

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS  
SECONDAIRE, SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO  
**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE  
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**



Année Universitaire : 2008 - 2009  
N°...../

*Thèse*

# **ETUDE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES CHEZ LES EMIGRES DANS LE SERVICE DE PSYCHIATRIE DU CHU POINT « G »**

Présentée et soutenue publiquement le ..... / ...../2009  
devant le jury de la faculté de Médecine, de Pharmacie et  
d'Odonto-Stomatologie

**Par : Mr. Zoua KAMATE**

**Pour obtenir le grade de docteur en médecine  
(DIPLÔME D'ETAT).**

**JURY :**

**Président du jury :** Professeur Sidi Yaya SIMAGA

**Membres du jury :** Professeur Mamadou Sounalo TRAORE

Docteur Modibo SISSOKO

**Directeur de thèse :** Professeur Bakoroba COULIBALY

# DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail à :

Mes parents feu **Niani KAMATE** et feu **Sanihan Geneviève  
DIASSANA**

Chers parents, je me rappelle très peu de vos physionomies tant notre séparation a été précoce ; je suis fier d'être votre fils ; l'amour et l'affection que vous m'avez donnée depuis ma tendre enfance ont orienté ma vie quotidienne ; le présent travail est une marque d'amour pour vous, reposez en paix.

Mes grands parents feu **Niko KAMATE** et feu **Zoungoumalo MOUNKORO**

Vous m'avez façonné en me faisant prendre conscience du caractère sacré de la personne humaine et de la réussite par le travail bien fait ; c'est aujourd'hui que je comprends pourquoi votre éducation a été stricte ; dormez en paix.

Mon oncle **Tikanou Laurent KAMATE** et ma tante **Zasso DIARRA**

Je ne saurais vous remercier pour tous les biens que vous m'avez fait, merci

Mon oncle **Jean Pierre COULIBALY**

Votre affection et l'intérêt que vous m'avez porté m'ont rendu un service inoubliable.

Mon logeur **Mamadou Keita** et ma nourrice **Sitan DOUMBIA**

Votre patience et votre humanisme ont été un apport considérable

Mes Parents Madame **LECHEVALLIER Marie France** Présidente de l'Association Femmes Co développement Sud Nord (FCSN),

Votre amour pour moi, a permis de m'affirmer désormais dans la société et d'être utile pour les autres. Monsieur **Paul LECHEVALLIER** Votre persévérance malgré les embûches et les chaudrons, votre vision civilisée des situations sociétales vos conseils pratiques sont des vertus qui font de vous un père modèle, j'aimerais être comme vous, votre cheminement paisible, si doux si dorlotant à mes cotés a permis d'arriver à ce jour mémorial.

Monsieur l'**Abbé Michel GAUDICHE**, votre attention particulière aux préoccupations des autres et votre amour du prochain sont des preuves que vous êtes un homme bien. Que le Seigneur vous protège.

Mes remerciements à :

**Dieu** pour m'avoir permis de mener à terme ce modeste travail

Madame **Sylvie GALERE** Vice présidente de l'Association femme co-développement sud - nord (FCSN)

Madame **Simone THOLLON** Trésorière de (FCSN)

Madame **Claudette BARDOU**

Madame **Brigitte JOSLIN**

Madame **Ginette DRIEU**

Monsieur **Laurent LETERRIER** Pilote à Air France

Monsieur **Dominique LEBREDONCHELLE**

Monsieur **LEPY**, Pharmacien

Monsieur **Békaye HAIDARA** de l'Office des Migrations Internationales

Monsieur **Amadou SAMAKE** de Teriyabougou

Monsieur **Elie DIARRA**

Monsieur **Janvier DIARRA**

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi

A tous les membres de l'Association Femme co-développement Sud Nord (FCSN)

A la Paroisse Sainte Monique de Badalabougou et à la Congrégation des Frères du Sacré cœur de Bamako

Merci pour l'aide spirituelle, ce travail est vôtre

A tout le personnel du CHU Point « G »

A tout le staff médical du service de psychiatrie, notamment :

**Professeur Baba KOUMARE**, chef du service, **Professeur Colonel Bou DIAKITE**, **Professeur Bakoroba COULIBALY**, **Docteur Modibo SISSOKO**, **Docteur Arouna TOGORA**, **Docteur Joseph TRAORE**

Vos enseignements de qualité exceptionnelle et vos esprits d'ouverture ont permis d'aboutir à ce jour carrefour.

A tous les assistants médicaux du service de psychiatrie

A toutes les assistantes médicales du service de psychiatrie

A tous les techniciens de surface

A tous les étudiants hospitaliers faisant fonction d'interne

Au bout de la persévérance se trouve la quiétude

**HOMMAGES  
PARTICULIERS  
AUX HONORABLES  
MEMBRES DU  
JURY**

A notre Maître et Président du jury **Professeur Sidi Yaya SIMAGA**  
Professeur Honoraire de Santé Publique,  
**Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé,**

**Cher Maître et père**

Votre disponibilité et votre patience sont peu communes.

Durant notre formation à la faculté, nous avons apprécié la densité et la clarté de votre enseignement.

Votre rigueur scientifique et pédagogique, vos qualités humaines font de vous un Maître admiré, le père de tous les étudiants.

Veillez agréer en cette occasion solennelle, cher Maître, l'expression de notre considération.

A Maître et juge **Professeur Mamadou Souncalo TRAORE**

Maître de conférences en Santé Publique à la FMPOS

**Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé**

La spontanéité de votre accueil, l'amour du travail bien fait font de vous une référence ; recevez cher Maître l'expression de notre attachement.

A notre Maître et juge **Docteur Modibo SISSOKO**

Psychiatre au CHU Point « G »

Maître Assistant à la FMPOS

Votre attachement à vos malades et vos qualités d'encadreur font de vous un homme admirable

Votre participation ne fera que rehausser la valeur scientifique de ce travail

A Maître et directeur de thèse **Professeur Bakoroba COULIBALY**

Psychiatre au CHU Point « G »

Maître de Conférences à la FMPOS

Je ne saurai exprimer par des simples mots ce que je ressens pour vous ; j'espère seulement être digne de la confiance que vous m'avez placée en me confiant ce travail

Que Dieu vous donne encore longue vie pour que les générations futures puissent s'enrichir de vos expériences.

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CIC** : Citoyenneté Internationale Canada

**CIM** : Classification Statistique Internationale des Maladies

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

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

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

**EPH** : Etablissement Public Hospitalier

**FMPOS** : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

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

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

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONU** : Organisation des Nations Unies

**RCI** : République de Cote d'Ivoire

**USA** : United States of America

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

## SOMMAIRE

<b>I INTRODUCTION.....</b>	<b>2</b>
<b>II - OBJECTIFS.....</b>	<b>4</b>
<b>III - GENERALITES.....</b>	<b>5</b>
<b>IV - METHODOLOGIE.....</b>	<b>16</b>
<b>V - RESULTATS.....</b>	<b>25</b>
<b>VI - COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....</b>	<b>36</b>
<b>VII - CONCLUSION.....</b>	<b>43</b>
<b>VIII - RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>44</b>
<b>IX - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>46</b>
<b>X - ANNEXES.....</b>	<b>56</b>

# **INTRODUCTION**

## **I - INTRODUCTION**

Les troubles mentaux, d'après l'OMS constituent un problème de santé publique de plus en plus répandu dans le monde. Selon l'OMS ces troubles toucheraient dans la population générale plus de 20% des personnes au cours de leur vie [1].

