0055\\_1962\\_num\\_2\\_8\\_3257](http://www.persee.fr/.../cea_0008-0055_1962_num_2_8_3257)

**79. Pape Lamine Faye :**

*Analyse d'aspects Psychopathologiques de la migration chez les émigrés Sénégalais ; Thèse de Doctorat en médecine 2006 [www.galsentv.com/actualites/921/spip.php?article9205](http://www.galsentv.com/actualites/921/spip.php?article9205)*

**80. AGASSOU Th, GUYOTAT J. et R.CAPPADORO R. :**

« Lien de filiation et dépression. Aspects psychopathologiques, socioculturels et thérapeutiques » in Psychopathologie africaine, 1981, Vol XVII - N°1/2/3, pp 213.

**81. COLLOMB (H), STOPPER (D.), ZEMPLENI (A.):**

« Quelques considérations sur le rôle, le statut et les relations interpersonnelles en Afrique Noire ». Communication au Congrès des Psycho-sociologues Africanistes, Chicago, 1965.

**82. DIMY TCHETCHE G. :**

«Psychiatrie en Afrique noire et contexte socioculturel». Edition L'Harmattan, Paris, 1998

**83. MARTINO P. :**

« L'écart interculturel: modèle miroir ou piège », Psychopathologie africaine,1981, Vol XVII N°1/2/3 pg 375.

**84. MORO M.R. :**

«Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants », éditions DUNOD, 1998.

**85. MORO M.R. :**

« Parents en exil. Psychopathologie et migrations » éditions PUF, Paris, 1994.

**86. MORO M.R et NATHAN :**

«Enfants de « Djinné». Evaluation ethnopsychanalytique des interactions précoces ». Evaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires, Edition Echel, médecine et hygiène. Pg 307, 1989.

**87. Ben Jelloun, Tahar :**

La plus haute des solitudes. Misère affective et sexuelle d'émigrés Nord-Africains, Paris, Ed. Seuil (Combats, Reed. Points, Actuels, A25)

**88. Bensmaïl, Belkacem :**

Société traditionnelle, psychiatrie et culture in Les Cahiers de la recherche (CURER, Université de Constantine), 10, pp. 75 - 83 ;

**89. Bensmaïl, Belkacem :**

Le sens de la maladie dans la culture maghrébine arabo-islamique **in** Psychologie médicale, **19, 7, pp. 985 - 987** ; Psychopathologie et migration **in** Annales médico-psychologiques, **140, 6, pp. 647 – 662**

**90. Bensmaïl, Belkacem :**

Identité et liens culturels. Double contrainte et double révolte, in B. Bensmaïl, La psychiatrie d'aujourd'hui, éditions OPU (Office des publications universitaires), Alger, 1993, pp. 145 – 154

**91. Moussaoui, Driss & Ferrey, Gilbert :**

Psychopathologie des migrants, PUF, (Psychiatrie ouverte, série Nodules), 96 p

**92. Baubet T, Moro MR. :**

Psychiatrie et migrations. Paris : Masson, 2003.

**93. Rechtman R, Raveau FHM.**

Fondements anthropologiques de l'ethnopsychiatrie. Encyclopédie Médico-chirurgicale, Psychiatrie. Paris : Elsevier, 1993 : 37-715-A-10. Lévi-Strauss C. Anthropologie structurale. Paris : Plon, 1958.

**94. Lévi-Strauss C. :**

Les structures élémentaires de la parenté. Paris : PUF, 1961.

**95. Nathan T. :**

La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique. Paris : Dunod, 1986.

**96. Kovess V. :**

Epidémiologie et santé mentale. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1996.

**97. Dubus G, Braud F. :**

Les migrants âgés dans les publications scientifiques francophones. Revue Européenne des Migrations Internationales (REMI) 2001 ; 17 : 1-10. Accessible en ligne à l'URL : <http://remi.revues.org/document2626.html>

**98. Sayad A. :**

Vieillir dans l'immigration. Migrations et santé 1999 ; n° 99/100 : 7-22.

