

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
UN peuple - Un But - Une Foi



UNIVERSITÉ DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTÉ DE MÉDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année universitaire 2021 - 2022

N°/

MÉMOIRE

D.E.S PSYCHIATRIE

**IMPACT PSYCHOSOCIAL DES TROUBLES PSYCHIQUES DES
ENFANTS SUR LEURS PARENTS : CAS SUIVIS AU SERVICE
DE PSYCHIATRIE DU C.H.U-POINT G**

Présenté et soutenu publiquement, le 25 / 03 / 2023

Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

PAR DR SOMA DIT OUSMANE DIARRA

Pour obtenir le Diplôme d'Études Spécialisées
(D.E.S.) en Psychiatrie

JURY

Président (e) : Mr Youssoufa Mamadou MAÏGA, Professeur titulaire

Directeur/trice : Mr Souleymane COULIBALY, Professeur titulaire

Membre (s) : Mme Kadiatou TRAORÉ OUATTARA, Psychiatre praticien hospitalier

DÉDICACE

Je dédie ce mémoire

Aux parents

RÉMERCIEMENTS

A DIEU : Seigneur de l'univers, le clément par essence et par excellence

Je rends grâce à ALLAH, le tout puissant, le miséricordieux, pour m'avoir guidé, et m'avoir donné la force nécessaire et la patience dans la réalisation de ce travail. Louange et remerciements pour votre clémence et miséricorde et bénédiction et salut soit sur le sceau des prophètes, Mouhamed à toute sa famille à tous ses compagnons à tous ceux qui l'ont suivi et à tous ceux qui le suivront jusqu'au jour des comptes.

A ma chère patrie BA-MALIBA, Je te remercie de m'avoir donnée droit à l'éducation.

A mes très chers parents, Feus Yamadou DIARRA et Ramata TRAORE, qui m'ont tout enseigné et m'ont indiqué la bonne voie en me rappelant que la volonté fait toujours les grands hommes. J'espère qu'au fond de leur tombe ils trouveront dans ce travail le fruit de leurs sacrifices et l'expression de mon amour et de ma gratitude pour la bienveillance avec laquelle ils m'ont entouré jusqu'à leur dernier jour. Votre grande vision, m'a fait choisir ce métier de médecin pour être au service de toute notre communauté à un moment où ce besoin devient un défi. Je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon amour infini. J'ose espérer être à la hauteur de vos espérances et combler toutes vos attentes,

A ma marâtre Adam NIAMBALY : toi qui a pris le relais de ma défunte mère dans mon éducation et qui a su éclairer chacun de mes pas dans mon cursus scolaire.

Je prie pour que Dieu t'accorde une longue vie auprès de nous.

Reconnaissance infinie.

Je tiens particulièrement à remercier ma famille et mes amis de m'avoir tant aidé dans ce parcours.

A ma femme chérie Kadiatou MAGASSOUBA :

Merci d'avoir mis de la couleur dans ma vie et d'avoir été patiente à mon égard lors de cette étape de ma vie. Les nombreuses heures passées à effectuer cette recherche n'ont certainement pas été une partie de plaisir. Vous contribuer grandement à recharger mes batteries lorsqu'elles sont plates. Vous êtes une pierre précieuse à mes yeux. Puisse Allah nous unir davantage pour le meilleur et le pire.

A mes filles dorées : Ramata, Fatoumata, Aïchata, Na-Niouma, Oumou, Adam :

Elles ont su être très coopératives pendant ces quatre années et m'ont permis de toujours rester concentré sur mes objectifs. Clin d'œil très affectueux.

A mes frères et sœurs

Admirables sœurs Sitan, Bacoumba, Korotoumou, Sokona Tenin et croyants frères Elhadj Moussa, Alou, nous sommes un même sang dans un même « corps ». Je prie afin que nous demeurions sur la voie de la grâce d'Allah et y exceller en toute circonstance et que l'amour qui nous lie se renforce davantage. Soyez honorés par ce travail.

Affection fraternelle

À ma belle-famille, ainsi que les parents des enfants malades rencontrés au cours de mon parcours. Chacun a contribué à mon expérience intellectuelle et professionnelle ayant permis à ce travail de voir le jour.

Infiniment merci

A mes amis et compagnons de tous les jours :

En souvenir de notre sincère et profonde amitié et des moments agréables que nous avons passés ensemble. Je ne citerai pas de nom, non pas par peur d'en oublier, loin de moi cette idée affreuse de pouvoir oublier un ami, mais tout simplement parce que c'est plus troublant de voir ainsi les visages se crispent à essayer de déterminer si oui ou non ils sont concernés par ces quelques lignes. J'ose espérer que les différentes épreuves de la vie ne feront que renforcer notre amitié. Amitié fraternelle.

A l'équipe d'encadrement de la psychiatrie :

Tout d'abord, je désire remercier, Pr Souleymane COULIBALY, Pr Souleymane dit Papa COULIBALY, Dr Joseph TRAORE, Dr Kadiatou TRAORE OUATTARA et Docteur MAIGA Boubacar, Docteur Eloi Dit Apérou DARA, Dr Mamadou KONE, Dr Zoua KAMATE, pour leur confiance et leur générosité dans le cadre de la réalisation de ce mémoire. Leur soutien et leur aide précieux m'ont permis de me dépasser et d'aller au bout de mes capacités, afin d'actualiser mon plein potentiel. C'est, en quelque sorte, grâce à leur rétroaction et leur commentaire constructif que j'ai pu réaliser l'un de mes rêves : celui d'obtenir mon diplôme d'études spécialisées (D.E.S) en psychiatrie. Je les remercie pour leur professionnalisme, leur rétroaction, leur rigueur, ainsi que leur énergie tout au long de mon mémoire.

Toute ma gratitude et mes amitiés, et mille merci pour votre collaboration.

Je remercie finalement mon meilleur ami Mamadou Sangaré consultant, votre expertise m'a permis d'acquérir de nombreuses connaissances en recherche et de présenter à hauteur de souhait le présent mémoire. Qu'Allah vous accorde la bonne santé.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY :

A notre maître et président du jury :

Professeur Youssoufa Mamadou MAÏGA

- **Professeur titulaire des universités.**
- **Chef de service de Neurologie du CHU Gabriel TOURE.**
- **Responsable de l'enseignement de la neurologie et coordinateur du D.E.S à la FMOS.**
- **Formateur à l'académie Européenne de l'épilepsie ;**
- **Titulaire d'un Doctorat d'université (PhD) en Neurosciences et Médecine de la douleur à l'université de Nantes.**
- **Secrétaire général de la Ligue Malienne Contre l'épilepsie (LMCE) ;**
- **Membre de l'Académie Africaine de Neurologie ;**
- **Membre de l'Académie des 1000 de la Ligue Internationale de Lutte Contre l'épilepsie ;**
- **Membre de la Société de Neurologie du Mali ;**
- **Membre de la Société Française de Neurologie ;**

Honorable maître

Vous nous faites l'honneur d'accepter avec une très grande amabilité de présider notre jury de Mémoire. J'ai eu la chance de bénéficier de votre enseignement et de la bienveillance de votre encadrement. L'ouverture et la rigueur avec lesquelles vous avez porté votre regard sur mon travail a orienté et nourri ma réflexion de façon considérable et unique. Veuillez trouver ici, honorable maître, l'expression de notre estime et notre considération.

A notre maître et Directeur de Mémoire :

Professeur Souleymane COULIBALY

- **Professeur titulaire à la Faculté de Médecine et d'odonto-stomatologie (F.M.O.S)**
- **Professeur intervenant dans plusieurs universités publiques ou privées au Mali voire certains pays de la sous-région.**
- **PhD en psychologie clinique au service de psychiatrie au CHU-Point G.**
- **Secrétaire générale de la Société Malienne de la Santé Mentale (SOMASAM).**
- **Membre de la Société Africaine de la Santé Mentale (SASM).**

Honorable maître

Nous vous remercions pour la confiance que vous nous avez accordée en nous confiant ce travail et nous souhaitons être digne de cet honneur. J'ai eu la chance de bénéficier de votre enseignement et de la bienveillance de votre encadrement. L'ouverture et la rigueur avec lesquelles vous avez porté votre regard sur mon travail a orienté et nourri ma réflexion de façon considérable et unique. Nous ne pouvons en si peu de lignes, honorable maître, vous exprimer tout notre sentiment de gratitude et de respect. Qu'Allah le tout puissant vous accorde santé et longévité.

A notre maître et juge de Mémoire

Dr Kadiatou TRAORÉ OUATTARA:

- **Psychiatre Praticien Hospitalier au service de psychiatrie du CHU-Point G**
- **Titulaire d'un D.U d'expertise médico-légale à Strasbourg (France).**
- **Titulaire d'un DFMSA de Psychiatrie université à Strasbourg (France)**
- **Membre de la société Malienne de santé Mentale (SOMASAM)**
- **Membre de la société Africaine de santé Mentale (SASM)**

Cher maître :

Vous nous avez entièrement honorés en acceptant spontanément de juger ce travail. Nous avons été très touchés par votre gentillesse, votre disponibilité, votre rigueur scientifique, votre grande qualité de chercheur et votre éloquence. La facilité avec laquelle vous transmettez le savoir, vous hissent au rang des plus grands espoirs pour la recherche médicale au Mali. C'est un grand honneur pour nous de vous compter parmi nos juges. Veuillez trouver ici, cher maître, l'expression de notre estime et notre considération

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ATCDTS : Antécédents

BDA : Bouffée délirante aiguë

APA : American Psychiatric Association

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CFTMEA : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent

CIM-10 : Classification internationale des maladies 10^{ième} édition

CTG : Crise tonico-clonique généralisée

DER : Département d'Étude et de Recherche

DGA : Directeur General Adjoint

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EMMDP : Échelle de mesure des Manifestations de la Détresse Psychologique

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

NB : Nota Benin

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unis

SASM : Société Africaine de Santé Mentale

SOMASAM : Société Malienne de Santé Mentale

SPA : Substances Psychoactives

WHO : World Health Organization

TP : Trouble de panique

TB : Trouble Bipolaire

TCA : Trouble de Conduite Alimentaire

TAG : Trouble anxieux généralisée

THADA : Trouble du Déficit d'Attention et d'Hyperactivité

TOC : Trouble Obsessionnelle Compulsif

TP : Trouble Panique

TSA : Trouble de Spectre Autistique

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des parents enquêtés selon la nature de lien d'affiliation parentale	21
Tableau II : Répartition des parents enquêtés selon le niveau d'instruction	22
Tableau III : Répartition des parents enquêtés selon la profession	22
Tableau IV : Répartition des parents enquêtés selon le statut matrimonial	23
Tableau V : Répartition des parents enquêtés selon l'ethnie	23
Tableau VI : Répartition des parents enquêtés selon la religion	23
Tableau VII : Répartition des parents enquêtés selon la résidence	24
Tableau VIII : Répartition des enfants malades selon le motif	24
Tableau IX : Répartition des enfants malades selon le diagnostic retenu	25
Tableau X : Répartition des enquêtés selon les recours thérapeutiques	25
Tableau XI : Répartition des enquêtés selon les antécédents familiaux de troubles psychiques	25
Tableau XII : Répartition des enquêtés selon les antécédents personnels de santé physique	26
Tableau XIII : Répartition des parents enquêtés selon les changements au sein de la famille	26
Tableau XIV : Répartition des parents enquêtés selon les conséquences financières et professionnelles	27
Tableau XV : Répartition des parents enquêtés selon la stigmatisation	27
Tableau XVI : Répartition des parents enquêtés selon la nature de la plainte	28
Tableau XVII : Répartition des parents enquêtés selon l'impact sur le bien être psychologique après le traitement conventionnel	28
Tableau XVIII : Répartition des parents enquêtés selon l'impact existentiel et émotionnel	29
Tableau XIX : Répartition des parents enquêtés selon le niveau de peur de tomber malade dans le futur	29
Tableau XX : Répartition des parents enquêtés selon le niveau d'adaptation familiale	30
Tableau XXI : Répartition des parents enquêtés selon le niveau d'isolement	30
Tableau XXII : Répartition des parents enquêtés selon les types de détresse psychologiques	31

Tableau XXIII : Répartition des parents enquêtés selon le type de lien d'affiliation parentale en fonction du diagnostic retenu de l'enfant _____ 32

Tableau XXIV : Répartition des parents enquêtés selon l'impact social au sein de la famille en fonction du diagnostic retenu de l'enfant _____ 33

Tableau XXV : Répartition des parents enquêtés selon la stigmatisation dans les endroits publiques en fonction du diagnostic retenu de l'enfant _____ 34

Tableau XXVI : Répartition des parents enquêtés selon l'impact financière et professionnel en fonction du diagnostic retenu de l'enfant _____ 35

Tableau XXVII : Répartition des parents enquêtés selon les types de détresse psychologiques du parent en fonction du diagnostic retenu de l'enfant _____ 36

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des enfants malades selon le sexe _____	20
Figure 2 : Répartition des enfants malades selon la tranche d'âge _____	20
Figure 3 : Répartition des enfants malades selon la fréquentation scolaire _____	21
Figure 4 : Répartition des parents enquêtés selon la tranche d'âge _____	22

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	1
2. OBJECTIFS	3
2.1. Objectif général	4
2.2. Objectifs spécifiques	4
3. GÉNÉRALITÉS	5
3.1. Définition des concepts	6
3.2. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et l'adolescent (CFTEA)	8
4. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	10
4.1. Cadre et lieu de l'étude	11
4.2. Type et période d'étude	15
4.3. Population d'étude	15
4.4. Échantillonnage	15
4.5. Variables	16
4.6. Outils et technique de collecte des données	16
4.7. Plan d'analyse des données	17
4.8. Considérations éthiques	17
4.9. Références	18
5. RÉSULTATS	19
5.1. Caractéristiques sociodémographiques des répondants :	20
5.2. Fréquence	24
5.3. Caractéristiques cliniques de l'enfant :	24
5.4. Impact psychosocial :	26
5.5. Lien entre diagnostic retenu de l'enfant et nature de l'impact psychosocial	32
5.5.1. Diagnostic retenu et type de lien d'affiliation parentale	32
5.5.2. Diagnostic retenu et les changements au sein de la famille	33
5.5.3. Diagnostic retenu et stigmatisation	34
5.5.4. Diagnostic retenu et conséquences financières et professionnelles	35
5.5.5. Diagnostic retenu et nature de la détresse psychologique	36

6. DISCUSSION	37
6.1. Caractéristiques socio-démographiques des répondants	38
6.2. Fréquence :	40
6.3. Caractéristiques cliniques de l'enfant	41
6.4. Impact psychosocial	42
6.5. Lien en diagnostic retenu et la nature de l'impact psychosocial	44
6.5.1. Diagnostic retenu et type de lien d'affiliation parental	44
6.5.2. Diagnostic retenu et changements au sein de la famille	45
6.5.3. Diagnostic retenu et stigmatisation	46
6.5.4. Diagnostic retenu et conséquences financières et professionnelles	46
6.5.5. Diagnostic retenu et nature de la détresse psychologique	47
7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	48
7.1. CONCLUSION	49
7.2. RECOMMANDATION	50
8. RÉSUMÉ	52
9. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	53
10. ANNEXES	60
Annexe 1 : Formulaire d'information et de consentement	61
Annexe 2 : Formulaire de remerciements	64
Annexe 3 : Fiche d'enquête	65
Annexe 4 : Fiche signalétique	70
Annexe 5 : Liste des symptômes de détresse psychologiques	72
Annexe 6 : Liste des problèmes chroniques de santé physique	76

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

Les troubles psychiques de l'enfant constituent un problème majeur de santé publique et la situation de leurs parents revêt un certain nombre de difficultés qui nécessite d'être prises en compte lors de la prise en charge de l'enfant en question [1].