De nombreux travaux réalisés dans divers pays, en démontrant que la migration peut avoir des effets néfastes sur la santé mentale des émigrés et les candidats à l'émigration, ont tenté d'apporter des ébauches de solution à ces questions ; c'est ainsi que :

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

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

Au Canada en 2002 Joliette, Minh Lan Tran [10] a trouvé que 84% des migrants étaient des utilisateurs réels et/ou potentiels des services de santé mentale. Par ailleurs en 2007, un groupe de chercheurs Canadiens

dans une étude intitulée « Santé mentale des demandeurs d'asile et des réfugiés de l'Afrique au sud du Sahara, infectés par le VIH » [11]

ont trouvé que la dépression et le stress post traumatique sont courants chez les personnes réfugiées et les demandeurs d'asile de l'Afrique sub-saharienne infectés par le VIH. En Afrique du sud, en 2007, on estimait à 48% la fréquence des troubles psychiatriques chez les immigrés infectés par la VIH.

Au Mali, Oulalé en 1982 [12] a fait une ébauche des conséquences néfastes de l'émigration sur la santé mentale des migrants.

De 1982 à nos jours, l'émigration est devenue de plus en plus difficile, comportant de plus en plus des conséquences graves, surtout pour ceux qui s'y engagent dans la clandestinité. Ces conséquences pour ceux qui parviennent à rentrer dans leurs pays rêvés, vont des emprisonnements dans les pays qui étaient cependant supposés être l'eldorado, aux reconduites à la frontière, et aux rapatriements forcés, parfois même sous escortes policières, le tout engendrant des humiliations pour les personnes concernées et leurs familles en particulier et leurs pays d'origine en général.

Pour ceux qui ne sont pas encore rentrés et qui cherchent à rentrer toujours de façon clandestine, ces conséquences sont plus catastrophiques avec leur cortège de perte en vies humaines parmi les jeunes, à travers les mers et les déserts qui sont les voies les plus empruntés et de traumatisme psychique pour ceux qui échappent à la mort.

Quelle serait la part des effets de l'immigration dans la survenue de ces troubles psychiatriques ?

Qu'elles sont les entités nosographiques les plus fréquemment provoquées par les effets de l'immigration ?

Ce travail a été initié en visant les objectifs suivants.

## **II - OBJECTIFS**

### **Objectif général :**

Etudier les troubles psychiatriques chez les émigrés rentrants au pays

### **Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence des hospitalisations des patients.
- Décrire les caractéristiques socio démographiques des patients.
- Analyser les facteurs évoqués ayant entraîné les troubles psychiatriques chez les patients.
- Décrire les différents tableaux nosographiques.
- Décrire le circuit thérapeutique suivi par les patients.
- Rechercher les liaisons entre les raisons de survenue des pathologies et certains paramètres (statut matrimonial, tranches d'âge, statut administratif).

### **III - GENERALITES :**

#### **1 - Définition :**

L'émigration, est le fait de quitter son pays pour aller s'établir dans un autre. Le fait de migrer, d'après TOUSIGNANT [5], est l'une des transitions les plus radicales au cours d'une vie ; l'environnement habituel et les expériences marquantes de la petite enfance sont abandonnés au profit d'un espoir encore à combler. C'est un phénomène qui peut avoir des effets néfastes sur la santé mentale et provoquer des troubles psychiques.

#### **2 - Les mouvements migratoires :**

Il existe deux (2) sortes de mouvements migratoires :

- Les mouvements internes des campagnes vers les villes entraînant des modifications structurelles des familles d'accueil.
- Les mouvements externes, mettant en contact des populations d'origines géographiques de plus en plus éloignées.

Selon FASSIN D [13], ces mouvements migratoires, exposent à trois (3) types d'affections qui sont :

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

#### **3 - Les troubles de l'adaptation :**

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

#### **4 - Les troubles psychiatriques liés à la migration :**

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

#### **I - Tableaux cliniques des troubles psychiatriques chez les migrants :**

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

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

- les changements de comportement.

### **Pour les syndromes aigus il s'agit :**

#### **a) des états dépressifs aigus :**

Ils sont caractérisés par :

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

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

#### **b) des états délirants aigus :**

Ils correspondent aux bouffées délirantes polymorphes observées à l'ordinaire. Ils se rapprochent souvent de la description clinique de la paranoïa de Kraepelin ou du délire sensitif de Kretschmer, mais se distinguent de ces deux diagnostics par leur tonalité anxieuse et agitée, menant parfois jusqu'au suicide ou à l'homicide. Les idées délirantes sont rarement organisées en un véritable système et sont

fréquemment en rapport avec l'histoire vécue. Les cénesthopathies peuvent être quelquefois le point de départ d'interprétations délirantes. Ces états délirants peuvent, parfois, être accompagnés d'hallucinations et de troubles de l'orientation dans le temps et l'espace.

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

### **c) des états confuso-oniriques :**

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

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

Tous ces syndromes aigus ont en commun leur disparition rapide et le fait que leurs rechutes sont exceptionnelles. Leur déclin va en général de pair avec l'abolition de la situation particulière déclenchante, il a

lieu après le rapatriement, à la fin de l'isolation linguistique ou l'intégration réussie dans le nouveau milieu.

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

**Pour les syndromes chroniques, il s'agit:**

**a) des états dépressifs de longue durée :**

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

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

**b) des états délirants chroniques :**

Ils correspondent au tableau clinique de la paranoïa de Kraepelin.

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

permet une différenciation entre ces états chez les migrants et chez les autochtones, leur fréquence seule semble plus élevée chez les migrants.

### **c) des changements de comportement :**

Ils sont constitués d'éléments classés par beaucoup d'auteurs comme « psychopathiques ». Il s'agit d'une part de changement de caractère au profit d'un comportement plus agressif quelque fois criminel sur le plan de la relation entre les sexes amenant souvent à la promiscuité ou la prostitution. Ces attitudes asociales ressemblent au caractère schizoïde avec souvent une apparence bizarre qui ne favorise pas des possibilités de prise de contact stable avec d'autres personnes. Si l'alcoolisme est un symptôme concomitant des « psychopathes asociaux », on peut également le retrouver chez les migrants affectés par d'autres syndromes décrits plus haut ou chez ceux qui ne montrent pas de symptômes permettant leur classement dans un groupe précis. Après avoir passé en revue les tableaux cliniques les plus frappants pour les auteurs ayant traité des migrants de toutes catégories, on en déduit que leur spécificité syndromique est faible voire même inexistante lorsqu'on considère chaque syndrome séparément.

## **II - Psychopathologies propres à certains groupes de migrants :**

### **1 - La migration externe :**

#### **- Les émigrants :**

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

La symptomatologie semble également être déterminée par les facteurs ethniques et sociologiques du milieu d'origine, les migrants de

culture moins touchée par le monde occidentale, manifestent plus souvent des doléances somatiques, des états apathiques ou des contenus plus imprégnés d'une religiosité magique.

### **- Les travailleurs étrangers :**

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

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

### **2 - La migration interne :**

Lors de la migration vers la ville, les ressortissants des régions où les conditions de vie sont les plus arriérées et les traditions les plus rigides se montrent plus vulnérables. Ceux qui arrivent seuls sont plus facilement atteints que ceux qui arrivent en groupes. Le tableau clinique comporte des dépressions qui apparaissent et disparaissent

subitement, des troubles neurovégétatifs et psychosomatiques, une délinquance juvénile et des troubles émotionnels qui sont fréquents chez les mariés.

Chez les personnes déplacées, on observe surtout des réactions cénesthopathiques se dessinant sur un fond de dépression et d'anxiété diffuse, quelquefois accompagnées d'idées délirantes en étroite relation avec les expériences vécues. Certains auteurs trouvent que les difficultés de logement et l'impossibilité de regagner le niveau de vie antérieur, ont un rôle pathogène important. On peut trouver aussi des symptômes hystériques et des contenus magiques plus fréquents lorsque le milieu d'origine est plus primitif.

### **3 - Les réfugiés :**

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

chez certains au moment de la sortie du camp alors qu'ils apparaissent chez d'autres à ce moment.