**99. ADLAF Edouard M., SMART Réginal George, TAN S.H. (1989) Ethnicity and drug use :**

A critical look, *International Journal of the Addictions*, 24 (1), pp. 1-18.

**100. BEISER M. (1988) :**

Revue des documents de références sur la santé mentale des migrants, *Québec : Ministère des Approvisionnements*.

**101. BERNARD Philippe. (1993) :**

*L'immigration*, Le Monde Éditions, Paris

**102. BERRY J.W. (1987)**

Comparative studies of acculturative stress, *International Migration Review*, 21 (3), pp. 491-511.

**103. BOURDILLON F. (1991)**

La santé des populations d'origine étrangère en France, *Social Science and Medecine*, 32 (11), pp. 1219-1227.

**104. CAMILLERI Carmel, VINSENNEAU Geneviève (1996)**

*Psychologie et culture : concepts et méthodes*, Armand Colin, Paris.

**105. CHANDRASENA R., BEDDAGE V., FERNANDO M.L. (1991)**

Suicide among immigrant psychiatric patients in Canada, *British Journal of Psychiatry*, 159, pp. 707-709.

**106. CHANOIT Pierre F., LERMUZEAUX Christophe (1995)**

Sociogénèse des troubles mentaux, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 37-876-A-60, pp. 1-7.

**107. COUSINEAU D. (1991)**

Étude de la détresse psychologique chez les migrants du Québec, *Canadian Family Physician*, 37, pp. 84-88.

**108. FERMANIAN J. (1995)**

Problèmes posés par le choix d'une échelle, in Guelfi Julien D., Gaillac V., Dardennes R. Eds., *Psychopathologie Quantitative*, Masson, Paris, pp. 33-40.

**109. FRIESSEM D.H. (1975)**

Travailleurs étrangers en République Fédérale Allemande : Quelques résultats et réflexions dans une optique médico-sociale et psychiatrique, *L'Information Psychiatrique*, 55 (3), pp. 283-291.

**110. GUELFY Julien D., BARTHELET G., LANCRENON S., FERMANIAN J. (1984)**

Structure factorielle de la HSCL sur un échantillon de patients anxio-dépressifs français, *Annales Médico-Psychologiques*, 142, pp. 889-898.

**111. GUELFY Julien D., BOBON D. (1989)**

Échelles d'évaluation en psychiatrie, *Encyclopédie Médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 10, 372200A10, pp. 1-10.

**112. GUELFY Julien D. éd. (1995)**

L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie, Tome 1, Editions Médicales Pierre Fabre, Lavrau, Castres, France.

**113. GUELFY Julien D., WAINTRAUB Lionnel (1993)**

ÉCHELLE D'ADAPTATION SOCIALE (SOCIAL ADJUSTMENT SCALE) SAS, Health Psychiatric Institute, New York.

**114. HOFFMAN N.G., OVERALL P.B. (1978)**

Factor structure of the SCL-90 in a psychiatric population, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46 (6), pp. 1187-1191.

**115. HULL D. (1979)**

Migration, adaptation and illness, *Social Science and Medicine*, 13A, pp. 25-36.

**116. LASRY Jean-Claude, SIGAL John J. (1975)**

Durée de séjour au pays et santé mentale d'un groupe d'immigrants, *Canadian Journal of Behavioral Science*, 7 (4), pp. 339-348.

**117. LASRY Jean-Claude, SIGAL John J. (1976)**

Influences sur la santé mentale de la durée de séjour, de l'instruction, du revenu personnel et de l'âge chez un groupe d'immigrants, *International Review of Applied Psychology*, 25 (3), pp. 215-223.

**118. LIEBERMAN M.A. (1979)**

Social and psychological determinants of adaptation, *International Journal of Aging and Human Development*, 9 (2), pp. 115-126.

**119. LIN N., SIMEONE R.S., ENGEL W.M., KUO N. (1979)**

Social support, stressful life events and illness : A model empirical test, *Journal of Health and Social Behavior*, 20, pp. 108-119.

