

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
E. N. M. P.

Année 1995

N°3.....

**EVALUATION DES ACTIVITES DE CONSULTATION EXTERNE
AU SERVICE DE PSYCHIATRIE DE L'HOPITAL DU POINT - G.
A BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le
devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali
PAR MAHAMOUD HAIDARA
pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : Professeur Sidi Yaya SIMAGA
Membres : Professeur Issa TRAORE
Docteur Bou DIAKITE
Directeur : Professeur Baba KOUMARE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1994-1995

ADMINISTRATION

DOYEN: Issa TRAORE - Professeur
 1er ASSESSEUR: Boubacar S.CISSE - Professeur
 2ème ASSESSEUR: Amadou DOLO - Maître de Conférence Agrégé
 SECRETAIRE GENERAL: Bakary CISSE - Maître de Conférence
 ECONOME: Mamadou DIANE - Contrôleur des Finances

II. PROFESSEURS, DOCTEURS

Mr. Aliou BA	OPHTALMOLOGIE
Mr. Bocar SALL	ORTHO-TRAUMATO-SECOURISME
Mr. Souleymane SANGARE	PNEUMO-PHTISIOLOGIE
Mr. Yaya FOFANA	HEMATOLOGIE
Mr. Mamadou L. TRAORE	CHIRURGIE GENERALE
Mr. Balla COULIBALY	PEDIATRIE

III. PROFESSEURS, DOCTEURS AGREGES

1. PROFESSEURS

Mr. Abdel Karim KOUMARE	Chef D.E.R de CHIRURGIE
Mr. Sambou SOUMARE	CHIRURGIE GENERALE
Mr. Abdou Alassane TOURE	ORTHO-TRAUMATOLOGIE
Mr. Kalilou Ouatatra	UROLOGIE

2. MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

Mr. Amadou DOLO	GYNECO-OBSTETRIQUE
Mr. Djibril SANGARE	CHIRURGIE-OBSTETRIQUE
Mr. Adel Kader TRAORE dit DIOP	CHIRURGIE GENERALE

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mme SY Aïssata SOW	GYNECO-OBSTETRIQUE
Mr. Salif DIAKITE	GYNECO-OBSTETRIQUE

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr. Mamadou L. DIOMBANA	STOMATOLOGIE
Mr. Abdoulaye DIALLO	OPHTALMOLOGIE

Mr. Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L
Mme DIANE F. S. DIABATE	GYNECO-OBSTETRIQUE
Mr. Abdoulaye DIALLO	ANESTH. - REANIMATION
Mr. Gangaly DIALLO	CHIRURGIE GENERALE
Mr. Sékou SIDIBE	ANESTH-REANIMATION
Mr. Abdoulaye K. DIALLO	GYNECP-OBSTETRIQUE
Mr. Mamadou TRAORE	ANESTHESIE - REANIMATION
Mr. Filifing SISSOKO	CHIRURGIE GENERALE
Mr. Tiéma COULIBALY	ORTHO-TRAUMATOLOGIE
Mme. TRAORE J. THOMAS	OPHTALMOLOGIE

CHIRURGIENS

Mr. Nouhoum ONGOIBA	ANATOMIE et CHIRURGIE GENERALE
Mr. Ibrahim ALWATA	ORTHO-TRAUMATOLOGIE
Mr. Sadio YENA	CHIRURGIE GENERALE

CHIMISTES

1. PROFESSEURS

Mr. Bréhima KOUMARE	BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE
Mr. Siné BAYO	ANATOMIE-PATH-HISTOEMBRYOLOGIE
Mr. Gaoussou KANOUTE	CHIMIE ANALYTIQUE
Mr. Yéya T. TOURE	BIOLOGIE
Mr. Amadou DIALLO	BIOLOGIE Chef de D.E.R
Mr. Moussa HARAMA	CHIMIE ORGANIQUE

2. MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

Mr. Ogobara DOUMBO	PARASITOLOGIE
Mr. Anatole TOUNKARA	IMMUNOLOGIE

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mr. Yénimégué A. DEMBELE	CHIMIE ORGANIQUE
Mr. Massa SANOGO	CHIMIE ANALYTIQUE
Mr. Bakary M. CISSE	BIOCHIMIE
Mr. Abdrahamance S. MAIGA	PARASITOLOGIE

