



Article Original

Les Troubles Psychiatriques chez les Émigrés au Service de Psychiatrie du CHU Point G (Bamako)

Psychiatric disorders of emigrants at the psychiatric service of the University Teaching Hospital Point G, Bamako

Mounkoro PP¹, Coulibaly S², Kamate Z³, Coulibaly SP¹, Traore J³, Traore K³, Togora A⁴, Coulibaly B⁵, Koumare B⁵

RÉSUMÉ

- 1 Psychiatre, Maître-assistant (FMOS/USTTB), Praticien hospitalier au CHU Point G
- 2 Psychologue Clinicien, Maître de Conférences (FMOS/USTTB), Praticien hospitalier au CHU Point G
- 3 Psychiatre, Praticien hospitalier au CHU Point G
- 4 Pédopsychiatre, Maître de Conférences (FMOS/USTTB), Praticien hospitalier au CHU Point G
- 5 Psychiatre, Professeur, Bamako

Introduction. L'émigration, surtout clandestine, est un facteur hautement stressant et générateur de troubles psychiatriques selon plusieurs études en Afrique et dans le monde. Mais au Mali, très peu d'études y ont été dédiées. **Objectif.** Exposer les troubles psychiatriques chez les émigrés de retour au pays. **Matériels et méthodes.** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive rétrospective effectuée de janvier à Décembre 2008, ayant exploité les données concernant 3105 patients hospitalisés dans le service de psychiatrie du CHU du « Point G » de Janvier 1998 à Décembre 2007. Dans notre étude, nous nous sommes limités aux cas dont le retour était dû à l'écllosion des troubles dans le pays d'accueil. **Résultats.** 359 migrants ont été colligés (11,5% des patients hospitalisés). Il s'agissait généralement de patients de sexe masculin (90.2%), âgés de 27 à 35 ans, célibataires, non scolarisés et d'ethnie Soninké. Les facteurs ayant favorisé la décompensation étaient les difficultés d'insertion, les expulsions et les incarcérations. Les psychoses aiguës (bouffée délirante' aigue, confusion mentale, psychoses réactionnelles et psychoses puerpérales) avec 42% et la schizophrénie (28%) ont dominé les pathologies psychiatriques. La recherche d'une prise en charge traditionnelle a été le motif de retour chez environ 59% des patients. **Conclusion.** Des études plus approfondies permettraient de mieux préciser le lien entre santé mentale et émigration.

ABSTRACT

Introduction. Emigration, especially when clandestine, is a highly stressful factor generating psychiatric disorders according to several studies in Africa and in the world. But in Mali, very few studies have been dedicated to it. **Goal.** To report psychiatric disorders among returning Malian emigrants at the University Teaching Hospital Point G. **Patients and Methods.** This was a cross sectional descriptive retrospective study from January to December 2008, which collected data of 3105 patients hospitalized in the psychiatric ward from January 1998 to December 2007. The main inclusion criterion was the outbreak of unrest in the host country. **Results.** 359 returning migrants (11.5% of inpatients) were studied. They were generally male (90.2%), aged between 26 and 35, single, out of school and of Soninke ethnic group. Factors favoring decompensation were insertion difficulties, expulsions and incarcerations. The main psychiatric pathologies were acute psychoses (acute psychosis, mental confusion, reactive psychoses and puerperal psychoses)(42%) and schizophrenia (28%). Desire of traditional care was the reason for returning home for 59% of patients. **Conclusion.** More in-depth studies are necessary to clarify the link between migration and mental pathologies.

Corresponding author:

Dr Pakuy Pierre
Mounkoro,
Tel:(+223) 66 54 17 72
/ 70 26 73 01
Email:
pmounkoro@yahoo.fr

Mots clés : Émigration, Troubles psychiatriques, CHU Point G.

Keywords: Emigration, psychiatric disorders, University Teaching Hospital Point G.

INTRODUCTION

Selon l'OMS les troubles mentaux toucheraient dans la population générale plus de 50% des personnes au cours de leur vie et seraient de plus en plus répandus, constituant ainsi un problème de santé publique (1). Les données d'enquêtes épidémiologiques réalisées en Afrique ont

donné les prévalences de 48,9% au Maroc (2) et 41,43% au Burkina Faso (3).

