

UNIVERSITÉ ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR
UFR DES SCIENCES DE LA SANTÉ



ANNÉE : 2024

N° 133

**Évaluation de l'État de Stress Post-Traumatique chez les migrants
clandestins Sénégalais de retour dans la région de Ziguinchor**

(Étude réalisée durant la période du 1^{er} Janvier au 31 Juillet 2024)

THÈSE

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)**

Présentée et soutenue publiquement

Le 30 Octobre 2024

PAR

Babacar DIOP

Né le 24 Décembre 1996 à Dakar (SÉNÉGAL)

MEMBRES DU JURY

Président :	M.	Ansoumana	DIATTA	Professeur Titulaire
Membres :	M.	Issa	WONE	Professeur Titulaire
	Mme.	Sokhna	SECK	Professeur Assimilé
	M.	Cheikh	DIOUF	Professeur Assimilé
Directeur de Thèse :	M.	Issa	WONE	Professeur Titulaire
Co-directeur de Thèse :	M.	Adama	KOUNDOUL	Maitre de Conférence Titulaire



REPUBLIQUE DU SENEGAL

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR,
DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION



UNIVERSITÉ ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR (UASZ)
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE
DES SCIENCES DE LA SANTE (UFR-2S)



DIRECTION ET ADMINISTRATION

Directeur	Mme. Evelyne Siga	DIOM
Vice-Directeur	M. Cheikh	DIOUF
Chef département de Biologie et Explorations fonctionnelles	M. Chérif M.	AIDARA
Chef du département de Chirurgie et Spécialités chirurgicales	M. Omar	SOW
Chef du département de Médecine et Spécialités médicales	M. Yaya	KANE
Chef du département des paramédicaux	M. Denis	BARBOZA
Cheffe des Services Administratifs	Mme Aïo Marie Anne Béty	MANGA

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT UFR
SCIENCES DE LA SANTE - UNIVERSITÉ ASSANE
SECK DE ZIGUINCHOR**

ANNÉES UNIVERSITAIRES 2012-2023

PROFESSEURS TITULAIRES

PRÉNOM (S)	NOM	SPÉCIALITÉS
M. Alassane	DIATTA	Biochimie
M. Ansoumana	DIATTA	Pneumologie
Mme Evelyne Siga	DIOME	ORL
M. Boubacar	FALL	Urologie
M. Yaya	KANE	Néphrologie
M. Noël Magloire	MANGA	Maladies Infectieuses
M. Issa	WONE	Santé Publique
♦M. Serigne Modou	Kane GUEYE	Gynécologie-Obstétrique
† M. Fallou	CISSE	Physiologie
†M. Assane	NDIAYE	Anatomie

PROFESSEURS ASSIMILES

M. Chérif Mohamadou	AIDARA	Imagerie Médicale
♦ M. Denis	BARBOZA	Anesthésie-Réanimation
M. Simon Joël	MANGA	Cardiologie
M. Lamine	THIAM	Pédiatrie
M. Cheikh	DIOUF	Chirurgie Pédiatrique

MAÎTRES DE CONFÉRENCES TITULAIRES

PRÉNOM (S)	NOM	SPÉCIALITÉS
M. Kalilou	DIALLO	Maladies infectieuses
M. Abdoulaye	DIOP	Neurochirurgie
M. Habibou	SARR	Bactériologie virologie
M. Fabrice	SENGHOR	Anatomie pathologique
♦ M. Oumar	SOW	Chirurgie générale
Mme Mame Aïssé	THIOUBOU	Hépto-Gastro- entérologie
M. Abdoulaye	DIOP	Parasitologie-Mycologie
M. Adama	KOUNDOUL	Psychiatrie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSIMILES

PRÉNOM (S)	NOM	SPÉCIALITÉS
Mme Mame Ngoné	COLY	Hématologie Biologique
M. Ange Lucien	DIATTA	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. Alioune Badara	DIOUF	Orthopédie-traumatologie
M. Ibrahima	DIOUF	Physiologie
M. Niokhor Ndane	DIOUF	Biochimie

† In Memoriam

(1) UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar

(2) UASZ : Université Assane SECK Ziguinchor

(3) UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis

(4) BENIN

(5) MALI

(6) UADB : Université Amadou Diop Bambey

(7) EISMV

(8) UT : Université de Thiès

◆ Associé

**I. LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT VACATAIRE UNIVERSITAIRE
ANNÉES UNIVERSITAIRES 2012-2022**

PROFESSEURS TITULAIRES

PRÉNOM (S)	NOM	SPÉCIALITÉS
¹ M. Abdoulaye	BA	Physiologie
¹ M. Codé	BA	Neurochirurgie
¹ M. Serigne Abdou	BA	Cardiologie
¹ M. Serigne Moussa	BADIANE	Biophysique
⁽⁷⁾ M. Serge	BAKOU	Biologie cellulaire
² M. Chérif	BALDE	Chimie
† ¹ M. Fallou	CISSE	Physiologie
¹ M. Moussa Fafa	CISSE	Bactériologie-Virologie
¹ M. Saïdou	DIALLO	Rhumatologie
² M. Alassane	DIEDHIOU	Mathématiques
¹ M. Tandakha Ndiaye	DIEYE	Immunologie
¹ M. Saliou	DIOP	Hématologie
¹ M. Seydou Nourou	DIOP	Médecine interne
³ Mme Sylvie Audrey	DIOP	Maladies Infectieuses
¹ M. Boucar	DIOUF	Néphrologie
² M. Kobor	DIOUMA	Physique
¹ M. Mamadou	FALL	Toxicologie
¹ M. Babacar	FAYE	Parasitologie-Mycologie
¹ M. Papa Lamine	FAYE	Psychiatrie
² M. Abdoulaye	GASSAMA	Chimie
³ M. Adama	KANE	Cardiologie
¹ M. Assane	KANE	Dermatologie-Vénérologie
¹ M. Modou Oumy	KANE	Physiologie

³ M. Ibrahima	KONATE	Chirurgie générale
⁴ M. Anatole	LALEYE	Histo-Embryologie et Biologie cellulaire
¹ M. Abdoulaye	LEYE	Endocrinologie
¹ M. Mamadou	MBODJ	Biophysique
¹ M. Abdoulaye	NDIAYE	Anatomie
¹ M. Fatou Samba	DIOGO NDIAYE	Hématologie clinique
¹ M. Mady	NDIAYE	Biologie cellulaire
¹ M. Mor	NDIAYE	Médecine du Travail
¹ M. Moustapha	NDIAYE	Neurologie Médicale
¹ M. Souhaïbou	NDONGO	Rhumatologie
¹ Mme Maimouna	NDOUR	Médecine Interne
¹ M. Oumar	NDOYE	Biophysique
¹ M. Abdoulaye	POUYE	Médecine interne
¹ M. André Daniel	SANE	Orthopédie-Traumatologie
¹ Mme Anna	SARR	Médecine interne
¹ M. Moussa	SEYDI	Maladies infectieuses
¹ M. Guata Yoro	SY	Pharmacologie
¹ M. Roger Clément Kouly	TINE	Parasitologie-Mycologie
⁵ M. Amadou	TOURE	Histo-Embryologie

PROFESSEURS ASSIMILES

PRÉNOM (S)	NOM	SPÉCIALITÉS
⁷ M. Serge	BAKOU	Biologie cellulaire
¹ Mme Marie Louis	BASSENE	Hépatogastro-Entérologie
¹ M. Mamadou	COUME	Gériatrie-Gérontologie
¹ M. William	DIATTA	Botanique

¹ M. Chérif Mouhamed M.	DIAL	Anatomie pathologique
¹ M. Rokhaya NDIAYE	DIALLO	Génétique
¹ Mme Marie Joseph	DIEME	Anatomie pathologique
¹ M. Pape Adama	DIENG	Chirurgie cardio-vasculaire
¹ M. Papa Saloum	DIOP	Chirurgie Générale
⁸ Mme Pauline	DIOUSSE	Dermatologie-Vénérologie
¹ M. Amadou Lamine	FALL	Pédiatrie
¹ Mme Seynabou	FALL	Hématologie clinique
¹ M. Abdou Magib	GAYE	Anatomie pathologique
³ M. Philippe	MANYACKA	Anatomie
⁸ Mme Arame	MBENGUE	Physiologie
¹ M. Mady	NDIAYE	Biologie cellulaire
¹ M. Mohamed	SOUMAH	Médecine Légale
¹ M. Ibou	THIAM	Anatomie pathologique

MAÎTRES DE CONFÉRENCES TITULAIRES

PRÉNOM (S)	NOM	SPÉCIALITÉS
¹ M. Serigne Moussa	BDIANE	Biophysique
² M. Magatte	CAMARA	Chimie
² Mme Mame Kouna DIAW	DABO	Anglais
¹ M. Mouhamed	DAFFE	Ortho-Traumatologie
² M. Abel	DIATTA	Informatique
¹ Mme Armandine E. R.	DIATTA	Médecine du Travail
¹ M. Demba	DIEDHIU	Maladies infectieuses
¹ M. Amadou	DIOP	Bactériologie-Virologie
² M. Babacar	DIOP	Anglais
¹ M. Jean Pascal Demba	DIOP	Génétique

¹ M. Lamine	DIOP	Bactériologie-Virologie
¹ M. Doudou	DIOUF	Oncologie
¹ Mme Absa LAM	FAYE	Toxicologie
¹ M. Atoumane	FAYE	Médecine Interne
² Mme Fatoumata	HANNE	Socio-Anthropologie médicale
¹ M. Aly Mbara	KA	Ophtalmologie
² M. Clément	MANGA	Mathématiques
² M. Mbaye Diagne	MBAYE	Chimie
⁶ M. Amadou	NDIADE	Histologie-Embryologie
² M. Lat Grand	NDIAYE	Physique
² M. Moustapha	NDIAYE	Informatique
² M. Abdoulaye	NDIOUCK	Epistémologie médicale
¹ Mme Sokhna	SECK	Psychologie
¹ M. Doudou	SOW	Parasitologie-Mycologie
¹ Mme Awa NDIAYE	SY	Pharmacologie
² M. Moustapha	THIAM	Physique
² M. Modou	TINE	Physique
¹ M. Aminata	TOURE	Toxicologie

† In Memoriam

⁽¹⁾ UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar

⁽²⁾ UASZ : Université Assane SECK Ziguinchor

⁽³⁾ UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis

⁽⁴⁾ BENIN

⁽⁵⁾ MALI

⁽⁶⁾ UADB : Université Amadou Diop Bambey

⁽⁷⁾ EISMV

⁽⁸⁾ UT : Université de Thiès

◆ Associé

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSIMILES

PRÉNOM (S)	NOM	SPÉCIALITÉS
¹ Mme Fatimata	BA	Physiologie
¹ M. El H Amadou L	BATHILY	Biophysique
¹ M. Jean pierre	DIAGNE	Ophtalmologie
³ M. Amadou Cambel	DIENG	Management
¹ Mme Awa NDIAYE	SY	Pharmacologie

II. ENSEIGNANTS VACATAIRES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
Mme Mame Kouna DIAW	DABO	Anglais
M. Demba	DIAGNE	Secourisme
M. Malick	FAYE	Soins infirmiers
M. Karim	GUARBA	Anatomie
M. Abdoulaye	KEITA	Secourisme
M. Abbé Michel	MENDY	Santé publique
†M. Jacques	SENGHOR	Anatomie

† In Memoriam

(¹) UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar

(²) UASZ : Université Assane SECK Ziguinchor

(³) UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis

(⁴) BENIN

(⁵) MALI

(⁶) UADB : Université Amadou Diop Bambey

(⁷) EISMV

(⁸) UT : Université de Thiès

◆ Associé

« Au nom d'Allah, le Tout Miséricordieux,
Le Très Miséricordieux. Louange à Allah, Seigneur de l'univers.
Le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux. » Coran 1 : 1-3
« Dis : Rien ne nous atteindra, en dehors de ce que Dieu a prescrit pour nous.
Il est notre Protecteur. C'est en Dieu que
Les croyants doivent mettre leur confiance. » 9 : 51

In Memoriam

« Toute âme goûtera à la mort, ... » Coran 29 : 57

À la mémoire de :

Feu Dr Idrissa Diop, mon regretté père,

Feu Awa Cheikh Kane Diop, mon ange de petite sœur, partie trop tôt,

Feu Aby Diop, ma badiène,

Feu Doro Niang, mon grand Frère, partit si tôt

Feu Ndoumbe Fall, ma seconde mère que j'aurais aimée gâter,

Feu Mohamed Fall, un oncle aimant,

Feu Mame Yabeye Diop, Feu Ndioufa Mbengue, mes cousines si gentilles,

Feu Awa Diagne, Feu Serigne Ababacar Mbaye, mes grands-parents,

Feu Pedro Sambou et Feu Cebastien Manga, mes promotionnaires, partis si jeunes,

Nous aurions tant aimé que vous assistiez à ce jour. Le temps passe mais les souvenirs restent. Puisse le Tout Puissant vous accorder son Paradis Eternel.

Dédicace

À **Feu Dr Idrissa Diop**, mon regretté père. À toi, papa, qui me manque tant. Plus qu'un père, un ami. La vie est différente depuis que tu n'es plus là. Dès ma naissance, tu as incarné cette personne toujours souriante, capable de régler toutes les situations et de gérer tous les problèmes. Tes discussions, toujours plaisantes étaient si passionnées. Que je vienne te parler de dessins animés durant mon enfance ou de mes cours de physiologie durant ma médecine, tu m'as toujours écouté comme si je parlais du sujet le plus important qui soit, comme si j'étais le meilleur orateur sur terre. Notre relation, dépassant de loin le cadre de la filiation était la plus belle amitié qu'il m'ait été donné d'avoir. À tes yeux, je n'avais aucune limite, tout ce que j'ai accompli devant toi, c'était d'abord et parce que tu me donnais l'impression que j'en étais capable. Tes encouragements, toujours emplis de douceur et de bienveillance ne s'épuisaient jamais. La politesse et le respect dont tu faisais preuve quelle que soit la personne en face de toi ne t'ont jamais empêché d'être une personne franche sur qui on peut compter. Ta générosité, immense, comptée par tous, n'a d'égale que les sacrifices que tu as consentis pour que ta famille soit heureuse. Ton amour pour la santé et pour le bien-être des gens a été ma première motivation pour ce choix de carrière. Ta rigueur, ton amour pour le travail bien fait que tu nous as inculqué est la ligne directrice de notre conduite de travail. Ta passion pour la lecture, la science, la spiritualité et pour la philosophie a déteint sur mes lectures et a fait naître ma passion pour la psychiatrie. Je n'ai jamais eu de souhait plus grand que de te rendre fier en devenant médecin. Mon seul regret est que tu n'aies pas pu assister à ce jour. Si cette douleur est le témoignage de mon amour pour toi, alors je vais endurer une éternité de tristesse pour qu'il ne meure jamais. Cette thèse t'est entièrement dédiée.



Remerciements

Remerciements

À ma mère, Aissatou de Sagana Fall, à toi, la meilleure maman du monde, merci. Milles merci ne suffiraient pas à citer tout ce que tu as fait pour nous. Dès notre naissance, notre éducation et notre foi ont toujours été ta priorité. Tu n'as négligé aucun effort, aucun sacrifice pour faire de nous de bonnes personnes. Ta rigueur, ton amour pour le respect et pour le travail bien fait nous suivent partout où nous allons. Tes conseils et tes recommandations que tu ne te fatigues jamais de réitérer nous poussent à faire de notre mieux pour que partout où nous allons, que nous n'ayons aucune crainte, aucun regret. Tu nous as toujours poussé à nous dépasser et à faire de notre mieux. Plus d'une fois, j'ai eu l'impression que tu voyais en moi des capacités que je ne me trouvais pas, et cette confiance m'a permis d'atteindre ce niveau aujourd'hui. Merci Maman, que Dieu te comble de Bienfaits et te rétribue au centuple. Vois en ces mots un témoignage de mon amour et de ma reconnaissance.

À ma grande sœur, Loty Diop, à toi, ma grande sœur, mon pilier, mon modèle, ma statisticienne. Toute ma vie, je t'ai vue comme cette étoile à suivre, à atteindre. Je t'ai vue comme ce modèle d'excellence, de travail acharné, d'abnégation. Non contente de cela, tu n'as jamais eu cesse de me pousser à me dépasser, à ne pas me contenter de résultats moyens, à faire de mon mieux pour ne pas avoir de regrets. Tes sacrifices, nombreux et significatifs m'ont permis d'en arriver là. Tes conseils, toujours adaptés m'ont façonné. Ton excellence, toujours chantée a elle aussi façonnée ce travail à travers l'analyse statistique que tu as réalisée. Ta gentillesse, ton humour et ton grand cœur font de toi cet être dont la seule présence peut égayer une vie. Vois en ces mots un témoignage de mon amour et de ma reconnaissance.

À ma grande sœur, Ndeye Sokhna Diop, à toi, qui me faisait pomper lorsque je n'apprenais pas mes formules, à toi qui avais les bons mots lorsqu'épuisé par les révisions, ma motivation baissait, à toi qui as toujours su comment me pousser à donner le meilleur de moi-même, merci. Ta résilience, ton courage, ta force mentale m'inspirent chaque jour qui passe. Tu es magique Ndeye Sokhna Diop, plus qu'une sœur, tu es une amie qui m'est chère et qui est toujours là quand il le faut. Ta générosité, ton écoute, tes conseils, tes sacrifices ont fait de moi la personne que je suis aujourd'hui. Vois en ces mots un témoignage de mon amour et de ma reconnaissance.

À mon petit frère, Oumar Diop, « aux âmes bien nées, la valeur n'attend point le nombre des années. », Tu es mon petit frère mais bien souvent je te regarde avec respect et admiration tant tu es un modèle de rigueur, de droiture, de piété, et de générosité. Tu es ce fédérateur qui a toujours les bons mots pour dire ce qui doit être dit. Ta générosité et ta sagesse, assurément plus vieilles que ton âge sont ta marque de fabrique. Te voir grandir et évoluer est un plaisir et une fierté. Je prie le Très-Haut de te combler de réussite et de bonheur. Vois en ces mots un témoignage de mon amour et de ma reconnaissance.

À ma petite maman, Fama Fall, à toi tata, toujours présente et souriante, merci. Tata, tu as toujours incarné cette seconde maman pour moi. Ta gentillesse, ta générosité, ta disponibilité, tes conseils avisés et ton sens de l'humour n'ont jamais fait défaut. Ton courage et ta rigueur font de toi un modèle qu'on s'efforce chaque jour de copier. Vois en ces mots un témoignage de mon amour et de ma reconnaissance.

À tonton Salif et tata Penda, à vous que j'ai toujours vu à mes côtés, à vous qui avez toujours cherché à savoir si j'étais dans de bonnes conditions, à vous dont les conseils et les prières manqué, merci. Votre douceur, votre bienveillance n'ont d'égale que votre générosité. Votre piété et votre sens de la politesse font que toute personne vous fréquentant s'en retrouve enrichi. Voyez en ces mots un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

À Tonton Amsata Gueye, à Aissatou Mbène et Ababacar Sadikh Gueye, mes coéquipiers,

À Mame Fatou Mbaye, Tonton Salif, Tonton Khadim, Tonton pape Souleye Fall, à Tata Penda, Tata Dieumb, à Tata Khady, Fatou Fall, Adja Fatou Fall, Pape Alassane Fall et à toute la famille Fall de Thiès,

À Tonton Dial, tonton El Hadj, Tonton Pape Souleye Diop, Badiène Bakhao, Badiène Sagar, tata Suzanne, à Alassane, Amadou, Lamine, à Ndeye Sokhna, Serigne Lamine et Pape Omar, Maman Awa et Khadija,

À Mame Ndeye Marème Mbaye, Tonton Ousmane, Tata Kiné, Tata Mame Awa, à Pape Rawane, Mamy Seck, Zeyna, à Tidiane, Rawane, Mohamed, Sokhna, Moulaye, à Rawane Gaye et à toute la Famille à Rue Thiers,

À Pape Mamadou Niang, Loty, Pape Oumar, Ndeye Astou, Amath, Samba Hanne, Amath Diagne, et à toute la famille à Fass,

À tata Yaye Fatou, Pape Demba Diop, et à toute la famille de Hann Marinas,

À Badiène Ndeye Diop, Babacar Thiam, Loty Thiam, Pape Thiam, Birame et à toute la famille aux HLM,

À Moussé Mbengue, Abdou, Ousmane, Yama et à toute la famille Mbengue à Yoff,

À Tous mes cousins et Cousines de familles Diop, Thiam, Niang, Mbengue, Amath, Amadou, Alassane, Awa, Lamine, Pape Mamadou, Pa Oumar et tout le monde à Fass

À mon beau-frère Pape Bassirou Der et à ma merveilleuse nièce Mariétou,

À ma tante Maimouna Wone, à Aicha, Pape Daouda, Mohamed, Ndeye Arame et Adj,

À mon Tonton, Dr Momar Fangaly Diouf,

À ma merveilleuse famille, je ne serais pas là aujourd'hui sans vous. Vous m'avez éduqué, conseillé, guidé, vous m'avez inculqué la culture qui ont fait de moi la personne que je suis aujourd'hui. Vos encouragements, vos prières, votre soutien n'ont jamais fait défaut. Voyez en ces mots un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

À ma tutrice, ma tante Mariama Ndao, Chère Tata, Les mots me manquent pour décrire toutes les émotions qui m'animent lorsque je pense à toi. Tu m'as accueilli sous ton toit et m'a traité comme ton fils. Mon passage à Ziguinchor n'aurait pas été le même sans toi. Il m'a été donné de voir des personnes courageuses, mais peu le sont autant que toi. Tu es un modèle à bien des égards. Puisse le Tout Puissant te combler de bienfaits et exaucer tous tes souhaits. Vois en ces mots un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

À mon ami et frère Dr Koffi Sergio Adelan, Du Sacré-cœur à Ziguinchor, nous avons mené toutes les batailles et obtenu tous nos diplômes ensemble. Cheminer avec toi a été une bénédiction sur tous les plans et de simples mots ne sauraient décrire tout le respect et l'admiration que j'éprouve à ton égard. Puisse le Très-Haut te combler de bonheur mon frère. Vois en ces mots un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

À mon ami et frère Pape Assane Ndoye, à toi mon frère, à toi qui depuis 15 ans maintenant est toujours à mes côtés, de simples mots ne sauraient retranscrire toute l'estime que j'ai pour toi. Tu es de ces amis qui inspirent et poussent à aller de l'avant.

Puisse le Très-Haut te combler de bienfaits. Vois en ces mots un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

À Diery, Joachim, Simon, Serigne, Almamy, Edouard, Moustapha et Bruno, mes frères d'une autre mère, nous avons cheminé ensemble jusqu'à l'obtention de notre bac et malgré cela, vous êtes encore plus présents pour moi maintenant que la distance nous sépare. Votre présence et vos mots m'ont beaucoup encouragé durant mon cursus médical et durant la rédaction de cette thèse, Voyez en ces mots un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

À Cedric Dégila, Cédric Zemeta et Arthur Ehode, Bamba Kane et Fadl Dieng, chers frères, les années passent mais les amitiés perdurent. Malgré la distance, notre amitié est aussi fraîche qu'au premier jour. Votre présence et vos mots m'ont beaucoup encouragé durant mon cursus médical et durant la rédaction de cette thèse, Voyez en ces mots un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

À ma très chère amie Toutane, à toi, Toutane, de simples mots ne sauraient décrire la relation qui nous lie. Je prie Allah SWT de te combler de bienfaits et d'exaucer tous tes souhaits. Vois en ces mots un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

À ma très chère amie Marie Ange, à toi, mon amitié la plus longue, ma chère amie qui a toujours cru en moi. Qu'importe la distance, je sais pouvoir compter sur toi au besoin. Je prie Allah SWT de te combler de bienfaits. Vois en ces mots un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

À ma très chère amie Mame Diarra Bousso Gueye, Ticha, ma partenaire, ma coéquipière, ma cheerleader, celle avec qui j'ai mes discussions les plus longues et les plus instructives. Le temps passe et consolide de plus en plus notre amitié. Tu es ce roc indestructible sur lequel je me repose lorsque j'en ai besoin. Puisse le Très-haut te combler de bienfaits. Vois en ces mots un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

À ma très chère amie Dr Mélissa Lizo, à toi Melchoue, celle avec qui je mène tous mes combats, 11 ans déjà que nous nous connaissons, et par la grâce Divine, nous cheminons encore ensemble. Ton intelligence, ta gentillesse, ta bienveillance, ton ouverture d'esprit pour ne citer que cela font qu'en plus d'être une amie, tu es un modèle qui inspire son entourage et le pousse à s'améliorer. Puisses-tu être heureuse et comblée de bienfaits. Vois en ces mots un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

À ma très chère amie Dr Auréole de l'Horeb Kodia, sans aucun doute, ma plus belle rencontre à Ziguinchor. Je t'ai rencontrée dès mon arrivée ici et tu es devenue une partie de moi. Tu m'as accueilli, intégré, enseigné, couvé et soutenu partout et pour tout. Tu es devenue mon repère dans cette ville et dans la pratique médicale. Tes qualités humaines que je ne saurais compter font de toi un être incroyable. Puisse le Très-Haut te combler de bonheur. Vois en ces mots un témoignage de l'affection que je te porte et de ma reconnaissance.

À ma très chère amie Aminata Dème, à toi, Amidem, dont l'humour a égayé nos conversations, dont la foi m'a renforcé spirituellement, dont la franchise m'a permis de m'améliorer en tant que personne, de simples mots ne sauraient décrire toute l'affection que je te porte. Tu es une amie qui m'est très chère et je prie le Très-Haut de te combler de bonheur. Vois en ces mots un témoignage de ma reconnaissance.

À ma très chère petite sœur Bineta Diène. Les mots me manquent pour décrire tout ce que m'évoque ton nom tant tu as été la personne, le pilier qui m'a soutenu durant mes deux précédentes années. Tu es devenue cette petite sœur qui me manquait tant, qui me pousse vers l'avant, qui me soutient, qui m'écoute me plaindre, qui applaudit lorsque je réussis et qui pleure lorsque je suis triste. Ta gentillesse, ta générosité n'ont d'égaux que ton grand cœur. Tu es une partie de moi et je te souhaite tout le bonheur que ce monde a à offrir. Vois en ces mots un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

À mes collègues, amies et sœurs, Dr Oumou Khairy Diack et Dr Ndeye Khoudia Diagne. Plus que de simples colocataires ou de simples camarades de classes, vous êtes devenues des membres de ma famille. Voilà déjà 8 années que nous cheminons ensemble et mon cœur se voile de tristesse en pensant à quel point vous allez me manquer. Puisse Allah SWT préserver notre relation. Puissiez vous être heureuses dans vos foyers et ne manquer de rien. Voyez en ces mots un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

À ma collègue, amie et sœur, Dr Aissatou Diallo. Chacha, ma partenaire de stage et de révision, celle sans qui mes examens se seraient passés bien différemment. J'ai passé un nombre incalculable de bons moments à tes côtés, entre nos séances de révision signées Youssou Ndour, les conversations, les stages et les gardes. Ton bonheur est mon bonheur, et ta réussite, la mienne. Puisse Allah SWT te combler de bonheur. Vois en ces mots un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

À ma collègue, amie et sœur, Dr Roseline. Rose, mon amie, ma sœur, ma confidente. Bien que nous nous connaissions déjà avant cela, c'est grâce à Sedhiou

que j'ai vu à quel point tu es une personne formidable. Mon passage au CHRATB aurait été bien différente sans toi, sans ton aide, ton réconfort, tes conseils, ton humour, ta gentillesse et tes bons plats. Vois en ces mots un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

À ma collègue, amie et grande sœur Dr Fatima Sène, Grande sœur, je t'ai connue dès mon arrivée ici et tu as directement fait de moi ton protégé. Merci de m'avoir soutenu et conseillé durant mon cursus. Vois en ces mots un témoignage de l'affection que je te porte et de ma reconnaissance.