En effet depuis l'annonce du diagnostic ou l'apparition des premiers signes de la maladie mentale de leur enfant, les parents se trouvent confrontés à une série de difficultés d'ordre psychosociale (discrimination, stigmatisation, isolement social, perte de contact étroit, de détresse et impuissance), difficultés inhérentes à l'accompagnement, au suivi, et l'achat des médicaments. Souvent ils se trouvent dans l'incompréhension, la confusion voire la non acceptation de la situation de leur enfant [4, 2].

Cette situation pourrait aussi avoir un impact néfaste sur la qualité des relations d'attachement entre couple et entre parents et enfants et empiéter sur la prise en charge et le non-respect des rendez-vous [3, 4].

A ceux-ci s'ajoutent les problèmes de couples (divorce, violences basées sur le genre), l'insuffisance des ressources financières limitant éventuellement leur capacité individuelle et collective à répondre aux besoins de base [5, 9].

Une autre conséquence est la stigmatisation et l'isolement social, que l'évolution des connaissances scientifiques n'arrive pas à atténuer voire à éradiquer en Afrique [12].

Par ailleurs, les problèmes de détresse psychologique non traités accroissent le risque d'institutionnalisation de toute sorte de traitement chez les parents, ce qui contribue également à l'augmentation des coûts de santé [14, 15].

En France une proportion non négligeable d'enfants et d'adolescents environ 12 % souffrent de troubles mentaux, c'est-à-dire de troubles de certaines de leurs activités mentales, qui interfèrent avec leur développement, freinent leurs apprentissages scolaires et compromettent leur devenir par une répercussion sur la qualité de vie au quotidien [6].

D'après l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S), les troubles mentaux devraient augmenter de 50 % en 2024, devenant sur le plan international l'une des cinq principales causes de morbidité chez l'enfant. Cet accroissement est évoqué comme la crise du XXI^e siècle [7, 8].

Au Burkina une étude des troubles psychiques des enfants menés au centre psychiatrique de Yalgado trouva une fréquence hospitalière de 12,6% en 2017 [66].

Au mali, il est à déplorer l'insuffisance d'études menées sur ce sujet, évaluant l'impact potentiel de la maladie mentale d'un enfant sur ses parents. A notre connaissance une seule étude a été

menée au Mali entre 2015-2016. Celle-ci a porté sur les perceptions et attitudes et comportements des populations à l'égard des enfants [67].

Mais depuis quelques années, les recherches parlent de plus en plus clairement du fardeau de ces familles, mais elles restent plutôt silencieuses sur l'impact de la maladie mentale des enfants sur la qualité de vie de leurs parents [18].

Après constatation de l'ampleur des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent dans le monde, du vécu douloureux des parents lors de nos consultations, de nos expériences vécues dans la vie quotidienne et dans la prise en charge, de l'insuffisance de données sur ce sujet au Mali, que nous avons été motivé à initier ce travail.

OBJECTIFS

2. Objectifs

2.1. Objectif général :

- Étudier l'impact des troubles psychiques des enfants sur les parents, au niveau du service de psychiatrie du CHU-Point G.

2.2. Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques socio-démographiques des répondants (couples parents-enfants)
- Déterminer la fréquence des troubles psychiques des enfants parmi les cas pris en charge en charge dans le service de psychiatrie du C.H.U-Point G.
- Décrire les caractéristiques cliniques des troubles psychiques de l'enfant pris en charge au service des répondants.
- Déterminer la nature de l'impact psychosocial des troubles psychiques des enfants sur leurs parents.
- Spécifier le lien entre et le diagnostic retenu des troubles psychiques des enfants et la nature de leur impact psychosocial sur les parents

GÉNÉRALITÉS

3. GÉNÉRALITÉS

3.1. Définition des concepts :

3.1.1. Santé :

Le terme de « SANTÉ » selon l'OMS, est un état complet de bien-être physique mental et social. Elle ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La santé serait donc incomplète sans la prise en compte de la santé mentale.

3.1.2. Santé mentale :

La Santé Mentale se définit comme l'aptitude du psychisme à fonctionner de façon harmonieuse, agréable, efficace et lorsque les circonstances le permettent, à faire face avec souplesse aux situations difficiles et rétablir après l'épreuve son équilibre dynamique [40]. C'est ainsi que la santé intellectuelle se manifeste par le goût de l'action, la faculté de s'adapter. Dans le cadre de ce Mémoire elle se définit globalement comme étant reliée à une absence de détresse psychologique ou de conduites addictives et à une présence de bien-être psychologique [16, 17]. A ce titre il concerne tous les êtres humains (OMS)

3.1.3. Trouble mental ou psychique :

Le terme « trouble mentale », ou « trouble psychiatrique » ou encore « trouble psychique », désigne un ensemble d'affections et de troubles d'origines très différentes qui perturbe la pensée, les sentiments ou les conduites d'une personne de façon suffisamment importante pour causer une souffrance psychique plus ou moins importante et rendre selon le trouble en question et son degré de gravité, sa réactivité, son intégration sociale et professionnelle problématique [31].

L'évolution nosographique est tributaire des courants de pensées et des réflexions qui sont menées au cours de l'histoire de la psychiatrie sur différents concepts (CIM-10 de l'OMS [41] et DSM-V [7] de l'APA).

3.1.4. Détresse psychologique :

Dans le contexte de cette étude, la notion de détresse psychologique est un terme générique qui englobe deux des problèmes de santé mentale les plus souvent observés dans la population des parents ayant un enfant malade mental, soit la dépression et l'anxiété [60]. Cette notion n'établit aucune distinction (c.-à-d. présence ou absence d'un diagnostic) fondée sur le Diagnostic and Statistique Manuel of Mental Disorder (DSM-IV) (American Psychiatric Association (APA), 1994). Elle permet plutôt de décrire la population en référence à un continuum de symptômes de détresse psychologique allant d'un niveau de détresse faible à élevé [60]). Les symptômes de détresse psychologique peuvent être d'ordre somatique (ex. : fatigue) ou d'ordre affectif (ex. : tristesse). Dans la population générale, les symptômes de dépression et d'anxiété apparaissent

fréquemment, mais fluctuent dans des limites dites normales. Toutefois, à partir d'un certain seuil, ces symptômes peuvent perturber le fonctionnement de la personne et mener au développement d'un trouble clinique [7].

3.1.5. Impact psychosocial :

Le terme « psychosocial » met en lumière les liens et les interactions permanentes entre les processus psychologiques et l'environnement social.

L'impact psychosocial des troubles psychiques des enfants inclut les problématiques psychologiques et sociales, dans la vie du parent et / ou de son entourage, apparues suite à l'urgence de la maladie de leur enfant [22].

3.1.6. Vulnérabilité psychosociale des parents :

En santé publique le concept de vulnérabilité est intimement lié à l'idée de danger. Un individu ou un groupe est vulnérable s'il est prédisposé à subir une issue négative par rapport à une situation ou un problème donné. La vulnérabilité est déterminée tant par la potentialité du risque que par son impact. Elle peut être liée à l'âge du sujet, au genre, aux conditions de santé [36].

Pour faire cette mesure, on va déterminer, qualitativement et quantitativement, les facteurs de risque et de protection (les ressources) dans le contexte d'un trouble psychique donné, en utilisant un certain nombre d'indicateurs, comme le type de trouble psychique, le degré d'exposition des parents (impact de plein fouet, indirect...), le degré de sensibilité, économique, sociale et culturelle du contexte.

3.1.7. Résilience psychosociale des parents :

Elle se définit comme la capacité psychique d'une personne de rebondir après un ou des événements potentiellement traumatisants et de bien fonctionner malgré le stress, l'adversité et les situations défavorables [16]. Elle est aussi un processus individuel et ou collectif qui permet de faire face à des niveaux de stress en développant (et en exploitant) ses propres ressources sociales et psychologiques. Elle dépend des facteurs de risque et des facteurs de protection de l'individu et de la situation (ressources internes et externes). Plus les facteurs de risque sont importants, moins le parent peut s'en sortir facilement.

3.1.8. Stigmatisation :

Réaction d'un groupe ou d'une société envers des personnes ou des groupes minoritaires, différents ou défavorisés consistant à attribuer une étiquette qui les catégorise comme déviants. Les personnes à la source de la stigmatisation éprouvent des sentiments de gêne et de ressentiment, et manifestent des comportements d'abandon, d'exclusion, de rejet [23].

La stigmatisation n'est pas le nom d'une maladie ; c'est le nom qu'on utilise pour caractériser une personne à travers l'attribution de **déterminants** perçus comme négatifs par la société et qui conduit à la discrimination.

3.2. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent CFTMEA

3.2.1. Axe général : catégories cliniques de base :

- Troubles envahissants du développement (TED), schizophrénies, troubles psychotiques de l'enfance et de l'adolescence
- Autisme et troubles envahissants du développement (TED)

CIM 10 ► F84 Troubles envahissants du développement

1.00 Autisme infantile précoce–type Kanner

- a. Début généralement au cours de la première année avec présence des manifestations caractéristiques avant l'âge de 3 ans.
- b. Association de :
 - Troubles majeurs de l'établissement des relations interpersonnelles et des relations sociales
 - Altération qualitative de la communication (absence de langage, troubles spécifiques du langage, déficit et altération de la communication non verbale) ;
 - Comportements répétitifs et stéréotypés avec souvent stéréotypies gestuelles ; intérêts et jeux restreints et stéréotypés ;
 - Recherche de l'immutabilité (constance de l'environnement) ;
 - Troubles cognitifs.
- **Exclure :**
 - Les autres sous-catégories « Autisme et TED » ;
 - Les déficiences intellectuelles dysharmoniques ;
 - Les démences ;
 - Les troubles complexes du langage oral.

CIM 10 ► f84.0 Autisme infantile

Les critères que nous venons de rappeler ci-dessus ne sont pas suffisants pour dégager la spécificité de l'autisme du point de vue clinique. Les difficultés en ce domaine sont connues : la définition retenue par l'OMS se prête à une extension indéfinie de ce cadre cependant, sous un autre angle, il n'est pas concevable aujourd'hui d'établir des critères spécifiques qui permettraient une présentation synthétique acceptable par un nombre significatif de cliniciens. Pour ces motifs il paraît essentiel de soutenir une approche multidimensionnelle à visée intégrative qui prenne en considération les apports des différents courants de la recherche

clinique, y compris les composantes dynamiques et structurelles, mises en valeur par la CFTMEA.

Sur ces bases, on sera davantage en mesure de reconnaître les encarts entre l'autisme précoce de Kanner et les autres sous-catégories des TED du groupe « Autisme et TED » ainsi que les faits cliniques qui doivent être classés dans une autre des grandes catégories de la CFTMEA.

Dans le cours des premières années de la vie, on s'appuiera également sur les données exposées dans l'axe 1 bébé, B1, « Bébé à risque de troubles sévères du développement. »

1.01 Autres formes de l'autisme

syndrome autistique incomplet ou d'apparition retardée après l'âge de 3 ans.

Exclure :

- les autres sous-catégories « Autisme et TED » ;
- les déficiences intellectuelles dysharmoniques ;
- les démences.
 - f84.1 Autisme atypique

autisme ou TED avec retard mental précoce

Intrication d'un retard mental sévère d'emblée présent avec des traits autistiques notamment des accès d'angoisse néantisante associés à des régressions et à des comportements auto-agressifs.

C'est le caractère massif et la survenue d'emblée, qui justifie l'individualisation de ces formes, sachant que par ailleurs, dans la plupart des cas d'autisme ou d'autres TED de l'enfant, coexistent un retard mental ou des troubles cognitifs.

Inclure :

- autisme et TED à expression déficitaire précoce ;
- débilité évolutive.

Exclure :

- autisme et TED de l'enfant, autres ; les déficiences dysharmoniques.

MÉTHODOLOGIE

4. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

4.1. Cadre et lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée au sein du service de psychiatrie du centre hospitalier universitaire Point G de Bamako au Mali.

4.1.1. Présentation du CHU-Point G.

4.1.1.1. Situation géographique :

Le CHU-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.

4.1.1.2. Historiques :

Le nom Point G est une dénomination militaire coloniale de repère géodésique, donnée à une colline située au nord de Bamako et dont l'hôpital porte le nom. La première pierre de l'hôpital fut posée en 1906, les travaux de construction ont duré 6 ans et l'hôpital a été fonctionnel à partir de l'année 1912. Depuis cette date, il y a eu plusieurs travaux d'extension 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, d'une partie du service de cardiologie, 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 pour ensuite être érigé en Établissement Public Hospitalier (EPH) par la loi N°02-048 du 22 juillet 2002. À ce jour et ce depuis la signature de la convention hospitalo-universitaire du 14 mars 2007, il est un Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

4.1.2. Services existants au CHU-Point « G »

4.1.2.1. Administration générale :

- La Direction,
- Le Secrétariat Général,
- La Comptabilité,
- Le Contrôle Financier,
- Le Bureau des Entrées,
- Le Service Social,

Impact psychosocial des troubles psychiques des enfants sur leurs parents : cas suivis au service de psychiatrie du CHU-Point G

- Le Service Informatique,
- Le Service des Statistiques,
- Le Service de Maintenance.

4.1.2.2. Services techniques :

- 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’Hémato - 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 campus (restaurant pour le Service),
- La Morgue.

4.1.3. Présentation du service de psychiatrie du CHU Point « G »

C’est le premier service de psychiatrie au sein d’un hôpital général et le troisième niveau de référence au Mali. Les bâtiments sont situés au Nord-Est dans la cour de l’hôpital.

4.1.3.1. Les infrastructures :

Schématiquement on distingue

- **L’ancien service :**

Appelé communément « CABANO » : entouré d’un enclos grillagé, c’est le premier bloc et la première construction du service, remontant au temps colonial. Il est situé à l’entrée du service,

construit selon un style carcéral avec une capacité d'accueil limitée de vingt (20) lits, il recevait quatre à cinq fois ce nombre.

– **Le nouveau pavillon :**

Abritant des salles de consultation, de soins et de garde : Situé en face de la cour grillagée, entre la cafétéria et la première case d'hospitalisation. Il est composé de deux salles de garde pour les internes, et les assistants médicaux, d'une salle de soins, de deux salles de consultation, d'un secrétariat, d'un magasin et deux toilettes.

– **Le bloc administratif et des hospitalisations :**

Annexé à l'ancien service, il est situé au Nord-Est, et comporte trois 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 pour les malades chroniques abandonnés par leurs familles et les malades de la file active. Ce pavillon a une capacité d'accueil actuelle de vingt (20) lits d'hospitalisation.
- Le pavillon des femmes : il est composé de bureaux pour l'administration et de deux grandes salles pour une capacité actuelle d'hospitalisation de six (6) lits par salle. La terrasse de ce pavillon sert de lieu de spectacle pour les séances de « Kotèba » thérapeutique.
- Le bloc des cases : il est construit en matériaux locaux et prévu pour les hospitalisations de malades avec accompagnants. Ces cases servent de moyens pour intégrer la famille dans la prise en charge du patient. Ce bloc est composé de vingt et une (21) cases de deux places chacune. Actuellement une salle a été rénové en VIP.
- Au centre du service, se trouve une coupole construite également en matériaux locaux, sous laquelle se tiennent les séances de psychothérapie de groupe et parfois la visite hebdomadaire des malades.
- Le terrain de sport : situé entre la cafétéria et le service de Pneumo-phtisiologie.
- Une cuisine située à l'ouest dans l'unité 4 et à l'arrière fond du service dans le sens opposé de la boutique.