**120. MURPHY H.B.M. (1977)**

Migration, culture and mental health, *Psychological Medicine*, 7, pp. 677-684.

**121. NATHAN Tobie (1988)**

Le temps interrompu : Pathologie du deuil et de l'exil, *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 8, pp. 25-42.

**122. NOH S., AVISON W.R. (1992)**

Assessing psychopathology in Korean immigrants : some preliminary results on the SCL-90, *Canadian Journal of Psychiatry*, 37 (9), pp. 640-645.

**123. PONTY Jeannine (1992)**

L'apport des polonais à l'identité française, *Migrants-Formation*, n° hors série.

**124. RACK Philippe (1988)**

*Les réfugiés 40 ans après : La santé mentale des polonais et d'autres exilés en Grande-Bretagne*, Bruyland, Paris.

**125. SARTORIUS Norman (1983)**

*Les troubles dépressifs dans différents contextes culturels : Rapport de l'étude collective de l'OMS sur l'évaluation normalisée des troubles dépressifs*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève.

**126. SARTORIUS Norman, JABLENSKI A. (1977)**

Les études transculturelles sur la schizophrénie, *Perspectives Psychiatriques*, 4, pp. 313-317.

**127. SPIRET A., DUPIN-SPIRET T. (1995)**

Les échelles d'évaluation dans les essais cliniques de psychotropes, in Guelfi Julien D., Gaillac V., Dardennes R., *Psychopathologie Quantitative*, Masson, Paris, pp. 50-57.

**128. SUTTER J., SCOTTO J.C. (1984) :**

Problèmes psychopathologiques posés par les populations de migrants dans une agglomération urbaine, *Annales Médico-Psychologiques*, 142 (4), pp. 522-527.



**129. TOUSIGNANT Michel (1992)**

Migration and mental health : Some prevention guidelines, *International Migration*, Special issue, 30, pp. 167-176

**130. WAINTRAUB Lionel, GUELFY Julien D., LANCRENON S., ROUILLON F. (1995) :**

Validation du questionnaire d'adaptation sociale de M. Weissman dans sa version française, *Annales Médico-Psychologiques*, 153 (4), pp. 274-278.

**131. WARYSZCZAK Z. (1982)**

Symptomatology and social adjustment of psychiatric patients before and after hospitalization, *Social Psychiatry*, 17, pp. 149-154.

**132. WEISSMAN Margaret M. (1995)**

*Social Adjustment Scale : reference to publications using the various versions of the scale and information on translations*, College of physicians and surgeons of Columbia University and School of Public Health, Psychiatric Institute, New York.

**133. WESTERMEYER Joseph (1988)**

National differences in psychiatric morbidity : Methodological issues, scientific interpretations and social implications, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 344 (78), pp. 23-31.

**134. WOOD M. (1988)**

Revue de la littérature sur la santé mentale des migrants, *Santé Culture Health*, 5 (1), pp. 37-93.

**135. AMMAR S., DOUKI S., BOUCEBCI M.**

Aspects cliniques et psychopathologiques de la dépression au Maghreb. *Psychopathologie Africaine*, XVII, 1/2/3, 1981, pp. 16-26.

**136. ANTHONY E.J., CHILAND C., KOUPERNIC C.**

*L'enfant dans sa famille, l'enfant à haut risque psychiatrique*. Paris, P.U.F, 1980.

**137. BOUCEBCI M., YAKER A.**

Psychopathologie infanto-juvénile dans les pays en développement. In : Diatkine R., Lebovici S., Soule M. : *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, P.U.F, 1985, pp. 87-127.

**138. ORTIGUES M.C. et E.**  
*Œdipe africain. Paris, l'Harmattan, 1984. SOW I. Psychiatrie dynamique africaine. Paris, Payot, 1977.*

**139. BETTSCHART, W. (1987) :**

Quelques aspects de psychologie et de psychopathologie des enfants des familles migrantes. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 35, 490-497.