De nombreux travaux réalisés dans divers pays, ont démontré que la migration pouvait avoir des effets néfastes sur la santé mentale des émigrés et les candidats à l'émigration. C'est ainsi que Odegaard (4) en 1992, a

trouvé que la population Norvégienne émigrée aux États-Unis était nettement plus atteinte de troubles psychiques que la population stable en Norvège. D'autres études comme celles de Lasry et Sigal (5) en 1975, Fassin (6) en 1987 aux U.S.A, Sylla et Mbaye (7) au Sénégal en 1991, Tousignant (8) en 1992 au Canada, Aorian (9) en 1993 en Angleterre, l'INSERM (10) en 2001 en France et celle de Zivkovic (11) en France en 2004, Favard et Dealberto (12) en France en 2013, ont fait apparaître une fréquence de troubles psychiatriques plus élevée chez les émigrés que chez les natifs. Au Mali, Oulalé en 1982 (13) a fait une ébauche des conséquences néfastes de l'émigration sur la santé mentale des migrants. L'émigration surtout clandestine est devenue au Mali un fléau récurrent aux conséquences graves pour la santé mentale. Les candidats qui parviennent à rentrer dans leurs pays d'accueil supposés être l'eldorado au départ, vont devoir supporter les tracasseries administratives allant des emprisonnements aux reconduites à la frontière et aux rapatriements forcés, parfois sous escortes policières et dans des conditions humiliantes. Pour ceux qui cherchent à rentrer toujours de façon clandestine, ces conséquences sont plus catastrophiques avec leur cortège de situations psycho-traumatiques (perte en vies humaines, exposition aux intempéries à travers les déserts et sur les mers, tortures physiques et psychologiques infligées, etc.), pouvant affecter leur état de santé mentale et engendrer des troubles psychiatriques. Quelle serait la part des effets de la migration dans la survenue de ces troubles psychiatriques ? Qu'elles sont les entités nosographiques les plus fréquemment provoquées par les effets de l'immigration ? L'objectif était d'étudier les troubles psychiatriques chez les émigrés rentrant au pays par la description de leurs caractéristiques sociodémographiques, des différents tableaux nosographiques présentés, du circuit thérapeutique suivi et l'analyse des facteurs ayant entraîné les troubles psychiatriques.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Cadre de l'étude

Cette étude a eu lieu dans le service de psychiatrie du CHU du point G, qui 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. 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. Il a été créé en 1913. Il a pour missions d'assurer les soins aux malades, la recherche médicale et la formation théorique et pratique des agents de santé.

Le service de psychiatrie du CHU du Point « G » est le premier service de psychiatrie et le 3ème niveau de référence au Mali. Schématiquement, on distingue l'ancien service, le nouveau pavillon, le bloc administratif et des hospitalisations, une case à palabre ou « coupole » et le bloc des cases.

« L'ancien service » communément appelé « cabanon », est la première structure conçue sur le mode asilaire et entourée à cet effet d'un enclos barbelé. D'une capacité

d'accueil d'une centaine de malades, il pouvait en recevoir jusqu'à 600. Il est juste à l'entrée.

Le bloc administratif et des hospitalisations, annexé à l'ancien service, il comporte les bureaux des médecins et des paramédicaux, la salle de réunion, le secrétariat et deux pavillons pour les hospitalisations. Le pavillon des hommes a une capacité d'accueil de 44 lits, celui des femmes 10 lits. Ce bloc abrite également les bureaux du médecin, des infirmiers et du psychologue clinicien et une terrasse servant de lieu de spectacle du kotèba thérapeutique. Le « kotèba » est une mise en scène théâtrale, organisée sous l'égide du psychologue, en présence du personnel, des malades et leurs parents. Il y a le kotèba hebdomadaire ouvert à tout le monde (malades, parents des malades, soignants et visiteurs) et le kotèba fermé organisé avec un seul malade et ses parents.