À mes amies et sœurs, Toutane, Kiné et Fatima notre amitié qui fête ses 10 ans, est marquée de bons moments et de bons souvenirs. Votre présence et vos mots m'ont beaucoup encouragé durant mon cursus médical et durant la rédaction de cette thèse, Voyez en ces mots un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance

À ma collègue, amie et sœur, Dr Rokhaya Ba. Telle une parfaite serdaigle, tu allie intellect et gentillesse. Tu es une de ces amies qui font que je rends Grâce à Dieu pour mon entourage. Ta présence, surtout dans ces derniers mois m'a été chère. Vois en ces mots un témoignage de ma reconnaissance.

À mes amies et sœurs Mathilde et Marie Christelle, chères amies, votre amitié, plus que précieuse est un trésor que je chéris. Votre présence et vos mots m'ont beaucoup encouragé durant mon cursus médical et durant la rédaction de cette thèse, Voyez en ces mots un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

À mes amies et sœurs, Dr Gaye, Bibah, Coumba et Zeynab, notre amitié qui fête ses 10 ans, est marquée de bons moments et de bons souvenirs. Votre présence et vos mots m'ont beaucoup encouragé durant mon cursus médical et durant la rédaction de cette thèse, Voyez en ces mots un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance

À mes amies Iphygénie, Wouraola et Aminata, chères amies, votre présence et vos mots m'ont beaucoup encouragé durant mon cursus médical et durant la rédaction de cette thèse, Voyez en ces mots un témoignage de ma reconnaissance.

Aux Dr Auréole Kodia, Gloria Olodo, Espérance Waya et Felishmina, à mes grandes sœurs et amies. Vous m'avez accueilli et intégré. Vous m'avez couvé et traité comme si j'étais votre frère. Mon passage à Ziguinchor aurait été bien différent sans vous. Voyez en ces mots un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

À toute la cinquième promotion sortante de médecine de Ziguinchor, à toute la promotion, de Koffi à Marième Thiam, nous avons cheminé ensemble durant ces années de galère. Avec vous, j'ai passés les moments les plus ardues mais aussi les plus beaux de ma vie. Nous avons grandi ensemble, muri ensemble et sommes devenus médecins ensemble. Je suis fier lorsque je vois le chemin parcouru depuis nos premiers cours de physique et chimie. Voyez en ces mots un témoignage de tout le respect et de l'admiration que je vous porte. **Aux Docteurs** Becaye Sall, Micette Sambou, Abdou Bomou, André Badiane, Alassane Sané, Matar Ndiaye, Amadou Sambou Bodian, Ibrahima Aw, Bodian, Mohamed Diop, Moustapha Sène, Mamadou Ndiaye, Mamadou Wadji, Birame Socé, Bocar Ba, Koulibaly, Al Mahi Niang, Babou Sakho, ..., **Aux Docteurs** Auréole Kodja, Gloria Olodo, Espérance Waya, Fatima Sène, Rokhayatou Diouf, Diariétou Seck, Felishmina, Estelle Bassène, Khadidiatou Kane, Khadidiatou Diallo, Hélène Ndoye, Ester Bealoum, Aichatou Tounkara Diatta, Bernadette Sambou, ..., **à tous mes Grands frères et grandes sœurs de l'UFR SS,** Chers aînés, c'est avec beaucoup de plaisir que je me remémore des moments passés à apprendre de vous, tant sur le plan médical que social. Vous nous avez montré que l'UFR SS est une famille et m'avez traité comme votre petit frère. Voyez en ces mots un témoignage de ma reconnaissance.

Aux Docteurs Abdoul Aziz Thiam, Basile Toudji, Lamine Diop, Djiby Sambou, Baboucar Coly, Pierre Diatta, Fedou Ndiaye, Borel Kemta, Abdoulaye Sy, Arfang Ndiaye, ..., **Aux Docteurs** Seneba Gaye, Ndella Diouf, Seynabou Sarr, Penda Dioum, Cathy Ba, Diarra Diouf, Bousso Touré, Mami Mendy, Khady Ndao, Ndeye Sokhna Ndiaye, ..., **à mes frères, sœurs et collègues de la 6^e promotion de l'UFR,** c'est avec beaucoup de plaisir que je vous ai côtoyé durant nos années à l'UFR et durant nos stages cliniques. Voyez en ces mots un témoignage de ma reconnaissance.

À Mael, Ibrahima, Bouré, Ismaela, Abdou Aziz, Bachir, Lamine, Ousmane, Bakary, Barthelemy, Onesime, Manuel, Matthieu, Moustapha, Cheikh Sylla, Alioune, Sekou, Bienvenue, Barthelemy, Mansour, Nguissaly, Ousmane, Fadia, Kamara, Pape Oumar, ..., À Penda, Ndatté, Mame Khary, Mariama, Bigué, Youm, Oumou, Astou, Aminata, Rokhaya, Maimouna, Khadidiatou et Kadia Diallo, Adama Tamba, Ramata, ..., et à tous mes petits frères et petites sœurs de l'UFR SS, chers amis, vous côtoyer a été une expérience autant plaisante qu'enrichissante, tant vous tous et toutes m'avez marqué. Voyez en ces mots un témoignage et de mon affection et de ma reconnaissance.

À mon ami et frère Dr Abdel Aziz Atteib, cher ami, cher frère, cher Atteib. De Ziguinchor à Dakar, tu es une de ces personnes magnifiques dont la présence change

une vie. Ta rigueur, ta discipline, ton leadership, ton sens de l'humour, ta sincérité et ta droiture font de toi ce genre d'amis qui nous poussent à devenir de meilleures personnes. Vois en ces mots un témoignage de l'affection que je te porte et de ma reconnaissance.

Au Dr Seneba Aicha Gaye, à ma camarade de collègue, de lycée et d'université, à ma collègue, à mon amie, à ma sœur. Seneba, il de ces relations qui transcendent le simple statut d'amitié et la nôtre en fait assurément parti. Plus de 15 ans que nous nous connaissons et tu es toujours cette amie sur qui je compter sur tout. Puisse Allah SWT affermir nos liens et préserver cette amitié. Vois en ces mots un témoignage de toute l'affection que je te porte ma sœur.

À mon ami et frère Dr El Hadj Daour Teuw, cher ami, cher frère, cher compagnon de galère. Plus le temps passe, plus je rends grâce au Très-Haut de t'avoir mis sur mon chemin. Tu es de ces amis précieux dont on peut parler de tout et qui sait écouter. Ta discipline, ta rigueur, ta gentillesse, ta rigueur et ta capacité d'écoute font de toi ce grand médecin qui je le sais, fera parler de lui. Vois en ces mots un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

Au Dr Aboulaye Diop, Cher ami, frère et binôme de garde, Abdoulaye, tu es de ces grands hommes comme on n'en fait plus. Ta gentillesse n'a d'égale que ta rigueur. Les moments passés avec toi, tant à l'hôpital qu'au dehors sont des moments que je chérirais toujours. Vois en ces mots un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

Au Dr Massaer Diouf, à cet ami multidimensionnel dont la grandeur se dévoile un peu plus chaque jour, à mon frère. Cher ami, il est rare de rencontrer des personnes aussi singulières que toi, tant ta vision du monde est différente. Ton grand cœur, ta sincérité, ton écoute, ta capacité d'adaptation et ton sang-froid font de toi l'ami, le conseiller idéal. Vois en ces mots un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

À Bouré, Ibrahima Abdoul Aziz, Ismaela et Ousmane, Chers petits frères, chers futurs collègues, chers amis, nous nous sommes connus à votre arrivée ici et sommes devenus plus qu'amis depuis. Votre respect, votre disponibilité, votre gentillesse et votre sincérité font de vous des frères avec qui j'ai partagé certains de mes meilleurs moments ici. Voyez en ces mots un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

Aux Dr Mael Dagba et Dr Borel Kemstop Kemta, Chers amis, nous nous sommes connus très tôt à la résidence estudiantine et depuis, je n'ai cessé d'apprendre à vos côtés. Plus que de bons voisins et collègues, vous êtes des amis qui me sont chers. Voyez en ces mots un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

Aux Dr Penda Dioum et Ndatté Gueye, chères petites sœurs, nous ne partageons qu'une résidence mais l'amitié qui en a découlée est une des plus belles choses qui me soit arrivée à Ziguinchor. Votre gentillesse, votre humour et vos bons plats ont souvent égayé mes journées. Voyez en ces mots un témoignage de ma reconnaissance

À mes amis et collègues de Kadior, à Dr Borel, à Onesime, Marie Paule, Mael Dagba, Sekou, Chers amis, c'est avec beaucoup de plaisir que je me remémore nos bons moments entre nos débats passionnés et les repas partagés. Vous côtoyer a été plaisant, voyez en ces mots un témoignage de ma gratitude et de mon respect.

À notre cher RP, Diere DIÉDHIOU, Cher grand frère, merci infiniment pour ton travail remarquable, ton dévouement envers tous les étudiants et la considération constante que tu m'as témoignée. Au-delà de la relation professionnelle, te fréquenter m'a permis de beaucoup apprendre tant sur le plan social que spirituel. Vois en ces mots un témoignage de l'amour que je te porte.

Au groupe Mbel Mbel, à mes amis et frère, à ce groupe magique, à mes frères. Chers frères, c'est avec beaucoup de bonheur que je me remémore les moments passés à vos côtés. Il est rare de voir des personnes autant compétentes sur le plan professionnel et aussi plaisants à fréquenter tant votre compagnie est enrichissante. Des bons plats de Niassa aux débats politiques autour d'un verre de thé en passant par nos répétitions à la maison, je n'ai avec vous que de précieux souvenirs. Voyez en ces mots un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance

À l'équipe de basket de l'UFR SS, Chers coéquipiers, je n'aurais certainement pas pu atteindre ce niveau sans les moments de sport et de détente que j'ai partagé à vos côtés. Que ce soient les matchs, les entraînements ou les repas, j'ai passé d'excellents moments à vos côtés. De mes aînés de la première promotion aux nouveaux venus sans oublier le coach, les professeurs et docteurs, je vous remercie pour tout.

Au groupe Hogwarts : « À Poudlard une aide sera toujours apportée à ceux qui en ont besoin. », à travers les années, j'ai plusieurs fois eu l'occasion d'attester de la véracité de cette phrase. Plus qu'une aide, j'ai trouvé des amis, une famille. Nous avons partagé énormément de bons moments, vous m'avez instruit et soutenu dans des phases difficiles de ma vie et je ne serai probablement pas la même personne

aujourd'hui. Vous rencontrer a été une réelle bénédiction et de simples mots ne sauraient exprimer ma reconnaissance à votre égard. Puisse Allah SWT affermir nos liens et les préserver.

A mes frères du groupe Avengers, de simples mots ne sauraient exprimer la connexion qui nous lie, Puisse Allah SWT raffermir notre amitié et notre foi.

À Galsen Anime Addicts, plus qu'un groupe, une famille. Cela fait déjà 12 ans que nous cheminons ensemble et que vous égayez mes journées à travers des fou-rires, des délires et la bonne ambiance du groupe. Puisse le Très-Haut nous accorder le bonheur et que cette amitié continue de grandir.

Au groupe Xew-Xew, partenaire officiel des bons moments, des bons repas et de la tranquillité d'esprit. Chers amis, mon passage à Ziguinchor aurait été bien différent sans nos rencontres. Vous avez tous sans exception participé à mon épanouissement et à mon bonheur, voyez en ces mots un témoignage de ma reconnaissance.

Au personnel du service de chirurgie du CPEB, sous la direction du Dr Adama Coundoul, ainsi qu'à Aïssatou, Mme Diédhiou, Mme Diatta, Mme Dieng, Mme Sagna, Alain, tonton Sambou, Major Samba, Idy Diédhiou, Albert, Souleymane, Baldé, père Las, Pa Fall, Sadia, Anatole, Assane, Samba, Éric. Votre générosité et votre dévouement m'ont fortement marqué. Vous m'avez accueilli comme l'un des vôtres et vous avez grandement contribué à ma formation médicale. Voyez en ces mots un témoignage de ma reconnaissance.

Au personnel du CHRATB de Sedhiou :

A mes maitres : Dr Diouf, Dr Dia, Dr Dalanda, Dr Diallo réanimateur et Dr Diallo radiologue, Dr Abdoulaye Diop, Dr Camara, Vous côtoyer a grandement contribué à ma formation médicale. Votre rigueur, votre disponibilité et votre engagement pour les malades font de vous des modèles. Voyez en ces mots un témoignage de ma reconnaissance.

Aux Docteurs Famara Badji et Mouhamed Niang, chers aînés, chers maitres, chers amis, vous fréquenter a été une expérience plus qu'enrichissante. Dès le début de notre séjour, vous nous avez accueilli, intégré et instruit. Vous nous avez appris que des maitres pouvaient aussi devenir des amis. Votre générosité, votre engagement pour les patients, votre rigueur dans le travail sont inspirantes et nous motivent à faire d'avantages d'efforts pour vous ressembler. Voyez en ces mots un témoignage de ma reconnaissance.

Aux Docteurs Aidara, Niang, Mbacké Ndiaye, Haby Diallo : Chers collègues, travailler à vos côtés a été une expérience enrichissante. Nos discussions à l'accueil et autour du petit-déjeuner sont des moments que je chérirais toujours. Voyez en ces mots un témoignage de ma reconnaissance.

Au personnel du SAU et du service de Médecine interne du CHRATB de Sedhiou : à Boubacar mon major, à Christine, à Fatou Diouf, Ndeye Fatou, Adja et Adja, à Tata Gnima, à Madame Dabo, à Dia, à Mohamed, madame Thiaw, à Herveillance, à Madame Malou, à madame Tamba, à tata Mado, à Yacine ba, à Halima, ..., votre gentillesse et votre ouverture ont rendu mon séjour à Sedhiou inoubliable. Travailler à vos côtés a été une merveilleuse expérience. Voyez en ces mots un témoignage de ma reconnaissance.

À Monsieur et Madame Mbaye : Vous rencontrer a été une réelle bénédiction. Votre gentillesse, votre humanisme, votre ouverture et votre piété nous ont fortement marqué. Vous nous avez montré tous les aspects de la Teranga sénégalaise. La générosité et la bienveillance dont vous avez fait part à notre égard restera éternellement gravée dans nos esprits. Voyez en ces mots un témoignage de notre reconnaissance et Puisse Allah SWT vous rétribuer vos bienfaits au centuple.

À Gaspard, Boga, Becaye Thiam, Amadi Ndiaye, Zaccharia, et à mes chers amis basketteurs. Nous nous sommes connus à travers le ballon orange mais notre amitié a dépassé les limites du terrain. Voyez en ces mots un témoignage de ma reconnaissance pour ces bons moments passés.

À Alassane Djigo, Mohamed Mbengue, Mama Sarr, Kairé, Maimouna et Mounass, Mariama, Clarisse, Mame Khary, Libasse, Ousmane, Barthelemy, Thierno, Gallaye, Daouda, Landing, Falilou, Mor, à mes chers voisins de la résidence universitaire, nous avons passé de merveilleuses années ensemble. Plus que des voisins, des amis, des frères, des sœurs aux côtés de qui les difficultés rencontrées nous ont permis de murir. Voyez en ces mots un témoignage de notre amitié et un remerciement pour votre présence dans ma vie.

À tata Anta, Aminta, Sokhna et Ndeye Khady, à la famille Mbaye de Château d'eau, à Alpha et Diao, à Laye Faty et Lamine, à la famille Aidara, à la famille Bakhoum, ..., à toutes ces personnes qui m'ont aidé et soutenu durant mon cursus universitaire, Voyez en ces mots un témoignage de ma reconnaissance éternelle.

À Mr Bodian, Mr Diallo, Mr Fall et Mme Charlotte Bakhoum, Votre aide a été précieuse dans l'élaboration de ce document. Voyez en ces mots un témoignage de ma reconnaissance.



À nos maîtres et Juges

*À notre maître et président de jury,
le professeur Ansoumana DIATTA,*

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Nous avons été marqués de la plus belle des manières par votre rigueur scientifique, votre humilité, votre objectivité, votre clarté et votre concision dans les salles de classe de même qu'aux chevets des patients.

Veillez recevoir ici cher maître, le témoignage de notre profond respect, notre profonde gratitude et notre grande admiration.



*À notre maître et directeur de thèse,
le professeur Issa WONE,*

C'est un grand honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger cette thèse malgré vos multiples occupations.

Votre pédagogie, votre rigueur scientifique et votre expertise, nous ont fortement marqué.

Veillez recevoir ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude, de notre profond respect et de notre grande admiration.



*À notre maître et juge,
la professeure Sokhna SECK,*

Vous nous avez fait grand honneur en acceptant de juger ce travail.

Votre présence ce jour, représente beaucoup pour nous car c'est à travers vos cours nous avons été introduits au monde de la psychiatrie et que nous avons acquis l'amour de cette discipline.

Veillez recevoir ici chère maître, l'expression de notre profonde gratitude, de notre profond respect et de notre grande admiration.

*À notre maître et juge,
le professeur Cheikh DIOUF,*

Vous nous avez fait grand honneur en acceptant de juger ce travail.

Depuis notre troisième année, votre rigueur, votre expertise scientifique et votre pédagogie nous ont fortement impressionnés.

Veillez recevoir ici chère maître, l'expression de notre profonde gratitude, de notre profond respect et de notre grande admiration.



*À notre maître et co-directeur de thèse,
le docteur Adama KOUNDOUL*

Vous m'avez fait un immense honneur en acceptant de co-diriger ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre grande disponibilité, votre capacité d'écoute, votre dévouement et votre amour de la psychiatrie ne sont plus à citer. Votre discipline, votre patience, votre grand sens du respect et de la foi m'inspirent au quotidien et font de vous un modèle pour moi.

Veillez recevoir ici cher maître, le témoignage de mon profond respect, de ma grande gratitude et de mon admiration.

*« Par délibération, l'UFR a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs
Et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation. »*

Liste des Abréviations

- 3FPT :** Fonds de Financement de la Formation professionnelle et technique
- APA :** Association Américaine de Psychiatrie
- ANACMU:** Agence Nationale de la Couverture Maladie Universelle
- ANPEJ :** Agence nationale pour la Promotion de l'Emploi des Jeunes
- ANSD :** Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
- CAOSP :** Centre Académique de l'Orientation Scolaire et Professionnelle
- CIM :** Classification Internationale des Maladies
- CNOSP :** Centre National de l'Orientation Scolaire Professionnelle.
- CNRRPD :** Comité national chargé de la gestion des réfugiés, rapatriés et personnes déplacées
- COSPE :** Coopération pour le développement des pays émergents
- DER :** Direction de l'Entrepreneuriat Rapide
- DGASE :** Direction Générale d'Appui aux Sénégalais de l'Extérieur
- DSM :** Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
- EMDR :** Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires
- ESA :** État de Stress Aigu
- ESPT :** État de Stress Post-Traumatique
- HCR :** Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
- OFII:** Office français de l'immigration et de l'intégration

- OIM :** Organisation internationale pour les migrations
- OMS :** Organisation Mondiale de la Santé
- RCM :** Route Centrale de la Méditerranée
- RMO :** Route de la Méditerranée de l'Ouest
- UE :** Union Européenne
- PNUD :** Programme des Nations unies pour le Développement
- SES :** Situation Économique et Sociale

Liste des Figures

Figure 1 : Schéma illustrant le syndrome d'adaptation général au stress (32)	18
Figure 2: Schéma métaphorique de l'effraction traumatique (41).....	21
Figure 3: Schéma illustrant les routes migratoires subsahariennes (51)	31
Figure 4 : Schéma illustrant la voie méditerranéenne (48)	32
Figure 5 : Carte géographique de la région de Ziguinchor (61).....	Erreur ! Signet non défini.
Figure 6 : Distribution des migrants en fonction du niveau d'instruction (n=41)..	51
Figure 7: Distribution des migrants selon les personnes prises en charge (n=41).	52
Figure 8 : Distribution des migrants selon les sources d'informations (n=41).....	53
Figure 9 : Distribution des migrants selon la destination (n=41).....	54
Figure 10 : Distribution des migrants selon le lieu de fin de trajet (n=32).....	54

Liste des Tableaux

Tableau 1 : L'ethnie des migrants (n=41).....	49
Tableau 2 : la situation matrimoniale des migrants (n=41).....	50
Tableau 3 : Activité professionnelle avant le périple (n=41).....	51
Tableau 4 : Distribution des migrants selon les motivations (n=41).....	53
Tableau 5 : Distribution des migrants selon la voie empruntée (n=41).....	55
Tableau 6 : Distribution des migrants selon les difficultés rencontrées (n=35)....	56
Tableau 7 : Distribution des migrants selon la cause du retour (n=41).....	57
Tableau 8 : Distribution des migrants selon le temps écoulé depuis le retour (n=41)	58
Tableau 9 : Distribution des migrants selon le sentiment de la famille au retour (n=41).....	58
Tableau 10 : Distribution des migrants selon la présence de maladies lors du périple ou une fois arrivés (n=41)	59
Tableau 11 : Distribution des migrants selon le désir de retourner (n=41).....	61
Tableau 12 : Survenue d'ESPT en fonction du sexe (n=41)	61
Tableau 13 : Survenue d'ESPT en fonction de la fréquentation scolaire (n=41) ..	62
Tableau 14 : Survenue d'ESPT selon la situation matrimoniale (n=41).....	63
Tableau 15 : Survenue d'ESPT en fonction de la voie du périple (n=41).....	64
Tableau 16 : Survenue d'ESPT en fonction de la destination (n=41).....	65
Tableau 17 : Survenue d'ESPT en fonction du type de difficultés rencontrées à l'allée (n=41)	66
Tableau 18 : Survenue d'ESPT en fonction de la présence d'hôte dans le pays d'accueil (n=41)	67
Tableau 19 : Survenue d'ESPT en fonction de la présence de difficultés lors du périple (n=41).....	68
Tableau 20 : Présence d'ESPT en fonction de la présence de maladie (n=41)	69
Tableau 21 : Survenue d'ESPT en fonction du temps écoulé depuis le retour (n=41).....	70
Tableau 22 : Présence d'ESPT en fonction de la réinsertion sociale (n=41)	71
Tableau 23 : Présence d'ESPT en fonction de la réinsertion professionnelle (n=41)	72
Tableau 24 : Présence d'ESPT en fonction du désir de retourner (n=41)	73

Table des matières

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT UFR SCIENCES DE LA SANTE - UNIVERSITÉ ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR	ii
In Memoriam	xi
Dédicace	xii
Remerciements	xiv
À nos maîtres et Juges	
Liste des Abréviations	xxx
Liste des Figures	xxxii
Liste des Tableaux	xxxiii
Introduction	1
I. L'ÉTAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE (ESPT)	4
1.1 Définition	4
1.2 Événements traumatisants	4
1.3 Réponses à un traumatisme psychologique	6
1.3.1 Les réponses immédiates	6
1.3.2 Les réponses post-immédiates	7
1.3.3 La réponse tardive	7
2. Aspects cliniques de l'ESPT	7
2.1. Critères A :	7
2.2 Critères B :	8
2.3 Critère C	9
2.4 Critères D :	10
2.5 Critère E :	10
2.6 Critère F :	11
2.8 Critère H :	11
3. Aspects historiques de l'ESPT	12
4. Aspects Épidémiologiques de l'ESPT	15
4.1 Épidémiologie descriptive	15
4.2 Épidémiologie analytique	16
5. Aspects Étiopathogéniques de l'ESPT	17
5.1-Réaction physiologique au stress	17

6. Aspects thérapeutiques de l'ESPT	23
6.1 Les psychothérapies	23
6.1.1 L'Exposition prolongée	23
6.1.2 La psychothérapie EMDR	23
6.1.3 La thérapie des processus cognitifs.....	24
6.1.4 La thérapie narrative.....	24
6.1.5 L'hypnose.....	24
6.2 Thérapie médicamenteuse	25
6.2.1 Les anxiolytiques.....	25
6.2.2 Les antidépresseurs.....	25
6.3 La neurostimulation.....	26
II- LA MIGRATION CLANDESTINE AU SÉNÉGAL	27
1- Définitions	27
2- Les motivations des migrants	27
3- Les itinéraires migratoires.....	30
4- Les risques liés à la migration clandestine	33
4.1. Risques inhérents à la traversée du Sahara :	33
4.2. Risques causés par l'instabilité et la violence dans la région du Sahara :	34
4.3. Risques liés à la traversée maritime.....	36
5- L'accueil et la prise en charge des migrants retournés	37
III- MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	41
1. Objectifs de l'étude	41
1.1. Objectif général	41
1.2. Objectifs spécifiques	41
3. Cadre et contexte d'étude	41
3- Type et période d'étude.....	44
4- Population d'étude	44
4.1. Critères d'inclusion	44
4.2. Critères de non-inclusion.....	44
5. Méthode d'étude.....	44
5.1. Recueil des données	44
5.2. Variables de l'étude.....	45
5.3. Analyse des données.....	46

6. Contraintes de l'étude.....	47
7. Considérations éthiques.....	47
IV- RÉSULTATS DE L'ÉTUDE	48
1.Étude descriptive.....	48
1.1. Données sociodémographiques	48
1.2. Données sur le périple	52
1.2.1. Les motivations du migrant	52
1.2.2. Les sources d'informations.....	53
1.2.3. La destination finale et le lieu de fin de périple	54
1.2.4. L'accueil prévu.....	55
1.2.6. Les difficultés rencontrées.....	55
1.2.7. Le mode de retour.....	56
1.2.9. La voie du voyage au retour	57
1.2.10. Le temps écoulé depuis le retour	57
1.3. Données cliniques	59
1.3.1. La présence d'antécédent médical	59
1.3.2. La présence d'antécédent psychiatrique	59
1.3.3. La présence de maladie lors du périple ou à l'arrivée	59
1.3.4. La présence d'ESPT	60
1.4. Données sur la prise en charge et la réinsertion.....	60
1.4.1. La prise en charge médicale	60
1.4.2. La prise en charge psychologie.....	60
1.4.3. La réinsertion sociale et professionnelle	60
1.4.4. Le désir de retourner.....	60
2. Étude analytique.....	61
2.1. La survenue d'ESPT en fonction du sexe	61
2.2. La survenue d'ESPT en fonction de la fréquentation scolaire	62
2.3. La survenue d'ESPT en fonction de la situation matrimoniale	63
2.4. La survenue d'ESPT en fonction de la voie du périple.....	64
2.5. La survenue d'ESPT en fonction de la destination	65
2.6. La survenue d'ESPT en fonction du type de difficultés rencontrées à l'aller	66
2.7. La survenue d'ESPT en fonction de la présence d'hôte dans le pays d'accueil	67
2.8. La survenue d'ESPT en fonction de la présence de difficultés	68

2.9. La survenue d'ESPT en fonction de la présence de maladie.....	69
2.10. La survenue d'ESPT en fonction du temps écoulé depuis le retour	70
2.11. La qualité de la réinsertion sociale en fonction de la présence d'ESPT	71
2.12. La qualité de la réinsertion professionnelle en fonction de la présence d'ESPT	72
V- DISCUSSION.....	74
1. Étude descriptive	74
1.1. Aspects sociodémographiques	74
1.2. Aspects sur le périple.....	76
1.3. Aspects sur l'ESPT.....	79
2. Étude analytique	79
Conclusions.....	84
Recommandations	88
Références Bibliographiques	
Annexe	

A green scroll graphic with a dark green outline. The scroll is unrolled in the middle, with the top and bottom edges curled up. The word "Introduction" is written in a black, serif font in the center of the unrolled section.