4.1.3.2. Les ressources humaines :

Le personnel est composé de

- Un (1) Professeur psychologue clinicien titulaire, praticien hospitalier universitaire.
- Un (1) Chef de service, praticien hospitalier universitaire, Maître de conférence.
- Trois (3) Chargés de recherche, praticiens hospitaliers
- Trois (3) Psychiatres, praticiens hospitaliers
- Cinq (5) Infirmiers spécialisés en santé mentale en soins infirmiers, Master santé mentale

Impact psychosocial des troubles psychiques des enfants sur leurs parents : cas suivis au service de psychiatrie du CHU-Point G

- Quatre (4) Assistants Médicaux spécialisés en santé mentale ;
- Un (1) Technicien de Santé
- Quatre (4) Techniciens de Surface
- Deux (2) Agents de Sécurité
- Six (6) Étudiants inscrits au cursus du diplôme d'études spécialisées en psychiatrie 2023
- Des étudiants hospitaliers, 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 artistiques du « Kotèba » thérapeutique.

4.1.3.3. Fonctionnement :

Le service mène des activités de soins (consultations externes et hospitalisations), des activités de formation, des activités de recherche. En moyenne, environ 2000 nouveaux malades sont enregistrés chaque année et le nombre total de consultations annuelles est estimé entre 18000 et 20000.

Des consultations de pédopsychiatrie sont menées dans le service de psychiatrie tous les Mercredi pour accompagner les parents avec leur enfant malade.

Tous les jours la garde est assurée par une équipe constituée d'un médecin senior, d'un médecin D.E.S, d'un assistant médical, d'un étudiant faisant fonction d'interne, d'un technicien de surface, et de deux agents de sécurité. Une visite hebdomadaire (tous les jeudis) aux malades, est effectuée par l'ensemble du personnel médical et paramédical.

Le « Kotèba » thérapeutique : il s'agit d'une technique d'animation traditionnelle utilisée dans le service à des fins thérapeutiques à l'image du psychodrame de MORENO. Chaque vendredi, un groupe d'animateurs sous la supervision du psychologue, anime le « Kotèba » thérapie. La séance est ouverte au public. La séance fermée ou « Kotèba » séance intime est organisé avec un seul malade, ses parents et le psychologue.

4.2. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude mixte (qualitative et quantitative), transversale analytique descriptive à collecte rétrospective et prospective des données.

L'étude s'est déroulée sur une période du 1^{er} Janvier 2021 au 26 Septembre 2022 portant sur les données recueillis de couple enfant-parent du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2021.

4.3. Population d'étude :

L'étude a porté d'une part sur les dossiers des enfants admis dans le service de psychiatrie du C.H.U Point G et d'autre part les parents ayant accepté de participer à l'étude.

4.3.1. Critères d'inclusion et de non inclusion :

- **Ont été inclus :**

- Tous les enfants de 0-17ans suivis dans le service du 1^{er} janvier au 31 décembre 2021.
- Tous les enfants dont la première consultation se situe dans la période couverte par l'étude.
- Les parents âgés de 18 à 64 ans et ayant au moins un enfant à leur charge.
- Les parents des enfants ayant été reçu (e) au moins une fois pendant la période d'étude
- Les parents ayant été rencontrés à leur domicile par le D.E.S, faute d'avoir pu faire le déplacement.

- **N'ont pas été inclus :**

- Tous les enfants ayant des dossiers inexploitable.
- Tous les enfants dont la 1^{ière} consultation ne se situe pas dans la période couverte par l'étude.
- Les parents âgés de moins de 18 ans ou un âge de plus de 64 ans,

4.4. Échantillonnage :

4.4.1. Technique d'échantillonnage :

- Un échantillonnage de type exhaustif a été effectué, prenant en compte toutes les données du couple enfant-parent répondant aux critères d'inclusion et de non inclusion. Nous avons colligé 137 couples enfants-parents dans le cadre de cette étude parmi 1636 patients admis en consultation de routine et hospitalisation y compris.
- Afin de recruter des participants à la recherche, une méthode d'échantillonnage non probabiliste a été privilégiée en 3 temps :
 - Dans un premier temps, les parents ont été sollicités par téléphone ou au cours de leur rendez-vous de suivi pour participer à un entretien présentiel, d'une durée de 30-45 minutes. La nature de l'étude leur était alors expliquée. Les parents ont été informés de la confidentialité de l'entretien.

- Dans un deuxième temps, une lettre d'information et de consentement de l'entretien a été envoyée ou remise à main propre aux parents ayant acceptés (e) le principe (Annexe1). Dans cette lettre les objectifs de l'étude, le rendez-vous pour l'entretien, sa confidentialité, le droit de refus ont été rappelés.
- Dans un troisième temps, à l'issue de l'entretien, une lettre de remerciement a été adressée aux enquêtés pour (Annexe2) leur participation.

4.4.2. Taille de l'échantillon :

Pour déterminer le nombre de sujets nécessaire à inclure dans l'échantillon, la formule suivante a été utilisée :

$$N = Z^2 \times P(1 - P) / i^2$$

Z est le test de l'écart réduit et égale à 1,96 pour un niveau de confiance à 95%.

P est la proportion des troubles psychiques des enfants en milieu psychiatrique. La proportion de 0,126 tirée d'une étude réalisée dans le centre hospitalier psychiatrique de Yalgado, au Burkina a été retenue.

i est la précision souhaitée, fixée à 6%.

L'application numérique de la formule a donc permis d'obtenir le nombre de sujets nécessaire **n = 118**. Cette taille a été majorée de 5% pour pallier au problème des non-répondants. Ce qui donne $n = 118 + (118 \times 0,05) = 124$.

4.5. Types de variables mesurées :

4.5.1. Variables dépendantes :

- Diagnostic retenu
- Nature de la détresse psychologiques

4.5.2. Variables indépendantes :

- Données sociodémographiques (Qualitative di ou polychotomique)
- Données cliniques (Qualitative di ou polychotomique)
- Données psychosociales (Qualitative di ou polychotomique)

4.6. Outils et Techniques de collecte des données :

Les enfants malades ont été sélectionnés à l'archivage des dossiers dans le service. Puis les parents ont été enquêtés à l'aide de deux questionnaires (fiche d'enquête et DSM-4 1994) dont les 2 exemplaires sont portés en annexe (Annexe3 et Annexe5).

La fiche d'enquête comporte 50 questions divisées en quatre (4) sections avec des questions fermées en fonction des objectifs du mémoire. La première section comprenant quinze (15) items, recueille des informations sur les caractéristiques socio-démographiques des répondants.

La seconde, renseigne sur les caractéristiques cliniques de l'enfant et comprend deux (2) items. La troisième section permet de recueillir les caractéristiques cliniques des enquêtés et comprend quatre (4) items. La dernière section (5) renseigne sur les conséquences psychosociales de la maladie de l'enfant sur les parents. Le questionnaire de DSM-4 (1994) a été hétéro-administré aux enquêtés à partir de la fiche d'enquête, par des étudiants faisant fonction d'interne (FFI) en psychiatrie, des médecins en spécialisation pendant les séances d'entretien. Nous avons ensuite conçu un masque de saisie et renseigné ce formulaire.

Les entretiens ont été réalisées au domicile des répondants ou à l'hôpital pour des questions d'anonymat, afin qu'ils se sentent plus à l'aise dans leur environnement.

4.7. Plan d'analyse des données :

Les données ont été saisies et traitées à partir du logiciel SPSS version 21. La rédaction du manuscrit a été faite à l'aide du logiciel Microsoft Word 2010 et l'analyse statistique descriptive par des tableaux croisés. Le logiciel Zotero a également été utilisé pour les références bibliographiques. Après avoir observé certains résultats, nous avons conduit une étude analytique.

Notre test de validité a été le test de χ^2 pour la comparaison des variables qualitatives avec une probabilité inférieure à 0,05. Cela implique qu'il y a une différence significative entre les valeurs du ou des caractères considérés. Lorsque l'effectif théorique était inférieur à 3 nous avons utilisé le test de Fisher.

4.8. Considérations éthiques :

Plusieurs considérations éthiques ont été prises en compte dans cette recherche, dans le but de respecter l'anonymat et la confidentialité des participants concernés.

Tout d'abord, une autorisation pour la réalisation de l'étude a été obtenue auprès du chef de service de psychiatrie. Ensuite lors de la sélection des parents, ces derniers ont été avisés que leur participation devait se faire sur une base volontaire, qu'aucun nom ne sera indiqué sur le formulaire et qu'ils pouvaient se retirer à n'importe quel moment de l'entretien. Chaque participant s'est vu attribuer un numéro qui a été inscrit sur chaque document à des fins d'analyse. Cet anonymat a été conservé en cas de publications scientifiques et/ou divers autres usages de recherche ou de rédaction du mémoire liés à cette étude.

Un formulaire d'information et de consentement (voir Annexe 1) dûment signé et daté par les deux partis, a été lu aux parents afin de les informer de leurs droits.

Les fiches d'enquête, ont été conservées dans un classeur du bureau pour un total de sept ans. Après ce laps de temps, les données seront détruites selon les normes éthiques en vigueur.

Malgré que la confidentialité soit respectée dans ce projet de recherche, la loi peut obliger l'étudiant DES à révéler certaines informations à des tiers, dans deux situations d'exception

- Dans le cas où la vie du participant (menace ou suicide) ou celle d'une tierce personne serait menacée (menace d'homicides).
- Dans le cas où la sécurité ou le développement d'une personne mineure est ou pourrait être compromise en vertu des paragraphes et de l'article 38 de la Loi sur la Protection de la jeunesse.

Donc, si de telles situations se produisent lors ou après les entretiens individuelles, l'étudiant D.E.S avisera les parents qu'il entrera en contact avec un psychologue afin que ce dernier puisse intervenir rapidement auprès.

4.9. Références :

Ont été rédigées selon la convention de Vancouver qui est une norme internationale, prenant en compte les différents aspects possibles.

C'est une manière conventionnelle et normalisée de présenter une source, quel que soit le type de document dont est issu la parole citée. Elle contient au minimum : auteur, titres (article ou chapitre, revue ou ouvrage), éditeur et année publication.

RÉSULTATS

5. RÉSULTATS

5.1. Caractéristiques socio-démographiques des répondants (couples enfant-parents) :

a) Enfants :

➤ Sexe de l'enfant :

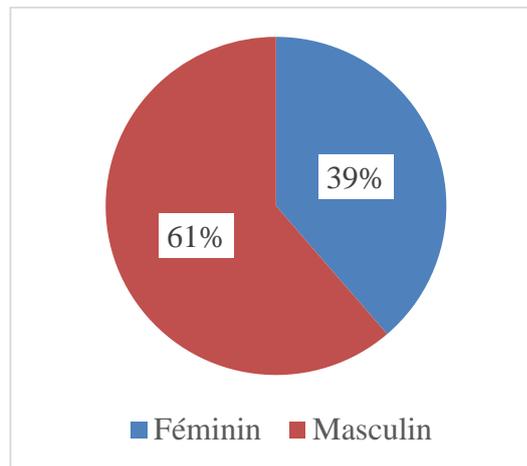


Figure 1 : Répartition des enfants malades selon le sexe

61% des enfants malades étaient des garçons.

➤ Âge de l'enfant :

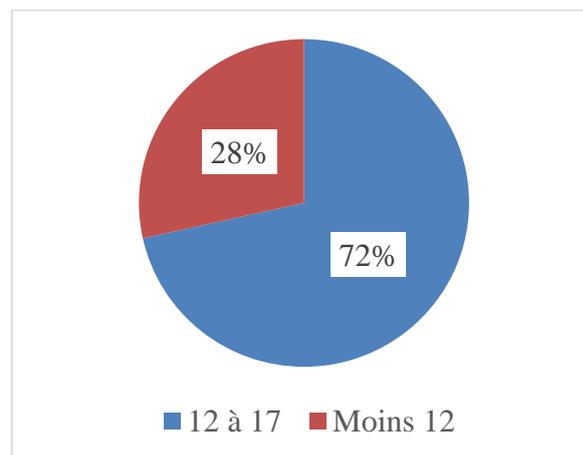


Figure 2 : Répartition des enfants malades selon la tranche d'âge

72% des enfants malades avaient un âge compris 12 et 17 ans.

➤ **Situation sur la fréquentation scolaire :**

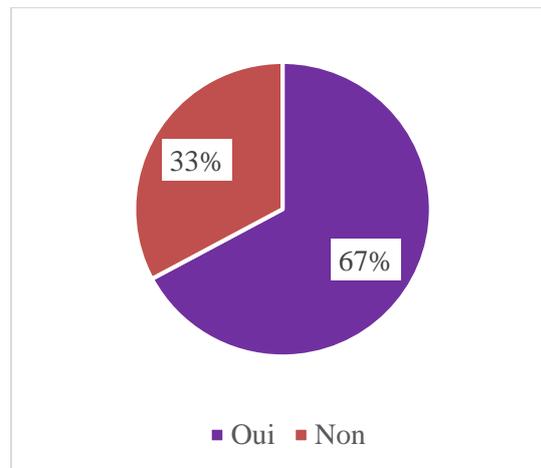


Figure 3 : Répartition des enfants malades selon la fréquentation d'établissement scolaire. 67% des enfants malades fréquentaient un établissement scolaire.

b) Parents :

➤ **Nature de lien d'affiliation parentale avec le répondant :**

Tableau I : Répartition des parents enquêtés selon la nature de lien d'affiliation parentale :

Nature de lien d'affiliation parentale	Effectif	Pourcentage (%)
Grand père	12	8,8
Grande mère	20	14,6
Mère	49	35,8
Père	25	18,2
Oncle	13	9,5
Tante	18	13,1
Total	137	100,0

35,8% des parents enquêtés étaient des mères.

➤ **Âge du parent :**

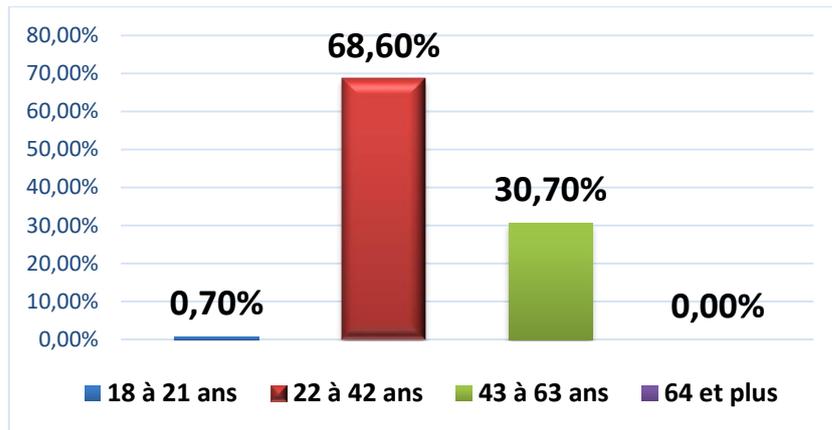


Figure 4 : Répartition des parents enquêtés selon la tranche d'âge

68,6% des parents enquêtés avaient une tranche d'âge comprise entre 22 et 42 ans.

➤ **Niveau d'instruction du parent :**

Tableau II : Répartition des parents enquêtés selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage (%)
Primaire	29	21,2
Secondaire	21	15,3
Supérieur	12	8,8
Non scolarisés	75	54,7
Total	137	100,0

54,7% des parents enquêtés étaient non scolarisés contre 45,3% de scolarisés.

➤ **Profession du parent :**

Tableau III : Répartition des parents enquêtés selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Agent de métier	11	8,0
Commerçant	19	13,9
Fonctionnaire	25	18,2
Forces de l'ordre	7	5,1
Ménagère	64	46,7
Paysan	8	5,8
Prestataire de soins	1	0,7
Sans emploi	2	1,5
Total	137	100,0

Impact psychosocial des troubles psychiques des enfants sur leurs parents : cas suivis au service de psychiatrie du CHU-Point G

46,7% des parents enquêtés étaient des ménagères.