**140. MARTEAUX, A. (2002).**

La fragilisation de la fonction paternelle dans le processus migratoire. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 28, 167-174.

**141. MORO, M.R. (2004).**

*Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent. Paris : Dunod.*

**142. MORO, M.R., NATHAN, T. (1989).**

Le bébé migrateur ; spécificités et psychopathologie des interactions précoces en situation migratoire. In : S. Lebovici (Ed), *Précis de psychopathologie du bébé. Paris : PUF.*

**143. VINSONNEAU, G., CAMILLERI, C. (1987).**

Pour une approche en psychologie culturelle : contribution à l'étude de la dynamique identitaire du jeune immigré en France. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 35, 475-483.

**144. WESTERMEYER J. (1989).**

*Psychiatric care of migrants A clinical guide. New York, Clinical Practice.*

**145. KLEINMAN A., & GOOD, B. (1985).**

*Culture and Depression. Berkeley: University of California Press*

**146. Antoine PO** Manuel Alphabétique de Psychiatrie clinique et thérapeutique. 7ème Edition 1996.



# ANNEXES

## ANNEXES

### Fiche d'enquête

#### I. Caractéristiques sociodémographiques

##### 1. Identification :

Nom :..... Prénom :.....

2. Sexe / \_\_/ M = Masculin F = Féminin

3. Age (année) / \_\_/

1 = ≤ 15 ; 2 = 16-25 ; 3 = 26-35 ; 4 = 36-45 ;

5 = 46-55 ; 6 = 56-70 ; 7 = > 70

#### **4. Ethnie / \_\_\_/**

1 = Bambara ; 2 = Peulh ; 3 = Sonrhāï ; 4 = Soninké ;

5 = Malinké Kakalo ; 6 = Khassonké ; 7 = Dogon ; 8 = Diawando ;

9 = Maure ;

10 = Touareg ; 11 = Sénoufo ; 12 = Minianka ;

13 = Bwa ; 14 = Bozo ; 15 = Autres

#### **5. Place dans la fratrie**

1 = Aîné ; 2 = Cadet ; 3 = Benjamin ;

#### **6 – Profession:**

##### **- Dans le pays d'origine / \_\_\_/**

1 = Agriculteur ; 2 = Artisan-Ouvrier ; 3 = Commerçant ;

4 = Porteurs d'uniforme ; 5 = Elève/Étudiant ; 6 = fonctionnaire ;

7 = Ménagère ; 8 = Sans profession ; 9 = Marabout ; 10 = Autres

##### **- Dans le pays de transit / \_/**

1 : Agriculteur ; 2 : Ouvrier ; 3 : Commerçant ; 4 : Autres

##### **- Dans le pays d'accueil / \_/**

1 : Agriculteur ; 2 : Ouvrier ; 3 : Commerçant ; 4 : Elève/Étudiant ; 5 : Sans profession ;

6 : autres

#### **7. Situation matrimoniale / \_\_\_/**

1 = Célibataire ; 2 = Marié ; 3 = Fiancé ; 4 = Union libre ; 5 = Divorcé ; 6 = Veuf(e)

#### **8. Niveau de scolarisation / \_\_\_/**

1 = Non scolarisé ; 2 = Primaire ; 3 = Secondaire ;

4 = Universitaire ; 5 = Alphabétisation fonctionnelle

#### **9. Structure de la famille / \_/**

1 = polygamie ; 2 = monogamie ; 3 = Divorce

## **II. Pays de migration / \_\_\_/**

1: Afrique( Algérie ; Cameroun ; Congo Brazzaville ;RDC;Gabon ; Gambie;  
Libye ; Maroc ; Mauritanie ; Niger ;Nigeria ; R C I ; Sénégal ; Serra  
Leone ;Tunisie; Ghana )

2: Europe(France ;Espagne; Italie; Allemangne etc...)

3: Amerique( USA; Canada; Cuba ; Bresil etc....)