Le bloc des cases : Il a été construit dans les années 80, dans le but d'humaniser la prise en charge en introduisant la politique d'hospitalisation du malade avec un accompagnant, qui est généralement un proche. Ce bloc comporte 21 cases et chaque case comporte deux lits pour le malade et son accompagnant.

La coupole permet la tenue des échanges entre soignants et patients et leurs familles chaque jeudi.

Le nouveau pavillon : Il a été construit en 2009 et abrite, les bureaux de consultation, de garde et de soins et est en face de l'ancien service.

Le personnel, comprend : huit (08) psychiatres, un (01) pédopsychiatre, un (01) psychologue clinicien, deux (02) psychologues généralistes, neuf (09) infirmiers spécialisés, quatre (04) techniciens de santé, trois (03) garçons de salle, deux (02) agents de sécurité et sept (07) étudiants de DES. Les activités de soins, de formation et de recherche y sont menées.

Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale rétrospective descriptive.

Période de l'étude

L'étude a porté sur les dossiers de patients hospitalisés au service de psychiatrie de janvier 1998 à Décembre 2007, sur une période de Janvier à Décembre 2008.

Population d'étude

Les migrants maliens revenus malades mentaux et hospitalisés dans le service de psychiatrie de janvier 1998 à Décembre 2007.

Échantillonnage

Taille de l'échantillon

Sur 3105 patients hospitalisés dans le service de psychiatrie de Janvier 1998 à Décembre 2007, 359 migrants ont été colligés.

Critères d'inclusion et de non inclusion

Étaient inclus dans l'étude :

- les dossiers cliniques exploitables des patients migrants ayant été hospitalisés pendant la période de janvier 1998 à Décembre 2007 ;
- les dossiers des patients migrants dont les troubles ont commencé à l'extérieur du Mali.

N'étaient pas inclus dans l'étude :

- les dossiers des patients migrants inexploitable c'est à dire ne fournissant pas les informations nécessaires ;
- les dossiers de patients migrants dont les troubles ont commencé après leur retour au Mali.

Collecte et traitement des données

La collecte des données a été faite sur une fiche préalablement élaborée à cet effet. Les données de chaque dossier retenu étaient : les raisons de départ à l'immigration, les facteurs fragilisant la santé mentale durant le séjour migratoire, le motif du retour au Mali, le motif d'hospitalisation, le diagnostic précis et les itinéraires thérapeutiques. Les données collectées ont été traitées à l'aide du logiciel SPSS 12.0. et saisies sur Word 10.

Considérations éthiques

L'anonymat et la confidentialité ont été respectés tout au long du processus de recueil des données notamment l'identification et la sélection des dossiers cliniques ainsi que le traitement des données.

RÉSULTATS

Résultats globaux

Sur 3105 dossiers, 359 soit 11,5% des patients migrants revenus au pays malades et hospitalisés pendant la période d'étude.

Caractéristiques socio démographiques des patients)

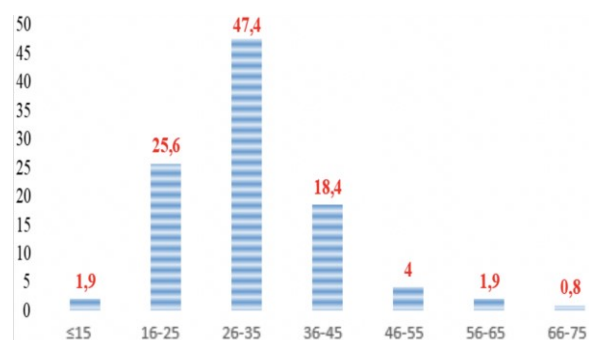


Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge (en année)

Le sexe masculin représentait 90,2%.

La tranche d'âge 26-35 ans était la plus représentée (47,4% des cas).

Par rapport à l'activité professionnelle, les commerçants, les agriculteurs, les artisans et les ouvriers qualifiés étaient les plus représentés.

En ce qui concerne le statut matrimonial, 50,4 % des patients étaient célibataires.

S'agissant du niveau de scolarisation, près de 50% des patients n'étaient pas scolarisés et 29,8% n'avaient pas dépassé le niveau fondamental.

Concernant l'ethnie les Soninkés, les Bambara et les Malinkés représentaient respectivement 33,7%, 19,8% et 14,8% des cas.