### **III - Les systèmes de classification des troubles mentaux:**

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

- DMS-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) [18], qui est l'œuvre de l'association américaine de psychiatrie, il existe une traduction en français.
- INSERM (Institut National de la santé et de la recherche médicale) [19], il est une classification typiquement française s'appuyant sur des données psychopathologiques.
- CIM-10-CA [20] : c'est la classification statistique internationale des maladies et les problèmes de santé connexes dixième révision, version Canada. Elle a été développée par l'institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Elle repose sur la CIM10 [21] de l'organisation mondiale de la santé (OMS).

La dernière classification différencie :

#### **1 - L'état de stress post traumatique :**

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposant, tels que certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée d'événement traumatique, dans les souvenirs (« flash-back »), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte

durable « d'anesthésie psychique », d'émoussement, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement et d'évitement des activités pouvant réveiller le souvenir traumatique. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'hyper éveil neurovégétatif, avec hyper vigilance, état de « qui vive » et insomnie. Ils sont fréquemment associés à une anxiété, une dépression ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut avoir une évolution chronique, durer de nombreuses années et entraîner une modification durable de la personnalité.

## **2 - La schizophrénie :**

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

précèdent les symptômes schizophréniques. Par ailleurs, on ne doit pas porter le diagnostic de schizophrénie quand il existe une atteinte cérébrale manifeste ou une intoxication par une drogue. Des troubles semblables peuvent apparaître au cours d'une épilepsie ou d'une affection cérébrale.

### **3 - Trouble affectif bipolaire :**

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

# **METHOLOGIE**

## **IV - METHODOLOGIE**

### **1 - Cadre de l'étude :**

Cette étude a eu lieu dans le service de psychiatre du CHU du point G. C'est un service qui reçoit en majorité des adultes, les enfants y sont de plus en plus reçus avec la présence récente d'un pédopsychiatre.

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

#### **Historique :**

#### **Présentation du CHU du Point « G » :**

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

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

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

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

#### **Situation géographique :**

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

### **Statut juridique :**

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

### **Missions :**

Le CHU du Point « G » a pour missions d'assurer :

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

### **Organisation et fonctionnement :**

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

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

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

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

Il est composé de 19 membres :

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

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

### **La Direction Générale :**

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

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

### **Le comité de direction :**

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

### **Les organes consultatifs :**

#### **Commission Médicale d'Etablissement :**

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

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

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

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

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

Ce sont :

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

- la direction,
- le Secrétariat Général,
- la Comptabilité,
- le Contrôle financier,
- le Bureau des entrées,
- le Service social.
- le Service informatique,
- le Service des Statistiques
- le service de maintenance,

**les services techniques :** composé de :

- le service d'anesthésie, de réanimation et des urgences
- le service de chirurgie avec la chirurgie A et la chirurgie B, la gynéco obstétrique, l'urologie et la coeliochirurgie ;
- le service d'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 avec la Cardiologie A et la Cardiologie B
- le service des maladies infectieuses,
- le service de pneumo-phtisiologie,
- le service de psychiatrie,
- le service d'imagerie médicale et de médecine nucléaire,
- le laboratoire,
- la pharmacie hospitalière,
- la buanderie,
- la cuisine,
- la cafétéria,
- le restaurant pour le service,
- la morgue.

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

C'est le 1<sup>er</sup> service de psychiatrie et le 3<sup>ème</sup> niveau de référence au Mali. Les bâtiments sont situés au nord-ouest dans la cours de l'hôpital jusqu'au fond.

### **Description du service :**

#### **➤ les bâtiments :**

Schématiquement on distingue :

**La cours grillagée ou « ancien service » :** c'est le 1<sup>er</sup> bloc et la première construction du service remontant au temps colonial, située à l'entrée du service au sud-ouest, en regard du service de la cardiologie « B ». Elle a une capacité de vingt (20) malades.

**Le bloc administratif :** jouxte la cours grillagée au nord-est, il est subdivisé en 2 parties :

- **le bloc des « fonctionnaires » hommes :** composé de bureaux pour l'administration, de chambres d'isolement qui sont au nombre de quatre (4) et de grandes salles d'hospitalisation généralement pour les malades chroniques abandonnés par leurs familles et certains malades de la file active pour manque de chambres ou parce que les parents ont choisi de rester en grande salle pour des raisons financières ou autres. Ce bloc a une capacité de 44 lits d'hospitalisations.
- **le bloc des « fonctionnaires » femmes :** il est composé de bureaux pour l'administration et de grandes salles pour les malades femmes. Ces salles ont une capacité de 10 lits. Devant ces salles se trouve une grande terrasse où se déroulent des séances de Kotéba, une technique originale de traitement pour le service.

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

**La cafeteria du service :** situé entre la cours grillagée, le terrain de sport du service, et le bloc des cases.

**Le terrain de sport :** situé entre la cafeteria et le service de Pneumophtisiologie.

➤ **Le personnel :**

Il est composé :

- d'un (1) professeur titulaire de Psychiatrie
- de deux (2) maîtres de conférences
- de trois (3) maîtres assistants dont un psychologue clinicien
- d'un (1) médecin généraliste
- de douze (12) assistants médicaux spécialisés en psychiatrie
- d'un technicien de santé
- d'une infirmière auxiliaire
- d'un technicien de développement communautaire (assistant social)
- de trois (3) techniciens de surface
- de trois (3) agents de sécurité
- des étudiants hospitaliers faisant fonction d'interne
- des étudiants stagiaires en médecine
- et des étudiants stagiaires des différentes écoles de santé et de l'INFSS ( Institut National de Formation en Sciences de la Santé).

Un groupe d'animateurs en art dramatique, contractuel, vient une fois dans la semaine, faire du « kotèba » sous l'égide du psychologue.

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

Le service fonctionne sur le mode de la « psychiatrie communautaire » et il mène :

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

Tous les jours la garde est assurée par une équipe constituée d'un médecin, d'un assistant médical, d'un technicien de surface, d'un

agent de sécurité et d'un étudiant hospitalier faisant fonction d'interne.

Une visite hebdomadaire aux malades, est effectuée par l'ensemble du personnel médical et paramédical.

Le « kotèba » qui est une mise en scène théâtrale, est organisé sous l'égide du psychologue, en présence du personnel, des malades et leurs parents. Il y a le kotèba ouvert hebdomadaire ouvert à tout le monde : malades, parents des malades, soignants et les visiteurs ; et le kotèba fermé organisé avec un seul malade et ses parents.

## **2 -Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive.

## **3 - La période de l'étude :**

L'étude a couvert la période Janvier 1998 à Décembre 2007

## **4 - Population d'étude :**

- Migrants reçus dans le service
- Migrants maliens revenus malades mentaux et hospitalisés pendant la période d'étude

## **5 - Echantillonnage :**

### **Critères d'inclusion :**

- Migrants revenus malades hospitalisés dans le service
- Migrants dont les troubles ont commencé à l'extérieur du Mali

### **Critères de non inclusion :**

- Migrants dont les troubles ont commencé au Mali
- Migrants avec dossiers non exploitables

### **Collecte des données :**

Les dossiers ont été recueillies à partir d'un questionnaire dont un exemplaire est porté en annexe

### **Traitement informatique :**

Il a été effectué en utilisant le logiciel SPSS 12.0

# RESULTATS

### **I - Fréquence des hospitalisations des patients :**

Pendant la période d'étude 3105 patients ont été hospitalisés dans le service de psychiatrie dont 359 étaient des migrants revenus malades soit une fréquence de 11,5%

### **II - Caractéristiques socio démographiques des patients**

**Tableau I : Répartition des patients selon les tranches d'âge (en année)**

Tranches d'âge	Effectifs Absolus	Pourcentage
27-37	170	47,4
16 - 26	92	25,6
38 - 48	66	18,4
49 - 59	14	4,0
60 - 70	7	1,9
≤ 15	7	1,9
> 70	3	0,8
<b>Total</b>	<b>359</b>	<b>100,0</b>