4: Asie(Chine; Japon ; Indochine.....)

5 : Océanie

- Pays de transit /\_/ 1= Afrique ; 2= Europe; 3= Amerique 4=Asie;

### **III. Projet de migration /\_/**

#### **A. Consensus autour du projet /\_/**

1 : Le projet individuel ; 2 : le projet collectif

#### **B. Préparation du voyage /\_/**

1= consultation maraboutique ; 2=Consultation fétichiste ; 3= Autres

#### **C. Départ/\_/**

1=En groupe ; 2= Individuel

### **IV. Moyens de transport /\_/**

1 = Voie aérienne ; 2 = Voie terrestre ; 3 = Voie maritime ; 4= Autres

### **V. Statut Administratif à l'étranger /\_\_\_/**

1 = Descendant d'émigré première génération (Résidents) ;

2 = Descendant d'émigré deuxième génération( Résidents) ; 3 = Sans papier ; 4 =  
Réguliers ;

5 = Réfugiés politiques ; 6 : Immigrés naturalisés ; 7 =

### **VI. Motifs de migrations /\_\_\_/**

1 = Difficultés sociales ; 2 =Difficultés économiques ; 3 = Etudes ;

4 = Rapprochement familiale ; 5 = Travail ; 6 = Refugiés politiques

### **VII. Niveau d'adaptation dans le pays d'accueil /\_/**

1 : Bonne 2 : Moyenne 3 : mauvais

**VIII. Habitudes exo toxiques dans les pays de migration /\_\_\_/**

1 = Néant ; 2 = Alcool ; 3 = Cannabis ; 4 = Cocaïne ; 5 = Héroïne ;  
6 = Poly toxiques ; 7 = Autres ;

**IX. Motifs de retour au pays /\_\_\_/**

1 = Volontaire sans contrainte ; 2 : Evacuation sanitaire ; 3 = Conflit ;  
4 = Soins conventionnels ; 5= Soins traditionnels ; 6 = Rapatriement ;  
7= Refoulement ; 8= Réfugiés ; 9= Autres

**X. Facteurs favorisants évoqués /\_\_\_/**

1 = Maladie ; 2 = Barrière linguistique ;  
3 = Difficulté d'insertion ; 4 = Expulsion ; 5 = Incarcération ;  
6 = Mauvais sort ; 7 = Perte de biens ; 8 = Problèmes familiaux ;  
9 = Problèmes de logement ; 10 = Rapatriement ; 11 = Toxicomanie ;  
12 = Problèmes d'emploi

**XI. Motifs d'hospitalisation /\_\_\_/**

1 = Agitation psychomotrice ; 2 = Etat délirant ; 3 = Retrait social ;  
4 = Hallucinations ; 5 = Hétéro agressivité/Auto agressivité; 6 = Insomnie ;  
7 = Logorrhée ; 8 = Mutisme ; 9 = Refus alimentaire ; 10 = Toxicomanie ;  
11 = Tentative de suicide ; 12 : Soliloque ; 13 : Autres

**XII. Diagnostic de sortie selon la CIM-10 et l'INSERM /\_\_\_/**

1 = Démence ; 2 = Dépression ; 3 = Epilepsie ; 4 = Hystérie ;  
5 = Maladie Maniaco-dépressive ; 6 = Paranoïa ; 7 = Pharmaco psychose ;  
8 = Psychopathie ; 9 = PDA ; 10 = PHC ; 11 = Schizophrénie ; 12 : Confusion mentale ; 13 :  
Accès maniaque ; 14 : Autres

### **XIII. Diagnostic évoqué par la famille /\_/**

1=jinè Bâna ;2 =Hakili Tièn ;3= Mara ; 4=Drogou Bâna ; 5= Fa, 6= Autres

### **XIV. Recours thérapeutiques /\_\_\_/**

1 = Dispensaire/; 2 = hôpital ; 3 = Religieux marabout ;