Introduction

Introduction

Dans ce premier quart du 21^e siècle, la santé mentale est au cœur des préoccupations en santé publique. En effet, l’OMS révèle dans un rapport qu’en 2019, près d’un milliard d’individus étaient atteints d’une maladie mentale (1). En Afrique, la situation est complexe car dans ce rapport, seuls 10 pays africains disposaient de données collectées sur le sujet et ceci dans une région qui compte moins de deux agents de santé mentale pour 100 000 personnes (2), il est nécessaire, maintenant plus que jamais de faire l’état des lieux de ces maladies.

Parmi elles, l’état de stress post-traumatique (ESPT), de 1861 à nos jours ne cesse de faire l’objet d’études partout à travers le monde (3). Cette pathologie survenant chez des personnes ayant été sujet à une situation traumatique entraîne un état de détresse psychologique pouvant entraver les performances sociales et la stabilité de l’état mental de l’individu. Ces manifestations diverses font l’objet de descriptions de plus en plus précises dans les différents ouvrages de référence de santé mentale.

Plusieurs évènements dits traumatisants peuvent entraîner ce trouble. Que ce soient des catastrophes naturelles, des situations dangereuses comme les incendies, des guerres en somme des situations où le sujet fait face à la mort.

En 2020, environ 420 personnes seraient décédées sur la route migratoire du Sénégal à l’Espagne selon le rapport migratoire de l’OIM (4). A cause des difficultés pouvant être rencontrées sur les voies migratoires, les migrants sont très souvent exposés à des événements traumatisants qui peuvent entraîner des conséquences sur le plan sanitaire telle que l’ESPT. Ils subissent toutes sortes de violences lors de leur périple, Ils sont victimes de violences sexuelles, de sévices corporels, de rackets, d’esclavagisme et d’emprisonnement orchestrés par les passeurs et les bandes armées. Ils sont aussi confrontés à des situations difficiles et éprouvantes telles que

les séparations d'avec les proches, les pertes des compagnons au cours du périple, les naufrages en mer etc. Récemment, en septembre 2024, une pirogue de migrants sénégalais perdus en mer s'est échouée au large des côtes de la plage des mamelles avec à son bord, 30 cadavres (5).

En Afrique il y'a peu d'études s'intéressant à la santé mentale des migrants et au Sénégal nous n'avons pas trouvé d'étude sur la santé mentale des migrants de retour en général et sur l'ESPT en particulier. Ainsi, nous nous sommes proposés d'évaluer le traumatisme psychologique chez cette frange de la population sénégalaise qui sont de retour à Ziguinchor.

Une telle étude nous permet, après avoir posé le profil sociodémographique du migrant de retour, d'évaluer la prévalence et d'identifier les facteurs associés à l'état de stress post-traumatique chez ces migrants.

Après avoir fait un rappel sur l'ESPT et être revenu sur le phénomène de la migration clandestine au Sénégal, nous présenterons notre méthodologie de travail et exposerons les résultats obtenus. Puis, nous partageront la conclusion et les recommandations de notre travail après un chapitre de discussion des résultats obtenus.



Première Partie : Revue de
la littérature

I. L'ÉTAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE (ESPT)

1. Le traumatisme psychologique

1.1 Définition

Le traumatisme psychologique, encore appelé psychotraumatisme, est une entité psychopathologique définie comme étant un ensemble de réponses inadaptées, un ensemble de phénomènes physiologiques, neurobiologiques et psychologiques, d'un individu face à une situation agressant, menaçant son intégrité physique ou psychologique (6).

Ce terme, traumatisme, provenant du grec τραῦμα (*trauma*) = « blessure », fait analogie aux traumatismes dits physiques qui correspondent à des dommages physiques subis par un corps humain lorsqu'il est brutalement soumis à des quantités d'énergie qui dépassent le seuil de tolérance physiologique ou privé d'un ou plusieurs éléments vitaux selon l'OMS (7).

Bien que les deux définitions prennent en compte les conséquences anatomiques et biologiques de l'agression, la différence se situe surtout au niveau de la réaction de l'individu face à la situation ainsi qu'au niveau des conséquences immédiates, post-immédiates ou tardives (séquelles) chez celui-ci. Ainsi, le même évènement peut causer simultanément un traumatisme physique et psychique chez le même individu.

1.2 Événements traumatisants

Les évènements causals suivant leur nature et leur répétitivité ont classés en 2 types le traumatisme selon Lenore Terr :

- Le *traumatisme de type I* se rapporte à un événement unique, isolé, limité dans le temps, induit par un agent stressant aigu et non abusif (accident, catastrophe naturelle, agression physique, incendie, etc.). On l'appelle également « traumatisme simple »

- Le *traumatisme de type II* correspond à une situation qui se répète, lorsqu'elle a été présente constamment ou qu'elle a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période. Il est induit par un agent stressant chronique ou abusif (violences intrafamiliales, violences politiques, faits de guerre, traumatismes secondaires des professionnels de l'aide, etc.).

Au départ un traumatisme est toujours de type I. Les réactions présentées par les victimes sont identiques à celles faisant suite à un agent stressant de type I mais avec le temps, des mécanismes d'adaptation de plus en plus pathologiques vont apparaître (développement du traumatisme de type II) (8).

Eldra P. Solomon et Kathleen M. Heide ont différencié une troisième catégorie de traumatismes :

- Le *traumatisme de type III* est provoqué par des événements multiples, envahissants et violents présents durant une longue période. Ils sont induits par un agent stressant chronique ou abusif (les camps de prisonniers de guerre et de concentration, la torture, l'exploitation sexuelle forcée, la violence et les abus sexuels intrafamiliaux, etc.) (9).

Il est important de ne pas confondre une personne dont la vie est émaillée de nombreux traumatismes de type I avec celle qui souffre de traumatisme de type II. Les traumatismes induits par un abus sexuel ou par la torture doivent être assimilés aux traumatismes de type II, voire aux traumatismes de type III, même si l'agent stressant ne s'est présenté qu'une seule fois dans la vie de la personne (7).

La migration clandestine par son caractère illégal revêt de multiples dangers quelle que soit la voie empruntée. La littérature nous rapporte des récits allant de la famine

à l'égaré en haute mer ou dans les déserts, des tempêtes en haute mer aux noyades ou encore de la torture et de l'esclavage.

La durée des voyages ainsi que les dangers rencontrés par les migrants placent directement ces périodes dans le type III des événements traumatisants, entraînant des conséquences sur le plan psychologique (10).

1.3 Réponses à un traumatisme psychologique

Les réponses de l'individu traumatisé psychique sont classées en 3 groupes en fonction du temps écoulé: Les réactions immédiates (les heures suivant le traumatisme), les réactions post-immédiates (deux jours à 30 jours) et les réponses tardives (au-delà) (11).

1.3.1 Les réponses immédiates

Il existe 4 formes de réponses inadaptées immédiates que sont :

- ✓ La sidération : le sujet est stupéfait, incapable de percevoir et d'exprimer ce qu'il ressent ; il est comme paralysé, immobile dans le danger.
- ✓ L'agitation désordonnée : état d'excitation psychique qui ne lui permet pas d'élaborer une décision, il gesticule, crie et s'agite dans tous les sens avec des propos incohérents.
- ✓ La fuite panique : le sujet cherche à s'éloigner du danger mais le fait de façon non raisonnée. Il court dans tous les sens en bousculant les autres, sans savoir où il va.
- ✓ Les mouvements automatiques : le sujet semble avoir un comportement normal car il n'attire pas l'attention, mais en fait ses gestes sont saccadés, répétitifs, voire inadaptés à la situation. Il les effectue mécaniquement sans y penser (11).

1.3.2 Les réponses post-immédiates

On peut soit avoir un retour à la normale avec disparition des symptômes neurovégétatifs ou soit être sujet à :

- ✓ Des décharges de stress différé : un sujet indemne de souffrance psychique immédiate peut développer plus tardivement des symptômes.
- ✓ Un état de stress aigu (ESA) : c'est une combinaison de symptômes de la réaction immédiate et du stress post traumatique qui est décrite dans la 5^e édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM 5) dans l'entrée 308.3 (F43.10) (12).

1.3.3 La réponse tardive

Cette réponse correspond à l'entité psychiatrique de l'État de Stress post-traumatique qui est l'entrée 309.81 (F43.10) du DSM 5. L'ESPT correspond à la survenue de symptômes caractéristiques à la suite de l'exposition directe et personnelle à un traumatisme (12).

2. Aspects cliniques de l'ESPT

En tant qu'entité psychopathologique avec un cadre nosologique bien posé, l'ESPT est défini par des critères qui ont évolués avec le temps et les avancées neuropsychiatriques.

Ainsi, elle est définie par le DSM 5 (dernière version en date, publiée en 2015) par la présence des critères suivants chez les adultes, les adolescents et les enfants de plus de 6ans.

2.1. Critères A :

Avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ;
2. En étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ;
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ;
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant (p. ex., premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants).

Remarque : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail.

2.2 Critères B :

Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants.

NB : chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des jeux répétitifs exprimant des thèmes et des aspects du traumatisme ;

2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse.

NB : chez les enfants de plus de 6 ans il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable ;

3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel).

NB : chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des reconstructions spécifiques du traumatisme au cours de jeux ;

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ;
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

2.3 Critère C

Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :

1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse ;
2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.

2.4 Critères D :

Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues) ;
2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde, (p. ex., « Je suis une mauvaise personne », « On ne peut faire confiance à personne. », « Le monde entier est dangereux. », « Tout mon système nerveux est détruit de façon permanente ») ;
3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ;
4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte) ;
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;
7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver des sentiments de bonheur, de satisfaction ou d'affection).

2.5 Critère E :

Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que

l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur ;
3. Hypervigilance ;
4. Réaction de sursaut exagéré ;
5. Troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu ou agité).
6. Problèmes de concentration ;

2.6 Critère F :

La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

2.7 Critère G :

La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.

2.8 Critère H :

La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs :

Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

1. Dépersonnalisation : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti) ;
2. Déréalisation : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).

Remarque : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., moments d'absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d'épilepsie partielles complexes).

Avec manifestation différée :

Si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'événement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat).

3. Aspects historiques de l'ESPT

Les premiers récits décrivant le stress post-traumatique datent de l'antiquité. En 41 avant J.C un combattant athénien, Epizelus fut frappé de stupeur et de cécité en pleine bataille après avoir assisté à la mort d'un de ses amis combattants. Hippocrate aussi aurait décrit chez certains soldats des « mauvais rêves effrayants » après des batailles perdues. Les récits, bien qu'éparses ramenaient un même concept, une personne qui,

à la suite d'une expérience choquante, présentait des symptômes similaires associant réminiscences, peurs, cauchemars, stress (13).

Vers 1600, le médecin suisse Dr. Johannes Hofer propose le terme « nostalgie » pour décrire l'état des soldats suisses qui souffraient de désespoir et de symptômes associant les insomnies, l'anxiété et les cauchemars. Environ au même moment, les Français, les Allemands, décrivent les mêmes signes chez leurs patients militaires (14).

En 1882, Charcot, neurologue français, utilise les termes de « Névrose Traumatique » et « Histoire Traumatique » pour classifier les patients présentant des symptômes post-traumatiques, supposant qu'ils avaient une prédisposition héritée et déclarant qu'une blessure pouvait entraîner des symptômes psychologiques (15).

En 1889, Oppenheim, un neurologue allemand, utilise le terme de « Névrose Traumatique » pour décrire les symptômes de l'ESPT et fait ainsi passer l'utilisation du mot trauma en psychiatrie (terme utilisé auparavant uniquement en chirurgie) (16).

En 1911, Stierlin, un psychiatre suisse, étudie les effets de catastrophes naturelles, accidents de chemin de fer ou accidents de mines, et trouve des symptômes d'ESPT très longtemps après les événements. Il déclare que la névrose traumatique n'a pas de prédisposition et sa cause clé sont de violentes émotions et l'effroi. La première guerre mondiale verra de nombreux rapports sur ce qui sera décrit comme l'ESPT. Il est étudié et diagnostiqué au travers de termes comme « Stress du combat » ou « Neurasthénie » (16).

En 1948, dans la célèbre Classification Internationale des Maladies de l'OMS, dans sa 6ème version (CIM-6), le premier diagnostic de l'ESPT est appelé « Inadaptation

Situationnelle Aigue » et se compose de trois formes : Excitabilité anormale sous stress mineur, Fatigue de combat et Fatigue opérationnelle (14).

En 1968, l'OMS, lors du passage CIM-8, introduit le terme « Perturbation Situationnelle Transitoire » qui remplace l'appellation « Inadaptation Situationnelle Aigue » tout en incluant les diagnostics de Fatigue de combat et de « Réaction brutale au stress » (17).

Cette même année, sort également le DSM II, un manuel de diagnostic produit par Association Américaine de Psychiatrie (APA) qui reconnaît la « Perturbation Situationnelle Transitoire » sous le nom de « Réaction d'Ajustement à la Vie Adulte » et qui recoupe l'impact des événements traumatiques et non traumatiques. Pour la première fois, les effets de traumatismes ne sont plus considérés comme reliés à la personnalité (17).

En 1974, Burgess, une infirmière clinicienne spécialisée en psychiatrie et Lytle Holmstrom, sociologue au Boston Collège, décrivent le « Syndrome Traumatique du Viol », remarquant que les flashbacks et cauchemars qu'il entraîne ressemblent aux névroses traumatiques de la guerre (17).

En 1977, la CIM-9 inclut « la Réaction Aigue au Stress » avec un désordre émotionnel, de la conscience ou psychomoteur ou un mélange des trois (17).

En 1978, Figley, lui-même un vétéran du Vietnam, publie « Trouble de Stress chez les Vétéranes du Vietnam », le premier livre édité sur l'ESPT des vétérans du Vietnam (17).

En 1980, le DSM-III présente pour la première fois le trouble de stress post-traumatique comme un diagnostic à part entière. Il est classé dans la section des troubles de l'anxiété et contient pour la première fois des critères de diagnostic. Ainsi, l'événement ayant provoqué l'ESPT est conçu comme hors du cadre des

expériences humaines habituelles et les exemples de traumatisme recourent les traumatismes militaires et civils. L'ESPT est décrit plus sévère et durant plus longtemps si le traumatisme résulte d'une volonté humaine par opposition à accidentel (17).

La classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 10e révision, CIM-10 (1992) ajoute une 3e entité, la « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe » qui est un des éléments importants du pronostic à long terme (17).

Le DSM-IV (1994) reconnaît une deuxième entité dénommée « État de Stress Aigu » (ESA) dont l'évolution variable peut aboutir à l'état de stress post-traumatique (17).

Dans le DSM-5, publié en 2013, les *troubles liés aux traumatismes et au stress* constituent une catégorie distincte qui inclut l'ESPT (17).

4. Aspects Épidémiologiques de l'ESPT

4.1 Épidémiologie descriptive

Les troubles psychotraumatiques constituent une affection dont les données épidémiologiques varient en fonction des pays mais aussi des populations étudiées et des instruments de mesure utilisés. En effet, de nombreuses études ont montré un lien entre les événements traumatisants de la guerre et les effets négatifs à long terme sur la santé mentale.

Le lien entre le nombre d'événements traumatisants et l'intensité de L'ESPT plaide en faveur d'effets cumulatifs des traumatismes qui conduisent à un épuisement croissant et à un dépassement des capacités de défense des personnes, et donc au développement de la psychopathologie post-traumatique croissante.

L'OMS estime à 3,9 % la prévalence mondiale de l'ESPT et à 5% celle aux États-Unis d'Amérique en 2024 (18) (19) (20).

Sur le plan sociodémographique, selon une étude réalisée en 2015 au Danemark, les femmes auraient deux fois plus de risques de développer un ESPT au cours de leur vie avec une prévalence à vie atteignant 10%. Cette différence est liée au risque plus élevé de survenue d'agression sexuelle (21).

A Ziguinchor, sur les 1456 patients consultés au centre Psychiatrique Émile Badiane durant l'année 2019, seuls 0.5 % avaient un ESPT (22).

Une Étude réalisée en 2021 sur les victimes directes de la pandémie à covid19 hospitalisés dans le CTE de l'hôpital Fann avait retrouvé une prévalence de l'ESPT à 6,67 %, l'ESA à 20% (23).

Une étude réalisée sur les casques bleus sénégalais en mission au Darfour a montré une prévalence de 25,7 % (24).

Une étude menée sur les migrants clandestins syriens avait rapporté une prévalence de 9% (25).

Une étude réalisée par LHU et Al. en 2018 chez les migrants méditerranéens avait quant à elle rapporté 47 % d'ESPT avec une forte proportion de migrants réfugiés (26) avec les facteurs traumatisants les plus fréquemment retrouvés étant le viol, la torture, les emprisonnements, les violences physiques, et les conflits armés (27).

James PB et Al. Rapporte sur une étude effectuée sur 4639 migrants en 2022 31,46 % d'ESPT et 48,25% parmi ces migrants étaient originaires d'Afrique (28).

4.2 Épidémiologie analytique

L'exposition répétée ou successive d'événements traumatisants accroît les risques de survenue d'ESPT.

Ainsi, F. Gould et Al ont montré grâce à une étude prospective portant sur 713 malades hospitalisés dans les services d'urgences d'Atlanta et de Miami que ceux ayant eu un traumatisme psychologique dans l'enfance et qui en ont vécu un autre à l'âge adulte avaient plus de risques de développer un ESPT (29).

Le syndrome dépressif est décrit en sémiologique psychiatrique comme la survenue chez un individu d'une humeur dépressive, d'une inhibition psychomotrice et/ou de signes associés tels que l'anxiété et les troubles du sommeil) (30).

AY. Shalev et Al ont montré dans une étude sur des vétérans américains que la dépression peut constituer une comorbidité qui entretient l'ESPT (31).

5. Aspects Étiopathogéniques de l'ESPT

5.1-Réaction physiologique au stress

Le stress est une réponse physiologique d'adaptation de l'organisme qui nous permet de réagir à notre environnement changeant.

Notre organisme répond à un contexte stressant par une réaction en 2 ou 3 phases (alarme, résistance et éventuellement épuisement). C'est le syndrome général d'adaptation découvert en 1936, par Hans Selye (**Figure 1**), qui décrit une réponse « non spécifique » de l'organisme face à un agent stressant (32).

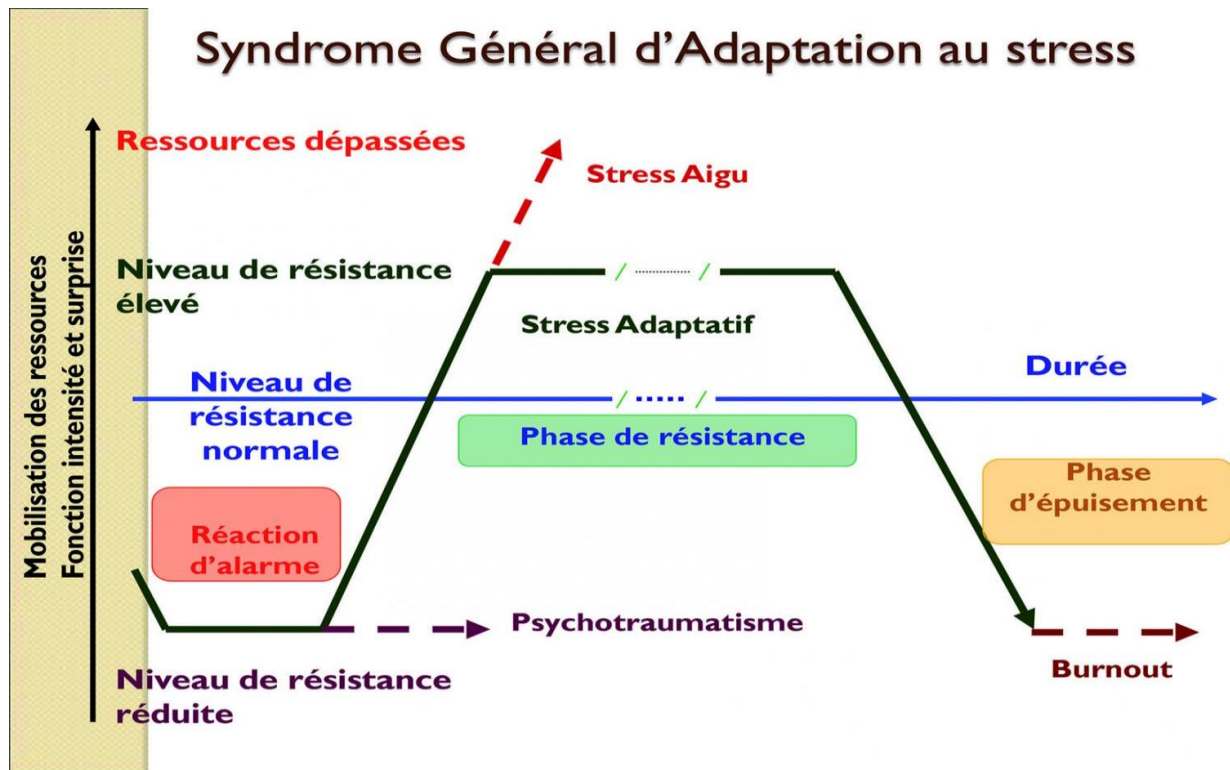


Figure 1 : Schéma illustrant le syndrome d'adaptation général au stress (32)

Phase 1 : L'alarme

L'organisme se prépare au combat ou à la fuite. Dès sa confrontation à une situation évaluée comme stressante, l'organisme réagit immédiatement en libérant des catécholamines (hormones produites par la glande médullo-surrénale, dont l'adrénaline). Celles-ci augmentent la fréquence cardiaque, la tension artérielle, les niveaux de vigilance, la température corporelle... Ces modifications ont pour but de préparer l'organisme à réagir en amenant par exemple de l'oxygène aux organes qui vont être sollicités (33).

Phase 2 : La résistance

Si la situation persiste, l'organisme entre en phase de résistance. Peu de temps après la première phase, de nouvelles hormones, les glucocorticoïdes, sont sécrétées (par la glande corticosurrénale). Ces hormones augmentent le taux de sucre dans le sang

pour apporter l'énergie nécessaire aux muscles, au cœur et au cerveau et y maintenir un niveau constant de glucose. L'organisme se prépare aux dépenses énergétiques que nécessite la réponse à la situation stressante. La sécrétion des glucocorticoïdes est autorégulée : des récepteurs du système nerveux central détectent les quantités libérées dans le sang et adaptent leur production (33).

Phase 3 : L'épuisement

Si la situation stressante se prolonge ou s'intensifie, l'organisme entre en phase d'épuisement. Dans cette situation, les capacités de l'organisme sont débordées. L'autorégulation des glucocorticoïdes devient inefficace. L'organisme est submergé d'hormones activatrices qui, si les tentatives de modification de la situation se révèlent inopérantes, peuvent devenir délétères pour la santé. Des études récentes évoquent la possibilité d'une combinaison de deux mécanismes : une hyperactivité de l'axe corticotrope dans les premiers temps, suivie d'une hypoactivité de ce même axe.

Des études menées aussi bien sur des animaux que sur des êtres humains montrent que les perturbations biologiques liées au stress chronique modifieraient durablement la façon de répondre aux nouvelles situations stressantes (par un processus épigénétique, c'est-à-dire qui modifie, non pas la séquence de l'ADN mais l'expression des gènes, ces modifications étant transmissibles et réversibles) (34).

5.2-Évaluation cognitive et stratégies d'adaptation individuelle

Le syndrome général d'adaptation peut être modulé selon l'intensité et la durée des facteurs stressants en cause et selon nos expériences passées. La réponse n'est donc pas « non spécifique », comme le pensait Selye (35). La réaction de notre organisme est ainsi parfois influencée par une situation stressante que nous avons déjà vécue et que nous associons à la situation présente. De ce fait, la réponse à une situation

stressante dépend de la façon dont elle est perçue et évaluée cognitivement. (36)

Face à une situation potentiellement stressante, tout individu examine :

- ✓ L'enjeu que représente pour lui la situation : est-ce une perte ? Une menace ? Un défi ? C'est ce que l'on appelle le stress perçu.
- ✓ Les ressources qu'il a à sa disposition pour y faire face : ai-je l'expérience suffisante pour gérer cette situation ? Suis-je assez formé ? Puis-je faire appel à quelqu'un de plus expérimenté en cas de problème ? Puis-je obtenir plus d'informations ? Plus de soutien ? C'est ce que l'on appelle le contrôle perçu (36).

Sur le registre psychologique, est notée la notion de coping qui s'intéresse à la capacité du sujet à faire face à la situation traumatique dont les facteurs déterminants principaux sont la personnalité et le soutien social.

Les troubles cognitifs de l'ESPT, en particulier, la répétition des reviviscences, l'irritabilité, la colère, la culpabilité, la perte de confiance en soi, témoignent d'un bouleversement des schémas de pensée habituels qui sont inversés par l'impact traumatique où prévalent alors la faillite du sentiment de sécurité, de l'expérience d'un monde connu et contrôlable, de la confiance en soi. Ces troubles relèvent de thérapies par restructuration cognitive.

Selon P. Janet, le choc émotif traumatique engendre « une souvenance » qui est constituée de sensations, d'éprouvés non élaborés, qu'il nomme « idées fixes ». Elles sont différentes par leur nature, des représentations. L'« idée fixe » s'inscrit dans le subconscient à la manière d'un parasite qui perturbe la pensée, des actes « automatiques », bizarres, inadaptés, sans lien avec la conscience qui fonctionne normalement et élabore des pensées rationnelles circonstanciées en toute lucidité. Cette double activité du subconscient explique la « discordance de la conscience (37).

Cependant, pour appréhender le distinguo entre traumatisme psychique et stress, la métaphore freudienne de la vésicule illustrant le fonctionnement de la psyché proposée par Freud est reprise et approfondie par Lebigot. Cette vésicule est délimitée par une membrane qui maintient ainsi son homéostasie interne et joue le rôle de « pare-excitation ». Lors d'une situation stressante, menaçante, externe, la réponse, c'est-à-dire le stress représenté par le choc émotionnel, agit sur la membrane qui résiste en se déformant sans rupture et reprend sa sphéricité lorsque le sujet s'adapte à la situation avec disparition ou régression du stress. (6, 38)

Lors du traumatisme psychique ou trauma, la réaction émotionnelle est autre que celle du stress, c'est l'effroi qui entraîne l'effraction traumatique de la membrane qui ne peut plus jouer son rôle de pare-excitation. L'éprouvé traumatique, image brute du réel de la mort s'incruste dans les réseaux des représentations qui, en l'absence de représentation de la mort, ne peut se lier et s'y installe comme « un corps étranger » qui perturbe le fonctionnement psychique (**figure 2**). Dans la vie courante, le réel nous échappe, transfiguré par la réalité élaborée au prisme de nos fantasmes. Cette image du réel de la mort est indicible. La victime n'a pas de mots pour le dire. Le traumatisme est voué à la répétition lors de reviviscences intrusives qui sont autant de tentatives cathartiques vouées à l'échec (39) (40).