➤ **Statut matrimonial du parent :**

Tableau IV : Répartition des parents enquêtés selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Divorcé	9	6,6
Marié	106	77,4
Veuf/veuve	22	16,1
Total	137	100,0

77,4% des parents enquêtés étaient mariés.

➤ **Ethnie du parent :**

Tableau V : Répartition des parents enquêtés selon l'ethnie.

Ethnie	Effectif	Pourcentage (%)
Bambara	40	29,2
Malinké	24	17,5
Soninké	17	12,4
Peulh	15	10,9
Sonrhäi	11	8,0
Autres	30	21,9
Total	137	100,0

29,2% des parents enquêtés étaient des Bambaras.

➤ **Religion :**

Tableau VI : Répartition des parents enquêtés selon la religion

Religion	Effectif	Pourcentage (%)
Musulman	110	80,3
Christianisme	20	14,6
Animiste	7	5,1
Total	137	100,0

80,3% des parents enquêtés représentaient des musulmans.

➤ **Résidence :**

Tableau VII : Répartition des parents enquêtés selon la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage (%)
Bamako	135	98,6
Hors Bamako	2	1,4
Total	137	100,0

98,6% des parents enquêtés résidaient à Bamako

5.2. Fréquence des troubles psychiques des enfants suivis dans le service de psychiatrie du CHU-Point G durant la période de l'étude :

Durant notre période d'étude nous avons colligé sur les 1831 malades admis (1448 cas d'hospitalisation et 383 cas de suivis externe) 137 cas de couple parents enfants dans le service, soit une fréquence de 7,48%.

5.3. Caractéristiques cliniques de l'enfant :

5.3.1. Motif de consultation :

Tableau VIII : Répartition des enfants malades selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage (%)
Agitation	47	34,3
Délire	41	29,9
CTG	11	8,0
Isolement	4	2,9
Comportement antisocial	4	2,9
Inhibition	3	2,2
TCA	3	2,2
Errance	2	1,5
Insomnie	1	0,7
Total	137	100,0

34,3% des enfants malades avaient comme motif principal l'agitation

5.3.2. Diagnostic des troubles psychiques retenus chez les enfants :

Tableau IX : Répartition des enfants malades selon le diagnostic

Diagnostic retenu	Effectif	Pourcentage (%)
Addiction aux SPA	8	5,8
Addiction à alcool	6	4,4
Autisme	19	13,9
Comitialité	47	34,3
Psychopathie	3	2,2
Psychose aiguë	30	21,9
Schizophrénie	14	10,2
Trouble anxieux	10	7,3
Total	137	100,0

34,3% des enfants malades avaient comme diagnostic retenu la comitialité.

5.3.3. Type de recours envisagés pour la prise en charge des enfants :

Tableau X : Répartition des enquêtés selon les moyens utilisés pour faire face aux comportements ou symptômes de l'enfant

Type de recours	Effectif	Pourcentage (%)
Moyens conventionnels	42	30,7
Moyens traditionnels	10	7,3
Les deux	85	62,0
Total	137	100,0

62% des enquêtés avaient eu recours à la fois aux moyens conventionnels et traditionnels

5.3.4. Antécédents familiaux de troubles psychiques :

Tableau XI : Répartition des enquêtés selon les antécédents familiaux de troubles psychiques.

Antécédents familiaux de troubles psychiques	Effectif	Pourcentage (%)
Non	96	70,1
Oui	28	20,4
Non précisé	13	9,5
Total	137	100,0

20,4% des enquêtés avaient souligné un antécédent familial de troubles psychiques

5.3.5. Antécédents personnels de santé physique :

Tableau XII : Répartition des enquêtés selon les problèmes de santé physique

Antécédents de santé physique	Effectif	Pourcentage (%)
Anémie	1	3,8
Cardiopathie	3	3,8
Diabète	7	15,4
HTA	6	11,5
Maladie de la peau	1	3,8
Maladie de l'œil	3	3,8
Problème de prostate	1	3,8
UGD	9	3,8
Non précisé	106	50,0
Total	137	100,0

22,6% des enquêtés avaient cité un problème de santé physique précise dans la famille.

5.4. Impact psychosocial des troubles psychiques des enfants sur leurs parents :

5.4.1. Impact social :

➤ Changements entraînés au sein de la famille :

Tableau XIII : Répartition des parents enquêtés selon les changements au sein de la famille :

Changements survenus au sein de la famille	Effectif	Pourcentage (%)
Relation avec la famille élargie	3	2,2
Partage des tâches	7	5,1
Relation avec les enfants malades	26	19,0
Relation entre les membres	46	33,6
Routine/organisation	55	40,1
Total	137	100,0

La majorité des parents enquêtés ont connu des difficultés de routine et d'organisation familiale dans 40,1% des cas suivies des difficultés relationnelles entre les membres (33,6%), avec les enfants malades (19%), des difficultés de partage des tâches (5,1%), avec la famille éloignée (2,2%).

➤ **Conséquences financières et professionnelles :**

Tableau VIIIIV : Répartition des parents enquêtés selon la raison des conséquences financières.

Conséquences financières et professionnelles	Effectif	Pourcentage (%)
Perte d'emploi	17	12,4
Frais de l'entretien à l'enfant	29	21,2
Frais liés aux traitements	91	66,4
Total	137	100,0

Parmi les conséquences financières et professionnelles, de l'impact la majorité des parents enquêtés avaient souligner les frais liés aux traitements chez 66,4% des parents enquêtés, suivis des frais liés à l'entretien de l'enfant dans 21,2% des cas puis de la perte d'emploi dans 12,4% des cas.

➤ **Stigmatisation :**

Tableau XV : Répartition des parents enquêtés selon la stigmatisation dont ils sont victimes dans les endroits publics avec leurs enfants.

Stigmatisation dans les endroits avec l'enfant	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	114	83,2
Non	23	16,8
Total	137	100,0

La plupart des parents enquêtés fréquentaient les endroits publics avec leurs enfants, environ 83,2% des cas contre une minorité 16,8% des cas, malgré la stigmatisation.

5.4.2. Impact psychologique :

➤ **Plaintes :**

Tableau XVI : Répartition des parents enquêtés selon la nature des plaintes exprimées :

Nature des plaintes	Effectif	Pourcentage (%)
Manque d'appétit	1	0,7
Grande fatigabilité	1	0,7
Insomnie	45	32,8
Maux de tête	77	56,2
Oubli	13	9,5
Total	137	100,0

56,2% des parents enquêtés avaient exprimé comme plainte des maux de tête.

➤ **Niveau d'atteinte du bien être psychologique après la maladie :**

Tableau XVII : Répartition des parents enquêtés selon le niveau d'atteinte sur le bien être psychologique :

Niveau d'atteinte sur le bien être psychologique	Effectif	Pourcentage (%)
Très mauvais	99	72,3
Mauvais	27	19,7
Bon	8	5,8
Très bon	3	2,2
Total	137	100,0

La majorité des parents enquêtés 72,3% estimaient être dans un très mauvais état psychologique après la maladie

➤ **Niveau d'atteinte existentielle et émotionnelle**

Tableau XVIII : Répartition des parents enquêtés selon le niveau d'atteinte état existentiel ou émotionnelle

Niveau d'atteinte existentielle et émotionnelle	Effectif	Pourcentage (%)
Pas du tout	4	2,9
Un peu	9	6,6
Fortement	54	39,4
Très fortement	70	51,1
Impact émotionnel	Effectif	Pourcentage (%)
Pas du tout	1	0,7
Un peu	3	2,2
Fortement	53	38,7
Très fortement	80	58,4
Total	137	100,0

Les parents enquêtés ayant une très forte charge émotionnelle représentaient environ 58,4% des cas par rapport à ceux ayant leur existence fortement affectée après la maladie constituaient environ 51,1% des cas.

➤ **Niveau d'anxiété lié à la probabilité d'être malade :**

Tableau XIX : Répartition des parents enquêtés selon le niveau d'anxiété

Niveau d'anxiété	Effectif	Pourcentage (%)
Pas du tout	1	0,7
Un peu	3	2,2
Fortement	46	33,6
Très fortement	86	62,8
Total	137	100,0

Les parents enquêtés ayant très peur de tomber malade dans le futur représentaient 62,8% des cas.

➤ **Niveau de perturbation de l'adaptation familiale :**

Tableau XX : Répartition des parents enquêtés selon niveau d'atteinte de l'adaptation familiale

Niveau de perturbation de l'adaptation familiale	Effectif	Pourcentage (%)
Pas du tout	1	0,7
Un peu	5	3,6
Fortement	21	15,3
Très fortement	110	80,3
Total	137	100,0

Les parents enquêtés étant très fortement mal à l'aise dans le foyer représentaient 80,3% des cas.

➤ **Adoption d'attitude d'isolement :**

Tableau XXI : Répartition des parents enquêtés selon l'adoption d'attitude d'isolement de la vie.

Adoption d'attitude d'isolement de la vie	Effectif	Pourcentage (%)
Pas du tout	3	2,2
Un peu	4	2,9
Fortement	20	14,6
Très fortement	110	80,3
Total	137	100,0

Les parents enquêtés se sentant très fortement isolés de la vie étaient majoritaires avec un taux de 80,3% des cas

5.4.3. Impact psychopathologique :

➤ Types de détresse psychologique :

Tableau XXII : Répartition des parents enquêtés selon la nature de la détresse psychologique.

Types de détresse psychologique	Effectif	Pourcentage (%)
Dépression majeur et mineur	73	53,3
Dépression majeur et mineur	23	16,8
Trouble phobique	20	14,2
Trouble anxiété généralisée	14	10,2
Phobie sociale	3	2,2
Manie	2	1,5
Phobie spécifiques	1	0,7
Agoraphobie	1	0,7
Total	137	100,0

70,1% des parents enquêtés avaient souligné comme détresse psychologique, la dépression, suivie des troubles anxieux 28,5% des cas et de la manie 1,5% des cas.

5.5. Lien entre le diagnostic retenu des troubles psychiques de l'enfant et la nature de l'impact psychosocial sur les parents :

5.5.1. Lien entre diagnostic retenu et le type d'affiliation parentale :

Tableau XXIII : Répartition des enquêtes selon le type d'affiliation parentale en fonction du diagnostic retenu de l'enfant :

Diagnostic retenu de l'enfant	Types de parent			Total
	Parent 1 ⁰	Parent 2 ⁰	Parent 3 ⁰	
Addiction aux SPA	2	3	3	8
Addiction à alcool	2	2	2	6
Autisme	12	7	0	19
Comitialité	31	8	8	47
Psychopathie	1	2	0	3
Psychose aiguë	18	5	7	30
Schizophrénie	10	0	4	14
Trouble anxieux	2	5	3	10
Total	78	32	27	137

Test exact de Fisher

$p = 0,039$

Parmi les accompagnateurs, les parents directs (1⁰) étaient les plus nombreux avec 56,9% des cas, suivis des parents du 2⁰ avec 23,3% des cas, et des parents du 3⁰ avec 19,7% des cas. Quel que soit le diagnostic retenu de l'enfant, la comitialité a été la plus représentée en lien d'abord avec les parents directs (n=31), puis les parents du 2⁰ (n=8) et enfin les parents du 3⁰ (n=8). Il s'est avéré que ces nombres varient significativement quel que soit le diagnostic retenu de l'enfant ($p=0.039$).

5.5.2. Lien entre diagnostic retenu et les changements au sein de la famille :

Tableau XXIV : Répartition des enquêtés selon les changements au sein de la famille en fonction du diagnostic retenu de l'enfant :

Diagnostic retenu de l'enfant	Changements au sein de la famille					Total
	Partage des tâches	Relation avec la famille élargie	Relation avec vos enfants	Relation entre les membres de la fratrie	Routine familiale/organisation de la vie quotidienne	
Psychose aiguë	0	0	1	0	29	30
Schizophrénie	1	1	2	1	9	14
Trouble anxieux	1	0	2	1	6	10
Autisme	0	1	12	1	5	19
Comitialité	3	0	7	34	3	47
Addiction au SPA	1	0	1	4	2	8
Addiction alcool	1	0	0	4	1	6
Psychopathie	0	1	1	1	0	3
Total	7	3	26	46	55	137

Test exact de Fisher

$p= 0,0001$

Il existait une relation statistiquement significative entre les changements au sein de la famille et le diagnostic retenu ($p= 0,0001$).

En fonction du diagnostic retenu de l'enfant en corrélation avec les changements au sein de la famille, la comitialité a été associée à la relation entre les membres de la fratrie ($n=34$) et le partage des tâches ($n=8$), la psychose aiguë à la routine familiale et l'organisation de la vie quotidienne ($n=29$), l'autisme à la relation avec les enfants ($n=8$). Il s'est avéré que ces nombres varient significativement quel que soit le diagnostic retenu de l'enfant ($p=0.0001$).

5.5.3. Lien entre diagnostic retenu et la stigmatisation dans les endroits publics

Tableau XXV : Répartition des enquêtés selon la stigmatisation dans les endroits publics en fonction du diagnostic retenu de l'enfant :

Diagnostic retenu	Stigmatisation dans les endroits publics		Total
	Non	Oui	
Comitialité	42	5	47
Psychose aiguë	24	6	30
Autisme	16	3	19
Schizophrénie	11	3	14
Trouble anxieux	7	3	10
Addiction à SPA	7	1	8
Addiction alcool	4	2	6
Psychopathie	3	0	3
Total	114	23	137

Test exact de Fisher

$p= 0,710$

Il n'existait pas une relation statistiquement significative ($p= 0,710$).

En fonction du diagnostic retenu de l'enfant sans corrélation significative avec la stigmatisation dans les endroits publics, la comitialité a été associée à la stigmatisation ($n=42$) sans lien avec la non fréquentation, la psychose aiguë ($n=6$) sans lien avec la fréquentation. Il s'est avéré que ces nombres ne varient pas significativement en fonction du diagnostic retenu de l'enfant ($p=0.710$).

5.5.4. Lien entre diagnostic retenu et les conséquences financières et professionnelles :

Tableau XXVI : Répartition des enquêtés selon les conséquences financières et professionnelles en fonction du diagnostic retenu de l'enfant :

Diagnostic retenu	Conséquences financières et professionnelles			Total
	Frais d'entretien de l'enfant	Perte d'emploi	Frais liés aux traitements	
Comitialité	4	4	39	47
Psychose aiguë	1	11	18	30
Autisme	8	0	11	19
Schizophrénie	7	0	7	14
Trouble anxieux	7	0	3	10
Addiction aux SPA	2	1	5	8
Addiction à l'alcool	0	0	6	6
Psychopathie	0	1	2	3
Total	29	17	91	137

Test exact de Fisher

$p = 0,0001$

Il existait une relation statistiquement significative ($p = 0,0001$).

En fonction du diagnostic retenu de l'enfant, en corrélation avec les conséquences financières et professionnelles, la comitialité a été associée aux frais liés aux traitements ($n=39$), la psychose aiguë à la perte d'emploi ($n=11$), l'autisme aux frais liés à l'enfant ($n=8$). Il s'est avéré que ces nombres varient significativement en fonction du diagnostic retenu de l'enfant ($p=0.001$).

5.5.5. Lien entre diagnostic retenu et les type de détresse psychologiques des parents :

Tableau XXVII : Répartition des enquêtés selon les types de détresse psychologique en fonction du diagnostic retenu de l'enfant :

Diagnostic retenu	Type de détresse psychologique des parents					Total
	Manie	Troubles phobiques	Trouble de panique (TP)	Trouble anxiété généralisée (TAG)	Dépression	
Psychose aiguë	2	1	0	1	25	30
Schizophrénie	0	1	0	1	12	14
Trouble anxieux	0	0	0	0	10	10
Autisme	0	1	5	1	12	19
Comitialité	0	0	13	7	27	47
Addiction au SPA	0	1	1	2	4	8
Addiction alcool	0	0	0	1	5	6
Psychopathie	0	1	1	1	0	3
Total	2	5	20	14	96	137

Test exact de Fisher

$p= 0,001$

Il existait une relation statistiquement significative entre la nature de la détresse et le diagnostic retenu de l'enfant ($p= 0,001$).