Parcours migratoire dans le pays d'accueil des patients

Les 3 principales destinations des patients étaient la Côte d'Ivoire (24,8%), la France (11,4%) et la Mauritanie (8,7%)

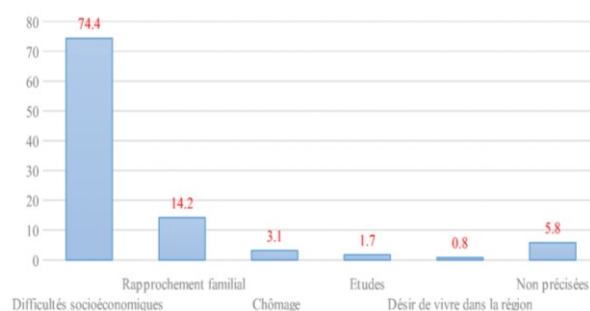


Figure 2 : Répartition des patients selon les raisons de l'émigration

Les principales raisons d'émigration évoquées par les patients étaient les difficultés socioéconomiques dans 74,4 % des cas et le rapprochement familial dans 14,2% des cas.

La situation administrative des patients était irrégulière dans 45% des cas.

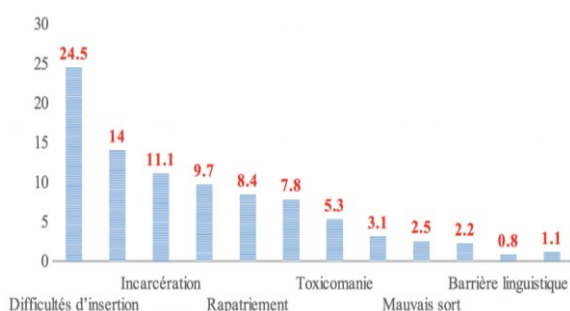


Figure 3 : répartition des patients en fonction des facteurs de fragilisation de leur état de santé mentale dans les pays d'accueil

Les facteurs de fragilisation de l'état de santé mentale les plus évoqués étaient les difficultés d'insertion (24,5 %), les expulsions (14%) et les incarcérations (11,1%).

Caractéristiques cliniques :

Motifs du retour des patients au pays

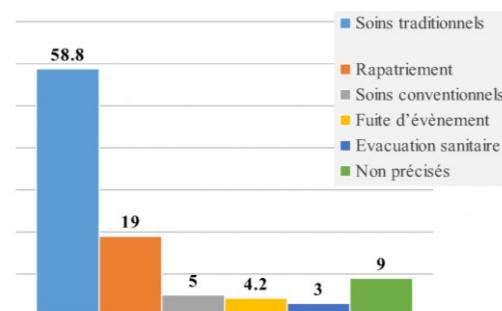


Figure 4 : Répartition des patients selon les motifs de retour au pays

Le recours aux soins traditionnels était le premier motif de retour fréquemment évoqué par les patients (58,8% des cas), suivi du rapatriement (19% des cas).

Motifs d'hospitalisation

Les motifs d'hospitalisation les plus retrouvés étaient les éléments dissociatifs (rires immotivés, soliloque, propos incohérents, bizarrerie) avec 29,5% des cas, suivis de l'hétéro agressivité (27,3%) et l'agitation (15,3%).

Diagnostic retenu

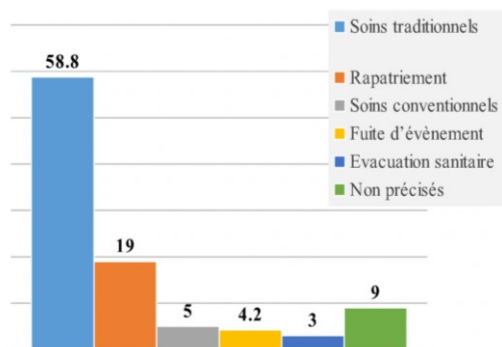


Figure 5 : Répartition des patients selon le diagnostic retenu

Les psychoses aiguës représentaient 42,3 % des cas. Comme dans la CIM10 (15), nous avons regroupé dans les psychoses aiguës la confusion mentale, la psychose réactionnelle et la bouffée délirante psychose puerpérale. Les psychoses chroniques étaient représentées par la schizophrénie avec 28,4%, la paranoïa 5% et la psychose hallucinatoire chronique avec 4,5% des cas.