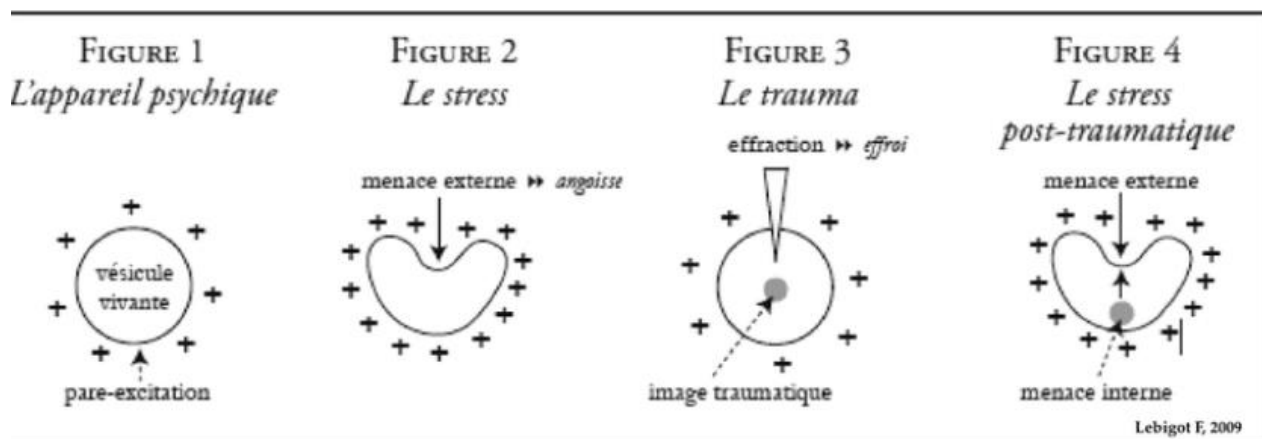


Figure 2: Schéma métaphorique de l'effraction traumatique (41)

Certains auteurs utilisent une approche phénoménologique pour expliquer le psychotraumatisme.

L'événement traumatique et la menace d'anéantissement montrent aussi la faillite du sentiment d'invulnérabilité. Sentiment qui éloigne la réalité de la mort et participe à l'illusion d'immortalité. Elle conditionne une certaine sécurité du présent et une confiance en l'avenir qui permettent d'élaborer des projets dans la continuité et donner sens à l'existence. L'image de la mort ébranle les certitudes de la victime. Le contingent envahi le quotidien qui paraît dominé par l'aléatoire. L'environnement perd de sa familiarité protectrice. Il est insécurisant, suscite une vive inquiétude, une vigilance excessive qui souligne la rupture de sens de l'existence ou son non-sens (39).

À noter que dès le XIXe siècle, l'hypothèse organique ou biologique fut mentionnée. En effet, une étiopathogénie post commotionnelle, organique, fut imputée aux premières névroses consécutives aux accidents de chemin de fer (Duchesne, 1847 ; Erichsen, 1886). On pensait que la commotion cérébrale provoquée par le choc de l'accident déterminait soit des hémorragies, soit des micro lésions des cellules nerveuses, indécélables aux investigations (40).

La guerre de 1914-1918 vint relancer l'hypothèse commotionnelle et son organisme notamment avec l'hypothèse « du vent de l'obus » du « vent de l'explosif » et du « syndrome commotionnelle ». Mais c'est le terme anglais de shell-shock, promu par F. Mott et C. Myers (1915-1916), qui entraîna la faveur des psychiatres aux armées avec beaucoup de soldats victimes de l'effet de souffle des explosions d'obus

présentaient des tableaux cliniques à dominante confusionnelle accréditant cette hypothèse (41).

Par ailleurs, le modèle bio-neuro-physiologique du stress a pris le relais des anciens modèles neuro-organiques et neurotoxiques, justifiant pour les autres Américains du système nosologique DSM le choix du terme ESPT pour État de Stress Post-Traumatique pour remplacer le terme de névrose traumatique, entaché à leurs yeux d'une connotation freudienne (41).

6. Aspects thérapeutiques de l'ESPT

La prise en charge de l'ESPT peut se faire de différentes manières alliant psychothérapie et traitement médicamenteux. Ces modalités se complètent et nécessitent une bonne connaissance de l'évènement traumatisant.

6.1 Les psychothérapies

6.1.1 L'Exposition prolongée

La Thérapie d'exposition prolongée part du principe que face au traumatisme psychologique, l'activation répétée du souvenir permet l'acceptation émotionnelle et l'incorporation des souvenirs ce qui permet de lutter contre l'anxiété liée à la reviviscence des symptômes. Elle est pratiquée par un professionnel entraîné qui va aider le patient à faire face aux souvenirs traumatisants à travers des expositions in vivo et en imaginant des situations similaires (42).

6.1.2 La psychothérapie EMDR

La psychothérapie EMDR (Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) est une méthode de psychothérapie utilisée dans les troubles anxieux qui consiste à effectuer des mouvements précis avec ses yeux lors de la reviviscence de certains souvenirs afin d'aider à une meilleure acceptation. Son indication est de plus

en plus systématique dans le traitement de l'ESPT, cependant, le nombre de praticiens expérimentés dans son utilisation demeure un frein (43).

6.1.3 La thérapie des processus cognitifs

Il s'agit de la méthode de psychothérapie offrant les meilleurs résultats sur le long terme concernant la prise en charge de l'ESPT. La méthode est centrée sur les pensées, les perceptions secondaires au traumatisme. Le praticien entraîné œuvre à stimuler le patient et à le mettre en face des points de blocage qui empêchent le rétablissement tout en le poussant à voir comment le traumatisme a influé sur son mode de pensée. Il nécessite un investissement de la part du patient sous forme d'exercices quotidiens qui devront être effectués, surtout lors de l'apparition des symptômes (43).

6.1.4 La thérapie narrative

La thérapie narrative est une approche de psychothérapie où le thérapeute aide le patient à se réapproprier sa propre histoire, son identité à travers sa perception de l'histoire de sa vie. Le patient tente de raconter son vécu en se plaçant comme « personnage principal » et ainsi, l'influence des différents événements vécus sur son évolution est analysée, remis en question et le praticien l'aide à déconstruire les idées négatives qui découlent souvent des événements traumatisants et de leurs retombées (44).

6.1.5 L'hypnose

L'hypnose est une méthode utilisant une phase du sommeil appelée sommeil paradoxal pour favoriser l'acquisition de nouvelles ressources et compétences. Après un traumatisme, le patient oublie qu'il possède d'autres expériences, qui sont des ressources insoupçonnées et inutilisées, pour résoudre un problème. L'hypnose aide à reconnaître ces apprentissages inconscients, et donc aide à imaginer qu'il peut

changer. C'est un travail actif de la part du patient, le patient trouve lui-même la solution qui lui convient le mieux pour guérir. Le thérapeute lui sert de guide. C'est donc une technique permissive et indirecte. « L'hypnotiste propose, le sujet dispose ». L'hypnose se base sur l'alliance thérapeutique : il faut établir une relation de confiance entre le patient et le thérapeute, il faut définir ensemble un contrat avec les objectifs de la thérapie (43).

6.2 Thérapie médicamenteuse

L'éventail thérapeutique médicamenteux est large et comprend plusieurs classes médicamenteuses : les anxiolytiques, les antidépresseurs, les hypnotiques. Certes, le traitement médicamenteux peut diminuer les symptômes d'anxiété, d'insomnie, mais il n'agit pas sur les symptômes de rappel et d'évitement, et ne résout pas la cause profonde du mal, c'est-à-dire le traumatisme lui-même (45).

6.2.1 Les anxiolytiques

Les anxiolytiques sont prescrits depuis longue date dans les névroses traumatiques. Au XIXème siècle Charcot, puis les psychiatres de la Première Guerre mondiale, utilisaient du bromure pour diminuer l'anxiété et l'agitation des patients. Dernièrement, les benzodiazépines offrent un large choix de produits, et beaucoup d'entre eux ont été testés pour réduire l'anxiété. Cependant, leurs effets secondaires sont à prendre en compte : somnolence diurne, amnésie antérograde (on ne guérit pas un patient en lui faisant oublier son trauma), et les problèmes de dépendance et de sevrage avec la réapparition des symptômes à l'arrêt du traitement (45).

6.2.2 Les antidépresseurs

Initialement ce sont les antidépresseurs tricycliques (imipramine, amitriptyline) qui ont été le plus prescrits dans le traitement des états de stress post-traumatique. Désormais, ce sont les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine (ISRS)

(paroxétine, fluoxétine) qui sont le traitement de première intention. En France, le seul qui a l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette indication est la paroxétine.

6.3 La neurostimulation

Les techniques de neurostimulation sont des méthodes employant des stimulations électriques ou neuromagnétiques afin de stimuler les structures du système nerveux mis en jeu dans le processus neurobiologique de l'ESPT, notamment les régions corticales préfrontales médianes, insulaire, et cingulaire antérieures. D'autres structures plus profondes telles que l'amygdale, au vu de leur important rôle font l'objet d'études. Ce sont des méthodes expérimentales qui n'ont pas encore vu leurs résultats permettre la mise en place d'indication thérapeutique systématique (42).

II- LA MIGRATION CLANDESTINE AU SÉNÉGAL

1- Définitions

La migration clandestine est un phénomène complexe qui entraîne des répercussions profondes sur de nombreux pays, y compris le Sénégal.

L'immigration clandestine est un phénomène social défini comme étant l'entrée illégale, illicite, ou discrète sur un territoire national d'étrangers n'ayant pas réalisé les formalités attendues (46). Cette immigration est considérée comme illégitime, car elle se distingue de l'immigration régulière par l'existence de législation, de traités, de jurisprudences ou d'autres règlements parfois sévères qui ont été mis en place par des États-nations et qui sont contournés. L'illégalité se caractérise par le fait que ces personnes étrangères ne possèdent pas les documents ou conditions requis par la loi ou les traités pour autoriser leur entrée, ou bien par la poursuite de leur séjour après expiration des documents. Suivant les législations, elle peut également concerner des passeurs.

La clandestinité se caractérise par le fait que l'entrée et le séjour soient cachés, c'est-à-dire réalisés avec une certaine discrétion, parfois à l'abri des regards.

L'irrégularité se caractérise par le fait de ne pas respecter les différentes règles en vigueur, notamment les lois, règlements, procédures relatives au séjour d'un étranger (47).

2- Les motivations des migrants

En 2022, l'OIM estime qu'il y aurait environ 286 millions d'immigrés dont 120 millions de migrants clandestins dans le monde. Des données précises restent difficiles à produire à cause du caractère illégal des voyages.

Au Sénégal, ce phénomène présent depuis le début des années 1980 a connu une recrudescence, avec l'expression populaire « Barça ou Barzakh » comme crédo signifiant que le migrant se voit à tout prix arriver en Europe (Barcelone), et ceci, même si le prix à payer est la mort (« Barzakh »). Plusieurs facteurs sont généralement cités comme étant à l'origine de la migration en générale. En milieu urbain, l'accentuation du sous-emploi, l'accroissement de la pauvreté, la généralisation du chômage, la précarité et la faible rémunération du travail sont des éléments qui accentuent l'émigration. La dégradation généralisée des conditions de vie en milieu rural constitue en soi un facteur répulsif qui pousse la plupart des jeunes à partir (48).

De plus, l'inadaptation de la formation scolaire au monde du travail et l'échec scolaire incitent beaucoup de jeunes diplômés et sans emploi à partir. Du côté des travailleurs qualifiés (ingénieurs, médecins, sages-femmes, enseignants, etc.), le bas niveau des salaires les pousse à s'expatrier à la recherche de meilleures conditions de vie (48).

En 2006, plus de 31.000 immigrants clandestins, en majorité originaires de pays de l'Afrique subsaharienne dont la moitié est constituée de ressortissants sénégalais, sont arrivés en Espagne à bord d'embarcations de fortune (49).

Des études ont aussi montré que l'immigration clandestine répond à un besoin objectif de main d'œuvre dans les pays d'accueil. Les étrangers en situation irrégulière entretiennent l'idée de travail facile dans toute l'Europe. Le travail au noir constituant le véritable facteur d'appel des migrants. La migration clandestine se nourrit d'elle-même, un départ appelant de multiples autres. Les candidats au départ qui ne remplissent plus les conditions instaurées par les pays de destination, ont recours à la voie de la clandestinité. Puisque les règles de délivrance des visas aux candidats sans qualification sont de plus en plus contraignantes, la seule chance pour

les candidats d'entrée dans le pays d'accueil est de suivre une filière illégale. La présence de réseaux d'entraide constitués dans le pays d'accueil et l'existence de puissants réseaux de passeurs qui animent le commerce des migrants constitue également un élément de contexte qui a contribué à la brusque massification des flux irréguliers vers l'Europe (50).

Parmi les éléments attractifs, il y a le rêve d'atteindre l'Eldorado avec l'idée de faire très vite fortune. Les migrants pensent que la réussite est au bout du périple et la fin justifie les moyens. La migration paraît être un élément important pour le salut (50).

Dans les familles, les mécanismes de solidarité s'affaiblissent chaque jour du fait de l'approfondissement de la crise économique et de la progression de la pauvreté. L'image du jeune chômeur qui se couchait et se réveillait tard, qui était assuré de prendre ses repas quotidiens, qui buvait tranquillement son thé à longueur de journée en écoutant de la musique, tend à disparaître progressivement. Le regard des autres pèse de plus en plus sur le jeune chômeur et le contraint à sortir de la maison. Ce regard devient inquisiteur dans les familles polygames où la rivalité entre les demi-frères est la règle. Le départ d'un demi-frère en Europe est une raison suffisante pour faire la même chose. C'est sur fond de rivalité entre coépouses que les mères de familles encouragent leurs enfants à émigrer. Elles participent d'ailleurs souvent au financement de leur voyage vers l'Espagne et au-delà (50).

L'organisation de la migration clandestine repose sur la constitution d'un vaste réseau, semblable à une longue chaîne dont les maillons se tiennent les uns les autres. Dans le cas du Sénégal, de petits trafiquants alliés à certains milieux d'affaires et de l'administration centrale ont su très vite s'organiser, en investissant des sommes importantes pour l'équipement du voyage (nouvelles et grandes pirogues, moteurs neufs et GPS, carburant, denrées alimentaires et produits pharmaceutiques). Les réseaux de passeurs sont généralement constitués au sein des familles de pêcheurs de

certaines localités à Saint-Louis et Dakar. Les premiers passeurs sont des capitaines de pirogues à la retraite et ayant une grande expérience des traversées maritimes. Les navigateurs sont des capitaines de pirogues toujours en activité et dont la compétence est notoirement reconnue dans les quartiers. Les rabatteurs sont généralement de jeunes pêcheurs qui sont chargés de recruter les candidats. La rentabilité de ce type d'activité explique que très vite des hommes d'affaires se sont aussi investis dans ce nouveau commerce lucratif. Ils investissent dans l'achat du matériel et recrutent un navigateur et son équipage (50).

3- Les itinéraires migratoires

L'émigration clandestine des ouest-africains vers l'Europe a généralement emprunté deux principaux itinéraires : l'itinéraire mixte terrestre – maritime et l'itinéraire maritime.

Il existe plusieurs itinéraires terrestres (Figure 3) pour se rendre en Europe. Ils sont caractérisés par leur complexité et leur manque de linéarité. Ils aboutissent soit en Italie (îles de Lampedusa), soit en Espagne (Îles Canaries). L'axe central conduit vers Agadez, Tamanrasset et Sebha et aboutit généralement en Libye pour tenter de rejoindre l'Italie ou de revenir sur l'Algérie avant de repartir sur le Maroc. L'axe périphérique passe par la Mauritanie et traverse le Sahara pour rejoindre le Maroc pour ceux qui veulent atteindre l'Espagne (48) (50).

La migration clandestine repose sur un vaste réseau de circulation humaine avec des sites de départ, de transit et d'arrivée. Les voies terrestres, maritimes et aériennes sont utilisées par les migrants clandestins et très souvent on trouve la combinaison de deux ou même trois de ces moyens, impliquant la voie ferroviaire. Les itinéraires ne sont pas fixes et varient constamment suivant les circonstances. De l'axe central

on peut se rabattre sur l'axe périphérique ou vice versa, suivant les opportunités de passage qui se présentent au fil des rencontres et des itinéraires.

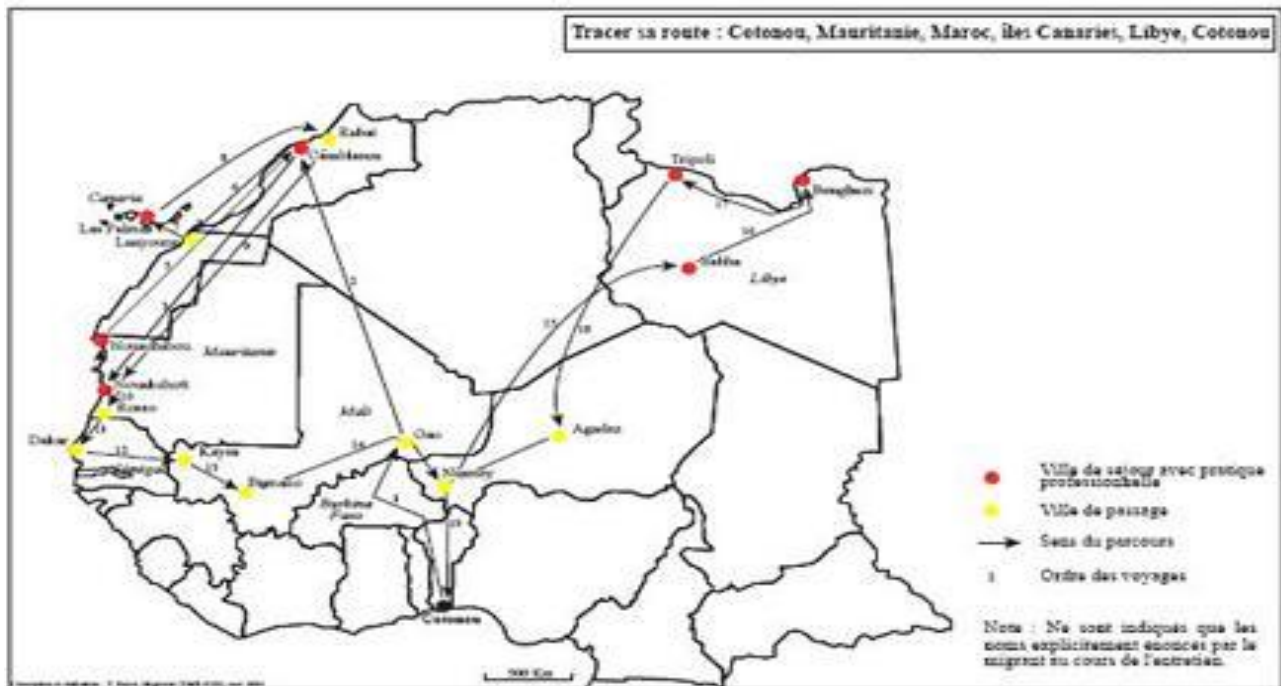


Figure 3: Schéma illustrant les routes migratoires subsahariennes (51)

Par le hasard de la géographie, la Mauritanie devint à la fin des années 1990 l'un des principaux centres de transit des migrants clandestins ouest-africains vers l'archipel des Canaries, distantes de 800 km de ses côtes. A partir de 2006, la Mauritanie a procédé, avec le concours de l'Union européenne, au renforcement du contrôle de ses côtes. Une fois encore, d'autres alternatives furent trouvées par les passeurs avec l'exploitation des côtes sénégalaises, gambiennes et capverdiennes plus éloignées de l'Espagne (**Figure 4**). Le trajet est long et périlleux à partir de Saint-Louis (7 à 10 jours de mer), d'où la grande fréquence des naufrages des frêles embarcations, munies seulement de GPS et dépourvues de tout système de sécurité. Le voyage se fait à bord de pirogues communément appelées *samba laakhara* en pulaar c'est-à-

dire « samba qui va vers l'au-delà » ou *locco* en wolof du fait de leur précarité et des risques encourus par ceux qui ont recours à ce mode de transport.



Figure 4 : Schéma illustrant la voie méditerranéenne (48)

Ce nouvel itinéraire allant directement de la côte ouest-africaine aux îles espagnoles des Canaries est certes plus direct, mais comporte des risques plus importants. A l'inverse du parcours terrestre ponctué par des arrêts plus ou moins longs, la migration clandestine par pirogue est linéaire et les migrants sont donc plus exposés aux patrouilles des côtes. Après le départ, la devise c'est « Barça ou Barzakh ». Le moyen terme n'existe pas comme dans le cadre des itinéraires terrestres, où les migrants peuvent réajuster leurs stratégies en fonction des difficultés rencontrées en cours de parcours.

Les principaux itinéraires migratoires n'offrent aucune sécurité aux migrants. Les routes du désert sont aussi périlleuses que les routes maritimes. Malgré tout, des

milliers de migrants ont réussi ces dernières années à rejoindre les côtes espagnoles et à trouver du travail en Espagne. (48, 50)

Il existe aussi une nouvelle voie, celle aérienne avec pour destination les États unis en passant par le Nicaragua. Le voyage reste coûteux, atteignant jusqu'à 8 000 euros, soit environ dix fois plus que le voyage en pirogue vers les îles espagnoles, indique des personnes interrogées. Malgré cela, de nombreux candidats à l'émigration mettent en jeu leurs économies ou sollicitent l'aide de leur famille pour y parvenir.

Des passeurs et des guides locaux, souvent assistés de Sénégalais agissant comme interprètes, aident les migrants à franchir les frontières du Honduras, du Guatemala et du Mexique en bus ou en convois de petits véhicules.

Malgré les difficultés rencontrées par les migrants une fois aux États-Unis, de nombreux Sénégalais continuent de considérer ce pays comme une destination attrayante en raison de la présence d'une importante diaspora sénégalaise et des opportunités économiques à New York notamment (52).

4- Les risques liés à la migration clandestine

4.1. Risques inhérents à la traversée du Sahara :

Un grand nombre des risques signalés par les migrants sur la route transsaharienne sont liés à l'immensité et au caractère inhospitalier de la terre à traverser. Les températures élevées, la rareté de l'eau et de la nourriture, ainsi que les longues distances à parcourir signifient que toute traversée du désert par des moyens légaux ou illégaux entraînera des risques pour les voyageurs.

Plus de trois décès sur quatre enregistrés par l'OIM sont liés à l'éloignement de tout pendant le périple transsaharien : ils sont principalement dus à la déshydratation et à la privation de nourriture (36 %), aux maladies et à l'absence d'accès aux structures

de soins (31 %), et à l'exposition au soleil (9 %). La plupart des périple à travers le désert du Sahara s'effectuent à bord de convois de camions, et les pannes peuvent être fatales. Étant donné que les migrations transsahariennes sont le plus souvent non régulières, les itinéraires suivis sont généralement éloignés des zones habitées, ce qui ne permet guère d'accéder aux équipements sanitaires ou de se réapprovisionner (53).

4.2. Risques causés par l'instabilité et la violence dans la région du Sahara :

Les risques d'origine humaine auxquels les migrants sont exposés pendant leur périple transsaharien ne peuvent souvent pas être imputés à un acteur ou à un facteur unique. La violence, les vols, les enlèvements et les agressions sexuelles, devenus monnaie courante le long des routes traversant le Sahara, sont perpétrés par de nombreux acteurs : passeurs, gardes-frontière, milices, bandes armées, et même migrants (53).

Malgré l'absence de statistiques représentatives, les agressions sexuelles pendant la migration transsaharienne sont fréquentes, et sont particulièrement bien documentées en ce qui concerne les migrants provenant du Nigéria et de la Corne de l'Afrique. Sur les 1 700 migrants interrogés des deux sexes provenant de la Corne de l'Afrique, plus d'un tiers ont déclaré avoir été témoins ou victimes d'incidents de violence sexuelle et sexiste. Les femmes érythréennes interrogées par Médecins Sans Frontières (2017) ont dit avoir cherché à se procurer des contraceptifs injectables avant la traversée du désert du Soudan vers la Libye, afin d'éviter une grossesse du fait des viols fréquents qui sont signalés sur ce trajet. Une étude de Human Rights Watch (2016) sur la question plus large de la traite des femmes nigérianes évoque souvent l'exploitation sexuelle par les trafiquants à presque toutes les étapes du périple, y compris pendant la traversée du Sahara. Un grand nombre des risques

associés au trafic illicite de migrants pendant la traversée du Sahara dépendent des formes mêmes que revêt le transit. Habituellement, les migrants sont entassés à l'arrière de camions, petits ou gros ; parfois jusqu'à 30 personnes se trouvent à l'arrière d'un pickup classique. Dans de telles conditions, il n'est pas rare que des personnes tombent et soient abandonnées dans le désert, ce qui revient à les condamner à mort dans les zones reculées. Reita No et Tinti ont signalé que la « quasi-totalité 10 » des migrants interrogés qui ont traversé le Sahara au départ d'Agadez parlaient avec horreur des nombreuses personnes abandonnées par les trafiquants, et des corps sans vie aperçus dans le désert. Parmi eux, certains ont dit que les trafiquants obligent les malades à descendre des pickups de crainte que la maladie ne se propage dans ces lieux surpeuplés. Un exemple frappant d'abandon a été constaté après que des migrants ont signalé que les trafiquants avaient forcé des personnes à descendre de leur camion : 24 corps ont finalement été retrouvés dans le désert près de la frontière algéro-nigérienne entre le 30 septembre et le 2 octobre 2019. Ceux qui sont abandonnés en plus petits nombres ne seront peut-être jamais signalés, et leur corps ne sera probablement jamais retrouvé. Les pratiques de trafic illicite qui ont cours dans le Sahara signifient que, même s'ils ne sont pas abandonnés dans le désert, de nombreux migrants doivent affronter les difficultés que présente la traversée à pied de cette terre dangereuse. En raison de la sécurisation croissante des frontières principalement par la mise en place de points de contrôle et un renforcement des patrouilles, les camions qui transportent des migrants s'arrêtent généralement. Depuis le milieu des années 2000, le durcissement des contrôles d'immigration en Algérie, au Maroc, en Libye, en Tunisie et au Niger ont rendu les périodes et les séjours dans ces pays plus dangereux pour les migrants. En raison du renforcement des contrôles aux frontières, les itinéraires de migration ont tendance à se déplacer vers des zones moins visibles et donc plus dangereuses. Dans ces endroits, la probabilité de recevoir de l'aide en cas d'urgence est faible, et celle d'être

victime de violence ou d'autres mauvais traitements plus élevés. Cela est particulièrement vrai dans le Sahara, où le relief est généralement plat et où les voyageurs peuvent être facilement repérés depuis les routes surveillées. C'est pourquoi les chauffeurs dans le Sahara préfèrent éviter de s'arrêter, même pour la nourriture ou l'eau ou pour se reposer. En Libye, la sécurisation accrue de la frontière méridionale du pays a entraîné le déplacement des itinéraires empruntés par les passeurs à plusieurs kilomètres des grandes routes habituelles, à l'intérieur du désert, afin de réduire la probabilité de se faire repérer (53).