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr. Mahamadou CISSE	BIOLOGIE
Mr. Sekou F. M. TRAORE	ENTOMOLOGIE MEDICALE
Mr. Abdoulaye DABO	MALACOLOGIE, BIOLOGIE ANIMALE
Mr. N'Yenigue Simon KOITA	CHIMIE ORGANIQUE
Mr. Abdrahamane TOUNKARA	BIOCHIMIE

Mr. Flabou BOUGOUDOGO	BACTERIOLOGIE
Mr. Amadou TOURE	HISTOEMBRYOLOGIE
Mr. Ibrahim I. MAIGA	BACTERIOLOGIE

5. ASSISTANTS

Mr. Benoît KOUMARE	CHIMIE ANALYTIQUE
--------------------	-------------------

LISTE DES PROFESSEURS ET DES ASSISTANTS

1. PROFESSEURS

Mr. Abdoulaye Ag RHALY	Med. Int. Chef D.E.R MEDECINE
Mr. Aly GUINDO	GASTRO-ENTEROLOGIE
Mr. Mamadou K. TOURE	CARDIOLOGIE
Mr. Mahamane MAIGA	NEPHROLOGIE
Mr. Aly Nouhoum DIALLO	MEDECINE INTERNE
Mr. Baba KOUMARE	PSYCHIATRIE
Mr. Moussa TRAORE	NEUROLOGIE
Mr. Issa TRAORE	RADIOLOGIE
Mr. Mamamdou M. KEITA	PEDIATRIE
Mr. Eric PICHARD	MEDECINE INTERNE

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr. Toumani SIDIBE	PEDITRICE
Mr. Bah KEITA	PNEUMO-PHTYSIOLOGIE
Mr. Boubacar DIALLO	CARDIOLOGIE
Mr. Dapa Ali DIALLO	HEMATO-MEDECINE INTERNE

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr. Moussa Y. MAIGA	GASTRO-ENTEROLOGIE
Mr. Bougouzié SANOGO	GASTRO-ENTEROLOGIE
Mr. Somita KEITA	DERMATO-LEPROLOGIE
Mr. Hamar A. TRAORE	MEDECINE INTERNE
Mr. Mamady KANE	RADIOLOGIE
Mr. Bou DIAKITE	PSYCHIATRIE

4. ASSISTANTS

Mr. Bakoroba COULIBALY	PSYCHIATRIE
Mr. Saharé FONGORO	NEPHROLOGIE
Mr. Mamadou DEMBELE	MEDECINE INTERNE
Mr. Adama D. KEITA	RADIOLOGIE
Mme Tatiana KEITA	PEDIATRIE

1. PROFESSEURS

Mr. Boubacar Sidiki CISSE TOXICOLOGIE

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr. Arouna KEITA MATIERE MEDICALE

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mr. Boukassoum HAIDARA LEGISLATION
Mr. Ousmane DOUMBIA PHARMACIE CHIM. (Chef de D.E.R)
Mr. Elimane MARTKO PHARMACOLOGIE

4. MAITRE ASSISTANT

Mr. Deissa DIALLO MATIERES MEDICALES
Mr. Alou KEITA GALENIQUE

5. ASSISTANT

Mr. Ababacar I. MAIGA TOXICOLOGIE

1. PROFESSEUR

Mr. Sidi Yaya SIMAGA SANTE PUBLIQUE (Chef D.E.R)

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr. Moussa A. MAIGA SANTE PUBLIQUE

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mr. Sanoussi KONATE SANTE PUBLIQUE

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr. Bocar G. TOURE SANTE PUBLIQUE
Mr. Sory I. KABA SANTE PUBLIQUE
Mr. Alain PRUAL SANTE PUBLIQUE