En ce qui concerne les habitudes exo-toxiques plus de 66% de nos patients ne prenaient aucun toxique, bien que 23% déclaraient avoir utilisé des substances psychoactives principalement le cannabis.

Itinéraires thérapeutiques

Le traitement traditionnel était le premier recours chez les patients dans 54% des cas avant leur hospitalisation au service de psychiatrie.

DISCUSSION

Limites

Nous avons été confrontés à certaines difficultés inhérentes aux études rétrospectives notamment le manque de précision dans les dossiers de certaines informations déterminantes dans l'écllosion des troubles psychiatriques chez les migrants comme l'itinéraire migratoire, les antécédents psychiatriques, la structure familiale et la personnalité prémorbide.

Prévalence hospitalière de patients migrants

Sur 3105 dossiers de patients 359, soit une fréquence de 11,5%. Ce résultat est supérieur à celui retrouvé par Denoux (14) en France en 2007, soit un taux de 2 à 5% chez les maghrébins. Cette différence pourrait s'expliquer par le motif de retour de nos patients au Mali, qui était principalement le recours aux soins traditionnels dont l'échec justifiait dans la plupart des cas leur hospitalisation. Berchet et Jusot (16) trouvaient que les

maghrébins fréquentaient moins les formations sanitaires en France.

Caractéristiques socio démographiques des patients :

Le sexe masculin représentait 90,2%, ce qui s'expliquerait par la tolérance de la migration masculine dans notre contexte socioculturel. Dans notre série, les patients âgés de 25 à 35 ans représentaient 47,4%. Ce résultat concorde avec celui de Devarenne-Mégas (17) qui avait trouvé la même prédominance de cette tranche d'âge chez les polonais établis en France. Le groupe ethnique soninké représentait 33,7% des cas ; ce qui s'explique par la propension légendaire de ce groupe à migrer. L'activité professionnelle des patients était le commerce dans 25% des cas ; résultat est inférieur à celui de Cissé (18) qui trouvait dans sa série 42,1% des cas chez les migrants maliens au Cameroun. Cette différence pourrait s'expliquer par la situation de clandestinité de la majorité de nos patients dans leurs pays d'accueil.

Parcours migratoire

Les raisons d'ordre socioéconomiques et existentielles justifiaient le départ de la plupart de nos patients à l'immigration. En effet, la majorité des jeunes aspirant à un bien être meilleur choisissent de s'expatrier. La Côte d'Ivoire était la destination majoritaire de nos patients avec 24,8% des cas. Ceci pourrait s'expliquer par la proximité et l'accessibilité facile de ce pays. La Mauritanie et la Libye constituaient deux des destinations préférées de nos patients à cause de leur position géographique menant vers l'Europe et particulièrement la France qui était le pays de destination pour 11,4% des cas, compte tenu des liens historiques. Ce résultat corrobore avec les estimations du ministère des maliens de l'extérieur, selon lesquelles il y aurait plus d'émigrés maliens en France que l'ensemble des autres pays du Nord.

Parmi les facteurs de fragilisation de l'état de santé mentale des migrants, selon Denoux (14), la trajectoire migratoire jouerait un rôle prépondérant. Nos patients évoquaient comme autres facteurs les difficultés d'insertion et d'emploi, les conduites à la frontière, les incarcérations et les rapatriements et leur cortège d'angoisse et de stress. Collignon (19), Gouriou (20), Buhgra (21) et Rudas et al (22), évoquaient dans leurs travaux, l'impact nocif sur la santé mentale des expériences du stress avant, pendant et après le processus migratoire.