4.3. Risques liés à la traversée maritime

La traversée maritime expose de nombreux migrants à des dangers extrêmes pouvant constituer des événements traumatisants. Pour les migrants sénégalais cherchant à atteindre l'Europe via la mer, les risques associés à cette traversée sont nombreux et souvent mortels. L'ONG espagnole Caminando Fronteras rapporte qu'environ 5054 personnes seraient décédées dans l'Atlantique entre Janvier et Mai 2024 en tentant de rejoindre l'Espagne par voie maritime (54).

Les embarcations utilisées pour la traversée sont des pirogues de pêches, munies d'un système GPS, qui sont inadaptées pour un long trajet en haute mer. Les migrants, bien que conscients des dangers que présente cette voie la préfère à cause de son coût, moins cher par rapport aux autres voies de voyage.(55) Les passeurs désirant combler ce gap n'hésitent pas à surcharger les embarcations. Cette surcharge accroît le risque de naufrage. De plus, ces embarcations sont souvent vétustes et mal entretenues, ce qui accroît le danger pour ceux qui s'y trouvent. En outre, les conditions météorologiques peuvent être extrêmement dangereuses en mer. Les tempêtes et les vagues violentes peuvent mettre en péril la vie des passagers déjà fragilisés par leurs conditions précaires. Sans équipements adéquats ni expérience en navigation maritime, ces migrants se retrouvent vulnérables lorsqu'il

survient une tempête. La peur constante de ne pas survivre est une charge mentale pesante. Cela va de même pour le fait d'être témoins du décès de certains passagers qui parfois sont des connaissances avant même le voyage (56).

Par ailleurs, le manque d'eau potable et de nourriture pendant ces longues traversées peut rapidement entraîner une détérioration rapide de l'état physique des individus concernés renforçant l'idée de mort imminente. Les actes criminels X sont également présents. De nombreux migrants clandestins sont confrontés à la violence, aux abus et aux vols de la part des passeurs ou d'autres personnes sans scrupules qui profitent de leur vulnérabilité durant le voyage (56).

La migration a un effet dévastateur sur la société en dépeuplant certaines localités de sa main d'œuvre valide et en tuant progressivement certaines activités artisanales. Tous les jeunes rapatriés d'Espagne dans des conditions difficiles et qui n'ont bénéficié d'aucun soutien psychologique et social sont potentiellement porteurs de révolte et de désordre (56).

5- L'accueil et la prise en charge des migrants retournés

L'ensemble des dangers potentiels énumérés sur les routes migratoires expliquent qu'en 2021, l'OMS avait averti sur la nécessité de prendre en charge de manière systématique sur le plan psychologique les migrants de retour (57). Cette dynamique de prise en charge, bien qu'importante n'ait été que récemment mise en place dans nos pays avec l'appui de l'Union Européenne (UE).

Au Sénégal, des stratégies concernant la prise en charge sanitaire des migrants de retour ont été entamées de manière conjointe par différents acteurs dans le domaine de la migration.

Ainsi, en 2023, un accord a été signé entre L'OIM et l'Agence Nationale de la Couverture Maladie Universelle (ANACMU) afin que tous les migrants nouvellement de retour soient systématiquement inscrits et que leur cotisation à celle-ci puisse être assurée par L'OIM (57).

Cette décision s'est vue par la suite renforcée sur le volet santé mentale par une collaboration entre l'OIM, la Direction Générale d'Appui aux Sénégalais de l'Extérieur (DGASE) qui est un démembrement du Ministère de l'Intégration Africaine et des Affaires Étrangères et le Centre National de l'Orientation Scolaire Professionnel (CNOSP). Cette collaboration a permis de former les professionnels impliqués dans la prise en charge des migrants de retour à l'utilisation d'un outil d'accueil et de psychoéducation spécifique aux migrants de retour, élaborés selon les recommandations de l'OIM et de l'UE : le « K-par-cas 2 ».

Ainsi, dès l'arrivée des migrants aux bureaux d'accueil de l'OIM sise à l'Aéroport International Blaise Diagne de Diass, le migrant est orienté vers les Bureaux d'Accueil, Orientation et Suivi (BAOS) des Sénégalais de l'extérieur présents dans toutes les régions du Sénégal. De ces centres, les migrants sont ensuite orientés si le besoin est exprimé ou ressenti vers les équipes de psychologues conseillers des Centres Académiques de l'Orientation Scolaire et Professionnelle (CAOSP), démembrement du CNOSP, qui ont été formés à l'utilisation « K-par-cas 2 » (58).

L'intégration du « K par cas 2 » bien qu'importante ne permet cependant pas le diagnostic de pathologies psychiatriques telles que l'ESPT. Ainsi, les structures impliquées dans l'accueil, l'orientation et la prise en charge des migrants ne peuvent pas détecter ces pathologies, ni les prendre en charge.

Pour améliorer la prise en charge des migrants de retour, l'OIM a créé en janvier 2024 un Comité de pilotage (COPIL) du Programme de protection, de retour et de

réintégration des migrants en Afrique subsaharienne en collaboration avec le Ministère en charge des Sénégalais de l'Extérieur et une délégation de l'Union européenne au Sénégal regroupant Comité national chargé de la gestion des réfugiés, rapatriés et personnes déplacées (CNRRPD), de l'Agence nationale pour la Promotion de l'Emploi des Jeunes (ANPEJ), de la Direction de l'Entrepreneuriat Rapide (DER), du Fonds de Financement de la Formation professionnelle et technique (3FPT), du CNOSP, de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) ainsi que de la Direction Générale d'Appui aux Sénégalais de l'Extérieur (DGASE).

L'objectif principal de la réunion était l'examen et la validation des termes de référence du COPIL, ainsi que la formulation de recommandations stratégiques cruciales pour la mise en œuvre du Programme. L'élaboration de ce comité ainsi que la diversité des acteurs impliqués laissent espérer une meilleure prise en charge des migrants de retour dans le futur (59).



Deuxième Partie :
Notre Étude

III- MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

1. Objectifs de l'étude

1.1. Objectif général

L'objectif général est d'évaluer l'état de stress post traumatique chez les migrants clandestins sénégalais de retour dans la région de Ziguinchor.

1.2. Objectifs spécifiques

- ✓ Déterminer le profil sociodémographique des migrants de retour
- ✓ Évaluer la prévalence de l'état de stress post-traumatique (ESPT) chez les migrants de retour
- ✓ Identifier les facteurs associés à la survenue de l'ESPT chez les migrants de retour.

3. Cadre et contexte d'étude

Ce travail a été réalisé dans différentes localités de la région de Ziguinchor (Figure 5), une des 14 régions administratives du Sénégal. La région de Ziguinchor est située au Sud-Ouest du pays, à environ 450 km de Dakar qui est la capitale du Sénégal. Elle a une superficie de 7 339 km², soit 3,73 % du territoire national. Sur le plan administratif, la région de Ziguinchor compte 3 départements (Bignona, Oussouye et Ziguinchor) et 5 communes (Bignona, Thionck-Essyl, Diouloulou, Oussouye, Ziguinchor). Ziguinchor est une région enclavée, elle est limitée au nord par la République de la Gambie, à l'est la région de Sédhiou, à l'ouest par l'Océan Atlantique et au sud par la République de la Guinée-Bissau. Elle compte une population jeune avec un âge moyen de 24,4 ans. Elle présente une grande variété linguistique et ethnique (60, (64)).

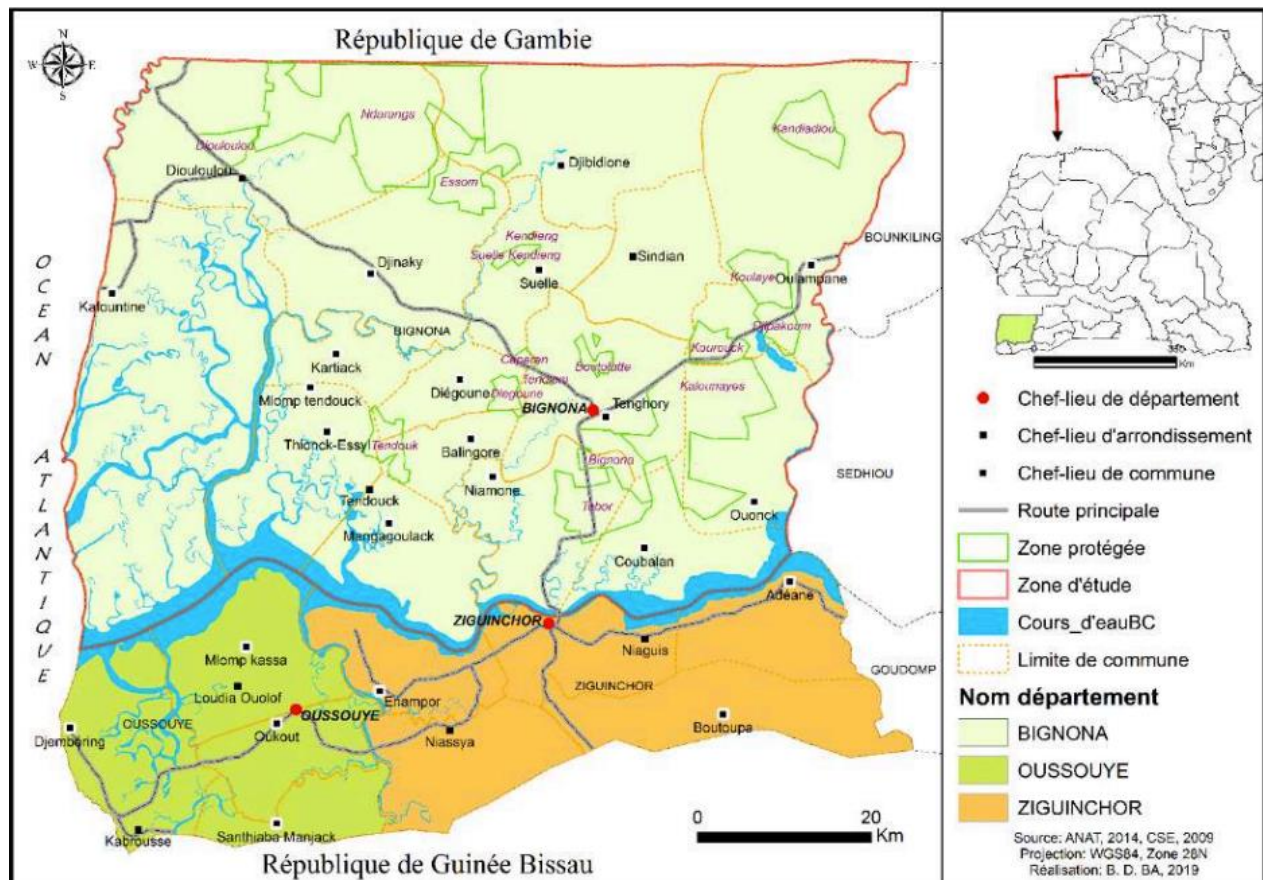


Figure 5 : Carte géographique de la région de Ziguinchor (61)

Du fait de sa richesse en ressources forestières, sa production agricole, son potentiel en matière d'élevage et de tourisme, la région de Ziguinchor dispose de fortes potentialités économiques favorables à son émergence.

Malgré le déplacement forcé de plusieurs troupeaux vers la république de Gambie et la région voisine de Kolda pour des raisons d'insécurité, et le vol de bétail vers la Guinée Bissau, le cheptel régional reste encore important.

Sur le plan économique et social, le secteur de la pêche joue un rôle de premier plan dans la région.

La région de Ziguinchor, par sa position géographique, est également une plaque tournante du commerce sous régional. La présence des vergers fournissant

d'importantes et diverses ressources fruitières (« maad¹ », papaye, mangues, agrumes...), combinée à une production agricole abondante et variée (miel, gingembre, pain de singe, huile de palme, « ditaax² » ...) attirent une population commerçante provenant de toutes les régions du Sénégal, mais également des pays limitrophes que sont la Guinée, la Guinée Bissau, la Gambie et la Mauritanie (61).

Ses terres, propices à une grande variété de cultures attirent aussi les cultivateurs de chanvre indien (cannabis) qui en plus de le cultiver, rendent sa consommation facilitée dans la région (22).

Sa position géographique et ses côtes en font un point de départ privilégié des passeurs clandestins marins dans la zone Sud avec notamment des points de départs connus telle la commune de Kafountine où une tragédie a eue lieu en 2021 lors du chavirement d'une pirogue en partance pour l'Espagne faisant 15 morts (4).

Cette tragédie n'est pas la seule à laquelle la population de la région a eu à être confrontée. Depuis près de 40 ans, la région est confrontée à un conflit armé. Ce faisant, ce conflit a grandement ralenti l'activité économique de la région surtout sur le plan touristique et commercial et a fait de nombreuses victimes parmi les belligérants et les civils. En effet, la dissémination des mines terrestres (antichars et antipersonnel) et des restes explosifs de guerre dans cette zone du pays liée au conflit affecte avant tout les populations locales. Les victimes sont nombreuses et les structures familiales bouleversées par la perte d'un parent ou l'apparition d'un handicap lourd sont bien présentes à l'échelle de la région. À cette tragédie s'est rajoutée celle du naufrage du bateau le Joola en 2002, avec un nombre de décès estimé à environ 2000 morts (22).

¹ Maad : *Saba senegalensis*

² Ditaax : *Detarium senegalense*

3- Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique portant sur les migrants clandestins sénégalais de retour au Sénégal répertoriés sur une période de 7 mois allant du 1^{er} janvier 2024 au 31 Juillet 2024

4- Population d'étude

Notre étude a porté sur les migrants clandestins sénégalais de retour au Sénégal résidants dans la région de Ziguinchor au moment de l'enquête.

4.1. Critères d'inclusion

Nous avons inclus tous les migrants clandestins sénégalais de retour au Sénégal âgés de plus de 15 ans et résidant dans la région de Ziguinchor au moment de l'enquête.

4.2. Critères de non-inclusion

Nous n'avons pas retenu dans notre étude les migrants clandestins de retour au pays :

- Ne désirants pas faire partie de l'étude
- Tous les perdus de vue
- Tous ceux qui ont déménagés hors de la région de Ziguinchor
- Tous ceux qui sont d'une autre nationalité
- Les enfants et adolescents âgés de 15 ans et moins
- Les porteurs d'affection neuropsychiatrique pouvant altérer leur discernement

5. Méthode d'étude

5.1. Recueil des données

Le recueil des données s'est fait entre le 1^{er} janvier et le 31 juillet 2024 sur la base d'un questionnaire qui avait été élaboré, testé et validé. Nous avons nous même administré le questionnaire aux migrants clandestins de retour résidant à Ziguinchor.

La liste de ces migrants et leurs contacts ont été obtenues auprès de l'ONG italienne Coopération pour le développement des pays émergents (COSPE) et de la Croix-Rouge Sénégalaise section de Ziguinchor.

Ensuite, chaque migrant a été contacté au téléphone pour avoir son accord et participer à l'étude. D'un commun accord, un rendez-vous a été fixé avec ceux qui ont acceptés à faire partie de l'étude. Nous nous sommes rendus aux domiciles des migrants et par le biais d'entretien individuel nous avons recueilli les données en s'appuyant sur le formulaire préétabli qui comporte les variables suivantes.

5.2. Variables de l'étude

- Données sociodémographiques
 - L'âge.
 - Le sexe.
 - L'ethnie
 - La situation matrimoniale
 - Le lieu de résidence.
 - La situation matrimoniale.
 - Le niveau de scolarité.
 - La profession avant le périple.
 - La profession actuelle
 - Le nombre de personnes qui est à la charge du migrant avant son périple
- Données sur le périple
 - Les motivations du périple
 - Le recueil d'informations
 - La voie du périple
 - Le pays de destination

- Le pays d'arrivée ainsi que les raisons de séjour
- Les difficultés rencontrées
- La Raison du retour
- La Voie du retour
- Le sentiment de la famille au retour
- Données cliniques
 - Les antécédents médicaux et psychiatriques
 - La Survenue de pathologies durant le périple
 - Le score de l'échelle d'évaluation par le PCL-5
 - La présence de l'ESPT
- Données sur la prise en charge médico-chirurgicale
 - Présence ou absence de prise en charge
 - Type de prise en charge
- Données sur la prise en charge psy (psychologique et/ou psychiatrique)
 - Présence de prise en charge psychologique et/ou psychiatrique
 - Type de prise en charge
- Données sur la prise en charge sociale
- Le soutien pour la réinsertion sociale.

5.3. Analyse des données

Les données recueillies ont été saisies sur tableur Excel. Elles ont été ensuite traitées pour une analyse statistique avec le logiciel Stata 18. Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux et de proportions.

5.4. Définitions opérationnelles

Personne à la charge du migrant :

- Personne à laquelle le migrant accorde régulièrement une subvention financière

- Personne qui vit dans un ménage dont le migrant est le chef

La réinsertion professionnelle :

Sont considérés comme ayant réussi leur réinsertion professionnelle, les migrants ayant eu au moins un emploi depuis leur retour et qui y trouvent satisfaction.

La réinsertion sociale :

Sont considérés comme ayant réussi leur réinsertion sociale, les migrants ayant pu rétablir leurs différentes relations et habitudes sociales telles qu'établies avant leur départ.

6. Contraintes de l'étude

Lors de notre étude, nous avons été confrontés à quelques difficultés. Elles étaient liées :

- Au fait que plusieurs numéros de téléphones dans la base de données ne fonctionnaient plus ou avaient été attribués à d'autres personnes.
- Au fait que certains migrants avaient refusé l'entretien, car ils disaient être fatigués de recevoir des enquêteurs sans répercussion sur leur prise en charge
- Aux difficultés d'accès géographique (routes impraticables, zones éloignées, moyens de transports difficiles à trouver)
- Aux contraintes financières liées aux déplacements et aux appels téléphoniques ;

7. Considérations éthiques

Le consentement libre et éclairé des migrants avait été recueilli. L'anonymat des participants est respecté et les données renseignées sont sécurisées ainsi que toutes informations pouvant porter atteinte à l'intégrité physique, psychologique, et/ou morale du migrant.

IV- RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Sur un total de 89 migrants clandestins de retour identifiés et résidants dans la région de Ziguinchor pendant la période d'étude, 41 ont été enquêtés soit un pourcentage de 46,06%. Parmi les 48 non interrogés, il y'avait 28 mauvais numéros de téléphone, 11 migrants qui avaient repris le chemin de la migration clandestine, 5 avaient refusés de participés à l'étude, 3 souffraient de pathologie psychiatrique grave et un était décédé.

Les résultats ci-après ont été obtenus.

1.Étude descriptive

1.1. Données sociodémographiques

1.1.1. L'âge

L'âge moyen des migrants de retour était de 36,9 ans \pm 9,3 avec des extrêmes de 24 et 60 ans. La médiane était de 35 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des [20-39 ans] avec 68,3% des migrants (n = 28) contre 31,7% (n=13) pour celles des 40 ans et plus.

1.1.2. Le sexe

Il y avait une nette prédominance masculine à 92,7 % (n = 38) contre 7,3 % (n = 3) avec une sex-ratio homme/femme de 12,6.

1.1.3. L'ethnie

Le tableau ci-dessous (**tableau 1**), représente la répartition des migrants selon leur ethnie.

Tableau 1 : L'ethnie des migrants (n=41)

Ethnie	Effectif	Fréquence (%)
Diola	18	43,9
Mandingue	8	19,5
Peulh	6	14,7
Wolof	5	12,2
Toucouleurs	3	7,3
Balante	1	2,4
Total	41	100,0

La majorité des migrants interrogés étaient Diolas à 43,9 % (n = 18). Les mandingues représentaient 19,5% (n= 8) suivis par les peulhs 14,7%, (n=6) et les wolofs 12,2% (n= 5).

1.1.4. La situation matrimoniale

Le tableau ci-dessous (**tableau 2**), représente la répartition des migrants en fonction de leur situation matrimoniale.

Tableau 2 : la situation matrimoniale des migrants (n=41)

Situation matrimoniale	Effectif	Fréquence (%)
Célibataire sans enfant	19	46,3
Célibataire avec enfant(s)	7	17,1
Marié avec enfant(s)	10	24,4
Marié sans enfant	4	9,8
Veuf	1	2,4
Total	41	100,0

La majorité des migrants interrogés étaient célibataires sans enfants 46,3% (n =19) suivis par les mariés avec enfants 24,4% (n=10) et les célibataires avec enfants à 17,1% (n=7).

1.1.5. Le niveau d'instruction

La figure ci-dessous (**figure 6**) représente la répartition des migrants selon leur niveau d'instruction.

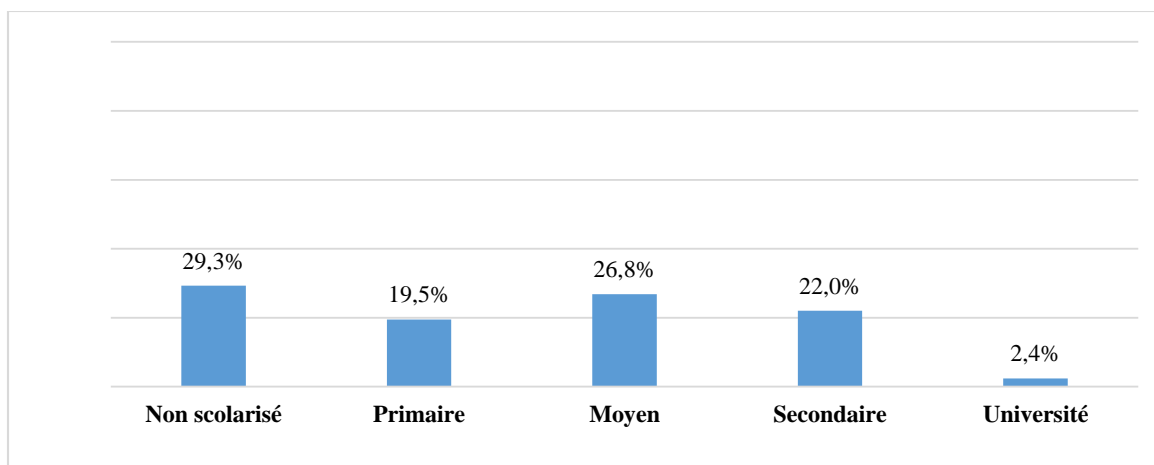


Figure 6 : Distribution des migrants en fonction du niveau d'instruction (n=41)

La majeure partie des migrants (70,7%, n=29) avaient fréquenté l'école formelle. Ceux ayant atteint le cycle moyen représentaient 26,8 % (n = 11) de la population suivis par ceux ayant atteint le cycle secondaire (22% ; n=9).

1.1.6. L'activité professionnelle avant le périple

Le tableau ci-dessous (**tableau 3**), représente la répartition des migrants en fonction de leur activité professionnelle avant le périple.

Tableau 3 : Activité professionnelle avant le périple (n=41)

	Effectif	Fréquence (%)
Sans occupation	3	7,3
Agriculteur/éleveur/pêcheur	10	24,4
Artisan	16	39,0
Transporteur	3	7,3
Commerçant	5	12,2
Élève/Étudiant	1	2,4
Autres	3	7,3
Total	41	100,0

La majorité des migrants interrogés avait une activité professionnelle 92,7 % (n = 38). Les artisans représentaient 39,0% (n= 16) suivis par les pêcheurs, éleveurs et agriculteurs avec 24,4% (n= 10).

1.1.7. Les personnes prises en charge par le migrant

La figure ci-dessous (**figure 7**) représente la répartition des migrants selon le type de personnes à la charge du migrant. Plusieurs options ont été citées par les 41 répondants.

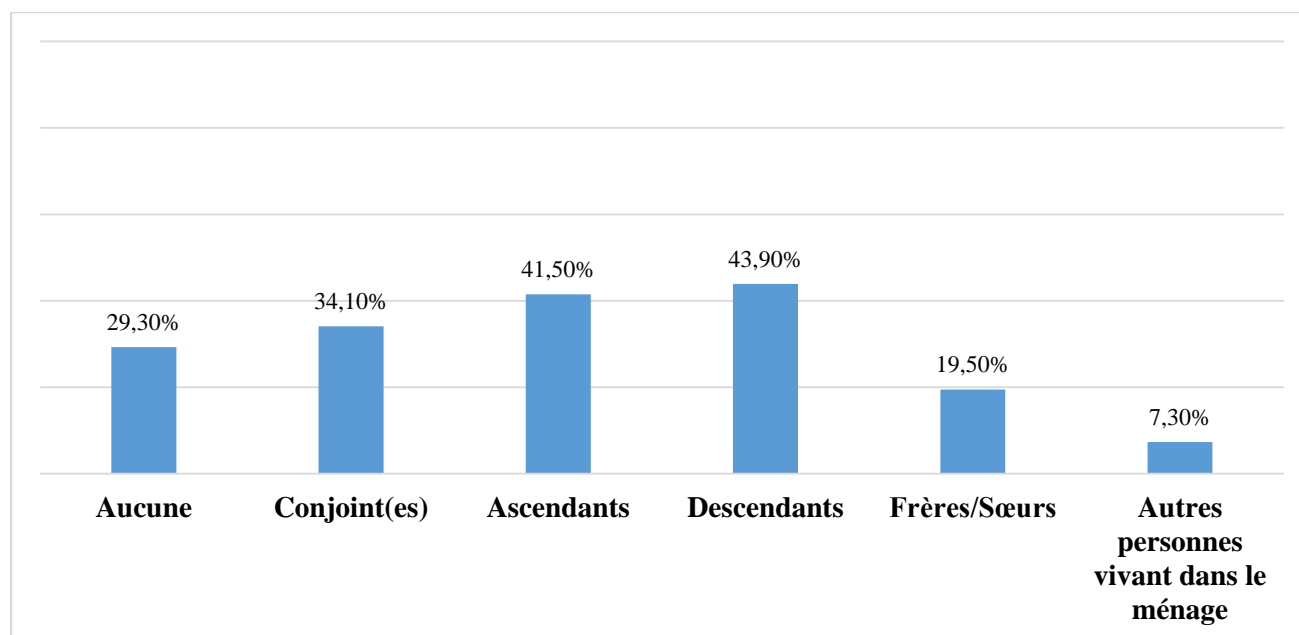


Figure 7: Distribution des migrants selon les personnes prises en charge (n=41)

Avant d'entreprendre leur périple, 70,7 % (n= 29) des migrants avaient des personnes à leur charge. Il s'agissait des descendants (cités par 43,9% des personnes interrogées, n=18), d'ascendants (41,5%, n=17) et des conjoints (34,1 %, n=14).

1.2. Données sur le périple

1.2.1. Les motivations du migrant

Le tableau ci-dessous (**tableau 4**), représente la répartition des migrants en fonction de leurs motivations avant le périple.

Tableau 4 : Distribution des migrants selon les motivations (n=41)

	Effectif	Fréquence (%)
Chômage	1	2,4
Difficultés financières	35	85,4
Réussite d'un autre migrant	13	31,7
Désir d'une vie meilleure	4	9,8

La motivation à la migration la plus fréquemment citée par les migrants était les difficultés financières citées par 85,4 % d'entre eux (n= 35) alors qu'aucun n'a pris le départ sous la pression d'un membre de la famille (Plusieurs options ont été citées par les répondants.)

1.2.2. Les sources d'informations

La figure ci-dessous (**figure 8**) représente la répartition des migrants selon la source d'informations sur le périple.