5. ASSISTANT

Mr. Massambou SACKO SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

Mme CISSE A. GAKOU	GALENIQUE
Mr. N'Golo DIARRA	BOTANIQUE
Mr. Bouba DIARRA	BACTERIOLOGIE
Mr. Salikou SANOGO	PHYSIQUE
Mr. Daouda DIALLO	CHIMIE GENERALE ET MINERALE
Mr. Bakary I. SACKO	BIOCHIMIE
Mr. Yoro DIAKITE	MATHS
Mr. Boubacar KANTE	GALENIQUE
Mr. Souleymane GUINDO	GESTION
Mr. Sira DEMBELE	MATHS
Mr. Modibo DIARRA	NUTRITION
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	HYGIENE DU MILIEU
Mr. Nyamanton DIARRA	MATHEMATIQUES
Mr. Moussa I. DIARRA	BIOPHYSIQUE
Mr. Mamadou Bakary DIARRA	CARDIOLOGIE
Mr. Sidiki DIABATE	BIBLIOGRAPHIE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Docteur Madani TOURE	H.G.T
Docteur Tahirou BA	H.G.T
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T
Docteur Badi KEITA	H.G.T
Docteur Antoine Niantao	H.G.T
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T
Docteur Yéya I. MAIGA	I.N.R.S.P
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P
Docteur Ba Marie P. DIALLO	I.N.R.S.P
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I SOGONIKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Arkia DIALLO	P.M.I CENTRALE
Docteur Reznikoff	IOTA
Docteur P. BOBIN	INSTITUT MARCHOUX
Docteur A. DELAYE	H.P.G
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B. SACKO	H.G.T
Docteur Hubert BALIQUE	C.T MSSPA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	H.G.T
Docteur Youssouf SOW	H.G.T

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

Pr. M. CISSE	HYDROLOGIE
Pr. M. L. SOW	MEDECINE LEGALE
Pr. S. S. GASSAMA	BIOPHYSIQUE
Pr. D. BA	BROMATOLOGIE
Pr. A. E. YAPO	BIOCHIMIE
Pr. B. FAYE	PHARMACODYNAMIE
Dr. G. FARNARIER	PHYSIOLOGIE

Je dedie ce travail

A mes parents.

Vous avez su nous élever mes frères, mes soeurs et moi même dans le respect de la dignité humaine et de la connaissance de soi. Votre disponibilité, vos affectueuses et constantes assistances dans la fermeté nous ont préparé à la bataille pour la vie.

Puisse le Tout Puissant vous donner longue et heureuse vie dans l'attente et la concorde afin que nous continuons de bénéficier de vos sages conseils, indispensables à l'édification d'une existence paisible et prospère.

A mes frères et soeurs pour votre affectueuse et fraternelle sympathie à mon égard.

A toute ma famille et les amis de ma famille pour votre mobilisation permanente au service de l'unité de nos familles et votre invitation permanente à la concrétisation de ce travail.

A Abdoulayetif KONATE mon cousin, mon frère et mon ami je te dedie ce travail pour ton attachement amical et fraternel à l'idéal de la parenté.

A mes camarades de Promotion.

Puisse la cohabitation scolaire et universitaire effectuée ensemble perenniser une amitié confraternelle resistente à toute epreuve.

A tous les médécins du Mali, d'Afrique et du monde

A tous les Pharmaciens, Dentistes, Sages Femmes, Infirmiers, Infirmières du Mali, d'Afrique et du Monde.

A NOS JUGES

A notre maître Sidi Yaya SIMAGA

Professeur agrégé de Santé Publique
Chef du D.E.R de Santé Publique

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de presider ce jury de thèse.

Durant toute notre formation à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie, nous avons apprécié la densité et la clarté de votre enseignement.

Votre bonté et votre disponibilité constante à tendre la main aux autres, forcent l'admiration de tous.

En cette solennelle occasion, nous vous reitèrons notre vive sympathie et notre respectueuse considération.

A notre maître Issa TRAORE

Professeur agrégé en Imagerie Doyen de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

Nous nous rejoyissons de l'insigne honneur que vous nous faites en acceptant de sieger au Jury de cette thèse.

Votre simplicité, votre humilité et votre lucidité dans vos rapports avec autrui et dans la gestion de notre Ecole, fait de vous une personnalité estimée par tous vos collègues et tous les Etudiants.

Veillez trouver ici, l'expression de notre totale reconnaissance

A notre maître Bou DIAKITE
Commandant Militaire

Assistant Chef de Clinique en Psychiatrie

Nous sommes très honorés par votre presence au Jury de notre thèse.

Pendant notre sejour au service de Psychiatrie, nous avons apprécié la compétence avec laquelle vous vous acquittiez de vos devoirs. Nous avons également apprécié votre disponibilité et votre rigueur pour le travail bienfait. Ce travail est également le vôtre. Puisse le temps consolider notre reconnaissance envers vous pour les prestations de qualité que vous nous avez offertes durant tout notre sejour à vos côtés.

A notre maître Baba KOUMARE

Professeur agrégé de Psychiatrie à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

Chef des services de psychiatrie à l'Hopital du point G

Président de l'association des Psychiatres d'Afrique Francophone.

Vous nous avez chaleureusement accueilli dans vos services.