En fonction du diagnostic retenu de l'enfant en corrélation avec les types de détresse psychologiques des parents, la comitialité a été associée ($n=27$) à la dépression ($n=27$) et l'anxiété ($n=20$), la psychose aiguë à la manie ($n=2$). Il s'est avéré que ces nombres varient significativement quel que soit le diagnostic retenu de l'enfant ($p=0.001$).

COMMENTAIRES & DISCUSSION

6. DISCUSSION

Cette recherche présente quelques limites :

Certaines difficultés ont été rencontrées au cours de la présente recherche. Il s'agit notamment de l'exclusion de sept dossiers de couples parents-enfants sur 204 sélectionnés soit pour absence de diagnostic dans le dossier de l'enfant ou pour refus de participation du parent à l'enquête. Ainsi l'échantillon de l'étude a été ramené à 137 couples parents-enfants soit 97,15% des répondants. A cette difficulté s'ajoutent la faible qualité de remplissage des supports de collecte des données, l'inaccessibilité de certains parents sauf au domicile, l'insuffisance d'études au Mali sur le sujet, l'absence d'enfants de 0-5 ans et de parents de plus de 64ans.

6.1. Caractéristiques sociodémographiques des répondants (couples enfants-parents) :

a) Enfant :

➤ Sexe de l'enfant :

Parmi les enfants malades, 61% étaient des garçons contrairement à l'étude de Maiga qui trouva que les filles étaient nombreuses dans 52, 8%. Ce résultat dépend de l'investissement que les parents font autour du sexe de l'enfant.

Selon Shiechel [27], les échantillons consultés dans un grand nombre d'études sont principalement composés de garçons. Ceci reflèterait le fait que la prévalence des troubles de développement chez ceux-ci est plus élevée que chez les filles. Il mentionne cependant que les différences de sexe et leur impact sur le fonctionnement familial n'ont pas été examinés par les chercheurs.

➤ Âge de l'enfant :

Âgés entre 6-17 ans, la majorité des enfants était de la tranche d'âge 12-17 dans 72% des cas. L'étude de Maiga trouva aussi que la tranche d'âge 12-16 était la plus représentée. Ce résultat s'expliquerait par le recours tardif des parents aux soins psychiatriques.

➤ Niveau de fréquentation scolaire :

67% des enfants malades fréquentaient un établissement scolaire. L'étude de Maiga retrouva 55,9% de scolarisés.

L'étude de Y MAIGA et al au Mali en 2014 sur l'épilepsie expliqua comme raison de cette fréquentation l'imprévisibilité des crises incontrôlées. Les parents scolarisent moins les enfants épileptiques en supposant que l'école n'a pas déjà expulsé l'enfant [].

En ce sens, Noiseux [42] souligne que les enfants atteints de trouble de spectre autistique (TSA) n'ont majoritairement (60 %) pas d'autres choix que de continuer leur parcours scolaire dans une classe spéciale. Ce qui pourrait expliquer le taux élevé de fréquentation au Canada.

Nous expliquerons cette situation, non seulement par les limites d'âge de notre échantillon (6-17 ans), mais aussi par des difficultés d'apprentissage scolaire. Il peut être difficile pour eux de fréquenter les classes dites « normale » dans les institutions scolaires.

b) Parents :

➤ **Type de lien d'affiliation parentale :**

35,8% des enquêtés étaient des mères des enfants. Cette prédominance féminine atteste une tendance nationale du fait que ces femmes s'occupent plus de leur foyer que les autres secteurs d'intérêts de la vie. Cette tendance est de plus en plus influencée par la mondialisation et la globalisation.

➤ **Âge du parent :**

Âgés entre 18-59 ans, les parents de la tranche d'âge 22-42 ans constituaient 68,6% des cas contre la tranche d'âge 43-63 ans dans 30,70% des cas. Cela pourrait se comprendre quand on sait que c'est la tranche d'âge 22-42ans qui constitue la force active de la population en général par rapport au 3^{ième} âge en raison d'un gain de maturité et d'adaptation [29].

D'autres études font valoir que les conséquences du stress lié à la présence d'un enfant atteint de trouble psychique tendent à diminuer avec l'âge en raison de gains sur le plan de la maturité et de l'adaptation des parents [44, 12].

Des auteurs comme Ha et Seltzer leurs collaborateurs [43, 59] indiquent que la détresse a tendance à diminuer à mesure que les parents avancent en âge et en maturité, ce qui s'expliquerait par le fait que les parents s'adaptent aux défis de la vie avec un enfant malade.

➤ **Niveau de scolarisation du parent :**

54,7% des enquêtés étaient non scolarisés contre 45,3% de scolarisés. Ce résultat pourrait s'expliquer par le taux d'alphabétisation de la population en général [3].

➤ **Statut matrimonial du parent :**

77,4% des enquêtés étaient mariés. Cette prédominance des mariés s'expliquerait d'une part par le mode de vie et d'autre part, par les habitudes entre conjoints [18].

Dans l'étude de Dunne 2001 [46], la bi parentalité, à elle seule, a été associée à un risque plus élevé de dépression majeure chez les mères d'enfants autistes ou ayant une déficience intellectuelle (DI).

De plus Dykens [49], 2007 souligna qu'un faible statut socio-économique (SSE) et la biparentalité serait associée à un risque plus élevé de détresse psychologique chez les parents.

➤ **Profession du parent :**

47,4% des enquêtés étaient des ménagères. La profession étant une activité rétribuée qui nécessite une formation ou une qualification spécifique, nous pouvons nous autoriser de considérer les ménagères comme en réalité sans profession. Ainsi nous pouvons retenir que la majorité des enquêtés étaient sans profession. Cette distribution serait influencée par l'appartenance à une classe socio-économique défavorisée.

➤ **Ethnie du parent :**

29,2% des enquêtés étaient des Bambaras. Cette proportion élevée chez ces ethnies ne pourrait pas s'expliquer comme des caractéristiques qui leur sont particulières mais plutôt par la situation de Bamako dans l'aire d'évolution naturelle des ethnies dominantes contrairement aux autres ethnies (sonrhäï Kassonké, peulh, bozo, Dogon)

➤ **Religion du parent :**

Les parents étaient des musulmans dans 80,3% des cas. Ces données sont conformes aux données relatives à la population générale. Cela pourrait s'expliquer par le fait que cette religion est la plus dominante dans notre milieu d'étude.

➤ **Résidence du parent :**

98,6% des enquêtés résidaient à Bamako contre une minorité hors Bamako. Cette prédominance s'explique par l'accès facile aux soins de qualité et l'absence de beaucoup d'antennes de santé mentale dans les capitales régionales.

Poirier [43] soulignent d'ailleurs que le fait de vivre en région éloignée contribue souvent à ce que la prise en charge de l'enfant ayant un trouble psychique soit plus tardive, en raison du manque de professionnels.

6.2. Fréquence :

Durant la période de notre étude nous avons colligé sur les 1831 admis dans le service de psychiatrie du CHU Point G, 137 cas de troubles psychiques des enfants, soit une fréquence de 7,48%.

Par ailleurs, des études révèlent que la prévalence des troubles psychiques des enfants en France est de 12,5% [26] et au Canada 12,3% [24, 25]. Une analyse comparative de ces données à celles de notre population d'étude, révèle une ampleur beaucoup plus élevée dans ces pays qu'au Mali. Cette faible fréquence s'expliquerait dans notre contexte par le fait que les parents consultent avec leur enfant plus en pédiatrie qu'en psychiatrie en première intention.

6.3. Caractéristiques cliniques de l'enfant :

6.3.1. Motif de consultation :

L'agitation était le principal motif évoqué dans 34,3% chez les enfants malades. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces troubles du comportement sont mal tolérés en famille et dans le quartier, entraînant généralement les passages à l'acte auto ou hétéroagressif et imposant ainsi la recherche immédiate de solution.

6.3.2. Diagnostic retenu de l'enfant

La comitialité était le diagnostic retenu dans 34,3% chez les enfants malades, suivi de la psychose aiguë (21,9%), de l'autisme (13,9%).

Dans l'étude de Maiga qui s'étendait sur une période de 5ans le diagnostic évoqué était l'épilepsie (50,5%) ; suivi du syndrome autistique (10,9%) et la dépression (7,6%) des cas. Il faut signaler les autres diagnostics marqués entre autres par la BDA (10,9%) ; la schizophrénie (8,8%) ; le retard mental (8,5%) et la psychose puerpérale (0,9%).

Cette différence entre les deux études pourrait s'expliquer par la période d'étude s'étendant sur une période de 5ans où une plus grande variable d'admission par rapport à notre étude.

6.3.3. Types de recours thérapeutiques envisagés :

62% des enquêtés avaient eu recours à la fois aux moyens conventionnels et traditionnels. Ce choix en première intention pourrait être expliqué par le fait que dans les croyances culturelles de nos populations, les étiologies et les recours thérapeutiques des troubles psychiatriques relèvent de nos traditions ; cette conception concerne d'ailleurs tout le système de santé du pays. Par ailleurs il faut rappeler que la recherche de meilleurs soins pour les enfants après échec du traitement traditionnel ou en dehors d'un contexte d'urgence a motivé le retour de la majorité des parents vers les soins conventionnels.

6.3.4. Antécédents familiaux de troubles psychiques :

20,4% des enquêtés présentaient des antécédents familiaux de troubles psychiques. Plusieurs études mettent en évidence l'impact des troubles psychiques des enfants problèmes de santé mentale des parents sur la santé mentale de leurs parents et les risques génétiques de développer une maladie mentale si l'un des parents en est atteint. Les risques sont plus grands encore si les deux parents sont atteints. Ces études mettent aussi en perspective la vulnérabilité familiale où interagissent des facteurs génétiques et des facteurs sociaux de stress.

6.4. Nature de l'impact psychosocial des troubles psychiques des enfants sur leurs parents

6.4.1. Impact social :

➤ Conséquences au sein de la famille :

Parmi les conséquences sociales au sein de la famille, la majorité des parents enquêtés ont connu des difficultés de routine et d'organisation familiale dans 40,1% des cas, suivie des difficultés relationnelles entre les membres 33,6% des cas, des difficultés relationnelles entre les enfants 19% des cas, des difficultés de partage des tâches 5,1% des cas, des difficultés avec la famille éloignée 2,2% des cas ;

Cette situation demanderait une grande implication de la part des parents qui négligent parfois le cercle familial ou leur couple au profit de la gestion des troubles psychiques de leur enfant. Cette attitude peut avoir un impact sur la dynamique du cercle familial ou du couple et être une source de tensions. Il serait donc important autant pour les parents de garder du temps pour la famille. Cela permet d'avoir une vie plus « normale » et d'aider l'enfant à mieux vivre avec sa maladie.

➤ Conséquences financières et professionnelles :

Parmi les conséquences financières et professionnelles, la majorité des enquêtés avaient souligné les frais liés aux traitements suivis des frais liés à l'entretien de l'enfant 21,2% puis de la perte d'emploi 12,4%. Cette situation s'expliquerait par un rendement faible des parents au travail et un absentéisme élevé.

➤ La stigmatisation dans les endroits publics avec l'enfant :

La plupart des parents fréquentaient les lieux publics avec leur enfant dans 83,2% des cas environ contre une minorité 16,8% des cas, malgré la stigmatisation.

Cette situation sociale s'expliquerait par les tabous, les mythes et les préjugés qui ont contribué à rendre l'intégration sociale difficile des parents vivants avec leur enfant. De par cette attitude mal comprise, les troubles psychiques de l'enfant ont un impact sur la vie sociale des parents. Ces conséquences sociales ont été notre source de motivation à choisir ce sujet.

6.4.2. Impact psychologique :

➤ Plaintes :

La majorité des enquêtés avaient des maux de tête avec un taux de 56,4% des cas. Ce sont les premiers signes de détresse significatifs fréquemment rapportés en rapport avec la dépression des parents. Dans la littérature les signes somatiques au premier plan dans les dépressions masquées ont été bien documentés.

➤ Niveau d'atteinte sur le bien être psychologique :

La majorité des enquêtés 76,6% estimaient être de très bon état avant la maladie, tandis que 72,3% étaient de très mauvais état après la maladie.

Au Mali, les écrits scientifiques essentiellement basés les pratiques communautaires de la protection de l'enfant, suggèrent cependant que les parents d'enfants ayant un trouble psychique font un usage varié de multiples stratégies, ce qui complique la tâche d'isoler les stratégies contribuant à entretenir la détresse des stratégies les plus efficaces [32].

Certains parents peuvent ressentir des émotions telles que la tristesse et la colère, alors que d'autres vivent plutôt un certain soulagement, dans le sens où leur enfant peut enfin bénéficier de soins adaptés à sa condition [33]. À cet égard, il importe de souligner que les parents peuvent consulter plusieurs professionnels de la santé et des tradithérapeutes au sujet des difficultés de leur enfant avant d'avoir un diagnostic précis ouvrant la porte à des services adaptés pour leur enfant.

Cette situation s'expliquerait aussi par la situation de l'hôpital qui est un CHU et par le choix des moyens thérapeutiques de dernières générations, adaptés et universels.

➤ **Niveau d'atteinte existentielle et émotionnelle :**

La majorité des enquêtés ayant une très forte charge émotionnelle représentait 58,4% des cas ; Ceux ayant leur existence fortement affectée par le diagnostic 51,1% des cas ; Ceux ayant très peur de tomber malade dans le futur 62,8% des cas ; Ceux étant très fortement mal à l'aise dans le foyer 80,3% des cas ; Ceux étant très fortement isolés 80,3% des cas.

D'ailleurs, plusieurs études affirment que les parents d'enfants autistes sont préoccupés par l'avenir de leur enfant et la qualité de vie de ce dernier lorsqu'ils décèderont [58.59]

Dans l'étude de Goodman [28] 88 % des répondants (n=233), soit des parents qui ont une fille atteinte d'un trouble de personnalité limite (TPL), ont admis que leur santé émotionnelle était affectée en raison du trouble de celle-ci [29].

Ce constat concorde avec les émotions identifiées par les personnes aidantes interrogées dans l'étude de Bailey et Grenyer [13], qui incluent la honte, la stigmatisation, la culpabilité et le ressentiment. Aussi avec la recherche de Bauer [13], dans laquelle 96,7 % des personnes aidantes interrogées (n=30) ont affirmé vivre un fardeau émotionnel en lien avec leur proche atteint d'un trouble de personnalité limite (TPL).

Cette situation s'expliquerait aussi par l'apparition des premiers signes de la maladie, ou l'annonce du diagnostic ou de l'urgence de la maladie, ou des conduites associées, addictives et ou suicidaires.

6.4.3. Impact psychopathologique :

➤ Type de détresse psychologique des parents :

La dépression a été la principale détresse psychologique chez 70,1% des parents enquêtés suivi de l'anxiété dans 28,4% des cas et de la manie, dans 1,5% des cas.

Scheirs et Bok a mené une étude au Canada [49] sur des parents, des personnes aidantes et les proches des enfants atteints d'un trouble de personnalité limite (TPL) (n=40). Ils ont obtenu des résultats comme, la dépression, l'anxiété, l'agoraphobie. Ils affirmèrent que les personnes aidantes qui n'avaient pas de liens familiaux avec le patient démontraient davantage de manifestations d'hostilité comparativement aux autres.