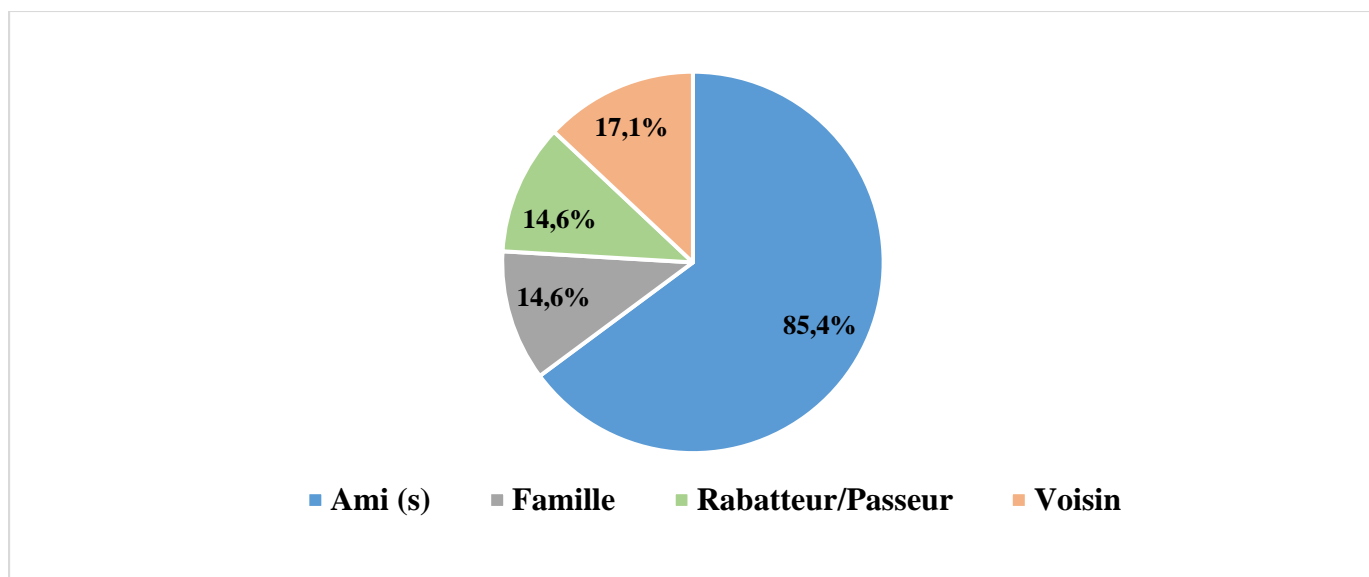


Figure 8 : Distribution des migrants selon les sources d'informations (n=41)

Les informations sur le périple avaient été recueillies à 85,4 % (n=35) auprès des amis, 17,1 % auprès des voisins pour seulement 14,6% (n=5) auprès des passeurs ou d'autres membres de la famille.

1.2.3. La destination finale et le lieu de fin de périple

Les figures ci-dessous représentent la répartition des migrants selon la destination (**figure 9**) et selon le lieu de fin de trajet lorsque la destination n'a pas été atteinte (**figure 10**).

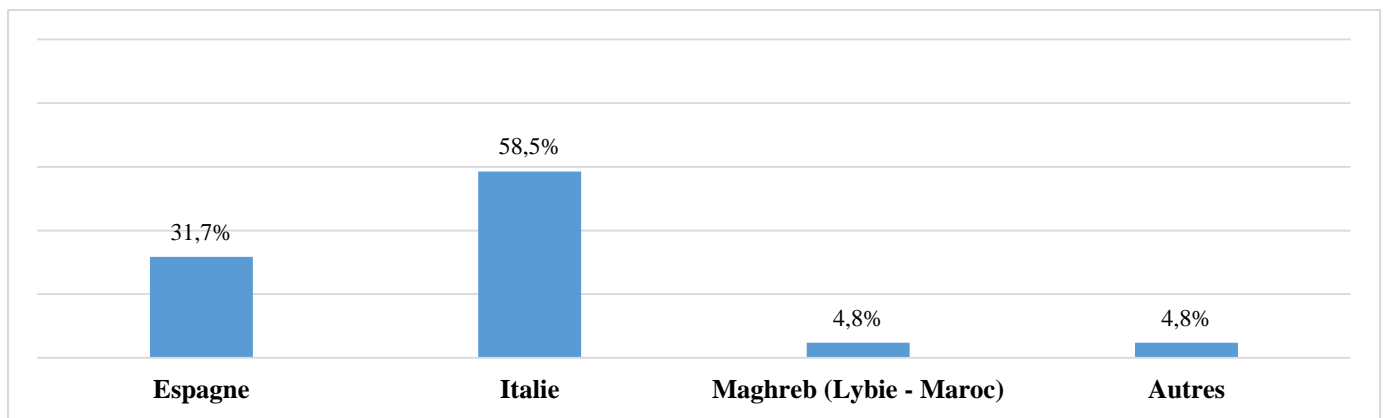


Figure 9 : Distribution des migrants selon la destination (n=41)

L'Italie et l'Espagne étaient les destinations les plus prisées avec respectivement 58,5% (n=24) et 31,7 % (n=13) des migrants qui avaient pour but de s'y rendre (**Figure 9**).

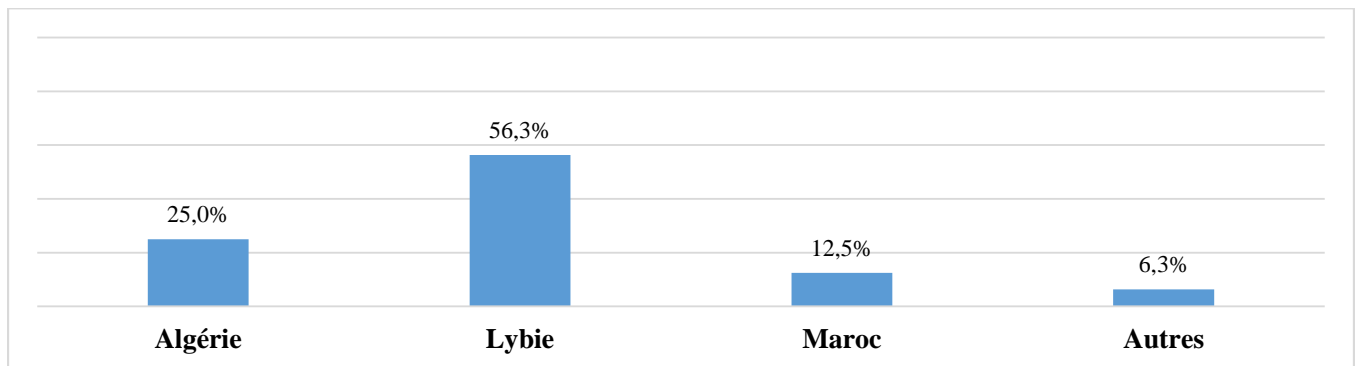


Figure 10 : Distribution des migrants selon le lieu de fin de trajet (n=32)

Parmi les migrants interrogés, 78 % (n=32) n'avaient pas atteint leur destination initiale. Le lieu de fin de trajet, le plus cité était la Lybie avec 56,3% (n=18) suivi par l'Algérie avec 25 % (n=8).

1.2.4. L'accueil prévu

Concernant l'accueil prévu dans le pays de destination, 46,3% (n=20) des migrants avaient un hôte qui les attendait.

1.2.5. La voie du périple empruntée

Le tableau ci-dessous (**tableau 5**), représente la répartition des migrants selon la voie empruntée lors du périple.

Tableau 5 : Distribution des migrants selon la voie empruntée (n=41)

	Effectif	Fréquence (%)
Terrestre	29	70,7
Maritime	7	17,1
Autres (Aérienne – Mixte)	5	12,2
Total	41	100,0

Les voies de voyage privilégiées étaient la voie terrestre avec 70,7 % (n=29) et la voie maritime avec 17,1% (n=7).

1.2.6. Les difficultés rencontrées

Le tableau ci-dessous (**tableau 6**), représente la répartition des migrants selon les difficultés rencontrées lors du périple. Plusieurs options ont été citées par les 35 répondants ayant eu un périple difficile.

Tableau 6 : Distribution des migrants selon les difficultés rencontrées (n=35)

	Effectif	Fréquence (%)
Alimentation	26	74,3
Climat	25	71,4
Extorsion	25	71,4
Violence provenant de la police des frontières	22	62,9
Violence provenant de bandes armées	18	51,4
Maladie	14	40,0
Propreté	10	28,6
Enlèvement/kidnapping/Emprisonnement	5	14,3
Orientation	5	14,3
Événements mystiques	3	8,6

Une majorité des migrants (85,4%, n=35) avaient rencontré des difficultés lors de leur périple. Les difficultés les plus citées étaient celles liées à l'alimentation (74,3% n=26), au climat et aux extorsions (71,4% n=25), suivies par les violences provenant des autorités frontalières (62,9 % n=22) et les difficultés liées à des bandes armées (51,4 % n=18).

1.2.7. Le mode de retour

Concernant le mode de retour, 63,4 % (n=26) des migrants étaient rentrés contre leur volonté.

1.2.8. La cause du retour

Le tableau ci-dessous (**Tableau 7**) représente la répartition des migrants selon la cause du retour.

Tableau 7 : Distribution des migrants selon la cause du retour (n=41)

	Effectif	Fréquence (%)
Causes personnelles et familiales	10	24,4
Causes administratives	30	73,2
Cause environnementale	1	2,4
Total	41	100,0

- Causes personnelles et familiales : Désir de retourner, Découragement, Décès d'un proche, Maladie
 - Causes administratives : Rapatriement forcé + trouble administratif
 - Causes environnementales : Défaut de traversée de la méditerranée

Les migrants ayant décidé de rentrer de leur propre gré, avaient principalement fait mention de leur désir de retourner vivre au Sénégal ou à cause du décès d'un proche (24,4%, n=10).

1.2.9. La voie du voyage au retour

Peu de migrants avaient rencontré des difficultés sur le chemin du retour (10.8%, n=4). Les difficultés citées étaient principalement liées à l'alimentation, au climat désertique, à des problèmes d'orientation et tentative d'extorsion.

1.2.10. Le temps écoulé depuis le retour

Le tableau ci-dessous (**Tableau 8**) représente la répartition des migrants selon le temps écoulé depuis le retour.

Tableau 8: Distribution des migrants selon le temps écoulé depuis le retour (n=41)

	Effectif	Fréquence (%)
Moins de 2 ans	6	14,6
Entre 2 et 4 ans	6	14,6
5 ans ou plus	29	70,7
Total	41	100,0

La majorité des migrants avec lesquels nous nous sommes entretenus sont revenus depuis plus de 5 ans : 70,7% (n=29). **1.2.11. Le sentiment de la famille au retour**

Le tableau ci-dessous (**Tableau 9**) représente la répartition des migrants selon le sentiment de la famille face à leur retour.

Tableau 9 : Distribution des migrants selon le sentiment de la famille au retour (n=41)

	Effectif	Fréquence (%)
Soulagement	21	51,2
Regret de les voir revenir sans réussite financière	17	41,5
Famille non informée	3	7,3
Total	41	100,0

Le sentiment des familles de migrants au retour du périple était dominé à 51,2 % (n=21) par un soulagement à la vue du proche. Pour 41,5% (n= 17), la famille a exprimé un regret de les voir revenir sans réussite financière, les 7,3% (n=3) restant n'ayant jamais informé leur famille de leur migration.

1.3. Données cliniques

1.3.1. La présence d'antécédent médical

Seuls 8 % (n=3) des migrants présentaient des antécédents médicaux avant le périple marqué par deux migrants présentant un ulcère gastrique et un asthmatique.

1.3.2. La présence d'antécédent psychiatrique

Aucun des migrants ne présentait d'antécédent psychiatrique personnel ou familial.

1.3.3. La présence de maladie lors du périple ou à l'arrivée

Le tableau ci-dessous (**Tableau 10**) représente la distribution des migrants selon la présence de maladies lors du périple ou une fois arrivés. Plusieurs options ont été citées par les 41 répondants

Tableau 10 : Distribution des migrants selon la présence de maladies lors du périple ou une fois arrivés (n=41)

	Effectif	Fréquence (%)
Absence de maladie	18	43,9
Altération de l'état Général	8	19,5
Syndrome Dépressif	5	12,2
Douleurs/Lombalgies	4	9,8
Problèmes gastriques	4	9,8
Blessures	2	4,9
Autres maladies	6	14,6

Le périple et le retour avaient été marqués pour 56,1% (n = 23) des migrants par la survenue de divers troubles dominés par l'altération de l'état général (19,5 %, n=8) et la survenue d'un syndrome dépressif après le retour (12.2 %, n=5).

1.3.4. La présence d'ESPT

Au terme de l'évaluation des migrants par le PCL-5, 31,7% (n=13) des migrants présentaient un ESPT avéré 68,3 % n'avaient pas d'ESPT.

1.4. Données sur la prise en charge et la réinsertion

1.4.1. La prise en charge médicale

Seuls 14,6% (n=6) des migrants avaient déclaré avoir été évalués sur le plan sanitaire et pris en charge à leur retour.

Cette prise en charge avait été assurée dans 50 % (n=3) des cas par l'aide d'une ONG, le reste ayant été pris en charge par la famille, un ami et les autorités locales.

1.4.2. La prise en charge psychologie

Trois migrants (7,3%) avaient déclaré avoir bénéficié d'une prise en charge psychologique. Les deux avaient été pris en charge par un psychologue et le troisième par un psychiatre à la demande des autorités frontalières de son pays de destination et des ONG locales.

1.4.3. La réinsertion sociale et professionnelle

La réinsertion sociale avait été jugée bonne par 80,5 % (n=33) des migrants et la réinsertion professionnelle avait été jugée bonne par 68,3 % (n=28) des migrants.

1.4.4. Le désir de retourner

Le tableau ci-dessous (**Tableau 11**) représente la distribution des migrants selon leur le désir de retourner à l'extérieur.

Tableau 11 : Distribution des migrants selon le désir de retourner (n=41)

	Effectif	Fréquence (%)
Absence d'envie de retourner	15	36,6
Envie de retourner par voie légale	11	26,8
Envie de retourner quelle que soit la voie	15	36,6
Total	41	100,0

Environ 36,6 % (n=15) des migrants de retour interrogés avaient envie de retourner quelle que soit la voie à emprunter, 26,8 % (n=11) seulement via la voie légale et 36.6% (n=15) n'avaient plus envie de retourner.

2. Étude analytique

2.1. La survenue d'ESPT en fonction du sexe

Le tableau ci-dessous (**Tableau 12**) représente la survenue de l'ESPT en fonction du sexe des migrants.

Tableau 12 : Survenue d'ESPT en fonction du sexe (n=41)

Sexe		ESPT		Total	X ²	Valeur P	OR
		Présence	Absence				
Féminin	Effectif	1	2	3	0,0040	0,950	1,1 [0,1-13,1]
	%	33,3	66,7	100,0			
Masculin	Effectif	12	26	38			
	%	31,6	68,4	100,0			
Total	Effectif	13	28	41			

% 31,7 68,3 100,0

Une seule des femmes ayant tenté le périple (33,3 %) est victime d'ESPT contre 31,6% des hommes (n=12) ayant entrepris le périple. La p-value est supérieure à 0,05, l'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée. Il n'y a donc pas d'association entre le sexe et la survenue d'ESPT dans notre population d'étude.

2.2. La survenue d'ESPT en fonction de la fréquentation scolaire

Le tableau ci-dessous (**Tableau 13**) représente la survenue de l'ESPT en fonction de la fréquentation scolaire des migrants.

Tableau 13 : Survenue d'ESPT en fonction de la fréquentation scolaire (n=41)

Fréquentation de l'école formelle		ESPT		Total	X ²	Valeur P	OR
		Présence	Absence				
A fréquenté	Effectif	6	23	29	5,35	0,02	0,19 [0,04-0,80]
	%	20,7	79,3	100,0			
N'a pas fréquenté	Effectif	7	5	12			
	%	58,3	41,7	100,0			
Total	Effectif	13	28	41			
	%	31,7	68,3	100,0			

Parmi les migrants n'ayant pas fréquenté l'école formelle, on note la survenue ESPT dans 58,3 % (n= 7) des cas contre 20,7% (n=6) de survenue chez ceux ayant fréquenté l'école formelle. La p-value est inférieure à 0,05, l'hypothèse d'indépendance est rejetée. Les personnes qui avaient fréquenté l'école étaient 5,26 fois mieux protégés contre l'ESPT que les personnes qui ne l'avaient pas fréquenté.

2.3. La survenue d'ESPT en fonction de la situation matrimoniale

La comparaison (p-value et OR) est faite pour la voie terrestre vs les autres voie Le tableau ci-dessous (**Tableau 14**) représente la survenue de l'ESPT en fonction de la situation matrimoniale. La comparaison (p-value et OR) est faite individuellement pour statut en fonction des autres.

Tableau 14 : Survenue d'ESPT selon la situation matrimoniale (n=41)

Situation matrimoniale		ESPT		Total	X ²	Valeur P	OR
		Présence	Absence				
Célibataire sans enfant	Effectif	5	14	19	0,48	0,491	0,63 [0,16-2,39]
	%	26,3	73,7	100,0			
Marié avec enfant(s)	Effectif	2	8	10	0,83	0,36	0,45 [0,08-2,53]
	%	20,0	80,0	100,0			
Marié sans enfant(s)	Effectif	3	1	4	3,84	0,05	8,10 [0,75-87,23]
	%	75,0	25,0	100,0			
Célibataires avec enfant(s)	Effectif	2	5	7	0,04	0,85	0,84 [0,14-5,01]
	%	28,6	71,4	100,0			
Veuf	Effectif	1	0				
	%	100,0	00,0				
Total	Effectif	13	28				
	%	31,7	68,3				

La prévalence de l'ESPT était de 26, 3% (n=5) chez les migrants célibataires sans enfants et de 20,0% pour les mariés avec enfants (n=2). Les p-value calculées sont supérieures ou égales à 0,05, l'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée. Il n'y a

donc pas d'association entre la situation matrimoniale et la survenue d'ESPT dans notre population d'étude

2.4. La survenue d'ESPT en fonction de la voie du périple

Le tableau ci-dessous (**Tableau 15**) représente la survenue de l'ESPT en fonction de la voie empruntée.

Tableau 15 : Survenue d'ESPT en fonction de la voie du périple (n=41)

Voie		ESPT		Total	X ²	Valeur P	OR
		Présence	Absence				
Terrestre	Effectif	13	16	7	4,11	0,04	20,5 [1,1-378,03]
	%	44,8	55,2	100			
Maritime	Effectif	0	7	29			
	%	0,0	100	100			
Autres	Effectif	0	5	5			
	%	0,0	100	100			
Total	Effectif	13	28	41			
	%	31,7	68,3	100			

On remarque que 100% (n = 13) des migrants victimes d'ESPT avaient emprunté la voie terrestre. La p-value est inférieure à 0,05, l'hypothèse d'indépendance est rejetée. Les migrants qui avaient emprunté la voie terrestre avaient plus de risques de développer un ESPT que les migrants ayant emprunté une voie différente (OR : 20,5 [1,1-378,03]).

2.5. La survenue d'ESPT en fonction de la destination

Le tableau ci-dessous (**Tableau 16**) représente la survenue de l'ESPT en fonction de la destination initiale. La comparaison (p-value et OR) est faite pour la destination Italie vs les autres destinations.

Tableau 16 : Survenue d'ESPT en fonction de la destination (n=41)

Destination		ESPT		Total	X ²	Valeur P	OR
		Présence	Absence				
Espagne	Effectif	2	11	13	5,80	0,02	6,34 [1,18-34,04]
	%	15,4	84,6	100			
Italie	Effectif	11	13	24			
	%	45,8	54,2	100			
Maghreb	Effectif	0	2	2			
	%	0,0	100	100			
Autres	Effectif	0	2	2			
	%	0,0	100	100			
Total	Effectif	13	28	41			
	%	31,7	68,3	100			

La prévalence de l'ESPT était de 45,8% (n=11) chez les migrants qui avaient l'Italie comme destination initiale pour seulement 15,4% (n=2) pour ceux qui désiraient aller en Espagne. La p-value est inférieure à 0,05, l'hypothèse d'indépendance est rejetée. Les migrants qui avaient pour destination l'Italie avaient plus de risques de développer un ESPT que les migrants qui avaient une destination différente (OR : 6,34 [1,18-34,04]).

2.6. La survenue d'ESPT en fonction du type de difficultés rencontrées à l'aller

Le tableau ci-dessous (**Tableau 17**) représente la survenue de l'ESPT en fonction du type de difficultés rencontrées à l'aller. La comparaison (p-value et OR) est faite individuellement pour chaque difficulté rencontrée vs toutes les autres difficultés.

Tableau 17 : Survenue d'ESPT en fonction du type de difficultés rencontrées à l'allée (n=41)

Difficultés liées à	ESPT		Total	X ²	Valeur P	OR
	Présence	Absence				
Alimentation	Effectif	11	15	26	4,01	0,045
	%	42,3	57,7	100,0		
Climat	Effectif	10	15	25	2,13	0,14
	%	40,0	60,0	100,0		
Extorsion	Effectif	11	14	25	4,87	0,027
	%	44,0	56,0	100,0		
Violence provenant de la police des frontières	Effectif	9	13	22	1,90	0,17
	%	40,9	59,1	100,0		
Violence provenant de bandes armées	Effectif	8	10	18	2,41	0,12
	%	44,4	55,6	100,0		
Maladie	Effectif	7	7	14	3,21	0,07
	%	50,0	50,0	100,0		
Propreté	Effectif	4	6	10	0,41	0,52
	%	40,0	60,0	100,0		
Enlèvement/kidnapping/Emprisonnement	Effectif	3	2	5	1,95	0,16
	%	60	40	100,0		
Orientation	Effectif	2	13	15	0,17	0,68
	%	13,3	86,7	100,0		
Événements mystiques	Effectif	1	2	3	0,004	0,95

					1,01
%	33,33	68,29	100,0		[0,09-13,15]

Parmi les types de difficultés rencontrées par les migrants, celles qui sont les plus associées à la présence de l'ESPT sont l'alimentation (37,5% des migrants confrontés soit n=9), les difficultés liées au climat (37,5% des migrants confrontés soit n=9) et les violences provenant de forces de polices frontalières (41% des migrants confrontés soit n=9).

Les difficultés liées à l'alimentation et à l'extorsion étaient significativement associées à un risque plus élevé de survenue d'ESPT (respectivement OR : 4,77 [0,89-25,6] et OR : 5,5 [1,03-29,5]) que les autres difficultés testées qui ne présentaient aucune association significative.

2.7. La survenue d'ESPT en fonction de la présence d'hôte dans le pays d'accueil

Le tableau ci-dessous (**Tableau 18**) représente la survenue de l'ESPT en fonction de la présence d'hôte dans le pays d'accueil.

Tableau 18 : Survenue d'ESPT en fonction de la présence d'hôte dans le pays d'accueil (n=41)

Hôte		ESPT		Total	X ²	Valeur P	OR
		Présence	Absence				
Oui	Effectif	6	16	22	0,43	0,51	0,64 [0,17-2,41]
	%	27,3	72,7	100,0			
Non	Effectif	7	12	19			
	%	36,8	63,2	100,0			
Total	Effectif	13	28	41			
	%	31,7	68,3	100,0			

La p-value est supérieure à 0,05, l'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée. Il n'y a donc pas d'association entre la présence d'hôte dans le pays d'accueil et la survenue d'ESPT dans notre population d'étude.

2.8. La survenue d'ESPT en fonction de la présence de difficultés

Le tableau ci-dessous (**Tableau 19**) représente la survenue de l'ESPT en fonction de la présence de difficultés.

Tableau 19 : Survenue d'ESPT en fonction de la présence de difficultés lors du périple (n=41)

Difficultés du périple		ESPT		Total	χ^2	Valeur P	OR
		Présence	Absence				
Périple difficile	Effectif	13	22	35	1,86	0,17	7,80 [0,41-149,70]
	%	37,1	62,9	100,0			
Absence de difficultés	Effectif	0	6	6			
	%	0,0	100,0	100,0			
Total	Effectif	13	28	41			
	%	31,7	68,3	100,0			

On remarque qu'aucun des migrants (n=6) n'ayant rencontré de difficulté lors du périple n'a eu à développer l'ESPT contre 37,1% (n=33) de survenue chez ceux qui en avaient rencontré.

La p-value est supérieure à 0,05, l'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée. Il n'y a donc pas d'association entre la difficulté du périple et la survenue d'ESPT dans notre population d'étude.

2.9. La survenue d'ESPT en fonction de la présence de maladie

Le tableau ci-dessous (**Tableau 20**) représente la survenue de l'ESPT en fonction de la présence de maladie lors du périple ou une fois arrivé.

Tableau 20 : Présence d'ESPT en fonction de la présence de maladie (n=41)

Maladie	ESPT			X ²	Valeur P	OR
	Présence	Absence	Total			
Oui	Effectif	7	12	0,43	0,51	1,56 [0,41-5,84]
	%	36,8	63,2			
Non	Effectif	6	16			
	%	27,3	72,74			
Total	Effectif	13	28			
	%	31,7	68,3			

On remarque que 36,8 % (n=7) des migrants ayant présenté une maladie au cours du périple sont atteints d'ESPT contre 27,3% (n=6) chez ceux qui n'étaient pas malades. La p-value est supérieure à 0,05, l'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée. Il n'y

a donc pas d'association entre la survenue de maladie lors du périple et la survenue d'ESPT dans notre population d'étude.

2.10. La survenue d'ESPT en fonction du temps écoulé depuis le retour

Le tableau ci-dessous (**Tableau 21**) représente la survenue de l'ESPT en fonction du temps écoulé depuis le retour. La comparaison (p-value et OR) est faite pour les migrants retournés depuis moins de 2 ans vs les autres.

Tableau 21 : Survenue d'ESPT en fonction du temps écoulé depuis le retour (n=41)

Temps écoulé	ESPT		Total	X ²	Valeur P	OR
	Présence	Absence				
Moins de 2 ans ¹	Effectif	5	6	8,19	0,004	16,9 [1,71-166,21]
	%	83,3	100			
Entre 2 et 4 ans	Effectif	2	6			
	%	33,3	100			
5 ans ou plus	Effectif	6	29			
	%	20,7	100			
Total	Effectif	13	41			
	%	31,7	100			

On remarque que 83,3 % (n=5) des migrants revenus depuis moins de 2 ans sont atteints d'ESPT contre 33.3% (n=2) chez ceux revenus entre 2 et 4 ans et 20.7 % (n=6) chez ceux revenus depuis 5 ans ou plus.

La P-value est inférieure à 0,05, l'hypothèse d'indépendance est rejetée. Les migrants qui sont revenus depuis moins de deux ans avaient donc plus de risques de présenter un ESPT que les migrants revenus depuis plus longtemps (OR : 16,9 [1,71-166,21]).

2.11. La qualité de la réinsertion sociale en fonction de la présence d'ESPT

Le tableau ci-dessous (**Tableau 22**) montre le croisement entre la présence de l'ESPT et la qualité de la réinsertion sociale

Tableau 22 : Présence d'ESPT en fonction de la réinsertion sociale (n=41)

ESPT		Bonne réinsertion sociale		Total	X ²	Valeur P	OR
		Oui	Non				
		Présence	Effectif				
	%	61,5	38,5	100,0			
Absence	Effectif	25	3	28			
	%	89,3	10,7	100,0			
Total	Effectif	33	8	41			
	%	80,5	19,5	100,0			

On remarque que 61,5% (n=8) des migrants ayant eu une mauvaise réinsertion sociale sont atteints d'ESPT comme le montre le tableau ci-dessus contre 17,5% (n=5) chez ceux ayant une bonne réinsertion. La p-value est inférieure à 0,05, l'hypothèse d'indépendance est rejetée. Les migrants qui ont développé un ESPT

étaient 5,2 fois plus exposés à une mauvaise réinsertion sociale que ceux qui n’avaient pas d’ESPT (OR : 0,19 [0,04-0,99]).