Nous sommes aujourd'hui confus devant votre générosité, devant l'idéal qui vous a toujours animé de faire de nous un praticien exemplaire, surtout devant votre tolérance et votre patience indescriptible face à nos caprices de jeune nous rebellant quelques fois contre nos propres interêts. Puisse ces qualités hautement humaines, éducatives et formatrices, nous guider aussi dans nos rapports avec les hommes et les communautés.

Puisse le Tout Puissant, nous fixer constamment en mémoire, l'expression vivante de cette profonde gratitude.

=====

REMERCIEMENTS

A notre maître **Mme Evelyne Miquel GARCIA** Assistante en Psychiatrie

Aucun mot ne saurait suffir pour vous remercier pour votre permanente assistance à la réalisation de ce travail.

Votre persévérance pour le travail bien fait, nous a marqué de façon indélébile.

Puisse le temps consolider notre sympathique et amicale reconnaissance pour vous.

Au Docteur **Adel SIDANI**, Directeur Commercial et Financier d'Africa-Lab Mali pour votre sympathie spontanée envers moi et la facilité rencontrée pour l'accès à votre Entreprise et à vos matériels de travail.

A Messieurs **Oumarou DOUMBIA**, **Baba KONE**, Informaticiens pour votre disponibilité constante dans la réalisation de ce travail.

A tout le Personnel de Africa-Lab Mali

A tous mes collaborateurs du service de Psychiatrie de l'Hôpital du Point G pour leur franche collaboration.

A tous ceux qui ont contribué de loin ou de près à la réalisation de ce travail et qui n'ont pas été cités, nous exprimons notre profonde gratitude.

SOMMAIRE

<u>I</u>	<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>II</u>	<u>CONTEXTE DU TRAVAIL</u>	3
	1. Mali - Population Politique - Economie.....	3
	2. Mali - Administration.....	4
	3. Les services de soins psychiatriques du Mali.....	5
<u>III</u>	<u>METHODOLOGIE</u>	8
	1. Etude.....	8
	2. Matériel de Travail.....	8
	3. Les critères de l'étude.....	9
<u>IV</u>	<u>BILAN SOCIAL</u>	11
	1. Etude comparative de la répartition par sexe.....	11
	2. Répartition selon l'âge.....	13
	3. Répartition selon la situation matrimoniale.....	15
	4. Répartition selon l'ethnie.....	17
	5. Répartition selon le type de profession.....	20
	6. Répartition selon l'influence de la religion.....	24
	7. Répartition selon le domicile.....	26
<u>V</u>	<u>BILAN CLINIQUE</u>	29
	1. Répartition selon les facteurs de risque.....	30
	2. Répartition selon les grands symptômes.....	32
	3. Répartition selon le diagnostique d'entrée.....	39
<u>VI</u>	<u>BILAN THERAPEUTIQUE</u>	42
	-Répartition selon les grands groupes thérapeutiques.....	43
	-Répartition selon la technique globale de prescription..	44
	-Répartition selon la classification de Delay.....	46
	-Les produits utilisés par spécialités pharmaceutiques...	48
<u>VII</u>	<u>ITINERAIRE THERAPEUTIQUE DES PATIENTS</u>	59
	1. Répartition selon la thérapeutique antérieure.....	59
	2. Répartition selon le début des troubles et la première consultation en psychiatrie.....	61
	3. Répartition selon la durée moyenne entre la 1ère et la 2ème consultation.....	63
	4. Répartition selon le nombre de consultation par an....	65
	5. Répartition selon les modifications intervenues sur la 1ère intention thérapeutique au cours du suivi.....	67
<u>VIII</u>	<u>CONCLUSION</u>	69
<u>IX</u>	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	71

INTRODUCTION

" Oh si la Médecine, qui est une science et un art, pouvait se limiter uniquement et partout à n'être qu'une science pure" (Dr P Favre 1985).

Cette phrase d'un Professeur de Santé Publique de l'Ecole de Médecine de Bamako, résume surement les préoccupations et les motivations de nombreux chercheurs en Médecine et est l'une des bases du développement important de la science Médicale qui est l'épidémiologie.

Le support scientifique de l'épidémiologie est domine par la méthode mathématique des statistiques. Cette méthode statistique est précieuse pour l'investigation d'un phénomène de Société existant de façon permanente ou périodique sur le terrain.