Caractéristiques cliniques des troubles présentés

La migration constitue un risque de souffrance psychologique majeure, exposant les candidats à une décompensation comparativement à la population générale (Moro, 23) et Baubet et Moro (24). Selon Tortelli et al (25) et Favard et Dealberto (12), l'association entre les troubles psychiatriques notamment la psychose, et la migration a été établie dans plusieurs études. Presque toutes les pathologies psychiatriques ont été retrouvées chez nos patients. Les psychoses aiguës (confusion mentale, psychose réactionnelle, psychose puerpérale et Bouffée délirante aiguë), représentaient 42,3 % des cas ; la schizophrénie 28,4% ; la paranoïa 5% ; la dépression 4,5% ; la PHC 4,5% ; l'épilepsie 2,5% ; le trouble

bipolaire 2,2% ; la démence 2,2% ; la psychopathie 0,8% et l'hystérie 0,6% . Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que le parcours migratoire comporte un risque potentiel de décompensation psychique qui pourrait se présenter selon plusieurs modalités de structuration de la personnalité sous-jacente. Favard et Dealberto (12), Jellali et al (26) et Cantor-Graae et Selten (27) avaient établi une association entre la migration et la schizophrénie et Tembely(28) dans sa thèse, mentionnait une corrélation entre la migration et les troubles psychotiques.

Les troubles psychiques induits par les toxiques, représentaient 7% des cas. L'association entre la toxicomanie et la migration a été établie par Guardia et al (29). Les substances utilisées étaient entre autres, le cannabis, l'alcool, la cocaïne, l'héroïne.

Itinéraires thérapeutiques des patients

Le principal motif de retour au pays, était le traitement traditionnel dans 59% cas. Ce choix en première intention pourrait s'expliquer par les croyances magico-religieuses des communautés en ce qui concerne les troubles mentaux. Le recours aux soins conventionnels, se fait secondairement après échecs du traitement traditionnel. Ce résultat concorde avec celui de Aouatth (30) dans son étude chez les maghrébins en France.

CONCLUSION

A l'issue de cette étude, il ressort que la migration de façon générale, constitue un facteur générateur de stress et de décompensation de troubles psychiatriques. Nous avons retrouvé une fréquence hospitalière de 11,5%. Par rapport au profil sociodémographique, il s'agissait de sujets de sexe masculin dans 90,2% des cas, de jeunes adultes âgés de 25 à 34 ans dans 47,4% des cas, appartenant au groupe ethnique soninké dans 33,7%, célibataires dans 50,4% des cas, non scolarisés dans 50% des cas et de faible niveau de scolarisation dans 29,8% des cas. Les difficultés d'insertion et d'emploi, les conduites à la frontière, les incarcérations et les rapatriements et leur cortège d'angoisse et de stress inhérents au processus migratoire, constituent un facteur de fragilisation de l'état de santé mentale et de décompensation psychique. Les troubles psychotiques dominaient les tableaux cliniques de nos patients. La recherche d'une prise en charge traditionnelle justifiait le retour au pays dans la plupart des cas. Des études prospectives, pourraient antérieurement mieux préciser la nature du lien entre le processus migratoire et la décompensation psychique.

Conflits d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Remerciements

Nous remercions l'ensemble du personnel du service de psychiatrie qui a travaillé d'arrache-pied pour assurer la prise en charge des patients en prenant toutes les informations nécessaires ayant servi au remplissage des fiches d'enquête, ainsi que les patients et leurs familles qui ont bien voulu fournir ces informations au personnel soignant.