Cette similarité s'expliquerait par le fait que la gestion des troubles psychiques de l'enfant demande une grande implication de la part des parents. Celle-ci peut donner place à l'apparition de symptômes dépressifs et des comportements anxieux. Les facteurs de risque importants sont surtout l'agitation, les risques de blessures, et d'automutilation, de suicide et d'addiction. Ces conséquences démontrent l'impact des troubles psychiques de l'enfant sur le cercle familial.

6.5. Lien entre diagnostic retenu des troubles des enfants et la nature de l'impact psychosocial sur leurs parents

6.5.1. Lien entre diagnostic et type d'affiliation parentale :

Parmi les accompagnateurs, les parents directs (1⁰) étaient les plus nombreux avec 56,9% des cas, suivis des parents du 2⁰ avec 23,3% des cas, et des parents du 3⁰ avec 19,7% des cas. Quel que soit le diagnostic retenu de l'enfant, la comitativité a été la plus représentée en lien d'abord avec les parents directs (n=31), puis les parents du 2⁰ (n=8) et enfin les parents du 3⁰ (n=8). Il s'est avéré que ces nombres varient significativement quel que soit le diagnostic retenu de l'enfant (p=0.039). Nous pouvons affirmer dans notre étude que la parentalité est un facteur de vulnérabilité psychosocial des troubles psychiques des enfants.

D'autres études font valoir que les conséquences du stress lié à la présence d'un enfant atteint de trouble psychique tendent à diminuer avec l'âge en raison de gains sur le plan de la maturité et de l'adaptation des parents [44, 12].

À cet égard, Chossy (2003) précise que les mères ressentiraient davantage de colère et de culpabilité par rapport à leurs enfants atteints de trouble de spectre autistique (TSA) que les pères, ensuite viennent les personnes aidantes présentent des symptômes similaires.

Cette situation s'expliquerait par le fait que les parents directs surtout les mères ont constitué le premier lien de toute cellule sociétale de la vie organisée et organisant la famille les peuples, et les sociétés de toutes les nations.

6.5.2. Lien entre diagnostic et changement au sein de la famille :

En fonction du diagnostic retenu de l'enfant en corrélation avec les changements au sein de la famille, la comitativité a été associée à la relation entre les membres de la fratrie (n=34) et le partage des tâches (n=8), la psychose aiguë à la routine familiale et l'organisation de la vie quotidienne (n=29), l'autisme à la relation avec les enfants (n=8). Il s'est avéré que ces nombres varient significativement en fonction du diagnostic retenu de l'enfant ($p=0.0001$).

Pagetti-Vivanti explique l'annonce du diagnostic d'un trouble psychique comme un TSA qui provoque un énorme changement dans l'univers familial tel que la routine et l'équilibre familial, la relation avec la famille éloignée, le partage des tâches, puisque les sorties ou les activités doivent toujours être planifiées, laissant ainsi peu ou pas de place aux visites improvisées

Selon Sanders et Morgan [3], l'importance accordée par les chercheurs au stress et à ses impacts négatifs reposerait sur l'hypothèse largement répandue voulant que les parents d'un enfant ayant un trouble psychique se trouvent dans une situation de stress chronique et que cette exposition au stress affecte négativement les autres membres de la famille et les relations sociales de l'unité familiale.

En effet, l'étude de Goodman et ses collaborateurs [48], menée auprès des parents (n=4) d'enfants atteints de troubles de la personnalité limite, les personnes participantes ont mentionné ressentir un mélange d'amour et de colère envers l'enfant ayant le trouble [35]. Plus spécifiquement, les mères interrogées soulignaient qu'elles vivent souvent un dilemme entre le fait de prendre soin de leur enfant et la nécessité de passer du temps avec leur mari. Les autres membres de la famille ont parfois des points de vue divergents de ceux des parents, qui deviennent des points de tension et de division dans la famille. En effet, les membres de la fratrie démontrent des inquiétudes concernant la santé de leur mère, ainsi qu'une peur que les gestes d'automutilation ou suicidaires de leur sœur puissent aboutir à son décès.

Dans le même ordre d'idées, Dunne et Rogers (2013) soulignent que les participants à leur étude (n=5), soit des aidants d'individus ayant un TPL, expliquent qu'ils doivent être des soignants 24 heures sur 24, et ce, sept jours sur sept, ce qui diminue considérablement le temps dont ils disposent pour leurs activités professionnelles, leurs loisirs et leurs relations interpersonnelles.

Pourtant, Tétréault et Ketcheson, [39] malgré le fait que cette problématique entraîne de nombreuses difficultés, 99 % des parents d'un enfant présentant un trouble de spectre autistique (TSA) font le choix de garder ce dernier dans le milieu familial, et ce, malgré ses besoins spéciaux.

6.5.3. Lien entre diagnostic et stigmatisation dans les endroits publics avec l'enfant :

En fonction du diagnostic retenu de l'enfant, la comitialité a été associée (n=42) à la stigmatisation sans lien avec la non fréquentation et la psychose aiguë (n=6) sans lien avec la fréquentation. Il s'est avéré que ces nombres ne varient pas significativement en fonction du diagnostic retenu de l'enfant (p=0.710).

Dans l'étude Y MAIGA au Mali la comitialité associée à la stigmatisation est courante en Afrique. Cela pourrait s'expliquer la réticence d'un grand si nombre de parents à consulter un médecin en cas de crise car la famille serait alors identifiée.

Dans la littérature les personnes handicapées ont de tout temps été victimes de représentations sociales stigmatisantes voire la discrimination. Actuellement, si le contexte législatif et social condamne toute forme de discrimination à leur égard et impose à tous le respect de la dignité, la réalité dans le quotidien est parfois éloignée de cet idéal. Pour Simone Korff-Sausse, les questions de stigmatisation, de parentalité restent si difficiles à aborder aujourd'hui pour les professionnels, pour les familles, et surtout pour les parents des enfants atteints de troubles psychiques.

6.5.4. Lien entre diagnostic et conséquences financières et professionnelles :

En fonction du diagnostic retenu de l'enfant, en corrélation avec les conséquences financières et professionnelles, la comitialité a été associée aux frais liés aux traitements (n=39), la psychose aiguë à la perte de l'emploi (n=11), l'autisme aux frais liés à l'enfant (n=8). Il s'est avéré que ces nombres varient significativement en fonction du diagnostic retenu de l'enfant (p=0.001).

Quelques auteurs confirment ces constats. En effet l'étude de Y Maiga en 2014 sur l'épilepsie trouva que 45% des parents du groupe épileptiques ont cité le cout élevé des médicaments et des visites médicales comme ayant un impact sur le fait de rechercher ou non un traitement médical ou non.

Dans l'étude de Goodman et al. (2011), menée auprès de parents ayant une fille atteinte d'un TPL (n=233), 44,2 % a évoqué le handicap de l'enfant entraînant des coûts additionnels (ex., équipement spécialisé, adaptation du domicile, traitements, l'hospitalisation) ainsi que l'instabilité professionnelle. Ces coûts sont significatifs et, bien qu'ils soient difficiles à estimer, peuvent excéder les ressources d'un grand nombre de familles [46, 45, 37].

Les personnes participantes de l'étude de Dunne et Rogers (2013) expliquent, pour leur part, qu'en raison de l'aide qu'elles apportent à leur proche, leur temps pour travailler et pratiquer

des loisirs a diminué. Ils ajoutent à ce sujet qu'ils ne peuvent pas toujours travailler, en raison de l'aide qu'ils doivent fournir, ce qui engendre une perte de revenus [47].

Cela ne s'expliquerait pas par le seul impact des troubles psychiques de l'enfant mais surtout par de nombreux facteurs associés et complexes. Ces facteurs incluent notamment l'ampleur des tâches liées aux soins de l'enfant [45], le statut socio-économique de la famille, les difficultés liées à la conciliation famille-travail [37], les difficultés conjugales [5], de même que les comportements associés, suicidaires ou addictives ou de sévérité.

6.5.5. Lien entre diagnostic retenu et les types de détresse psychologique des parents :

En fonction du diagnostic retenu de l'enfant en corrélation avec les types de détresse psychologiques des parents, la comitialité a été associée (n=27) à la dépression (n=27) et l'anxiété (n=20), la psychose aiguë à la manie (n=2). Il s'est avéré que ces nombres varient significativement en fonction du diagnostic retenu de l'enfant (p=0.001).

Au Canada Québec, Lachance et ses collaborateurs (2004) ont, toutefois, observé que les mères d'enfants ayant une déficience intellectuelle sont plus susceptibles à la dépression dans 44% cas [37].

Une méta-analyse de 18 études portant sur les symptômes dépressifs chez les mères d'enfants ayant un trouble psychique montre que le risque de dépression est environ 10% plus élevé chez celles-ci par rapport aux autres mères en âge de procréer [31].

Giffin [28] trouva de l'anxiété et un état de stress post-traumatique, Il expliqua, ce résultat par le fait que les parents ont été traumatisés après avoir été témoins de gestes d'automutilation ou de tentatives de suicide.

Nos résultats s'expliqueraient par le fait que les parents d'enfants atteints de comitialité et de psychose aiguë passent des longues heures avec l'enfant, de l'épuisement physique dû aux tâches ménagères, l'entretien de l'enfant et des difficultés éprouvées par ceux-ci dans la conciliation de leurs besoins avec ceux des autres membres de la famille.

CONCLUSION & RECOMMANDATIONS

7. CONCLUSION RECOMMANDATIONS

7.1. CONCLUSION

A l'issue de cette étude, nous avons retrouvé que :

La fréquence hospitalière était de 7,48%.

Par rapport aux caractéristiques socio-démographiques, parmi les enfants malades, 61% étaient des garçons, 72% avaient un âge compris entre 12-17ans. Parmi les parents, 35,8% étaient des mères, 68,6% avaient un âge compris entre 22-42ans, 54,7% étaient non scolarisés contre 45,3% de scolarisés ; 46,7% représentaient des ménagères, 77,4% étaient mariés.

Par rapport aux caractéristiques cliniques des enfants malades, parmi eux, 34,3% avaient comme motif principal de consultation, l'agitation, 34,3% avaient comme diagnostic retenu la comitialité.

Par rapport à l'impact sociale, au sein de la famille, la routine familiale/organisation de la vie quotidienne viennent en première position (55 cas) ; et malgré la stigmatisation la plupart des parents enquêtés fréquentaient les endroits publics avec leur enfant environ (117 cas). ; les frais liés au traitement viennent en première position (91 cas).

Par rapport à l'impact psychologique, la majorité des parents enquêtés 56,2% avaient évoqué comme plainte les maux de tête, 72,3% estimaient être de très mauvais état après la maladie ; environ 58,4% des cas avaient souligné une très forte charge émotionnelle par rapport à ceux ayant leur existence fortement affectée après la maladie constituaient environ 51,1% des cas.

Par rapport à l'impact psychopathologique : la dépression a été la principale détresse psychologique chez 70,1% des parents enquêtés.

Par rapport aux types de lien en corrélation avec le diagnostic de l'enfant en fonction de la nature de l'impact psychosocial, la comitialité a été la plus représentée (n=27) avec un lien avec la dépression (n=27) et l'anxiété (n=20), la psychose aiguë avec un lien avec la manie (n=2), l'autisme aux frais liés à l'entretien de l'enfant.

En conséquence ces résultats témoignent de l'importance pour les professionnels de prendre en compte les parents lors des interventions réalisées auprès de ces derniers et de les faire participer aux différentes décisions et stratégies. Cependant des études populationnelles et l'identification de tous les facteurs associés à la nature de la détresse psychologiques des parents doivent être entreprises.

7.2. RECOMMANDATIONS :

Eu égard à ces constats notamment la nature, la fréquence des troubles psychiques des enfants et leurs nombreux impacts sur les parents et dans la perspective d'une prise en charge holistique des enfants et leurs parents tous victimes des troubles mentaux, nous formulons les recommandations suivantes

7.2.1. À L'ÉTAT

- Renforcer le plateau technique du service psychiatrie du CHU Point G en y mettant en place une unité de pédopsychiatrie qui prendra en charge en plus des enfants malades leurs parents en situation de détresse ;
- Subventionner la prise en charge des soins des enfants malades et leurs parents en situation de détresse
- Intégrer le volet Santé Mentale dans les structures de soins de santé aux différents niveaux de la pyramide sanitaire
- Créer à la place des antennes régionales des véritables services de psychiatrie en les dotant de toutes les compétences aussi bien en personnel qu'en matériels.

7.2.2. AUX PERSONNELS SOCIO-SANITAIRES :

- Assurer le dépistage précoce des troubles psychiques de l'enfant et par ricochet la prise en compte des parents lors des interventions réalisées auprès de ces derniers.
- Référer aux spécialistes dans les délais requis les cas ne relevant pas de leurs compétences ;
- Renforcer la qualité des soins en améliorant l'accueil dans la perspective d'une prise en charge globale.

7.2.3. AUX PERSONNELS DE LA PSYCHIATRIE :

- Améliorer la qualité de l'accueil des parents d'enfants ;
- Remplir rigoureusement les supports de recueil de données médicales (fiches des dossiers internes et les différents registres) en vue de faciliter les études de recherche antérieures ;
- Informatiser les recueils des données.
- Renforcer la sensibilisation auprès de la communauté contre la stigmatisation et la marginalisation des malades mentaux ;
- Renforcer la collaboration entre les services de psychiatrie et les autres services intervenant sur les questions de troubles mentaux des enfants ;

Impact psychosocial des troubles psychiques des enfants sur leurs parents : cas suivis
au service de psychiatrie du CHU-Point G

- Procéder systématiquement à l'évaluation de l'état psychique des parents lors du suivi des enfants malades mentaux pour une éventuelle prise en charge ;
- Élargir l'étude au niveau national pour mesurer la fréquence des troubles psychiques chez les enfants au Mali.

7.2.4. A LA COMMUNAUTE ET AUX PARENTS DES MALADES :

- Orienter les enfants vers le service de psychiatrie dès la constatation des troubles mentaux ;
- Coopérer avec les agents de santé pour faciliter la prise en charge d'éventuelle détresse situationnelle ;
- Participer aux rencontres des associations des parents des enfants malades pouvant servir de cadre d'échange et de soutien mutuel ;
- Resserrer les liens affectifs autour des enfants tout en préservant leur place et leur rôle dans la société.