La tranche d'âge de 27 - 37 ans était la plus représentée avec 47,4% des cas

**Tableau II : Répartition des patients selon la profession exercée**

Profession	Effectifs Absolus	Pourcentage
Commerçant	91	25,3
Agriculteur	87	24,2
Artisan ouvrier	71	20,0
Sans profession	40	11,1
Non précisés	24	6,7
Ménagère	22	6,1
Elève Etudiant	12	3,3
Enseignant	5	1,4
Autres	4	1,1
Corps d'armes	3	0,8
<b>Total</b>	<b>359</b>	<b>100,0</b>

Autres = Informaticien programmeur, Pharmacien, avocats, comptable

Les commerçants avec 25,3% des cas ont été les plus représentés

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

S. matrimonial	Effectifs Absolus	Pourcentage
<b>Célibataire</b>	<b>181</b>	<b>50,4</b>
Marié	109	30,4

Divorcé	38	10,6
Non Précisés	24	6,7
Veuf	7	1,9
<b>Total</b>	<b>359</b>	<b>100,0</b>

La majorité des patients étaient célibataires ; ils représentaient 50,4 % des cas

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

Scolarisation	Effectifs Absolus	Pourcentage
Non scolarisé	178	49,6
Fondamental	107	29,8
Secondaire	37	10,3
Non Précisés	22	5,8
Supérieur	15	4,5
Total	359	100,0

Près de 50% des patients n'avaient pas été à l'école et 29,8% n'avaient pas dépassé le niveau fondamental

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

Ethnie	Effectifs Absolus	Pourcentages
Soninké	121	33,7
Bamana	71	19,8
Malinké	53	14,8
Peulh	33	9,2
Khassonké	14	3,9
Minianka	10	2,8
Kakolo	8	2,5
Dogon	8	2,2
Autres	8	2,2
Sonrhäi	7	1,9
Diawando	7	1,9
Touareg	6	1,7
Sénoufo	5	1,4
Tamashek	5	1,4
Maure	2	0,6
Total	359	100,0

Autres\* = Bobos, Bozos,

Les 3 ethnies les plus représentées étaient les Soninkés les Bambara et les Malinkés avec respectivement 33,7%, 19,8% et 14,8% des cas.

**Tableau VI: Répartition des patients selon les raisons de l'émigration**

Raisons de l'émigration	Effectifs	Pourcentages
<b>Difficultés socio économiques</b>	<b>267</b>	<b>74,4</b>
<b>Suivie de famille</b>	<b>51</b>	<b>14,2</b>
<b>Non précisés</b>	<b>21</b>	<b>5,8</b>
<b>Manque de travail</b>	<b>11</b>	<b>3,1</b>
<b>Etudes</b>	<b>6</b>	<b>1,7</b>
<b>Désir de vivre dans la région</b>	<b>3</b>	<b>0,8</b>
<b>Total</b>	<b>359</b>	<b>100,0</b>

La principale raison d'émigration évoquée par les patients était les difficultés socio économiques dans 74,4 % des cas, le rapprochement familial était la 2<sup>ème</sup> raison avec 14,2%

**Tableau VII : Répartition des patients selon les habitudes exo- toxiques dans les pays d'immigration**

Habitudes exo toxiques	Effectifs Absolus	Pourcentage
Néant	238	66,3
<b>Cannabis</b>	<b>71</b>	<b>19,8</b>
<b>Non précisés</b>	<b>17</b>	<b>4,7</b>
poly toxiques	14	3,9
Alcool	7	2,0

Cocaïne	5	1,4
Autres	4	1,1
<b>Héroïne</b>	<b>3</b>	<b>0,8</b>
Total	359	100,0

Plus de 66% de nos patients ne prenaient aucun toxique, près de 1/5 ont déclaré avoir fumé du cannabis.

### **Tableau VIII : Répartition des patients selon les pays d'immigration**

Pays d'émigration	Effectifs Absolus	Pourcentage
RCI	89	24,8
France	41	11,4
Mauritanie	31	8,7
Autres	29	8,1
Libye	27	7,5
Maroc	19	5,3
Gabon	19	5,3
Congo Brazzaville	17	4,7
Congo Kinshasa	16	4,5
Espagne	12	3,3
Sénégal	8	2,2
Niger	8	2,2
Nigeria	8	2,2
Cameroun	6	1,7
Serra Leone	5	1,4
Tunisie	5	1,4
Gambie	5	1,4
Italie	5	1,4
Algérie	5	1,4
Chine	4	1,1
Total	359	100,0

Autres\* =Burkina Faso, Belgique, Canada, Guinée Konakry, Guinée Equatoriale, Guinée Bissau Ghana, Suisse, Thaïlande et USA

Les 3 principales destinations des patients étaient la Cote d'Ivoire, la France et la Mauritanie avec respectivement 24,8%, 11,4% et 8,7%

### **Tableau IX : Répartition des patients selon la situation administrative**

<b>Situation administrative</b>	<b>Effectifs absolus</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Irréguliers</b>	<b>162</b>	<b>45</b>
<b>Réguliers</b>	<b>101</b>	<b>28</b>
<b>Non précisés</b>	<b>53</b>	<b>15</b>
<b>Descendant d'émigré</b>	<b>25</b>	<b>7</b>
<b>Réfugié</b>	<b>18</b>	<b>5</b>
<b>Total</b>	<b>359</b>	<b>100</b>

La majorité de nos patients, 45% ont été en situation administrative irrégulière, 7% ont été des descendants d'émigrés et 15% n'avaient pas de statut précis.

### **Tableau X : Répartition des patients selon les facteurs évoqués**

<b>Facteurs favorisants évoqués</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages</b>
Difficulté d'insertion	88	24,5
Expulsion	50	14,0
Incarcération	40	11,1
Manque de travail	35	9,7
Problèmes familiaux	34	9,5
Rapatriement	30	8,4
Perte de biens	28	7,8
Toxicomanie	19	5,3

Facteurs somatiques	11	3,1
Mauvais sort	9	2,5
Problèmes de logement	8	2,2
Non précisés	4	1,1
Barrière linguistique	3	0,8
Total	359	100,0

Les 3 facteurs favorisants qui ont été les plus évoqués sont les difficultés d'insertion, avec 24,5 % des cas, les expulsions avec 14% et les incarcérations avec 11,1%

### **Tableau XI : Répartition des patients selon les motifs du retour au pays**

Motifs du retour	Effectifs Absolus	Pourcentage
Soins traditionnels	211	58,8
Rapatriement	68	19
Non précisés	32	9
Soins conventionnels	20	5
Fuite d'événement	15	4,2
Evacuation sanitaire	13	3,0
Total	359	100,0

Le motif du retour, le plus fréquemment évoqué a été pour recevoir les soins traditionnels (58,8%), le rapatriement était le 2ème motif représentant 19% des cas

### **Tableau XII : Répartition des patients selon les Motifs d'hospitalisation**

Motifs d'hospitalisation	Effectifs Absolus	Pourcentage s
Eléments dissociatifs	106	29,5
Hétéro agressivité	98	27,3
Agitation	55	15,3
Hallucinations acoustiques et visuelles	25	7,0
Insomnie	24	6,6
Logorrhée	14	3,9

Tentative de Suicide	9	2,5
Mutisme	8	2,2
Refus Alimentaire	6	1,7
Sevrage aux toxiques	6	1,7
Non précisés	6	1,7
Cénesthésies	2	0,6
<b>Total</b>	<b>359</b>	<b>100,0</b>

Les motifs d'hospitalisation les plus retrouvés ont été les éléments dissociatifs avec 29,5% des cas, suivi de l'hétéro agressivité avec 27,3% et l'agitation avec 15,3%

### **Tableau XIII : Répartition des patients selon le Diagnostic retenu**

Diagnostic Retenu	Effectifs Absolus	Pourcentages
Psychoses Aigues	152	42,3
Schizophrénie	102	28,4
Pharmaco psychose	25	7,0
Paranoïa	18	5
Dépression	16	4,5
Psychose hallucinatoire chronique	16	4,5
Epilepsie	9	2,5
Maladie Maniaco dépressive	8	2,2
Démense	8	2,2
Psychopathie	3	0,8
Hystérie	2	0,6
<b>Total</b>	<b>359</b>	<b>100,0</b>

Les psychoses aiguës regroupant, les confusions mentales, les psychoses réactionnelles, les psychoses puerpérales, les Bouffées délirantes aigues ont été les diagnostics les plus portés avec 42,3 % des cas.