En effet, la problématique psychiatrique au Mali comme partout ailleurs, est un phénomène de masse, de Société endémique par nature qui s'exprime par une demande de l'individu ou de la Société malade. Au Mali, cette demande s'adresse très souvent aux tradipraticiens et quelque fois seulement aux praticiens conventionnels et cela d'ailleurs très souvent en derniers recours après l'échec d'un traitement traditionnel quelconque. Notre domaine d'action est donc la psychiatrie conventionnelle. Elle a fait son apparition chez nous avec la colonisation Française et n'a cessé de se développer par son audience croissante auprès des populations malades.

Dans le but d'améliorer toujours les performances de cette psychiatrie Malienne, il y a eu beaucoup de travaux de réflexion et d'étude menés tantôt par les Nationaux ou les Etrangers, tantôt dans un cadre de collaboration étroite entre les deux.

Parmi ces travaux, nous citons :

- le rapport définitif sur les maladies mentales dans une communauté rurale Africaine du Mali par Coppo P et Pisani L,

- la problématique de la Santé Mentale au Mali (1ère et 2è partie) de **B. KOUMARE** et **J.P COUDRAY**,

- **B. COULIBALY** et **S. EWANDE** se sont penchés sur la situation des malades hospitalisés au service Psychiatrique de l'Hôpital du Point G respectivement en 1983 et 1988.

Au niveau du Service notre présente contribution peut être considérée comme une continuation des nombreuses autres pour une meilleure compréhension des troubles mentaux au Mali et une amélioration constante de la qualité des prestations et de la prise en charge du Service.

Mais la contribution par son thème d'étude est assez originale au Service car elle concerne surtout la prise en charge en ambulatoire des patients venus en consultation pour la 1ère fois en 1989.

Si l'étude est assez originale au Mali, elle ne l'est pas ailleurs en particulier au Sénégal où beaucoup d'études ont été réalisées sur le même thème à savoir :

- la demande d'Assistance Psychiatrique au Sénégal (apport statistique sur 1.742 consultations d'une année) de Audrade A.S,
- évaluation des activités de consultation externe du Service de Psychiatrie du CHU de Dakar de Picard (Pascal Gilles Patrick),
- les travaux de **B. KOUMARE** sur les 6.109 nouveaux consultants à Dakar.

Au niveau du Service de Psychiatrie de l'hôpital du Point G., cette étude est apparue nécessaire essentiellement pour prétendre faire une évaluation des activités du Service, afin de saisir le profil médico-psychologique opérationnel des patients en suivi ambulatoire.

A côté de cet objectif fondamental, nous tentons à travers des interprétations et commentaires des données statistiques d'expliquer les relations entre les éléments sociaux et les troubles mentaux.

Nous envisageons aussi bien tant au niveau du suivi médical que du traitement Psychopharmacologique de définir les patients externes et un corollaire de cet objectif est d'établir l'importance des spécialités pharmaceutiques les plus prescrites par rapport aux groupes nosographiques de la consultation externe.

CONTEXTE DE TRAVAIL

Le Mali est situé en plein coeur de l'Afrique de l'Ouest. Le territoire de l'actuel Mali n'a presque pas de limites naturelles du fait des coupures successives de l'Administration Coloniale. Néanmoins, on peut dire que le Mali s'étend au Sud par le bassin du haut et du moyen Niger, tandis qu'il pénètre au Nord jusqu'au Sahara Occidental. Il couvre une vaste superficie de 1.240.000 km². Il est limité au Nord et le Nord-Ouest par la Mauritanie et l'Algérie, à l'Est, au Sud-Est, au Sud, au Sud-Ouest et à l'Ouest par le Niger, le Burkina Fasso, la Côte d'Ivoire, la Guinée et le Sénégal.

Population :

La population Malienne est estimée à plus de 10.716.394 Millions d'habitants en 1989 et est composée de plus de 80% de ruraux. La densité est extrêmement variable passant de 90 habitants au km² dans le delta Central du Niger à moins de 5 dans le Nord du Pays. La population Malienne est à 90% de race noire. Les 10% de race blanche sont constitués de touaregs, de maures et de peuhls. De race noire le rameau mandingue est le plus nombreux comprenant les ethnies Bambaras, Malinkés, Sénoufos, Minianka qui sont essentiellement concentrés au Sud et le Sud-Ouest du Pays. L'ethnie Sonrhaï qui constitue une ethnie relativement importante est avec les maures, les touaregs concentrés dans le Nord du Pays, en fait toutes ces ethnies se retrouvent un peu partout sur le territoire.