8. RÉSUMÉ

INTRODUCTION : les troubles psychiques des enfants peuvent avoir des conséquences importantes sur la vie des parents. **OBJECTIF**: Étudier l'impact psychosocial des troubles psychiques des enfants sur leurs parents. **MÉTHODOLOGIE** : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à collecte rétrospective et prospective des données de Janvier à Décembre 2021. Elle a porté sur les dossiers des enfants admis dans le service de psychiatrie et leurs parents. **RÉSULTATS** : Cette étude nous avait montré une fréquence hospitalière de 7,48% ; La fréquence hospitalière était de 7,48%. Par rapport aux caractéristiques socio-démographiques, parmi les enfants malades, 61% étaient des garçons, 72% avaient un âge compris entre 12-17ans. Parmi les parents, 35,8% étaient des mères, 68,6% avaient un âge compris entre 22-42ans, 54,7% étaient non scolarisés contre 45,3% de scolarisés ; 46,7% représentaient des ménagères, 77,4% étaient mariés. Par rapport aux caractéristiques cliniques des enfants malades, parmi eux, 34,3% avaient comme motif principal de consultation, l'agitation, 34,3% avaient comme diagnostic retenu la comitialité. Par rapport à l'impact sociale, au sein de la famille, la routine familiale/organisation de la vie quotidienne viennent en première position (55 cas) ; et malgré la stigmatisation la plupart des parents enquêtés fréquentaient les endroits publics avec leur enfant environ (117 cas). ; les frais liés au traitement viennent en première position (91 cas). Par rapport à l'impact psychologique, la majorité des parents enquêtés 56,2% avaient évoqué comme plainte les maux de tête, 72,3% estimaient être de très mauvais état après la maladie ; environ 58,4% des cas avaient souligné une très forte charge émotionnelle par rapport à ceux ayant leur existence fortement affectée après la maladie constituaient environ 51,1% des cas. Par rapport à l'impact psychopathologique : la dépression a été la principale détresse psychologique chez 70,1% des parents enquêtés. Par rapport aux types de lien en corrélation avec le diagnostic de l'enfant en fonction de la nature de l'impact psychosocial, la comitialité a été la plus représentée (n=27) avec un lien avec la dépression (n=27) et l'anxiété (n=20), la psychose aiguë avec un lien avec la manie (n=2), l'autisme aux frais liés à l'entretien de l'enfant. **DISCUSSION** : Nos résultats sont similaires à d'autres auteurs qui ont mentionné comme nature surtout de l'impact l'anxiété et la dépression. **CONCLUSION** : Les troubles psychiques de l'enfant de façon générale, constitue un facteur générateur de détresse psychologique chez les parents et la prise en compte de ces derniers lors des interventions réalisées auprès des enfants est nécessaire.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Crnic, K. A., Friedrich, W. N., & Greenberg, M. T. (1983). Adaptation of families with mentally retarded children: A model of stress, coping and family ecology. *Journal of Mental Deficiency Research*, 88(2), 125-138.
2. Friedrich, W. N., & Friedrich, W. L. (1981). Psychosocial assets of parents of handicapped and nonhandicapped children. *American Journal of Mental Deficiency*, 85(5), 551-553.
3. Sanders, J. L., & Morgan, S. B. (1997). Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Down Syndrome: Implications for intervention. *Child & Family Behavior Therapy*, 19(4), 15-32.
4. Hoffman, P. D., Buteau, E., Hooley, J. M, E. et Bruce, M. (2003). Family members' knowledge about borderline personality disorder: Correspondence with their levels of depression, burden, distress, and expressed emotion. *Family process*, 42(4), 469-478.
5. Taanila, A., Kekkonen, J., & Järvelin, M.-R. (1996). The long-term effects of children's early-onset disability on marital relationships. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 38(7), 567-577.
6. INSERM - « Troubles mentaux, dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent », Les Éditions INSERM ; Paris 200138(7), 167-177.
7. Légaré, G., Préville, Poulin, C., St-Laurent, D., et Boyer, R. (1998) Santé mentale. Dans C. Daveluy, L. Pica, N. Audet, R. Courtemanche, & F. Lapointe (Éds). Enquête sociale et de santé 1998 (2^e éd.). Québec : Institut de la statistique du Québec, 333-353.
8. Noiseux, M. (2009). Surveillance des troubles envahissants du développement chez les enfants de 4 à 17 ans de la Montérégie, 2000-2001 à 2007-2008. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
9. Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., Floyd, F. J., Pettee, Y., & Hong, J. (2001). Life course impacts of parenting a child with a disability. *American Journal on Mental Retardation*, 106, 282-303.
- 10.OMS (Organisation mondiale de la santé). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, Switzerland : World Health Organization, 1992.
- 11.FOMBONNE E. The Chartres study : I Prévalence of Psychiatric disorders among French Nadia Abouzeid et Nathalie Poirier, Perception de mère d'enfant présentant un TSA ayant reçu une intervention comportementale intensive, Couverture de Volume 43 numero2, 2014 p 184-45.

12. Floyd, F. J., & Gallagher, E. M. (1997). Parental stress, care demands, and use of support services for school-age children with disabilities and behavior problems. *Family Relations*, 46(4), 359-371.
13. American Psychiatric Association. (2015). DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e édition.). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson. Repéré à <https://ebookcentral.proquest.com/lib/uqac-ebooks/detail.action?docID=4337396>
14. Roose, S.P., et Sackeim, H.A. (2004) Late-life depression. New-York: Oxford University Press Organization, 1992.
15. ALTEMEIR, W., S. O'CONNOR, P. VICTZE, H. SANDLER et K. SHERROD (1982). « Antecedents of Child Abuse », *Journal of Pediatrics*, vol. 100, p. 823-829.
16. Josse, E., Dubois, V. (2009). *Interventions humanitaires en santé mentale dans les violences de masse* (1st Edition) Bruxelles : Groupe De Boeck.
17. Organisation mondiale pour la santé. (2012). Les risques pour la santé mentale : Aperçu des vulnérabilités et des facteurs de risques. Repéré à
18. BOILY, M. et V. LEW (1997). « La négligence parentale en psychiatrie... la prévenir », *Intervention*, n° 105, p. 18-29.
19. Dorenlot P, Harboun M, Bige V, Henrard JC, Ankri J (2005) Major depression as a risk factor for early.
20. ANTHONY, E.J. (1987). « Risk, vulnerability and resilience. An overview, II », dans E.J. Anthony et B.J. Cohler, *The Invulnerable Child*, New York, The Guilford Press.
21. Zarit SH, Zarit JM (1998) *Mental Disorders in Older Adults - Fundamentals of Assessment and Treatment*. New-York, The Guilford Press
22. ANTHONY, E.J. (1976). « How children cope in families with a psychotic parent », dans E.N. Rexford, L. Sander et T. Shapiro (dir.), *Infant Psychiatry: A New Synthesis*, New Haven, Yale University Press.
23. E. Goffman, *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Les Éditions de Minuit, Paris, 1993. - C.-N. Robert, " Fabriquer la délinquance juvénile ", in : *Revue Suisse de Sociologie*, 3, 1977, pp. 31-65.
24. ANTHONY, E.J. (1969). « A Clinical Evaluation of Children with Psychotic Parents », *American Journal of Psychiatry*, vol. 126, p. 177-184.
25. BIRD HR. Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *J Child Psychol Psychiatry* 1996, 37 : 35-49

26. Institutionalization of dementia patients living in the community. *International Journal of Psychiatry* 1996, **11**: 15-19.
27. Areán PA, Alvidrez J, Barrera A, Robinson GS, Hicks S (2002) Would older medical patients use psychological services? *Gérontologiste* 42:392-398 doi: 10.1093 /geront / 42.3.392
28. Joukamaa M, Heliövaara M, Knekt P, Aromaa A, Raitasalo R, Lehtinen V (2001) Mental disorders and cause-specific mortality. *Brit J Psychiat* 179:498-502. doi: 10.1192/bjp.179.6.498
29. Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., Floyd, F. J., Pettee, Y., & Hong, J. (2001). Life course impacts of parenting a child with a disability. *American Journal on Mental Retardation*, 106, 282–303.
30. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4^e ed.). Washington, DC.
31. BEARDSLEE, W.R., J. BEMPORAD, M.B. KELLER et G.L. KLERMAN (1983). « Children of Parents with Major Affective Disorders: A Review », *American Journal of Psychiatry*, vol. 140, n^o 7, p. 825-832.
32. Grant, G., & Whittell, B. (2000). Differentiated coping strategies in families with children or adults with intellectual disabilities: The relevance of gender, family composition and the life span. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 13(4), 256-275.
33. Penninx BW, Geerlings SW, Deeg DJ, van Eijk JT, van Tilburg W, Beekman AT (1999) Minor and major depression and the risk of death in older persons. *Arch Gen Psychiat* 56:889-895. doi: 10.1001/archpsyc.56.10.889
34. Crnic, K. A., Friedrich, W. N., & Greenberg, M. T. (1983). Adaptation of families with mentally retarded children: A model of stress, coping and family ecology. *Journal of Mental Deficiency Research*, 88(2), 125-138.
35. Giffin, J. (2008). Family experience of borderline personality disorder. *New Zealand Journal of Family Therapy*, 29(3), 133-138.
36. Beekman AT, Penninx BW, Deeg DJ, de Beurs E, Geerling SW, van Tilburg W (2002) The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiat Scand* 105 :20-27. doi: 10.1034/j.1600-0447.2002.10078.x

37. Lachance, L., Richer, L., Côté, A., & Poulin, J.-R. (2004). *Conciliation travail-famille chez des parents d'enfants ou d'adolescents ayant une déficience intellectuelle*. Rapport de recherche présenté dans le cadre d'une subvention du Ministère de la Famille et de l'Enfance. Chicoutimi : Université du Québec à Chicoutimi, Sciences de l'éducation et psychologie.
38. Unutzer J, Patrick DL, Diehr P, Simon G, Grembowski D, Katon W (2000) Quality adjusted life years in older adults with depressive symptoms and chronic medical disorders. *Int Psychogeriatric* 12:15-33. doi: 10.1017/S1041610200006177
39. Tétreault, S. (1994). Analyse qualitative des difficultés rencontrées par les mères d'enfants ayant une déficience motrice. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 61(2), 102-111.
40. Black SA, Markides KS (1999) Depressive symptoms and mortality in older Mexican Americans. *Ann Epidemiol* 9:45-52
41. Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E. et Buteau, E. (2007). Understanding and engaging families: An education, skills and support program for relatives impacted by borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 69-82.
42. Taanila, A., Kokkonen, J., & Järvelin, M.-R. (1996). The long-term effects of children's early-onset disability on marital relationships. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 38(7), 567-577.
43. Ha, J.-H., Hong, J., Seltzer, M. M., & Greenberg, J. S. (2008). Age and gender differences in the well-being of midlife and aging parents with children with mental health or developmental problems: Report of a national study. *Journal of Health and Social Behavior*, 49(3), 301-316.
44. Floyd, F. J., & Gallagher, E. M. (1997). Parental stress, care demands, and use of support services for school-age children with disabilities and behavior problems. *Family Relations*, 46(4), 359-371.
45. Buteau, E., Dawkins, K. et Hoffman, P. (2008). In their own words: Improving services and hopefulness for families dealing with BPD. *Social Work in Mental Health*, 6(1-2), 203-214.
46. Dunne, E. et Rogers, B. (2013). "It's us that have to deal with it seven days a week": carers and borderline personality disorder. *Community Mental Health Journal*, 49(6), 643- 648. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9556-4>
47. Goodman, M., Patil, U., Triebwasser, J., Hoffman, P., Weinstein, Z. A. et New, A. (2011). Parental burden associated with borderline personality disorder in female offspring. *Journal of personality Disorders*, 25(1), 59-74. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.1.59>

48. Kovess, V. (1982). Les Bailey, R. C. et Grenyer, B. F. (2013). Burden and support needs of carers of persons with borderline personality disorder: a systematic review. *Harvard review of psychiatry*, 21(5), 248-258. <https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e3182a75c2c>
49. Bailey, R. C. et Grenyer, B. F. (2014). Supporting a person with personality disorder: a study of carer burden and well-being. *Journal of personality Disorders*, 28(6), 796-809. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_136
50. Bergeron-Leclerc, C., Morin, M.-H. et Dallaire, B. (2019). *La Pratique du Travail Social en Santé Mentale : Apprendre, Comprendre, S'engager*. Presses de l'Université du Québec. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/uqac-ebooks/detail.action?docID=5791858>
51. DALE P, SIMONOFF E, BISHOP D, ELEY TC, OLIVER B et coll. Genetic influence on language delay in two-year-old children. *Nature Neuroscience* 1998, 1: 324-328.
52. Elkin DG (1999) Introduction to Clinical Psychiatry. Stamford, Appleton & Lange
53. GOULD M, WUNSCH-HITZIG R, DOHRENWEND B. Estimating the prevalence of childhood psychopathology. *J Am Acad Child Psychiatry* 1981, 20: 462-476
54. Indicateurs de santé mentale. Document inédite. Montréal : Centre hospitalier Douglas.
55. https://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_FR_27_08_12.p df
56. Ryan J, Carriere I, Ritchie K, Stewart R, Toulemonde G, Dartigues JF, Tzourio C, Ancelin ML (2008) Late-life depression and mortality: influence of gender and antidepressant use. *Brit J Psychiat* 192:12-18. doi : 10.1192/bjp.bp.107.039164
57. Singhi, P. D., Goyal, L., Pershad, D., Singhi, S., & Walia, B. N. (1990). Psychosocial problems in families of disabled children. *British Journal of Medical Psychology*, 63(2), 173-182.
58. Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., Floyd, F. J., & Hong, J. (2004). Accommodative coping and well-being of midlife parents of children with mental health problems or developmental disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(2), 187-195.
59. Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., Floyd, F. J., & Hong, J. (2004). Accommodative coping and well-being of midlife parents of children with mental health problems or developmental disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(2), 187-195.
60. Scheirs, J. et Bok, S. (2007). Psychological distress in caretakers or relatives of patients with borderline personality disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(3), 195-203.
61. Shiechel, S. (2007). *Effects of cognitive disabilities on family dynamics and functioning*. Thèse de doctorat inédite, St. John's University, United States – New York.

62. Vasiliadis HM, Tempier R, Lesage A, Kates N (2009) General practice and mental health care: determinants of outpatient service use. *Can J Psychiat* 54:468-476
63. school-aged children. *Br J Psychiatry* 1994a, **164** : 69-79
64. VERHULST F, KOOT H. The epidemiology of child and adolescent psychopathology. Oxford University Press, Oxford, UK 1995
65. World Health Organization (1993-1996) International statistical classification of diseases and related health problems (10th revision). Vol. 1-3, Genève
66. Poirier, N. et Vallée-Ouimet, J. (2015). Le parcours des parents et des enfants présentant un TSA. *Santé mentale au Québec*, 40(1), 203-226.
67. Ouedraogo A, Ouedraogo TL, Sanou PT. Troubles psychiques de l'enfant au centre psychiatriques de de Yalgado à Ouagadougou, Burkina Faso. *Psychopath. Afr*, 2017 ; 31 : 333 – 44P.
68. COULIBALY S et al. Insuffisance mentale motrice des enfants dans le service de psychiatrie du C.H.U-Point-G [Mémoire]. Bamako, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako 2003. 67P.
69. Maiga Y et al. Current beliefs and attitudes regarding epilepsy in Mali: a community study. *Elsevier Epilepsy et behavior* 33 (2014) 115-121 [Article in French].

ANNEXES

ANNEXE 1

Formulaire d'information et de consentement concernant la participation

Section 1 : titre du projet de recherche

Faculté de Médecine et d'odontostomatologie (FMOS USTTB).

Service de psychiatrie du CHU Point G

Impact psychosocial des troubles psychiques des enfants sur leurs parents : cas suivis au service
psychiatrique du CHU-Point G.

Section 2 : responsable(s) du projet de recherche

9. Professeur Souleymane COULIBALY

Contact : Téléphone : 76275496/66640127, email : soulamcoul@yahoo.fr

10. Docteur Soma dit Ousmane DIARRA

Contact : Téléphone : 83739612/66950999, email : somadiarra1@gmail.com

Section 3 : Préambule

Nous sollicitons votre participation dans le cadre du projet de recherche de Soma DIARRA, étudiant en spécialisation en psychiatrie. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, comprendre et considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire a pour but de vous expliquer les objectifs du projet de recherche, son déroulement ainsi que les avantages et les inconvénients associés à votre participation. Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiant-chercheur responsable du projet et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair pour vous.

Section 4 : Nature, Objectifs et déroulement du projet de recherche

Sous-section 4.1 : Description du projet de recherche

étudier l'impact psychosocial des troubles psychiques des enfants sur leurs parents au service
psychiatrique du CHU-Point G.

Sous-section 4.2 : Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques socio-démographiques des répondants (couples parents-enfants)
- Déterminer la fréquence des troubles psychiques des enfants parmi les cas pris en charge en charge dans le service de psychiatrie du C.H.U-Point G.
- Décrire les caractéristiques cliniques des troubles psychiques de l'enfant pris en charge au service des répondants.

- Décrire la nature de l'impact psychosocial sur les parents en fonction du diagnostic retenu des enfants.
- Établir le lien entre et le diagnostic retenu des troubles psychiques des enfants et la nature de l'impact psychosocial sur leurs parents.