### **Tableau XIV : Répartition des patients selon le circuit thérapeutique**

Circuit thérapeutique suivi	Effectifs	Pourcentages
<b>Traditionnel - Conventionnel</b>	<b>193</b>	<b>53,8</b>
Conventionnel - Traditionnel - conventionnel	97	27,0
<b>Conventionnel</b>	<b>69</b>	<b>19,2</b>
<b>Total</b>	<b>359</b>	<b>100,0</b>

Près des 54% de nos patients ont commencé par un traitement traditionnel avant de suivre une prise en charge psychiatrique conventionnelle

**Tableau XV : Répartition des patients selon la statut matrimonial et les raisons de l'émigration**

Raisons Statut. Matrimonial	économiques		Désir		Etudes		Famille		Travail		Non Précisé		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
<b>Célibataire</b>	<b>178</b>	<b>98,3%</b>	3	1,7	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>18</b>	<b>10</b>
Divorcé	0	0	0	0	0	0	22	58	11	28,9	5	13,1	3	10
<b>Marié</b>	<b>89</b>	<b>81,7</b>	0	0	6	5,5	14	12,8	0	0	0	0	<b>10</b>	<b>10</b>
Veuf	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	100	7	10
Non précisé	0	0	0	0	0	0	15	62,5	0	0	9	37,5	24	10
<b>Total</b>	<b>267</b>		<b>3</b>		<b>6</b>		<b>51</b>		<b>11</b>		<b>21</b>		<b>35</b>	<b>9</b>

98,34% des patients célibataires disaient être partis pour des raisons économiques

**Tableau XVI : Répartition des patients selon le niveau de scolarisation et les raisons de l'émigration**

Raisons	Raison de scolarisation	économiques		Désir		Etudes		famille		Travail		Total	
		Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
		Fondamental	92	85,98	0	0	6	5,6	9	8,42	0	0	10
<b>No scolarisé</b>	<b>175</b>	<b>98,32</b>	3	1,68	0	0	0	0	0	0	<b>17</b>	<b>8</b>	<b>100</b>
Secondaire	0	0	0	0	0	0	37	100	0	0	3	7	100
Supérieur	0	0	0	0	0	0	5	31,25	11	68,75	1	6	100
<b>Total</b>	<b>267</b>		3		6		51		11		<b>33</b>	<b>8</b>	

Les non scolarisés et les sujets de faible niveau de scolarisation ont été les plus nombreux à évoquer les difficultés socio économiques comme raisons de leur émigration

**Tableau XVII : Répartition des patients selon le Diagnostic et les motifs du retour au pays**

Motif de retour Diagnostic	Evacuation Sanitaire		Fuite événement		Non Précisé		Rapatrié		Soins Convent°		Soins Tradit°		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Démence	0	0	0	0	8	100	0	0	0	0	0	0	8	100
Dépression	0	0	0	0	15	93,75	0	0	0	0	1	6,25	16	100
Epilepsie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	100	9	100
Hystérie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	2	100
M.M.D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	100	8	100
Paranoïa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	100	18	100
Pharmaco Psy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	84	21	100

Psychopathie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100	3	100
<b>Psych Aigue*</b>	<b>13</b>	<b>8,55</b>	<b>15</b>	<b>9,86</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>68</b>	<b>44,73</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>56</b>	<b>36,8</b>	<b>152</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
P.H.C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	16	100	100
<b>Schizophrénie</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>4,9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>19,6</b>	<b>77</b>	<b>75,49</b>	<b>102</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Total</b>	<b>13</b>		<b>15</b>		<b>32</b>		<b>68</b>		<b>20</b>		<b>211</b>		<b>359</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Tous les patients évacués ou rapatriés souffraient d'une psychose aigue et 36,8% des patients souffrants de psychoses aigues en général sont rentrés avec l'intention de se soigner en médecine traditionnelle.

# **S**

# **COMMENTAIRE**

# **ET**

# **DISCUSSIONS**

## **COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :**

### **1 - Méthodologie :**

La présente étude, rétrospective a eu lieu dans le service de psychiatrie du CHU du Point « G ». Cette étude, faite en 24 mois, a

porté sur les activités d'hospitalisations d'une période de 10 ans (de Janvier 1998 à Décembre 2007).

Comme dans la plupart des études rétrospectives, au cours de notre étude, nous avons été confronté à quelques difficultés dont :

**\*Le manque de précision de certaines données** nous avons été obligé d'exclure de notre analyse certains aspects de la problématique de l'émigration :

- **L'itinéraire d'émigration de nos patients** n'était pas enregistré dans la plupart des dossiers ; ce qui a limité notre estimation de l'ampleur du traumatisme psychique subi par les patients avant d'arriver à destination.

- **Les antécédents des patients** n'étaient pas systématiquement notés et bien détaillés dans les dossiers. Cela nous a rendu impossible de comparer nos données à celles d'autres auteurs qui pensent que certains émigrés souffriraient de troubles mentaux avant leur voyage.

- **La structure familiale** n'était pas aussi systématiquement retrouvée dans les dossiers. Sa description nous aurait permis de confronter nos résultats à ceux de l'INSERM [19] selon lesquels le rang dans la fratrie, surtout le statut du fils aîné est un facteur prédisposant aux troubles psychiques. Aussi elle nous aurait permis de vérifier une idée généralement admise dans notre culture selon laquelle le fils unique serait exposé d'une façon ou d'une autre aux décompensations psychiatriques.

- **La personnalité pré morbide des patients** n'a pas été retrouvée dans les dossiers. Sa connaissance nous aurait aidé à évaluer le degré de risques de compensation pris par les sujets avant leur voyage.

La lecture intégrale des dossiers retenus, a été nécessaire pour maintenir les motifs précis de consultation et de retenir un diagnostic parmi les hypothèses évoquées pour le même patient. Cela pose le problème de bouclage des dossiers dans le service.

**\*L'insuffisance de données dans la littérature au Mali** sur la prévalence, des troubles mentaux en population générale et en particulier chez les émigrés. Les auteurs rencontrés ont abordé le problème des troubles migratoires sous un angle sociologique et/ou ethno psychiatrique sans toujours donner des chiffres.

La discussion de nos résultats par rapport à ceux de ces auteurs n'a pas été très aisée dans la mesure où les différentes études ont utilisé des méthodologies différentes.

Pour une meilleure analyse de nos résultats, comme dans la CIM10 [21], nous avons groupé dans le chapitre des psychoses aiguës les confusions mentales, les psychoses réactionnelles et les bouffées délirantes.

## **2 - Prévalence des hospitalisations de patients émigrés en Psychiatrie**

Sur 3105 patients hospitalisés dans le service de psychiatrie du CHU Point « G », nous avons colligé 359 malades émigrés rentrant au pays soit une fréquence de 11,5%. Ce taux est supérieur à celui de DENOUX P. [23] qui en 2007 en France dans son étude intitulée : « La trajectoire comme facteur associé à l'étiopathogénie des troubles mentaux dans la migration » a trouvé que les malades maghrébins hospitalisés dans les structures de santé mentale représentaient 2 à 5% des malades hospitalisés, cette différence pourrait être expliquée par :

- l'échantillonnage. En effet nos patients étaient en soins dans leur pays d'origine où ils n'ont aucune crainte ni de difficultés majeures à accéder aux services de santé, alors que les maghrébins dans le cas de DENOUX se trouvaient encore en pays d'accueil où, plusieurs facteurs rendent difficile l'accès aux soins ;
- l'existence d'opportunités de soins traditionnels sur place dans le pays d'accueil pour les maghrébins. En effet DENOUX dans son étude a fait remarquer que les maghrébins à Toulouse (région française) préféraient les soins traditionnels en cas de maladie mentale et fréquentaient moins les services de soins psychiatriques locaux. Par contre pour les patients de notre étude il n'existait pas de disponibilité de traitements traditionnels propres à leur culture dans le pays d'accueil. Ce qui a été d'ailleurs une des raisons principales qui a poussé bon nombre d'entre eux à rentrer.