2.12. La qualité de la réinsertion professionnelle en fonction de la présence d’ESPT

Le tableau ci-dessous (**Tableau 23**) montre le croisement entre la présence de l’ESPT et la qualité de la réinsertion professionnelle.

Tableau 23 : Présence d’ESPT en fonction de la réinsertion professionnelle (n=41)

ESPT		Bonne réinsertion professionnelle		Total	X ²	Valeur P	OR	
		Oui	Non					
Présence	Effectif	8	5	13	0,39	0,53	0,64	[0,16-
	%	61,5	38,5	100,0				
Absence	Effectif	20	8	28				
	%	71,4	28,6	100,0				
Total	Effectif	28	13	41				
	%	68,3	31,7	100,0				

On remarque que 71,4% (n=28) des migrants n’ayant pas développé d’ESPT ont eu une bonne réinsertion professionnelle contre 61,5% (n=8) chez ceux atteints d’ESPT. Le p-value est supérieur à 0,05, l’hypothèse d’indépendance n’est pas rejetée. Il n’y a donc pas d’association entre la survenue d’ESPT dans notre population d’étude et la réinsertion professionnelle.

2.13. Le désir de retourner en fonction de la présence d'ESPT

Le tableau ci-dessous (**Tableau 24**) montre le croisement entre la présence de l'ESPT et le désir de retourner à l'extérieur.

Tableau 24 : Présence d'ESPT en fonction du désir de retourner (n=41)

ESPT		Envie de retourner		Total	X ²	Valeur P	OR
		Oui	Non				
Présence	Effectif	9	4	13	0,28	0,60	1,46[0,36-5,90]
	%	69,2	30,8	100,0			
Absence	Effectif	17	11	28			
	%	60,7	39,2	100,0			
Total	Effectif	26	15	41			
	%	63,4	36,6	100,0			

On note que 60,7 % (n=17) des migrants non atteints par l'ESPT avaient envie de retenter le périple contre 69,2 % (n= 9) chez ceux atteints. Parmi ces derniers, 44% (n=4) retenteraient le périple quelle que soit la voie à emprunter et la légalité de celle-ci. Le p-value est supérieur à 0,05, l'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée. Il n'y a donc pas d'association entre la survenue d'ESPT dans notre population d'étude et le désir de retourner.

V- DISCUSSION

1. Étude descriptive

1.1. Aspects sociodémographiques

La population des migrants contactés dans notre étude était composée à 92,7 % (n= 38) d'hommes avec une sex-ratio homme/femme de 12,6.

Cette prédominance masculine était aussi retrouvée dans d'autres études conduites au Sénégal et en Afrique de l'Ouest.

Ainsi, selon l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) du Sénégal, en 2017, les migrants de retour étaient des hommes à 97,7% chez les 9 -17 ans, 99,1% chez les 18-25 ans, 97,8% chez les 26-35 ans et 89,8% chez les 36-44 ans (62).

Le même constat est fait par l'Organisation Internationale de Migrations lors de leurs différents rapatriements assistés, effectués entre 2016 et 2019, qui reportent globalement 82,9% d'hommes parmi les migrants de retour de Lybie originaires d'Afrique de l'Ouest et une proportion globale d'hommes de 95% parmi tous les migrants dont le retour a été assisté par l'OIM (63).

L'âge des migrants de notre population d'étude était situé entre 24 et 60 ans, l'âge moyen était de 36,9 ans \pm 9,3. La tranche d'âge la plus représentée était celle des [20-39 ans] avec 68,3% (n= 28) contre 31,7% (n= 13) pour les [40 ans et plus].

Ces données rejoignent celles de l'ANSD de 2018 dans son rapport sur la situation des migrants au Sénégal qui indiquait que sur les 1030 migrants de retours, 51% appartenaient à la tranche d'âge des 18-25 ans, contre 32 % pour les 26-35 ans et 8% chez les 36-44 ans (64).

Cette jeunesse peut être expliquée par l'âge jeune de la population sénégalaise. En effet, l'ANSD estime en 2019 que la moitié des sénégalais n'avait pas 18 ans et que

l'âge moyen des sénégalais était de 19 ans. Cet âge moyen est plus élevé dans la région de Ziguinchor atteignant 24,4 ans (65).

La majorité des migrants interrogés étaient Diolas à 43,9 % (n = 18). Les mandingues représentaient 19,5% (n= 8) suivis par les peulhs 14,7%, (n=6) et les wolofs 12,2% (n= 5).

Cela s'explique par le fait que mis à part les ethnies peulhs et toucouleurs (Al pulhar) qui représentent 24% de la population totale du Sénégal, ces ethnies sont essentiellement présentes au sud du Sénégal, dans la région naturelle de la Casamance (66).

La majorité des migrants interrogés étaient célibataires sans enfants 46,3% % (n =19) suivis par les mariés avec enfants 24,4% (n=10) et les célibataires avec enfants à 17,1 % (n=7).

Ces proportions sont similaires celles de l'ANSD dans son rapport provisoire du recensement général de la population qui retrouve dans la région de Ziguinchor une proportion de 53,1 % de célibataires pour 40,8% de mariés et une proportion de veufs de 3% (67).

La majeure partie des migrants, soit 70,7% (n=29), avaient fréquenté l'école formelle.

Ceux ayant atteint le cycle moyen représentaient 26,8 % (n= 11) de notre population d'étude suivis par ceux ayant atteint le cycle secondaire (22% ; n= 9).

Cette tendance n'est pas exclusive à notre étude.

En effet, rapportés à la région de Ziguinchor, le taux d'alphabétisation formelle est de 66,9% en 2021 selon l'ANSD (68).

Une autre étude réalisée par le Programme des Nations unies pour le Développement (PNUD) sur 1920 migrants venants de 39 pays africains fait état de 24 % de migrants ayant terminé le cycle primaire, 43 % le cycle secondaire, 8 % ayant fait des études supérieures et 6% ayant suivi une formation professionnelle (65).

Les migrants interrogés (92,7 % ; n= 38) avaient une occupation professionnelle avant d'entamer leur périple. On avait aussi noté une relative dominance des artisans (39,0% ; n= 16) suivis par les agriculteurs/éleveurs/pêcheurs (24,4 % ; n= 10).

Le taux d'occupation dans notre population d'étude est bien supérieur à celui retrouvé dans la littérature. En effet, à Kolda, Kédougou et Tambacounda en 2015, seuls 50 % des migrants avaient une occupation professionnelle, avant leur périple. Ceux évoluant dans l'agriculture représentaient 25 % de la population d'étude, 7% dans l'élevage , 5 % dans l'hôtellerie et la restauration et 2% pour le commerce et pour le transport (69).

Cette particularité de notre population pourrait s'expliquer néanmoins par le faible taux de chômage de la région de Ziguinchor comparé aux autres régions citées ci-dessus.

En effet, l'enquête sur la situation économique et sociale (SES) des régions du Sénégal conduite en 2021 par l'ANSD rapporte un taux de chômage de 12,9 % à Ziguinchor (65) contre 46,4 % à Kolda (70), 27,5 % à Kédougou (71) et 22,3 % à Tambacounda (69) .

1.2. Aspects sur le périple

La motivation du départ à la migration la plus fréquemment citée par les migrants clandestins de retour à Ziguinchor était les difficultés financières chez 85,4 % (n= 35) d'entre eux.

Cette tendance se confirme car une étude sur le profil des migrants sénégalais dressé par l'OIM en 2019 révélait chez 95 % des migrants, la recherche d'une meilleure activité économique, d'une meilleure rémunération ainsi que l'espoir de trouver une meilleure situation ailleurs comme motivation principale du départ (72).

Ces chiffres sont les mêmes que ceux retrouvés lors de l'interrogation des migrants de retours assistés par l'OIM en 2018 où 95% disaient être partis à cause de difficultés financières (65).

On constate aussi qu'une fois en Europe, la grande majorité des migrants qui ont un revenu, soit 78%, envoient des fonds dans leur pays d'origine (73).

L'Italie et l'Espagne constituaient les destinations les plus prisées par les migrants clandestins de retour avec respectivement 58,5 % (n= 24) et 31,7 % (n= 13) d'eux avaient pour but de s'y rendre par les voies de périple les plus empruntées terrestre (70,7 % ; n= 29) et maritime (17,1% ; n= 7).

Ces données rejoignent au premier abord les statistiques de l'OIM de 2017 faisant état dans son rapatriement assisté (migrants sénégalais) de pays de départ situés sur la voie menant à l'Italie : Niger 46,8% et Libye 37,9% (Traversée vers l'Italie), pour seulement 6,4 % au Maroc et 0,3% au Pays Bas (69) .

Cependant, ces données sont différentes de celles figurant dans le portail mondial sur la migration qui constate que « Le nombre de migrants atteignant l'Europe via la Route centrale de la Méditerranée (RCM) et la Route de la Méditerranée de l'Ouest (RMO) a diminué entre 2017 et 2019. En outre, à partir de 2018, l'Espagne a observé un nombre croissant d'arrivées de voyageurs en provenance de l'Afrique de l'Ouest, au détriment de l'Italie » (74).

Cela s'explique par le fait que la majorité de nos migrants sont revenus via le rapatriement assisté de l'OIM en 2017 et qu'au moment de leur départ, les dangers de la traversée du Sahara liée aux différentes bandes armées n'avaient pas encore pris l'ampleur qu'on lui connaît actuellement (75).

La faible proportion de retour des États-Unis pourrait être liée au caractère récent de la découverte de cette voie, de sa distance et de son coût cher tournant autour de 5 millions de FCFA (76).

L'Italie et l'Espagne étaient les destinations les plus prisées et les voies terrestres et maritimes étaient les plus souvent empruntées.

Quatre-vingt-six pourcent (86% ; n= 35) des migrants de notre étude avaient rencontré des difficultés lors de leur périple.

Les difficultés les plus citées étaient celles liées à l'alimentation (74,3 % ; n= 24), au climat (71,4 % ; n= 25), aux extorsions (71,4 % ; n= 25) suivies par les violences provenant des autorités frontalières (62,9 % ; n= 22) et les difficultés liées à aux bandes armées (51,4 % ; n= 18) et maladies (40 % ; n= 14).

Ces chiffres rejoignent les estimations du PNUD qui avait rapporté une proportion de 93% de migrants rencontrant des dangers pouvant porter atteinte à leur vie. (77)

Ces chiffres quelque peu différents de ceux de **Sattler V.** en 2021 qui rapporte sur 3700 migrants subsahariens que les difficultés les plus souvent rencontrées étaient d'abord d'ordre financiers (47 %), puis liés à la faim ou la soif (41 %) et à l'absence d'abri (38 %) et 6% des personnes déclaraient avoir été victimes d'attaques, 2 % retenues contre leur gré au cours du périple (78).

Ces différences bien que significatives peuvent s'expliquer par le fait que son étude a porté sur des populations de migrants réfugiés de zones de guerres et de pays en situation de crise économique, ne pouvant pas préparer leur périple comme les migrants sénégalais.

1.3. Aspects sur l'ESPT

Au terme de notre évaluation des migrants clandestins de retour à Ziguinchor par le PCL-5, 31,7 % (n= 13) des migrants avaient présenté un ESPT avéré.

Ce chiffre est conforme à celles obtenues par **James PB et Al.** effectuées sur 4639 migrants en 2022 qui rapporta 31,46 % d'ESPT et 48,25% de ces migrants étaient originaires d'Afrique (28).

La différence notée peut-être expliquée par le fait que certains de ces africains provenaient de pays en conflits et la même étude met en évidence le fait que la présence de facteurs traumatisants avant l'entame du périple influe sur la survenue de l'ESPT (28).

Une autre étude réalisée par **LHU et Al.** en 2018 avait quant à elle rapporté 47 % d'ESPT avec une forte proportion de migrants réfugiés (26).

2. Étude analytique

On a remarqué que 33,3 % (n= 1) des migrantes de retour dans notre étude étaient atteintes d'ESPT.

Ces chiffres diffèrent de celles obtenues par **Alemi and Al.** qui ont rapporté une prévalence de 62,62% d'ESPT chez les femmes migrantes afghanes (79). Ce pourcentage élevé s'explique en partie par une forte association de violences sexuelles chez ces femmes afghanes (28).

Bien que nos résultats soient moins élevés, la proportion de femmes atteintes d'ESPT reste supérieure à la proportion d'homme ce qui reste similaire à ce que rapporte la littérature (28).

On remarque que les migrants qui avaient emprunté la voie terrestre avaient 20,5 fois plus de risques de développer un ESPT et que ceux ayant pour destination l'Italie avaient 6,34 fois plus de risques d'en être atteint.

Cette situation pourrait être liée aux difficultés rencontrées sur la route migratoire transsaharienne.

En effet, parmi les types de difficultés qui ont été rencontrées celles qui sont les plus associées à la présence de l'ESPT sont l'alimentation (4,77 fois plus de risques) et l'extorsion (5,5 fois plus de risque). Cette dernière est souvent pratiquée par des autorités frontalières ou par des bandes armées.

Concernant celles-ci, une étude réalisée dans les centres de détentions de migrants en Lybie révélait entre 40 et 95 % de difficultés liés aux besoins vitaux et dénonçait une survenue d'événements traumatisants journaliers supérieure à celles retrouvée dans les centres de détentions en Europe (80).

Une étude sur les déterminants de l'ESPT menée chez des réfugiés a montré que la violation des droits de l'homme est fortement associée à sa survenue (81).

On remarque que 83,3 % (n= 5) des migrants revenus depuis moins de 2 ans sont atteints d'ESPT contre 33,3% (n= 2) chez ceux revenus entre 3 à 4 ans et 20,7 % (n= 6) chez ceux revenus depuis 5 ans ou plus. Les migrants revenus depuis moins de 2 ans ont 16,9 fois plus de risques d'être atteints d'ESPT au moment de l'administration du questionnaire.

Ces résultats nous ramènent à l'histoire naturelle de l'ESPT qui peut évoluer vers la rémission au fil du temps. Ainsi, une étude longitudinale sur l'histoire naturelle de l'ESPT faite par **Perkonig et Al.** révèle une rémission totale chez 58 % des individus n'ayant pas été réexposés à un événement traumatisant durant les 4 années suivant la dernière exposition (82).

Cela explique la disparité entre les proportions en fonction de la période écoulée depuis le retour.

On remarque que 61,5% (n=8) des migrants ayant eu une mauvaise réinsertion sociale sont atteints d'ESPT, Les migrants qui ont développé un ESPT avaient 5,2 fois plus de risques d'avoir une mauvaise réinsertion sociale que ceux qui n'avaient pas d'ESPT.

Cela s'explique par le fait que l'ESPT peut s'accompagner par une isolation sociale dont les éléments sont retrouvés dans les critères D, E et F du DSM 5 (12).

On note que 69,2 % (n= 9) des migrants clandestins de retour atteints par l'ESPT avaient envie de retenter le périple sans association significative entre la survenue d'ESPT dans notre population d'étude et le désir de retourner.

Cela est légèrement inférieur aux valeurs retrouvées, notamment par le PNUD qui rapporte que 93 % des migrants ont vécu des dangers durant le périple et le reprendraient quand même si l'occasion se représentait montrant ainsi qu'il n'existe pas d'association entre le désir de retourner et les dangers rencontrés lors du périple. (77).

Le périple et le retour avaient été marqués pour 56.1% (n= 23) des migrants par la survenue de diverses pathologies dominées par l'altération de l'état général (19,5 % ; n= 8) et la survenue d'un syndrome dépressif après le retour (12.2 % ; n= 5).

Ce syndrome dépressif est caractéristique d'une entité psychiatrique : le trouble dépressif qui est décrit dans le DSM-5 (F34) (12) et qui est souvent décrit chez les migrants. James PB et Al. rapportent ainsi une prévalence de 33,20% de ce trouble (28).

Parmi ces migrants, seuls trois ont bénéficié d'une prise en charge psychologique assurée par un psychologue (66,6%) et un psychiatre (33,3%) à la demande des autorités frontalières de son pays de destination et des ONG locales

Il faut noter que l'initiative de prise en charge sanitaire des migrants de retour au Sénégal par le gouvernement n'a été implémentée qu'en janvier 2023 avec l'appui de l'OIM (57) et notre cohorte était pour la plupart revenue avant cette date.



Conclusions et
Recommandations

Conclusions

En ce premier quart du 21^e siècle, la santé mentale est devenue une préoccupation majeure de santé publique. Des efforts sont réalisés partout à travers le monde afin de mieux connaître et appréhender les troubles liés à l'esprit humain pour pouvoir mieux les prendre en charge. En Afrique, la situation demeure quelque peu préoccupante car peu de pays disposent de données sur ce sujet et la région a un faible nombre de professionnels de la santé mentale.

Parmi les troubles mentaux, l'état de stress post-traumatique (ESPT) est particulièrement étudié depuis 1861. Cette pathologie résulte d'événements traumatisants, tels que des catastrophes naturelles ou des conflits, et peut provoquer une détresse psychologique significative, affectant les interactions sociales et la stabilité mentale des individus atteints.

La migration clandestine est un phénomène qui, à cause des difficultés pouvant être rencontrées sur les voies migratoires, expose très souvent ses candidats à des événements traumatisants. Au Sénégal, nos recherches n'ont pas retrouvé d'étude réalisée sur la santé mentale des migrants de retour en général et sur l'ESPT en particulier. Ainsi, nous nous sommes proposés d'évaluer le traumatisme psychologique chez cette frange de la population sénégalaise qui sont de retour à Ziguinchor.

Les objectifs spécifiques de notre travail étaient de :

- Déterminer le profil sociodémographique du migrant de retour,
- Déterminer la prévalence de l'état de stress post-traumatique chez ces migrants de retour
- Et d'identifier les facteurs associés à la survenue de l'ESPT chez les migrants de retour.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons réalisé une étude transversale, descriptive et analytique, portant sur les migrants clandestins sénégalais de retour au Sénégal, répertoriés sur une période de 7 mois, allant du 1^{er} janvier 2024 au 31 Juillet 2024 et résidants dans la région de Ziguinchor au moment de l'enquête. Les données recueillies sur la base d'une fiche d'enquête ont été saisies sur tableur Excel pour une analyse statistique avec le logiciel Stata 18.

Sur un total 89 migrants de retour répertoriés, 41 migrants ont été enquêtés soit 46%.

La population d'étude était composée d'une majorité d'hommes (92,7 % ; n= 38), la moyenne d'âge des migrants était de 36,9 ans \pm 9,3. La majorité des migrants interrogés étaient Diolas à 43,9 % (n = 18) suivis par les mandingues à 19,5% (n= 8). Plus de quarante pourcents des migrants étaient célibataires sans enfants, soit 46,3% (n =19) suivis par les mariés avec enfants pour 24,4% (n=10). La majeure partie des migrants, 70,7% (n= 29) avaient fréquenté l'école formelle et 92,7 % (n= 38) avaient une activité professionnelle avant le départ, dominés par les artisans avec 39,0% (n= 16). La motivation du départ la plus fréquemment citée par les migrants était les difficultés financières chez 85,4 % (n= 35). L'Italie et l'Espagne étaient les destinations les plus prisées par les migrants avec respectivement 58,5% (n= 24) et 31,7 % (n= 13). Les voies de voyage privilégiées étaient la voie terrestre pour 70,7 % (n= 29) et la voie maritime, 17,1% (n= 7).

Soixante-dix-huit pourcent (78 % ; n=32) des migrants n'avaient pas atteint leur destination initiale. Le lieu d'arrivée le plus cité était la Lybie avec 56,3% (n= 18), suivi par l'Algérie avec 25 % (n= 8). Trente-cinq migrants 85,4% (n= 35) avaient rencontré des difficultés lors de leur périple. Les difficultés les plus citées étaient celles liées à l'alimentation 74,3% (n= 26), le climat et l'extorsion 71,4% (n= 25) chacune. Concernant le mode de retour, 63,4 % (n= 26) des migrants étaient rentrés contre leur volonté et 70,7% (n= 29) des migrants avec lesquels nous nous sommes

entretenus sont revenus depuis plus de 5 ans. Seuls 7,3 % (n=3) des migrants présentaient des antécédents médicaux avant le périple. Aucun des migrants ne présentait d'antécédent psychiatrique personnel ou familial.

Plus de trente pourcent, des migrants avaient eu un diagnostic avéré d'ESPT, soit 31,7% (n= 13) et seuls 7,3% (n= 3) des migrants avaient bénéficié d'une prise en charge psychologique. La prévalence d'ESPT chez les femmes était de 33,3 % (n= 1) contre 31,6% (n= 12) chez les hommes ayant entrepris le périple. Les personnes qui avaient fréquenté l'école formelle avaient 5,26 fois moins de risques de développer un ESPT que les personnes qui ne l'avaient pas fréquenté. Les migrants qui avaient emprunté la voie terrestre avaient 20,5 fois plus de risques de développer un ESPT que les migrants ayant emprunté une voie différente et ceux qui avaient pour destination l'Italie avaient 6,34 fois plus de risques de le développer. Les migrants qui avaient rencontré des difficultés liées à l'alimentation et à l'extorsion avaient respectivement 4,77 fois plus et 5,5 fois plus de risques de développer un ESPT. Les migrants revenus depuis moins de deux ans avaient 16,9 fois plus de risques de présenter un ESPT que les migrants revenus depuis plus longtemps. Les migrants qui avaient développé un ESPT avaient 5,2 fois plus de risques d'avoir une mauvaise réinsertion sociale que ceux qui n'avaient pas d'ESPT. Il n'y avait cependant pas d'association entre la présence d'un ESPT et une mauvaise insertion professionnelle, ni entre la survenue d'ESPT dans notre population d'étude et le désir de retenter la migration.

A l'issu de ce travail nous constatons que le migrant de retour est en règle générale de genre masculin, jeune, célibataire sans enfants, alphabétisé, avec des personnes à sa charge, une occupation professionnelle et voyageant pour des raisons financières.

La prévalence de l'ESPT chez les migrants de retour est de 31,7 %. La survenue de l'ESPT était favorisée par l'emprunt de la voie terrestre, par la survenue de difficultés

liées à l'alimentation et aux extorsions. L'alphabétisation constituait un facteur protecteur. L'ESPT impactait sur la réinsertion sociale mais n'avait pas d'incidence sur l'insertion professionnelle et sur le désir de retourner.

Recommandations

Au terme de notre étude, nous avons formulé les recommandations suivantes :

✓ Aux migrants :

- Sensibiliser davantage les migrants de retour sur les risques de traumatisme psychologique liés à la migration clandestine et sur la nécessité d'une prise en charge psychologique.

✓ Aux familles des migrants :

- Sensibiliser davantage les familles sur la nécessité d'apporter une assistance socioéconomique, émotionnelle et psychologique aux migrants de retour.
- Sensibiliser davantage les familles sur la nécessité d'orienter les migrants de retour vers les structures spécialisées sur la prise en charge psychologique.

✓ Au niveau communautaire :

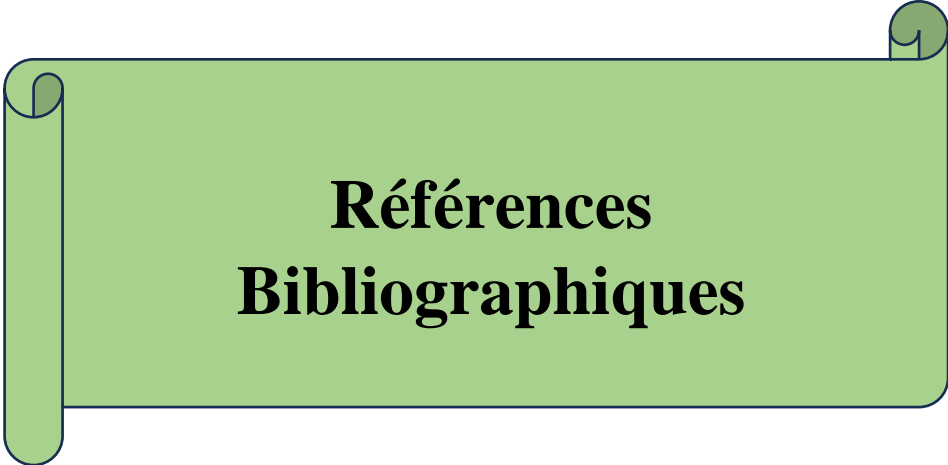
- Renforcer la sensibilisation auprès des populations sur les risques liés à la migration clandestine.
- Sensibiliser davantage la population sur la santé mentale et la nécessité d'orienter les migrants de retour vers les structures spécialisées sur la prise en charge psychologique.

- Former les agents de santé communautaire à la détection et à l'orientation des migrants présentant des pathologies mentales.

✓ A l'administration étatique :

- Renforcer les moyens de la douane nationale ainsi que de la marine nationale afin de réduire l'émigration irrégulière.
- Rendre possible une prise en charge psychologique des migrants clandestins dès leur retour au Sénégal.
- Travailler avec les autorités des pays se trouvant sur les routes migratoires afin de mettre en place des stratégies pour un meilleur traitement des migrants clandestins
- Recruter davantage de professionnels de la santé mentale et renforcer leur formation sur les méthodes de prise en charge des pathologies mentales.
- Renforcer la collaboration avec les ONG œuvrant pour le rapatriement ainsi que le soutien économique, social et sanitaire des migrants clandestins de retour.
- Organiser des campagnes de sensibilisations à Ziguinchor sur les risques liés à la migration clandestine en ciblant d'avantage sur la jeunesse.
- Renforcer le taux d'alphabétisation, réduire le taux de chômage et la précarité dans la région de Ziguinchor.

- Accompagner les migrants de retour dans leurs prises en charge sanitaire et psychologique.