Sous-section 4.3 : déroulement du projet de recherche

Votre participation à cette recherche vous engage à faire une seule entrevue individuelle semi-dirigée avec Dr DIARRA Soma. Tout au long de cet entretien, vous aurez à répondre à des questions fermées en lien avec les différents objectifs nommés ci-haut. Votre participation à cette recherche ne nécessitera aucune préparation de votre part. L'entretien devrait durer entre 30 et 45 minutes. L'entretien aura lieu dans un local fermé de l'hôpital ou à domicile ou tout autre lieu de sécurité. Il est important de mentionner que votre nom n'apparaîtra sur aucun document dans le but de préserver votre identité.

Vous devrez aussi remplir une fiche signalétique qui comporte des questions sollicitant des renseignements sur vos caractéristiques sociodémographiques (ex. âge, scolarité, occupation principale). Ces questions seront utilisées par l'Étudiant, afin de dresser un portrait global des enquêtés. En aucun cas, ces informations ne permettront de vous identifier dans cette recherche.

Section 5 : avantages, risques ou inconvénients liés au projet de recherche

En fait, le fait d'y participer vous permettra de verbaliser et de ventiler vos sentiments à l'égard de la problématique en question. De plus, vous contribuerez également à l'accroissement des connaissances scientifiques sur le vécu des parents d'un enfant ayant un trouble psychique. Finalement, vous contribuerez aussi au perfectionnement des intervenants qui pourront mieux comprendre votre vécu.

Dans l'état de nos connaissances actuelles, cette recherche ne devrait pas vous causer de préjudice à vous ou aux membres de votre famille. Néanmoins, le fait de raconter votre histoire pourrait susciter des émotions désagréables. Soyez assuré que si vos émotions prennent beaucoup de place durant l'entretien, nous pourrions l'interrompre à tout moment et la reporter à un moment plus opportun. Veuillez prendre note qu'avant de commencer l'entrevue, nous vous fournirons une liste des principales ressources d'aide qui pourront vous être utiles au cas où un inconfort serait ressenti après l'entretien. Nous sommes conscients qu'il n'est jamais facile de parler de nos difficultés, alors c'est pourquoi l'entrevue se fera en une seule rencontre.

Section 6 : participation volontaire et droit de retrait

Veillez prendre note que votre participation à ce projet de recherche est strictement volontaire de votre part. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer et vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à vous justifier, sans qu'il y ait de préjudice à votre égard. Vous avez le droit aussi de refuser de répondre à certaines questions au cours de l'entrevue.

Par contre, si vous décidez de vous retirer après que les données aient été analysées et que les codes des participants aient été détruits, notez bien que les données déjà recueillies à votre sujet ne pourront être détruites puisqu'elles seront désormais rendues anonymes.

Section 7 : consentement du participant pour votre participation :

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement et je comprends suffisamment bien le projet pour que mon consentement soit éclairé. Je suis satisfait(e) des réponses à mes questions et du temps que j'ai eu pour prendre ma décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Je comprends que je suis libre d'accepter de participer et que je pourrai me retirer en tout temps de la recherche si je le désire, sans aucun préjudice ni justification de ma part. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise

Nom et signature du participant

Date

ANNEXE 2

FORMULAIRE DE REMERCIEMENT

Bamako le 2022

Mme/Mr

Objet : Impact psychosocial des troubles psychiques des enfants sur leurs parents : cas suivis au service de psychiatrie du CHU-Point G

Cher(e) M

Au nom du réseau de recherche, DES-Psychiatrie, FMOS USTTB, sur l'impact des troubles psychiques des enfants sur les parents. Nous vous remercions très sincèrement d'avoir accepté de participer à cette étude sur l'impact psychosocial des troubles psychiques des enfants

Comme la personne que vous avez rencontrée vous l'a mentionné, votre participation à cette étude est très importante pour nous. Nous avons effectué une sélection au hasard des participants et participantes. Ainsi les informations que vous nous avez communiquées dans le cadre de cette étude nous aiderons a mieux comprendre les besoins de service de l'ensemble des parents

Par ailleurs je vous rappelle qu'a aucun moment, votre nom ou celui des membres de famille ne seront divulgués. Votre nom a été remplacé par un numéro.

J'espère que vous serez en mesure de continuer à participer aux autres étapes de cette étude dans les prochains mois.

Je vous prie de croire Mme/Mr _____ en l'assurance de nos salutations les meilleurs.

Impact psychosocial des troubles psychiques des enfants sur leurs parents : cas suivis
au service de psychiatrie du CHU-Point G

Pas du tout	1	2	3	4	Totalement
-------------	---	---	---	---	------------

32. Comment se passe une journée typique dans votre vie ?

Mauvais	1	2	4	5	Bon
---------	---	---	---	---	-----

33. Comment voyez-vous l'avenir de votre famille / de vos enfants ?

Mauvais	1	2	4	5	Bon
---------	---	---	---	---	-----

34. Comment ça se passe à l'intérieur de la famille ou de votre couple ?

Mauvais	1	2	4	5	Bon
---------	---	---	---	---	-----

35. Comment avez-vous géré l'annonce du diagnostic de trouble mental de votre enfant ?

Mauvais	1	2	3	4	Bon
---------	---	---	---	---	-----

36. Selon vous, le diagnostic a-t-il aidé ou non à votre état ?

- 1 Oui Non 2 Non

37. Fréquentez-vous des endroits publics avec votre enfant ?

- 1 Oui Non 2 Non

38. Dans quelle mesure le diagnostic de votre enfant a-t-il des conséquences financières dans votre famille ?

- 1 Frais reliés aux traitements 2 Frais reliés à l'enfant
 3 Perte d'emploi

39. Dans quelle mesure avez-vous discuté du diagnostic de votre enfant entre parent / famille ?

- 1 Rigidité
 2 Accommodements
 3 Souplesse

40. Quelles sont vos forces et faiblesses en tant que parent ?

- 1 L'enfant malade
 2 La famille
 3 Autres à préciser _____

41. Avez-vous votre routine familiale ?

- 1 Oui Non 2 Non

42. Avez-vous remarqué des changements au sein de votre famille depuis l'annonce du diagnostic de votre enfant ?

- 1 Routine familiale /organisation de la vie quotidienne
 2 Partage des tâches 3 Relation entre les membres de la fratrie
 4 Relation avec vos enfants 5 Relation avec la famille éloignée

ANNEXE 4

FICHE SIGNALÉTIQUE

PRENOM : Soma dit Ousmane DIARRA

CONTACT : Tel : 00223 83-73-96-12/66-95-09-99, e-mail : somadiarra1@gmail.com

TITRE DU MÉMOIRE : Impact psychosocial des troubles psychiques des enfants sur leurs parents : cas suivis au service de psychiatrie du CHU-Point G

ANNÉE UNIVERSITAIRE : 2021-2022

VILLE DE LA SOUTENANCE : Bamako, **PAYS** d'origine : Mali

LIEU DE DÉPÔT : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie

SECTEUR D'INTERÊT : Service de Psychiatrie du CHU-Point « G »

RESUMÉ

Les troubles psychiques des enfants peuvent avoir des conséquences importantes sur la vie des parents. En effet devant l'ampleur du problème dans le monde, les conséquences sur la vie des parents, l'insuffisance d'études menées sur ce sujet au Mali, les expériences vécues dans le service et dans la vie quotidienne nous a motivé à choisir ce thème.

L'objectif de notre travail était d'étudier l'épidémiologie des troubles psychiques des enfants et leur impact psychosocial sur les parents dans le service de psychiatrie Point G.

Une étude transversale descriptive à collecte rétrospective et prospective des données de Janvier à Décembre 2021. Elle a porté sur les dossiers des enfants admis dans le service de psychiatrie et leur parent. Les données ont été collectées à partir de deux questionnaires (enquête et DSM-4, 1994). L'analyse des données a été effectuée sur SPSS version 21, et l'analyse statistique descriptive par des tableaux croisés.

Cette étude nous avait montré une fréquence hospitalière de 7,48% ;

Par rapport aux caractéristiques socio-démographiques, parmi les enfants malades, 61% étaient des garçons, 72% avaient un âge compris entre 12-17ans. Parmi les parents, 35,8% étaient des mères, 68,6% avaient un âge compris entre 22-42ans, 54,7% étaient non scolarisés contre 45,3% de scolarisés ; 46,7% représentaient des ménagères, 77,4% étaient mariés.

Par rapport aux caractéristiques cliniques des enfants malades, parmi eux, 34,3% avaient comme motif principal de consultation, l'agitation, 34,3% avaient comme diagnostic retenu la comitialité.

Par rapport à l'impact sociale, au sein de la famille, la routine familiale/organisation de la vie quotidienne viennent en première position (55 cas) ; et malgré la stigmatisation la plupart des

Impact psychosocial des troubles psychiques des enfants sur leurs parents : cas suivis au service de psychiatrie du CHU-Point G

parents enquêtés fréquentaient les endroits publics avec leur enfant environ (117 cas). ; les frais liés au traitement viennent en première position (91 cas).

Par rapport à l'impact psychologique, la majorité des parents enquêtés 56,2% avaient évoqué comme plainte les maux de tête, 72,3% estimaient être de très mauvais état après la maladie ; environ 58,4% des cas avaient souligné une très forte charge émotionnelle par rapport à ceux ayant leur existence fortement affectée après la maladie constituaient environ 51,1% des cas.

Par rapport à l'impact psychopathologique : la dépression a été la principale détresse psychologique chez 70,1% des parents enquêtés.

Par rapport aux types de lien en corrélation avec le diagnostic de l'enfant en fonction de la nature de l'impact psychosocial, la comitialité a été la plus représentée (n=27) avec un lien avec la dépression (n=27) et l'anxiété (n=20), la psychose aiguë avec un lien avec la manie (n=2), l'autisme aux frais liés à l'entretien de l'enfant.

En conséquence ces résultats témoignent de l'importance pour les professionnels de prendre en compte les parents lors des interventions réalisées auprès de ces derniers et de les faire participer aux différentes décisions et stratégies. Cependant des études populationnelles et l'identification de tous les facteurs associés à la nature de la détresse psychologiques des parents doivent être entreprises.

Mots clés : Impact psychosocial, Troubles psychiques des enfants, profil, CHU-Point G

ANNEXE 5

Liste des symptômes de détresse psychologique :

11. Dépression majeure et mineure² (présence obligatoire du symptôme 1 et/ou 2 pour explorer la présence des symptômes 3 à 9)

1. Humeur dépressive présenté pratiquement toute la journée, presque tous les jours
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours
3. Perte ou gain de poids en l'absence de régime
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive presque tous les jours
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se rappeler ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours
9. Pensées de mort récurrentes

12. Dépression sous-clinique³ (absence du symptôme 1 et/ou 2 pour explorer la présence des symptômes 10 à 16)

10. Diminution ou augmentation de l'appétit
11. Insomnie ou hypersomnie
12. Agitation ou ralentissement psychomoteur
13. Fatigue ou perte d'énergie
14. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive
15. Diminution de l'aptitude à penser ou à se rappeler ou à se concentrer ou indécision
16. Pensées de mort récurrentes

² Symptômes présents pendant au moins deux semaines consécutives.

³ Symptômes présents pendant une période d'au moins six mois.

13. MANIE :

17. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur
18. Réduction du besoin de sommeil
19. Désir de parler constamment
20. Sensations subjectives que les pensées défilent
21. Distractibilité
22. Augmentation de l'activité orientée vers un but ou agitation psychomotrice (non orienté)
23. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (achats inconsidérés)

Humeur expansive et persistante la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins une semaine.

14. Phobie spécifique :

Peur persistante et intense à caractère irraisonné ou bien excessive :

24. de certains animaux
25. des tempêtes, des orages, des éclairs ou du tonnerre
26. des hauteurs
27. d'être dans l'eau (comme un lac, une piscine ou la mer)
28. de voir du sang ou de voir quelqu'un de blessé
29. de recevoir une piqûre ou une injection
30. d'être en présence de gens malades
31. d'être en métro, en autobus ou en train
32. des ascenseurs
33. d'être en avion
34. des petits espaces

15. Phobie sociale (anxiété sociale) :

Peur persistante et intense :

35. de commencer ou poursuivre une conversation
36. de parler à ses professeurs, à son patron ou à d'autres personnes en position d'autorité
37. de parler en public ou de répondre aux questions lors de réunions
38. de manger ou de boire en public
39. de parler à des gens qu'on ne connaît pas bien
40. d'aller à des soirées ou à des réceptions
41. d'écrire lorsque quelqu'un qui nous regarde

Peur anxieuse, évitement présents pendant une période d'au moins six mois.

16. Agoraphobie :

Peur intense

42. de voyager seul ou d'être seul, loin de chez soi
43. d'être dans une foule
44. d'attendre en ligne dans un lieu public
45. d'être sur un pont ou dans un tunnel ou à un autre endroit où il y a une grande distance entre les sorties
46. de voyager en autobus, en train ou en métro
47. d'être dans un ascenseur
48. d'être dans un grand magasin, un centre commercial ou un supermarché
49. d'être dans un cinéma, une salle de concert, un auditorium ou une église
50. d'être dans un grand espace ouvert, une grande rue ou un boulevard

17. Trouble panique :

51. Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque
52. Transpiration
53. Tremblements ou secousses musculaires
54. Sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement
55. Sensation d'étranglement
56. Douleur ou gêne thoracique
57. Nausée ou gêne abdominal
58. Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement
59. Déréalisation (sentiments d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi)
60. Peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou
61. Peur de mourir
62. Sensations d'engourdissement ou de picotements (paresthésies)
63. Frissons ou bouffées de chaleur

N.B. : La montée brusque peut survenir durant un état de calme ou d'anxiété.

18. Trouble obsessionnel-compulsif (toc) :

- **Obsessions :**

64. Pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes

- **Compulsions :**

65. Comportements répétitifs

66. Sentiment de devoir suivre un ordre précis et de recommencer si l'ordre n'est pas respecté

67. Sentiment de devoir compter quelque chose à répétition ou toucher à quelque chose sans pouvoir s'en empêcher

68. Sentiment de devoir répéter mot à mot une phrase, une expression ou une prière et d'être obligé de recommencer en cas d'erreur

19. Trouble anxiété généralisée⁴ (TAG)

69. Anxiété et soucis excessifs

70. Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout

71. Fatigabilité

72. Difficultés de concentration ou trous de mémoire

73. Irritabilité

74. Tension musculaire

75. Perturbation du sommeil

76. Pleurs fréquents

77. Perte d'espoir

78. Perte d'estime de soi

79. Hypervigilance

Source: American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5^e ed.). Washington, DC.

⁴ **symptômes présents pendant une période d'un mois ou plus.**

ANNEXE 6

LISTE DES PROBLÈMES CHRONIQUES DE SANTÉ PHYSIQUE

1. Pression artérielle
2. Arthrite ou rhumatismes
3. Maladie du cœur (problème cardiaque ou attaque)
4. Maladie de l'œil (glaucome, cataracte)
5. Sérieux maux de dos ou de la colonne vertébrale (problèmes répétés)
6. Troubles digestifs fonctionnels ou ulcères d'estomac, gastriques, duodénaux
7. Goitre ou trouble de la thyroïde (troubles du système endocrinien)
8. Autre trouble du métabolisme (carence en vitamine B12)
9. Diabète
10. Anémie
11. Hypercholestérolémie
12. Asthme, emphysème ou bronchite chronique, toux persistante
13. Maladie du foie
14. Maladie du rein ou problème urinaire (prostate)
15. Maladie de la peau ou allergies cutanées
16. Migraine ou maux de tête fréquents

Source : Organisation mondiale de la santé. (1993-1996) Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10 10^e révision). Volumes 1 à 3, Genève.