3 = Guérisseur traditionnel

### **XV. Prise en charge /\_/**

**Hospitalisés**

**Non hospitalisés**

**1-Biologiques**

	Neuroleptiques	Antidépresseurs	anxiolytiques	normo thymiques	Correcteurs	Autres
J1						
J5						
J10						
J15						



J20						
J25						
J30						
J45						
J60						

## 2. Psychothérapie :

	Soutien	Kotèba Individuel	Kotèba collectif	Soutien Kotèba	Autres
1ere Séance					
2em Séance					
3em Séance					
4eme Séance					
5em Séance					

## 3. Evolution des symptômes /\_/\_

Jours	Observations cliniques
J1	
J5	
J10	
J15	
J20	
J25	
J30	
J45	
J60	

## **XV. Traits de personnalité DSM-IV/\_/\_**

A : Paranoïaque –Sensitive ; Schizoïde ; Schizotypique.

B : Histrionique ; Narcissique ; Limite ; Antisociale.

C : Obsessionnelle compulsive ; Psychasthénique ; Evitant ; Dépendante.

## Fiche signalétique :

**Nom** : TEMBELY

**Prénom** : Modi Baba

**Nationalité** : Malienne

**Titre** : Troubles Psychiques et Migration : Problématique leur prise en charge dans le service de Psychiatrie du CHU du Point de Bamako/ Mali.

**Année académique** : 2010-2011

**Ville de soutenance** : Bamako

**Pays d'origine** : Mali

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la faculté de Médecine, Pharmacie et Odonto-Stomatologie du Mali.

**Secteurs d'intérêt** : Psychiatrie, Psychologie, Santé Mentale, Santé Publique.

## **Résumé :**

Notre étude a été consacrée aux aspects psychopathologique, socioculturel et à la problématique de la prise des migrants.

Au Mali les seules études sur les troubles psychiques liés à la migration sont celles de OULALE B en 1983 et de KAMTE Z en 2008. Ces études se sont surtout intéressées soit à la description de quelques cas ou à une analyse essentiellement épidémiologique des troubles.

. Notre étude avait comme but de mettre en évidence l'importance des facteurs psychopathologique, socioculturel dans la genèse des troubles psychiques des migrants à fin d'apporter une meilleure compréhension de ces troubles pour améliorer la qualité de la prise en charge des migrants.

Notre travail a été conduit dans le Service de Psychiatrie du CHU du Point G à Bamako de Janvier 2010 à Janvier 2012.

L'étude a porté sur 155 patients migrants répondant aux critères d'inclusion.

Il s'agissait d'une étude analytique à visée descriptive dont les données ont été recueillies à partir des données d'anamnèse présentes dans les dossiers cliniques, des entretiens semi-ouverts et d'un questionnaire porté à l'annexe.

Pendant la période d'étude, 21,3% des patients hospitalisés étaient des migrants et 5,3% des patients en ambulatoire étaient également des migrants.

Les jeunes entre 26-35 étaient majoritaires à 39,4% avec une prévalence masculine à 78,1%.

Les mariés représentaient 48,4% des nos patients suivi des célibataires à 45,2%.

Dans la fratrie, les cadets venaient en première position à 59,4% suivi des Aînés puis les benjamins respectivement à 25,8% et 14,8%.

Les difficultés économiques représentaient 38,1 % des motifs de migration de nos patients.

La migration était un projet consensuel préparé et accepté par toute la famille à 75,5%.

Les rituels traditionnels de préparation dans le cadre du projet de migration n'ont pas été utilisés à 47,7%.

Le continent Africain est le premier le principal site de migration à 66 %.

Sur l'ensemble de nos patients, 46,5% avaient un bon niveau d'adaptation.

Le motif de consultation principal était l'hétéroagressivité. Les catégories diagnostiques de Schizophrénie, de Psychose Délirante Aigüe et de Dépression ont été portées respectivement à 31%, 18,1% et 13,5%.

Une psychothérapie collective a été utilisée à 38,1%.

**Mots clés :** Troubles Psychiques, Migration, Prise en charge.