**Références
Bibliographiques**

1. OMS, 2022, “Troubles mentaux”, [Internet]. [cité 15 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
2. OMS | Bureau régional pour l’Afrique [Internet]. 2023 [cité 15 mars 2023]. Journée mondiale de la santé mentale 2021. Disponible sur: <https://www.afro.who.int/fr/regional-director/speeches-messages/journee-mondiale-de-la-sante-mentale-2021>
3. Thurin JM, 2013, “Etat de stress post-traumatique Historique, cliniques, épidémiologie, comorbidités et facteurs de risque.”, [Internet]. 2023 [cité 15 mars 2023]. cours de DU. Disponible sur: [https://www.psychanalyse.com/pdf/ESPT%20HISTORIQUE%20CLINIQUE%20ET%20CLASSIFICATIONS%20EPIDEMIOLOGIE%20COMORBIDITES%20FACTEURS%20DE%20RISQUE%20-%20DIAPORAMA%202013%20\(19%20pages%20-%2020778%20ko\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/ESPT%20HISTORIQUE%20CLINIQUE%20ET%20CLASSIFICATIONS%20EPIDEMIOLOGIE%20COMORBIDITES%20FACTEURS%20DE%20RISQUE%20-%20DIAPORAMA%202013%20(19%20pages%20-%2020778%20ko).pdf)
4. OIM | ONU Info, 2023, “Sénégal : au moins 140 migrants morts lors du naufrage le plus meurtrier de l’année” [Internet]. 2020 [cité 15 mars 2023]. Disponible sur: <https://news.un.org/fr/story/2020/10/1080972>
5. InfoMigrants, 2024, “Sénégal : plusieurs cadavres en état de décomposition avancé retrouvés dans une pirogue au large de Dakar.” [Internet] [cité 26 sept 2024], Disponible sur: <https://www.infomigrants.net/fr/post/60074/senegal--plusieurs-cadavres-en-etat-de-decomposition-avance-retrouves-dans-une-pirogue-au-large-de-dakar>
6. Josse É, Crocq L, De Soir E. Le traumatisme psychique chez l’adulte. 2e éd., révisée et augmentée. Louvain-la-Neuve: De Boeck supérieur; 2019. (Ouvertures psychologiques).
7. Educa Santé, “Définition et classification des traumatismes” [Internet]. [cité 6 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.educasante.org/connaissances/epidemiologie/definition-et-classification-des-traumatismes/>.
8. Terr LC et al, 2003, “Childhood Traumas: An Outline and Overview.” *FOC*. juill 2003; Chap 34.
9. Solomon EP et al, 1999, “type III trauma: Toward a more effective conceptualization of psychological trauma.” *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1999;43(2):202-10.
10. OIM, 2019, “Introduction-Section-2-Migration-and-Risks-FR”, *Migration et Risques*, [Internet]. [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: <https://publications.iom.int/system/files/pdf/Introduction-Section-2-Migration-and-Risks-FR.pdf>
11. Chidiac N, Crocq L. Le psychotrauma II. La réaction immédiate et la période post-immédiate. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*. sept 2010;168(8):639.

12. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
13. Rees O. ,2020, “We need to talk about Epizelus: ‘PTSD’ and the ancient world.” *Medical Humanities*, Page 46-54.
14. Altschuler E. ,2023, “Posttraumatic stress disorder in history, literature, and art. In: Altschuler E”, *Animal Assisted Therapy Use Application by Condition, Academic Press*, Chapter 4 p. 33-41. [Internet]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323988155000021>
15. Pignol P. , 2014, “Les premiers modèles du traumatisme (1862-1884)", *L'information psychiatrique*, ; 90(6):415-25.
16. Cestadireweb, “Historique du trauma psychique” [Internet]. . [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: <https://cestadireweb.org/historique-du-trauma-psychique/>
17. TPS, 2018, “Historique de la Psychotraumatologie” *Traitement du Psycho-Trauma par la Thérapie Psycho Sensorielle*, [Internet]. 2018 [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: <https://tps-trauma.org/index.php/historique-de-la-psychotraumatologie/>
18. VA.gov | “Veterans Affairs”, *VA.gov* [Internet]. [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common_adults.asp
19. PMC, “Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Survey - [Internet]. [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6034513/>
20. OMS, "Post-traumatic stress disorder" [Internet]. [cité 31 août 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>
21. CHRISTIANSEN DM et al, 2015, “Accounting for sex differences in PTSD: A multi-variable mediation model.” *Eur J Psychotraumatol*. 2015;6:26068.
22. KOUNDOUL A et al, 2021, “Profil des patients suivis en psychiatrie en milieu semi-urbain: expérience du Centre Psychiatrique de Ziguinchor au sud du Sénégal: Pattern of patients with mental disease at the Ziguinchor Psychiatric Center in southern Senegal.”, *HEALTH SCIENCES AND DISEASE* [Internet]. [cité 31 août 2024];22(8). Disponible sur: <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/2814>
23. DIALLO A. , 2021, “Covid-19 et impact psychologique : évaluation de l'état de stress post traumatique chez les victimes directes de la Covid-19 après leur passage au CTE du CHNU de FANN” [Internet], [cité 31 août 2024]. Disponible sur: <http://196.1.97.20/viewer.php?c=mmoires&d=memm%5f2022%5f0240>
24. DIEGANE TJA et al,2019, "Étude des facteurs de risque des états de stress post-traumatique (ESPT) chez les casques bleus sénégalais en mission de maintien de la paix au Darfour (Soudan)", *International Journal of Innovation and Applied Studies*, Volume 26,

[Internet], [cité 31 août 2024]. Disponible sur: <https://ijias.issr-journals.org/abstract.php?article=IJIAS-18-348-02>

25. EISET AH et al, 2022, “The association between long-distance migration and PTSD prevalence in Syrian refugees.”, *BMC Psychiatry*. 27 mai 2022;22(1):363.
26. LHU B, 2018, “Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review.” *Braz J Psychiatry*. 2018;40(2):220-5.
27. LHU B, 2018, “Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review.” *Braz J Psychiatry*. 2018;40(2):220-5 .
28. JAMES PB et al, 2022, “The prevalence of anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder among African migrants: A systematic review and meta-analysis.” *Psychiatry Research*. 1 nov 2022;317:114899.
28. GOULD F, 2021 “Prior trauma-related experiences predict the development of posttraumatic stress disorder after a new traumatic event.” *Depress-Anxiety*. janv 2021;38(1):40-7.
29. PSYCOM, 2014, “Trouble Dépressifs.” [Internet]. [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: https://chu-mondor.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/163/files/2014/08/PSYCOM_TroublePsy_TroubleDépressifs_WEB.pdf
30. SHALEY AY, 1996, “Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study.” *Am J Psychiatry*, févr 1996;153(2):219-25.
32. Physiologie des stress (1ère partie) Boucelha-Djebbar | PPT [Internet]. [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: <https://fr.slideshare.net/LilyaBoucelha/physiologie-des-stress-1re-partie-boucelhadjebbar>
31. CANINI F., 2019, "Éléments de physiologie et de physiopathologie du stress.", *Revue de neuropsychologie*. 2019;11(4):251-8.
32. VUILLAUME M., 2020, “Physiopathologie et traitements de l'état de stress post-traumatique: prise en charge des victimes en Moselle.” Thèse de Pharmacie, Université de Lorraine.
33. CAO-LEI L et al, 2022, “A narrative review of the epigenetics of post-traumatic stress disorder and post-traumatic stress disorder treatment.” *Front Psychiatry*. 2022;13:857087.
34. LAZARUS RS, 1993, “Coping theory and research: past, present, and future.” *Psychosom Med*. 1993;55(3):234-47.
35. LANDA H, 2009, “Le trauma et l'émotion : apports de la théorie janetienne et perspectives nouvelles.” *L'Évolution Psychiatrique*; oct 2009;74(4):497-510.

36. LEBIGOT F., 2021, "Traiter les traumatismes psychiques" *Psychothérapies*; vol. 3e éd. Paris: Dunod; 2021, Chapitre 7: Etiopathogénie [Internet]. [cité 18 avr 2024]. p. 79-87. Disponible sur: <https://www.cairn.info/traiter-les-traumatismes-psychiques--9782100814954-p-79.htm>
37. LAURIN A., 2019, "État de stress post-traumatique chez les sapeurs-pompiers vendéens sept ans après le passage de la tempête Xynthia de 2010" Thèse de Doctorat de Médecine, université de Nantes, bibliogr. 167 ref.
38. LEBIGOT F., 2009, "LE TRAUMATISME PSYCHIQUE". Fabert, ;
41. Schéma métaphorique de l'effraction traumatique -Lebigot F. (2004) | Download Scientific Diagram [Internet]. [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/figure/Schema-metaphorique-de-leffraction-traumatique-Lebigot-F-2004_fig1_347492239
39. Cairn.info, 2018, "Prise en charge des troubles post-traumatiques", *Rhizome*, [Internet]. [cité 30 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2018-3-page-10.htm>
40. VAN DER HART et al, 2000, "When the Victim Forgets." *International Handbook of Human Response to Trauma*, p. 233-48 [Internet] [cité 18 avr 2024]. . Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-1-4615-4177-6_17
42. Cairn.info, "Les thérapies narratives" [Internet]. [cité 30 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-therapies-narratives--9782804166007-page-57.htm>
43. GAUDRON E et al, 2022, "État de stress post-traumatique", *AS/AP*. ; Page 167
44. Sénat Junior, 2015, "L'immigration clandestine" [Internet], [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: <http://junior.senat.fr/les-dossiers/limmigration-clandestine.html>
45. Wikipédia, "Immigration illégale." [Internet]. 2024 [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Immigration_ill%C3%A9gale&oldid=214307185
46. BA CO et al, 2008, "L'émigration clandestine sénégalaise ", *revue Asylon(s)*, N°3 mars 2008, [En ligne], consultée le 12/03/2024, URL: <http://www.reseau-terra.eu/article717.html>
47. OIM, 2019, "La dernière étude de l'OIM sur les tendances migratoires au Sénégal explique le pic des arrivées en Espagne" | [Internet]. [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.iom.int/fr/news/la-derniere-etude-de-loim-sur-les-tendances-migratoires-au-senegal-explique-le-pic-des-arrivees-en-espagne>
48. BA CO, 2007, "Barça ou Barzakh : la migration clandestine sénégalaise vers l'Espagne entre le sahara occidental et l'océan Atlantique." [Internet]. [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: https://afrique-europe-interact.net/files/la_migration_clandestine_s_n_galaise.pdf
49. *revuegeographieouaga*, 2023, "LA MIGRATION IRRÉGULIÈRE ET DE TRANSIT AU MALI : DE L'ESPOIR AU DÉSESPOIR" – *REVUE DE GEOGRAPHIE DE L'UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU* [Internet]. [cité 20 oct 2024]. Disponible sur:

<https://revuegeographieouaga.com/2023/06/21/mechanism-of-bacterial-infection-in-legionnaires-disease-2-2-2-25-8-3/>

50. Africanews, 2024, “Du Sénégal au Nicaragua, la nouvelle voie d’immigration vers les USA” [Internet]. [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: <https://fr.africanews.com/2024/01/09/du-senegal-au-nicaragua-la-nouvelle-voie-dimmigration-vers-les-usa/>
51. Black J. 2021, “no one talks about whats it'sreally like " *Migration en Afrique de l'Ouest et du Nord et à traversla Méditerranée: tendances migratoires, risques, développement et gouvernance.* ",chapitre 2, OIM.Tendances migratoires, risques, développement et gouvernance .
52. Caminando Fronteras, 2024, “Surveillance du droit à la vie” - No 1 2024 -cinq premiers mois 2024 - [Internet]. [cité 1 sept 2024]. Disponible sur: <https://caminandofronteras.org/fr/monitoreo/surveillance-du-droit-a-la-vie-cinq-premiers-mois-2024/>
53. OIM, 2019, “Nouvelles dynamiques migratoires au Sénégal : situation sur la reprise de la route ouest-africaine” [Internet]. [cité 1 sept 2024]. Disponible sur: https://dtm.iom.int/sites/g/files/tmzbd11461/files/reports/Research%20Brief%20SEN_Migrations%20Piroguieres_Final%206%20janvier.pdf
54. OIM, 2022, “Etat des lieux des départs : Sénégal, mouvement vers les îles canaries” [Internet]. [cité 1 sept 2024]. Disponible sur: https://dtm.iom.int/sites/g/files/tmzbd11461/files/reports/FR%20-%20Suivi%20des%20flux%20migratoires%20Cotes%20du%20Senegal_Mai-Juin%202022%20FINALpptx.pdf
55. OIM-rodakar, 2024, “L’OIM et l’ANACMU collaborent en vue de l’amélioration des soins de santé des migrants de retour au Sénégal” [Internet]. [cité 26 avr 2024]. Disponible sur: <https://rodakar.iom.int/fr/news/loim-et-lanacmu-collaborent-en-vue-de-lamelioration-des-soins-de-sante-des-migrants-de-retour-au-senegal>
56. OIM-Rodakar, 2024, “Soutien psychosocial en faveur des migrants de retour : l’OIM Sénégal forme les acteurs de protection à l’utilisation de l’outil « K-par-cas 2 »” [Internet]. [cité 30 juin 2024]. Disponible sur: <https://rodakar.iom.int/fr/news/soutien-psychosocial-en-faveur-des-migrants-de-retour-loim-senegal-forme-les-acteurs-de-protection-lutilisation-de-loutil-k-par-cas-2>
57. OIM-Rodakar, 2024, “Sénégal : le Comité de pilotage du Programme de protection, de retour et de réintégration des migrants en Afrique subsaharienne tient sa première réunion” [Internet]. [cité 15 août 2024]. Disponible sur: <https://rodakar.iom.int/fr/news/senegal-le-comite-de-pilotage-du-programme-de-protection-de-retour-et-de-reintegration-des-migrants-en-afrique-subsaharienne-tient-sa-premiere-reunion>

58. ANSD, 2023, “Enquête Démographique et de santé Continue” [Internet]. [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ansd.sn/sites/default/files/2023-12/Final%20Senegal%20DHS%20-%20KIR%202023.pdf>
59. ANSD, 2017, " Situation Economique et sociale de Ziguinchor”;
60. ANSD, 2019, “Statistiques de la migration et de la mobilité internationale au Sénégal”, *Bulletin semestriel* NO 1, [Internet]. [cité 26 avr 2024]. Disponible sur: https://www.ansd.sn/sites/default/files/2022-12/BULLETIN%201_08102019vf1.pdf
61. OIM, 2023, “Flow From Western African Route” [Internet]. [cité 25 avr 2024]. Disponible sur: <https://dtm.iom.int/sites/g/files/tmzbd11461/files/reports/FR%20-%20IOM%20-%20Flow%20From%20Western%20African%20Route%20-%20June%202023.pdf>
62. ANSD-OIM, 2018, “Profil Migratoire du Senegal en 2018” [Internet]. [cité 25 avr 2024]. Disponible sur: https://www.ansd.sn/sites/default/files/2022-11/ANSD-OIM%20-%20Profil%20Migratoire%20du%20Senegal%202018_2.pdf
63. ANSD, 2022, “Situation Economique et Sociale du Sénégal en 2019”, [Internet]. [cité 25 avr 2024]. Disponible sur: https://www.ansd.sn/sites/default/files/2022-04/1-SES-2019_Etat-structure-population.pdf
64. Zakweli.com, 2020, “La population du Sénégal en 2020” [En ligne] [Internet]. Disponible sur: <http://www.zakweli.com/population-senegal> consulté le 21/06/2024
65. ANSD, 2025, “Rapport Général du Recensement Global de la Population Sénégalaise” 5e version, [Internet]. 2024 [cité 13 oct 2024]. Données de population. Disponible sur: <https://www.ansd.sn/Indicateur/donnees-de-population>
66. ANSD, 2019, “Situation Economique et Sociale du Sénégal”, *SES Régionale de Ziguinchor* [Internet]. [cité 26 sept 2024]. . Disponible sur: <https://www.ansd.sn/ses-regionales>
67. OIM, 2018, “Entre routes migratoires, retours assistés et initiatives de réinsertion dans les régions du Sud-Est, du Nord et du Centre du Sénégal.”, *Migrations en Afrique de l'Ouest et du Nord et à travers la méditerranée : tendances migratoires, risques, développement et gouvernance*, chapitre 18, [Internet]. [cité 26 sept 2024]. . Disponible sur: <https://publications.iom.int/system/files/pdf/Ch28-Returning-migrants-from-disillusion-to-integration-FR.pdf>
68. ANSD, 2021, “Situation Economique et Sociale du Sénégal”, *SES Régionale de Kolda* [Internet]. [cité 26 sept 2024]. . Disponible sur: <https://www.ansd.sn/ses-regionales>
69. ANSD, 2021, “Situation Economique et Sociale du Sénégal”, *SES Régionale de Kedougou* [Internet]. [cité 26 sept 2024]. . Disponible sur: <https://www.ansd.sn/ses-regionales>

70. OIM, 2028, “Migration au Sénégal, profil national en 2018”, Chapitre A.5, Page 51, [Internet]. [cité 22 avr 2024]. Disponible sur: https://publications.iom.int/system/files/pdf/mp_senegal_2018_fr.pdf
71. PNUD, 2019, “Migrations africaines vers l’Europe : les données du rapport du PNUD” [Internet]. 2019 [cité 22 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/271919-migrations-africaines-vers-leurope-les-donnees-du-rapport-du-pnud>
72. Migration data portal, 2023, “Migration data in Western Africa " [Internet]. [cité 4 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.migrationdataportal.org/regional-data-overview/western-africa>
73. Portail sur les données migratoires, 2023, “Données migratoires en Afrique de l’Ouest”, [Internet]. [cité 25 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.migrationdataportal.org/fr/regional-data-overview/western-africa>
74. Le monde, 2024, “Le Nicaragua, florissante plaque tournante des migrants à destination des Etats-Unis.” . publiée le 2 février 2024, [cité 26 avr 2024]; [Internet] Disponible sur: https://www.lemonde.fr/international/article/2024/02/02/le-nicaragua-florissante-plaque-tournante-des-migrants-a-destination-des-etats-unis_6214430_3210.html
75. OIM, 2020, “Migration in West and North Africa and across the Mediterranean - COVID-19 and migration in West and North Africa and across the Mediterranean.” publiée le 16 sept 2020, [cité 25 avr 2024], [Internet] Disponible sur: <https://publications.iom.int/books/migration-west-and-north-africa-and-across-mediterranean-covid-19-and-migration-west-and-north>
76. Sattler V. 2021, “See migration like water” *Analyse des données de suivi de l’enquête de suivi des flux migratoires de l’OIM, en Afrique de l’Ouest et du Centre - OIM*”. [cité 25 avr 2024], [Internet] Disponible sur: <https://publications.iom.int/system/files/pdf/See-migration-like-water-FR.pdf>
77. ALEMI Q et al., 2018, “Impact of Postmigration Living Difficulties on the Mental Health of Afghan Migrants Residing in Istanbul.” *International Journal of Population Research*, 28 sept 2016;2016:1-8.
78. DERLUYN I, et al, 2023, “The impact of trauma and daily hardships on the mental health of unaccompanied refugee minors detained in Libya”. *BJPsych Open*, 5 janv 2023;9(1):e8.
79. KNIPSCHER JW et al, 2015, “Trauma exposure and refugee status as predictors of mental health outcomes in treatment-seeking refugees.” *BJPsych Bull* août 2015 ;39(4):178-82.
80. Perkonnig A et al., 2005, “Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults.” *The American journal of psychiatry* Juillet 2005, [Internet]. [cité 26 avr 2024];162(7). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15994715/>



Annexe

1- Questionnaire

I- Profil socio-démographique

1-Sexe: [] 1. Masculin 2. Féminin

2-Où habitez-vous? :.....

3-Êtes-vous allés à l'école ? [] 1. Oui 2. Non

4-a-Si oui, jusqu'à quel niveau ? : [] 1. Primaire 2. Collège 3.Lycée 4.Université

5. Quelle est votre ethnie : Balante [], Diola [], Mandingue[], Peulh[], Serere[], Toucouleur[] Autres:

6. Quelle est votre situation matrimoniale : Célibataire sans enfant [], Célibataire avec enfant(s) [], Marié sans enfant [], Marié avec enfant(s) [], Divorcé[], Veuf/Veuve[]

7- Aviez-vous une profession avant le périple ? [] 1. Oui 2. Non

7- a-Si oui, Élève/Étudiant b. Pêcheur c. agriculteur d. commerçant e. autres à préciser.....

8-Avez-vous des personnes que vous preniez en charge 1.oui 2. Non[]

8-a-Si oui, combien : [] []

8.b-De qui s'agissait-t'il []

a.Descendants b.Personne bénéficiant d'un soutien c. Parents à charge d.Conjoints

e. Personne vivant dans le foyer

II- Données sur le périple

9- Qu'est-ce qui vous a le plus motivé à effectuer le périple ? 1. Pression familiale 2. Chômage 3. Difficultés financières 4. Réussite d'un autre migrant 5. Autre raison à préciser

Préciser autre

10- Comment avez-vous obtenu des informations sur le voyage ? 1. Famille 2. Ami 3. Rabatteurs 4. Autre à préciser

Préciser autre

11- Quel était votre pays de destination ? 1. France 2. Espagne 3. Italie 4. Etats-Unis 5. Autre à préciser

Préciser autre

12- Y'avait t'il une personne devant vous accueillir une fois arrivés ? 1. Oui 2. Non

13- Quelle était la voie du périple ? 1. Routière 2. Maritime 3. Aérienne 4

14- Quelle a été la durée du périple ? :.....

15- Avez-vous rencontré des difficultés avant le périple? 1. Levées de fonds difficiles 2. Refus de la famille 3. Difficulté à trouver un passeur 4. Autre à préciser

Préciser autre

16- Avez vous rencontré des difficultés durant le voyage? [] 1.Oui 2. Non

Si oui,

16-a-(Pour ceux qui ont pris la pirogue) [] 1.Problème lié au climat 2. Alimentation 3. Propreté 4. Orientation en mer 5. Carburant 6. Maladie 7. Évènements mystiques 8. autorités côtières 9. Autre à préciser

Préciser autre

16-b-(Pour ceux qui ont pris la route) [] 1. Problème lié au climat 2. Alimentation 3. Propreté 4. Maladie 5. Bandes armées 6. Autre à préciser

Préciser autre

16-b-1-Si problème avec les bandes armées,

16-b-1-a-Préciser le pays :.....

16-b-1-b-nature du problème :
.....

17-Êtes vous arrivés à la destination initialement prévue: [] 1.Oui 2. Non

17-a-si non, quel fut votre lieu d'arrivée
:.....

17-b-Quelle est la raison de votre séjour là-bas ?
:.....

17-Combien de temps êtes-vous resté dans le pays ?
.....

18-Êtes vous rentrés volontairement ? [] 1.Oui 2. Non

19-Quelle a été la cause de votre retour ? :
.....

20-Comment êtes vous revenus : [] 1. Route 2.Avion 3.Voie maritime

21-Avez-vous rencontré des difficultés lors du retour? [] 1.Oui 2. Non

21.a Si oui, lesquels [] 1. Maladies 2.Séances physiques 3.Difficultés liés au climat 4. Alimentation 5. Propreté 6.Carburant 7. Autres à préciser

Préciser autre

22-Quelle était le sentiment global de votre famille à votre retour ? [] 1. Soulagement 2. Regret de vous voir revenir sans réussite financière 3.Fierté 4. Autre à préciser

Préciser autre

III- Données cliniques

23-Antécédents : Avez-vous des antécédents de pathologie somatique avant le voyage? [] 1.Oui 2. Non

24-Antécédents : Avez-vous des antécédents de pathologie psychiatrique avant le voyage? [] 1.Oui 2. Non

25-Avez-vous des maladies qui vous ont affecté lors du voyage ou une fois arrivées ? [] 1.Oui 2. Non

25-a-Si oui lesquelles ?

26-Évaluation par le PCL-5 [___]

1. 0 à 31 ; 2. 31 à 33; 3 supérieur à 33

V- Prise en charge

Si oui à la question 24/2,

27-avez vous été pris en charge sur le plan sanitaire ? [___] 1.Oui 2. Non

28-a-si oui, par qui ? [___] 1. Autorité locale 2. Autorité étrangère 3. Famille 4.
Ami 5. ONG 6. Autre à préciser

Préciser autre

28-Avez vous été pris en charge sur le plan psycho-social [___] 1.Oui 2. Non

28-a-Si oui, par qui ? [___] 1. Autorité locale 2. Autorité étrangère 3. Famille 4.
Ami 5. ONG 6. Autre à préciser

Préciser autre

V- Réinsertion

29-Comment se passe votre réinsertion sur le plan social ? [___] 1. Bonne 2.
Mauvaise

30-Comment se passe votre réinsertion sur le plan professionnel ? [___] 1. Bonne
2. Mauvaise

2- Score PCL-5

L'échelle PCL-5 permet d'évaluer la présence et la sévérité du PTSD en 20 items. Le questionnaire est disponible en différentes langues. Les items font référence aux symptômes survenus au cours du dernier mois. Le score pour la gravité du PTSD varie de 0 (pas du tout présente) à 4 (Extrêmement), ce qui donne un score total entre 0 et 80. Les scores du PCL-5 ont été utilisés pour déterminer la présence du PTSD. Un score supérieur à 33 indique présence de PTSD, entre 31 et 33 probable PTSD et inférieur à 31 absence de PTSD

PCL-5

Post-traumatic stress disorder Checklist version DSM-5

Consignes : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté **dans le dernier mois**.

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr – National Center for PTSD

Traduction française N. Desbiendras

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et 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.

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

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

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 !

PERMIS D'IMPRIMER

Vu :

Vu :

Le Président de jury

Le Doyen

Vu et permis d'imprimer

Pour le Recteur, de l'Université Assane Seck de Ziguinchor et par Délégation

RÉSUMÉ

Évaluation de l'État de Stress Post-Traumatique chez les migrants clandestins Sénégalais de retour dans la région de Ziguinchor

(Étude réalisée durant la période du 1^{er} Janvier au 31 Juillet 2024)

Objectifs : Les objectifs étaient de déterminer le profil sociodémographique du migrant de retour, d'évaluer la prévalence de l'état de stress post-traumatique chez ces migrants de retour et d'identifier les facteurs associés à la survenue de l'ESPT chez les migrants de retour.

Patients et méthodes : Pour atteindre ces objectifs, nous avons réalisé une étude transversale descriptive et analytique portant sur les migrants de retour sénégalais sur une période de 7 mois allant du 1er janvier 2024 au 31 Juillet 2024 et résidants dans la région de Ziguinchor au moment de l'enquête.

Résultats : Au total 41 migrants qui répondaient à nos critères d'inclusion avaient été enquêtés. La population d'étude était composée d'une majorité d'hommes (92,7 % ; n= 38), la moyenne d'âge des migrants était de 36,9 ans ± 9,3. La majeure partie des migrants (70,7% ; n= 29) avaient fréquenté l'école formelle et 92,7 % (n= 38) avaient une activité professionnelle avant le départ, dominés par les artisans avec 39,0% (n= 16). Les migrants étaient d'ethnie Diolas à 43,9 % (n = 18) et célibataires sans enfants à 46,3% (n= 19). La motivation du départ la plus fréquemment citée par les migrants était les difficultés financières chez 85,4 % (n= 35). L'Italie et l'Espagne étaient les destinations les plus prisées par les migrants avec respectivement 58,5% (n= 24) et 31,7 % (n= 13). Les voies de voyage privilégiées étaient la voie terrestre avec 70,7 % (n= 29) et la voie maritime avec 17,1% (n= 7). Trente-cinq migrants (85,4% ; n= 35) avaient rencontré des difficultés lors de leur périple. Les difficultés les plus citées étaient celles liées à l'alimentation 74,3% (n= 26), le climat et l'extorsion avec 71,4% (n= 25). Concernant le mode de retour, 63,4 % (n= 26) des migrants étaient rentrés contre leur volonté. Plus de trente pourcent (31,7% ; n= 13) des migrants avaient eu un diagnostic avéré d'ESPT.

La survenue de l'ESPT était favorisée par l'emprunt de la voie terrestre par la survenue de difficultés liées à l'alimentation et par les extorsions. L'alphabétisation constituait un facteur protecteur. L'ESPT impactait sur la réinsertion sociale mais n'avait pas d'incidence sur l'insertion professionnelle et sur le désir de retourner.

Conclusion : La migration clandestine expose les migrants à des dangers pouvant leur cause un traumatisme psychologique. Notre étude a montré qu'il est nécessaire d'évaluer tous les migrants de retour sur le plan psychologique et de leur assurer une prise en charge adéquate au retour.

Mots-clés : ESPT, Migrant, Clandestin, Ziguinchor