### **3 - Caractéristiques socio démographiques des patients :**

Les hommes constituaient 90,2% de notre échantillon. Cela se comprend aisément parce que dans notre culture, les hommes émigrent plus que les femmes. Cela serait dû certainement aussi au fait que ce sont les hommes qui supportent généralement le gros de la charge économique familiale ; à cela on pourrait ajouter le goût de l'aventure, du dépaysement pour certains, la recherche de l'argent, d'une position sociale pour d'autres et même de la fuite de problèmes professionnels ou conjugaux pour d'autres aussi.

Pour DEVARENNE [24] dans les mêmes conditions de vie en situation d'immigrés, les femmes seraient plus vulnérables aux difficultés d'insertion ; ce qui suppose que les femmes décompenseraient plus que les hommes en situation d'émigrés.

#### **3. 2 - Tranches d'âge :**

Dans notre étude la tranche d'âge de 27-37ans était la plus représentée. Cela pourrait se comprendre quand on sait que l'immigration touche surtout les forces vives des nations en général. Notre résultat concorde avec celui de Devarenne-Mégas [24] qui a trouvé que les polonais émigrés en France, âgés de 25-34ans étaient les plus représentés avec...

### **3. 3 - L'ethnie :**

L'ethnie Soninké a été la plus concernée avec 33,7% des cas ; cette prédominance ne surprend guère quand on sait que les Soninkés sont historiquement connus comme « voyageurs » et commerçants.

### **3. 4 - La profession :**

La profession « commerçant » a été la plus retrouvée chez la plupart de nos patients (25% des cas) ce résultat est inférieur à celui de CISSE [25] qui a trouvé que 42,1% des émigrés maliens au Cameroun faisaient le commerce général comme profession ; cette différence pourrait être due au statut régulier ou irrégulier de nos concitoyens qui à 44,6% étaient des clandestins dans leurs pays d'accueil ; or pour pouvoir exercer le métier de commerçant, il est indispensable d'être en règle avec les dispositions légales du pays d'accueil.

## **4 - Raisons de l'émigration :**

Parmi les raisons de l'émigration, les difficultés socioéconomiques ont été les plus évoquées par nos patients. Ceci pourrait se comprendre devant la diminution du rendement agricole de nos agriculteurs et le chômage croissant, donc l'insuffisance sinon le manque de revenus qui poussent beaucoup de nos compatriotes surtout jeunes à l'émigration pour chercher un mieux être.

## **5 - Pays d'immigration :**

Comme destinations les plus prisées, la Cote d'ivoire vient en tête avec 24,8%, cela pourrait s'expliquer par la proximité, l'accès plus facile de ce pays et jusqu'à ces derniers temps par la disponibilité de travaux champêtres. La Mauritanie et la Libye viennent ensuite avec respectivement 8,6% et 7,5%. Cela aussi pourrait se comprendre par le fait que beaucoup de nos compatriotes candidats à l'émigration pour les pays du nord choisissent le désert et la mer à partir de ces deux pays. Parmi les destinations vers les pays du Nord, la France avec 11,4% des cas était la plus représentée ; cela serait certainement dû au fait qu'ayant été notre colonisateur, elle a été la première destination connue. Aussi selon le ministère des maliens de l'extérieur et de la coopération internationale [27], il y a plus d'émigrés maliens en France qu'ailleurs dans les autres pays du Nord. Cette forte colonie en France semble sécurisant pour beaucoup de candidats à

l'émigration, elle aiderait même parfois des candidats à rentrer illégalement.

#### **6 - Motif du retour au pays :**

Plus de la moitié de nos malades et/ou de leurs familles (58,7%), ont évoqué pour motif de retour au pays, la recherche d'un traitement traditionnel. Cela pourrait se comprendre. En effet, dans notre culture les maladies mentales sont surtout supposées être causées par les djinns, le maraboutage, le mauvais sort jeté, la transgression des règles sociales pour ne citer que ceux-ci. Ces conceptions culturelles poussent généralement les malades et leurs familles à aller chercher les solutions à ces problèmes chez les tradipraticiens.

#### **7 - Facteurs ayant favorisés l'éclosion des troubles chez les patients émigrés :**

Les difficultés d'insertion, d'emploi, de famille, les expulsions, les incarcérations et les rapatriements, ont été les plus évoqués par nos patients. Les trois (3) derniers facteurs cités, concernaient beaucoup plus les migrants clandestins. Tous ces facteurs évoqués sont en fait générateurs de stress. Sur ce point nous rejoignons HITCH et RACK [28] qui évoquent l'impact nocif sur la santé mentale des expériences du stress avant, pendant et après le processus d'immigration.

#### **9- Circuit thérapeutique suivi par les patients et leurs familles :**

Plus de la moitié de nos patients (58%) se sont orientés d'abord sur le traitement traditionnel avant de venir en psychiatrie. 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 du traitement traditionnel a motivé le retour de la majorité de nos patients. A ce titre nous faisons le même constat que :

- AOUATTH A. [30] qui dans son étude : « immigration maghrébine, maladie mentale et psychiatrie, ou quand les immigrés emmènent leur malades » en 1993 en France, a trouvé que les patients maghrébins restent attachés aux modèles venus de leur pays d'origine et perçoivent les schémas occidentaux d'aide psychologiques comme trop éloigné de leur culture et de leur univers mental. D'après l'auteur certains patients souffrant d'affections psychiatriques graves ne sont jamais mis en contact avec les acteurs de la médecine officielle.



# **CONCLUSION ET RECOMMADATIONS**

**CONCLUSION :**

Au terme de cette étude rétrospective allant de 1998 à 2007, portant sur les émigrés psychiatisés rentrant au pays et hospitalisés en psychiatrie au CHU du Point G, nous tirons les conclusions suivantes :

L'émigration, surtout clandestine comme cela a été le cas de la plupart de nos sujets, est un facteur hautement stressant et générateur de troubles psychiatriques.

Les hospitalisations d'émigrés en retour au pays pour troubles psychiatriques ont constitué 11,5% de toutes les hospitalisations pendant la période de l'étude.

Il s'agissait généralement de sujets de sexe masculin avec une prédominance des jeunes (27-37ans), célibataires, non scolarisés ou de faible niveau de scolarisation, majoritairement d'ethnie Soninké.

Les difficultés vécues et évoquées comme ayant favorisé la décompensation de la plupart des sujets ont été en plus des difficultés d'insertion et d'emploi, les expulsions, les incarcérations et les problèmes familiaux.

Les pathologies psychiatriques retrouvées chez nos émigrés rentrants au bercaïl étaient dominées par les troubles psychotiques aigus. La recherche d'une prise en charge traditionnelle a été le motif de retour le plus évoqué ; c'est ainsi que le circuit thérapeutique traditionnel a été choisi en première intention par la grande majorité des patients et leur famille.

## **RECOMMANDATIONS :**

Au terme de notre travail, nous faisons les recommandations suivantes :

### **Au Ministre des maliens de l'extérieur**

- Informer, sensibiliser et éduquer les populations sur les conséquences néfastes de l'émigration, cela en vue de réduire la migration surtout clandestine de nos concitoyens
- Trouver des solutions avec les pays où se trouvent de fortes colonies maliennes pour un traitement plus humain de nos compatriotes,
- Mettre en place un mécanisme de prise en charge psychosociale systématique des migrants malades retournant au pays.