RÉFÉRENCES

1. OMS- « Santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs » Rapport sur la santé dans le monde, 2001
2. Ouédraogo A, Ouango JP, Kapouné Karfo, Goumbri P, Nanema D, Sawadogo B - « Prévalence des troubles mentaux en population générale au Burkina Faso », *L'encéphale* (2018),
3. Moussaoui D. - « La santé mentale au Maroc : enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux et des toxicomanies » *L'encéphale* (2017). Suppléments 4, S125 - S126
4. Odegaard O. - « The incidence of mental diseases as measured by census investigations versus admission statistics »; 1992; *Psychiatry QY arterly*; 26; pp: 212-218.
5. 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.
6. Fassin D. - « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration », *Revue homme et migrations santé*, mai - juin, 2000, n° 1225, pp : 5-12.
7. Sylla O, Mbaye M. - « Psychopathologie et migration : un cas de wootal », *Psychopathologie Africaine*, 1990-1991, XXIII, n°3, pp : 353-363.
8. 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.
9. Aorian KI. - « Mental health risk and problems encountered by illegal Immigrants, issues mental health »; *Nursing*; 1993; 14; 4; pp: 379-397.
10. INSERM - « Troubles mentaux, dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent », Les Editions INSERM ; Paris 2001.
11. Zivkovic PI. - « La difficulté des immigrés à conserver leur propre identité : rencontre des évêques européens responsables de la pastorale des migrants » ; Novembre 1995.
12. Favard T, Dealberto MJ. - « Risque accru de schizophrénie et de psychose chez les émigrés. Données françaises ». *Info Psychiatr* 2015, 91 : 118-128
13. Oulale B. - « Retour au pays natal des émigrants psychiatisés à propos de 20 cas », Thèse. Méd. Bamako, N°3, M 1982, 113pages.
14. 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.
15. CIM-10 - « Classification internationale des maladies, 10ème révision (CIM-10/icd10), chapitre V : Troubles mentaux et du comportement, descriptions cliniques et directives pour le diagnostic, Genève, OMS, Paris, Masson, 1993.
16. Berchet C, Jusot F. - « Etat de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. *Bull Epidémiol Hebdomadaire*, 2012 ; 234 : 17 – 20
17. Devarenne-Mégas H. - « Psychopathologie et insertion des migrants polonais en France », *Revue européenne des migrations internationales*, volume 19, (1), 2003 ; pp : 101-124 ;
18. Cissé S. « la migration malienne au Cameroun à la conquête du secteur informel : le retour est-il possible ? », *hommes & migrations* (Revue française de référence sur les dynamiques migratoires), 2009, pp : 38 - 51
19. Collignon R. - « Immigration et psychopathologie » ; *Psychopathologie Africaine* ; Vol. XXIII, n°3, 1990-1991, pp : 265-278.
20. Gouriouf F. - « Psychopathologie et migration : repérage historique et épistémologique dans le contexte français » Thèse Rennes : Université de Rennes 2, Haute Bretagne, 2008
21. Bhugra D. - « Migration and mental health » *Acta Psychiatr, Scand*, 2004, 109 :243- 258

22. Rudas N, Carta M G, Carpinello B. - « Les émigrés marocains et sénégalais en Sardaigne : résultats d'une enquête épidémiologique », *Psychopathologie Africaine*, 1990-1991, vol. XXII, n°3, pp : 329-352.
23. Moro MR. - « Parents en exil : psychopathologie et migration » Presses universitaires de France, 1994
24. Baubet T, Moro MR. - « Effets de la migration et de l'exil. In ; Baubet T, Moro MR, editors. *Psychopathologie transculturelle de l'enfance à l'adulte*. Issy- les Moulineaux ; Elsevier Masson ; 2009, pp : 49 – 57
25. Tortelli A, Skurnik N, Szöke A, Simon P. - « L'importance de la recherche épidémiologique psychiatrique sur les populations migrantes en France » *Annales Médico-psychologiques* 175, 2017, 577- 582.
26. Jellali IA, Zarouk L, Jellali MA, Nasr M. - « Schizophrénie et immigration : influence des facteurs psychosociaux ». *L'évolution psychiatrique* 79 (2014) 421 – 427
27. Cantor-Graae E, Selten JP. - « Schizophrenia and migration: a metanalysis and review: *Am J Psychiatry*, 2005, 162 (1): 12 -24
28. Tembely MB. « Troubles psychiques et migration : problématique de leur prise en charge dans le service de psychiatrie du chu du point G », Thèse méd, Année 2011-2012, FMOS, Bamako, 110 pages
29. Guardia D, Salleron J, Roelandt JL, Vaïva G. - « Prévalence des troubles psychiatriques et addictologiques auprès de trois générations successives de migrants : résultats d'une étude menée en population générale » *L'Encéphale* 43, 2017, 435 - 443
30. Aouattah A. - « Immigration maghrébine, maladie mentale et psychiatrie ou quand les immigrés emmènent leurs maladies : ethnopsychiatrie maghrébine », Ed. Harmattan, Paris, 1993