### **Au Ministre de la Santé :**

- Favoriser les études sur la santé des migrants
- Former des psychiatres pour la prise en charge adéquate des malades mentaux
- Favoriser la collaboration entre les médecins de la médecine moderne et les tradithérapeutes par des rencontres, des symposiums et même des échanges de malades

### **Au Directeur général du CHU Point « G »**

- Améliorer les conditions d'hospitalisations (catégorisation effective et conséquente des hospitalisations)

### **Aux professionnels médicaux et paramédicaux :**

- Tenir plus correctement les dossiers cliniques des patients et procéder systématiquement à leur bouclage

### **A la population :**

- Se rappeler toujours que la migration surtout clandestine peut être génératrice de troubles psychiatriques
- Encourager le recours aux soins modernes en cas de troubles psychiatriques

# REFERENCES

**1 - OMS :**

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

**2 - POLLOCK :**

Psychopathologies des immigrés polonais en France  
<http://remi.revues.org/document2626.html>.

**3 - ODEGAARD O:**

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

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

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

**5 - TOUSIGNANT M :**

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

**6 - BERRY JM, KIM V:**

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

**7 - AORIAN K.I:**

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

**8 - INSERM :**

Troubles mentaux, dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent ; Les éditions INSERM ; Paris 2001.

**9 - ZIVKOVIC PI :**

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

**10 - JOLIETE MINH Lan Tran :**

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

**11 - CRISS :**

L'optimisation de l'état de santé des personnes réfugiées de l'Afrique sub saharienne infectée par le VIH,  
[www.muhc.ca/research/projects](http://www.muhc.ca/research/projects)

**12 - OULALE B :**

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

**13 - FASSIN D :**

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

**14 - EPELBAUM C :**

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, éd. Flammarion, collection médecine - sciences, Paris, 1993, n°22, p : 185 -196

**15 - BARUK H :**

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

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

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

**17 - BERNER P :**

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

**18 - ASSOCIATION PSYCHIATRIQUE AMERICAINE:**

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

**19 - INSERM section psychiatrie :**

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

**CIM-10-CA :**

L'évolution psychiatrique, volume 71, n°1, p : 75-85, Canada, 2006, de l'institut canadien d'information sur la santé, [www.CIM-10-CA/index.pdf](http://www.CIM-10-CA/index.pdf);

**21 - CIM-10 :**

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

**22 - GIRAULT V :**

Psychopathologie des voyages, la presse médicale, 2002, vol.31, Fasc.38, p : 1818-1819,  
[www.invs.sante.fr/beh/2002/24/ivs](http://www.invs.sante.fr/beh/2002/24/ivs);

**23 - DENOUX P :**

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

**24 - DEVARENNE-MEGAS H :**

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

**25 - CISSE S :**

La migration malienne au Cameroun : le retour est - il possible ? , 1999, [www.gov.ml/cgi.bin/wiew\\_article](http://www.gov.ml/cgi.bin/wiew_article);

**26 - SYLLA O et MBAYE M :**

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

**27 - DIARRA S et CISSE :**

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

**28 - HITCH Peter I, RACK PH:**

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

**29 - COCHRANE R :**

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

**30 - AOUATTAH A :**

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

**31 - EL KHAYAT Gh :**

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

**32 - ALMEIDA (de) Z.:**

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

**33 - AMSELLE J.L :**

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

**34 - ANDERSON J.:**

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

**35 - AWANDE S. :**

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

**36 - AORIAN K.I:**

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

**37 - BAROU J :**

Transformation du système éducatif et de la condition de l'enfant dans les familles émigrées d'Afrique noire, émigration des familles

africaines, maltraitance et différences culturelles, 2<sup>ème</sup> journée AFIREM 1995, Association française d'information et de recherche sur l'enfance maltraitée, délégation du Val d'Oise, 25-32 ;

**38 - BAROU J :**

Travailleurs africains en France, éd. Pug, Paris, 1978 ;

**39 - BECHMANN D :**

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

**40 - BEAUCHESNE H, ESPOSITO J :**

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

**41 - BEISER M :**

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

**42 - BEISER M :**

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

**43 - BENNET F.J et ASSAEL MARCEL I :**

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

**44 - BERGERET J et all :**

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

**45 - BERRY JW :**

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

**46 - BOURDILLON F :**

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

**47 - BOLZMANN C et TABIN JP :**

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

**48 - BRANDENBURG H :**

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

**49 - BRUCKER G et FASSIN D :**

Santé publique, éd. Ellipses, Paris, 1989 ;

**50 - BRUCKER G et MONTAVLON R :**

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

**51 - BUKKOF A, WALLER JB, YOUNG RF :**

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

**52 - COULIBALY B:**

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

**53 - COLLIGNON R :**

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

**54 - DIABATE M :**

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

**55 - De CLERCQ M. VRANCK A, NAVARRO F et PIETTE D :**

Enquête santé mentale des jeunes de l'enseignement secondaire en région Bruxelles, plate-forme de concertation pour la santé mentale, 1996 ;

**56 - EINTINGER L :**

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

**57 - EBIN V :**

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

**58 - GROVE W, CLAYTON PJ :**

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

**59 - GIRAUD F :**

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

**60 - JENNIFER Ali :**

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

**61 - KRUPINSKI I :**

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

**62 - MASUMBUKU JR :**

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

**63 - MALEWSKA Peyre H :**

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

**64 - MARTINEAU JC :**

quelle retraite pour les immigrants en foyer ? Éd. Notre temps, n°322, 5p ;

**65 - MEGAS H :**

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

**66 - MENET GACEBET Yann Lionel Stany :**

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

**67 - MOUSSO S :**

Sida, immigration et inégalités : vrais enjeux et faux problèmes, actes du séminaire organisé par la ville de Marseille et le CRIPS, les enjeux de l'inter culturalité dans les actions de préventions du VIH, 15 p, [www.lecrips.net/webpaca/Actes/actes/migrants/facteurs/facteurs.htm](http://www.lecrips.net/webpaca/Actes/actes/migrants/facteurs/facteurs.htm);

**68 - MORO MR et all :**

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

**69 - MORO MR :**

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

**70 - MUNN NL :**

Traité de psychologie, les principes fondamentaux de l'adaptation humaine, Paris éd. Payot 1965, 562P ;

**71 - Nations Unis :**

Division de la population world population projections to 2015, New York, 1998, the 2004 revision, <http://esa.un.org/unpp/>;

**72 - OMS :**

Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>ème</sup> révision 1989 ;

**73 - ONU :**

Migrations internationales et développement, 2005, [www.unhcr.com](http://www.unhcr.com);

**74 - PRINCE RA :**

Thérapie et culture, Encycl. Méd. chir. Paris, Psychiatrie, tome 4, 1978, 37725 D10 ;

**75 - RUDAS N, CARTA M G, CARPINIELLO B :**

Les émigré marocains et sénégalais en Sardaigne : résultats d'une enquête épidémiologique, psychopathologie Africaine, 1990-1991, vol. XXII, n°3, pp : 329-352 ;

**76 - RUDAS N :**

L'émigration envisagée comme perte, Psychopathologie Africaine, 1990-1991, vol. XXIII, n°3, pp : 287-304 ;

**77 - SAHEBJAM M :**

La place de la culture dans la psychopathologie, revue soins psychiatriques, 2002, n°223, pp : 24-27 ;

**78 - SCANDARINO R:**

La thérapie avec les familles immigrées, p 125  
[http://rsmq.cam.org/smq/santementale/article.php3?id\\_article=170#f](http://rsmq.cam.org/smq/santementale/article.php3?id_article=170#f)

**79 - SAYEQH L, LASRY JC :**

Acculturation, stress et santé mentale chez des immigrants libanais à Montréal, 23 P,

[http://rsmq.cam.org/smq/santementale/article.php3?id\\_article=170#a;](http://rsmq.cam.org/smq/santementale/article.php3?id_article=170#a;)

**80 - SIRANDOU P, DURON J :**

La santé mentale : la recherche de l'équilibre personnel et social dans la vie quotidienne, Edouard Privat, Toulouse, 1979, 253 p ;

**81 - TANDONNET M :**

Le grand bazar ou l'Europe face à l'immigration, l'harmattan, 2001 ;

**82 - TOUSIGNANT M et MURPHY HBM :**

Fondements anthropologiques de l'ethnopsychiatrie, Encycl. Méd. chir., Psychiatrie, Tome 6, 37715 A10 Paris, 1978 ;

**83 - WEIL P :**

La France et ses étrangers : l'aventure politique d'immigration de 1938 à nos jours, Gallimard 2005 ;

**84 - WEIL P :**

La république et sa diversité : immigration, intégration, discrimination, Seuil 2005 ;

**85 - WIHTOL de Wendenc :**

Atlas des migrations dans le monde, éd. Autrement 2005 ;

**87 - ZOUNGRANA J :**

Fréquence des manifestations psychiatriques chez les personnes vivant avec le VIH à l'hôpital du point G, Th. Méd. Bamako, n°32 M06 ;2006 ; 86 p ;

# ANNEXES

## Annexe 1

### Fiche d'enquête

#### I - Caractéristiques sociodémographiques

##### 1 - Identification :

**Nom** :..... **Prénom** :.....

**2 - Sexe** /\_\_\_/ M = Masculin F = Féminin

**3 - Age (année)** /\_\_\_/

1 = ≤ 15 ; 2 = 16-26 ; 3 = 27-37 ; 4 = 38-48 ;

5 = 49-59 ; 6 = 60-70 ; 7 = > 70

**4 - Ethnie** /\_\_\_/

1 = Bambara ; 2 = Dogon ; 3 = Diawando ; 4 = Khassonké ;

5 = Kakalo ; 6 = Malinké ; 7 = Maure ; 8 = Minianka ; 9 = Peulh ;

10 = Soninké ; 11 = Sénoufo ; 12 = Sonrhaï ; 13 = Tamashek ;

14 = Touareg ; 15 = Autres

### **5 - Profession /\_\_/**

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

4 = Corps d'armes ; 5 = Elève/Étudiant ; 6 = Enseignant ;

7 = Ménagère ; 8 = Sans profession ; 9 = Autres ; 10 = Non précisé

### **6 - Situation matrimoniale /\_\_/**

1 = Célibataire ; 2 = Divorcé ; 3 = Marié ; 4 = Veuf ; 5 = Non précisé

### **7 - Niveau de scolarisation /\_\_/**

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

4 = Supérieur ; 5 = Non précisé

### **II - Pays d'immigration /\_\_/**

1 = Algérie ; 2 = Cameroun ; 3 = Chine ; 4 = Congo Brazzaville ;

5 = Congo Kinshasa ; 6 = Espagne ; 7 = France ; 8 = Gabon ; 9 = Gambie ;

10 = Italie ; 11 = Libye ; 12 = Maroc ; 13 = Mauritanie ; 14 = Niger ;

15 = Nigeria ; 16 = R C I ; 17 = Sénégal ; 18 = Serra Leone ; 19 = Tunisie ;

20 = Autres

### **III - Statut Administratif à l'étranger /\_\_/**

1 = Descendant d'émigré ; 2 = Irréguliers ; 3 = Réguliers ;

4 = Réfugiés ; 5 = Non précisés

### **IV - Raisons d'émigrations /\_\_/**

1 = Difficultés socio économiques ; 2 = Désireux de vivre dans la région ;

3 = Etudes ; 4 = Suivre sa famille ; 5 = Travail ; 6 = Non précisés

### **V - Habitudes exo toxiques dans les pays d'immigration /\_\_/**

1 = Alcool ; 2 = Cannabis ; 3 = Cocaïne ; 4 = Héroïne ; 5 = Néant ;

6 = Poly toxiques ; 7 = Autres ; 8 = Non précisés

### **VI - Motifs de retour au pays /\_\_/**

1 = Evacuation sanitaire ; 2 = Fuite d'événements ;

3 = Soins conventionnels ; 4 = Soins traditionnels ; 5 = Rapatriement ;

6 = Non précisés

### **VII - Facteurs favorisants évoqués /\_\_/**

1 = Atteinte somatique ; 2 = Barrière linguistique ;

3 = Difficulté d'insertion ; 4 = Expulsion ; 5 = Incarcération ;

6 = Mauvais sort ; 7 = Perte de biens ; 8 = Problèmes familiaux ;

9 = Problèmes de logement ; 10 = Rapatriement ; 11 = Toxicomanie ;

12 = Problèmes d'emploi ; 13 = Non précisés

## **VIII - Motifs d'hospitalisation /\_\_/**

1 = Agitation ; 2 = Eléments dissociatifs ; 3 = Cénesthésies ;

4 = Hallucinations ; 5 = Hétéro agressivité ; 6 = Insomnie ;

7 = Logorrhée ; 8 = Mutisme ; 9 = Refus alimentaire ; 10 = sevrage ;

11 = Tentative de suicide ; 12 = Non précisés

## **IX - Diagnostic retenu /\_\_/**

1 = Démence ; 2 = Dépression ; 3 = Epilepsie ; 4 = Hystérie ;

5 = Maladie Maniaco dépressive ; 6 = Paranoïa ; 7 = Pharmaco psychose ;

8 = Psychopathie ; 9 = Psychose aiguë ; 10 = PHC ; 11 = Schizophrénie

## **X - Circuit thérapeutique suivi /\_\_/**

1 = Conventionnel ; 2 = Conventionnel - traditionnel - Conventionnel ;

3 = Traditionnel - Conventionnel

## **Annexe 2**

### **Fiche SIGNALETIQUE :**

**Nom** : KAMATE

**Prénom** : Zoua

**Année académique** : 2007-2008

**Titre de la Thèse** : Etude des troubles psychiatriques chez les émigrés dans le service de psychiatrie du CHU point « G »

**Ville de soutenance** : Bamako

**Pays d'origine** : Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odonto Stomatologie

**Secteur d'intérêt :** Psychiatrie et santé publique

**Résumé :**

Pendant 24 mois (de Novembre 2006 à Décembre 2008) nous avons réalisé une étude rétrospective sur les activités d'hospitalisation d'une période de dix ans (Janvier 1998 – Décembre 2007) de patients émigrés rentrant pour des raisons psychiatriques au CHU Point « G »  
Nous nous étions fixé comme objectifs :

- Déterminer la fréquence des hospitalisations d'émigrés rentrant pour troubles psychiatriques,
- Décrire les caractéristiques socio démographiques des émigrés présentant des troubles psychiatriques,
- Analyser les facteurs évoqués comme ayant contribué à la survenue des troubles psychiatriques chez les émigrés,
- Identifier les différents tableaux nosographiques chez les émigrés
- Identifier le circuit thérapeutique suivi par les migrants malades et leurs familles.

Pendant notre étude nous avons traité des données de 359 patients. Nous avons eu une fréquence de 11,5% d'hospitalisations de patients émigrés dans le service de psychiatrie. Les facteurs évoqués comme ayant favorisé la survenue des troubles psychiques ont été les difficultés d'insertion, les expulsions, les incarcérations, les problèmes familiaux, les difficultés d'emploi et les rapatriements. Les motifs d'hospitalisation les plus évoqués ont été les éléments dissociatifs. Les sujets de groupe d'âge des 27-37ans étaient les plus représentés, avec une majorité des hommes. La plupart des patients n'avaient pas été mariés. L'ethnie Soninké a été la plus retrouvée. Les pathologies mentales les plus fréquentes étaient les psychoses aiguës. Le circuit thérapeutique le plus suivi a été la combinaison médecine traditionnelle et conventionnelle.

**Mots clés** : émigrés, troubles psychiatriques, hospitalisation

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je jure au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure.**