Politique :

Depuis la fin de l'ère coloniale qui a duré exactement 72 ans et le début des indépendances en 1960, le Mali a connu 2 Régimes :

un Régime Républicain de 1960 à 1968,

un Régime Militaire de 1968 à 1989.

Comme disait le Journaliste SENNEN ANDRIAMIDO dans son livre "Le Mali d'aujourd'hui" et je cite : "exception en Afrique rarement un Peuple à préexisté de manière incontestable à un Etat cimenté par l'histoire, la conscience Malienne est une réalité fondée sur la conviction collective d'appartenance à une Nation dont l'âge et l'étendue dépasse largement ceux de l'actuelle République du Mali".

Economie :

Traditionnellement, on dit que le Mali à une économie essentiellement agro-sylvo-pastorale. L'industrie a à peine 11% d'impact sur l'économie, "sécheresse, misère, famine, tels sont les clichés habituels dans lesquels on juge le Mali de cette fin de XX^e siècle. Pourtant, c'est ce même Pays qui fut naguère le grenier de l'Afrique Occidentale Française (l'AOF)". Le Mali est classé parmi les Pays les moins avancés de la planète avec un PIB (Produit Intérieur Brut) ne dépassant pas 300\$ par habitant.

Administration :

Le Mali est divisé en 7 Régions et un District autonomes. Les Régions sont subdivisées en Cercles et les Cercles en Arrondissements.

Les Régions du Mali sont :

- 1 Kayes
- 2 Koulikoro
- 3 Sikasso
- 4 Ségou
- 5 Mopti
- 6 Gao
- 7 Tombouctou.

Le District de Bamako qui constitue la Capitale du Pays abrite à lui tout seul l'ensemble des Services Conventionnels de Soins Psychiatriques.

LES SERVICES DE SOINS PSYCHIATRIQUES DU MALI :

Dans ce travail, nous soulignons et surtout nous tenons à rendre un hommage mérité à tous nos collègues Médecins du Pays, à nos collaborateurs non médicaux conventionnels pour leurs sens du devoir, leur persévérance et leur courage à résoudre les problèmes de Santé mentale qui frappent notre Peuple.

Au Mali, la spécialité Psychiatrique est abordées dans deux Services qui sont d'ailleurs inter-indépendants et travaillent ensemble.

Ces Services occupent trois locaux. Ainsi, nous avons :

- le Service de Psychiatrie du Point G,
- le Service du Dispensaire Psychiatrique de Lazaret,
- le Service de Neurologie du Point G.

1- Le Service de psychiatrie du Point G :

C'est le Service principal de psychiatrie au Mali. Les bâtiments sont situés au Sud-Est dans la cour de l'hôpital jusqu'au fond.

a- Les bâtiments :

Schématiquement ces bâtiments se divisent en trois blocs :

- un bloc pour les consultations ,l'administration interne du service
- un bloc composé de case pour les malades nouvellement hospitalisés
- un bloc pour les malades chroniques.

b- Structure de Fonctionnement :

Les consultations ont lieu tous les jours de 7h30 à 14h30 par des médecins qui se relaient entre l'hôpital du Point G et le Dispensaire de Lazaret et selon un programme établi.

après 14h30, un infirmier assure la permanence du Service pour surveiller les malades hospitalisés et accueillir les malades envoyés par le médecin de permanence du service de médecine de l'hôpital dont il exécute les directives de premiers soins.

Hospitalisation :

Elle est décidée par un médecin après une consultation approfondie qui est notée sur un dossier et après le malade est confié au chef d'unité.

- Une supervision quotidienne par les internes et les médecins généralistes qui dépistent d'éventuelles maladies générales et suivent l'évolution quotidienne de la maladie spécialisée.

- Une supervision hebdomadaire est effectuée par l'ensemble du personnel médical.

Un groupe hebdomadaire est organisé sous l'égide du psychologue en présence des médecins, des malades et de leurs parents.

- Un staff hebdomadaire sous la direction du professeur agrégé, chef de service et entre médecins pour discuter des cas remarquables et dans un but de formation.

- Le Koteba est une mise en scène théâtrale bambara adaptant le psycho_drame **moronien** et il est organisé une fois toutes les 2 semaines.

Les malades hospitalisés nouveaux durent en moyennent 33 jours pour B. COULIBALY au service et le tarif est 2500Fcfa par mois.

Les malades chroniques en payent par moins. Ils reçoivent tous trois repas par jour de la part de l'hôpital et des supplément spéciaux du service.

- Le tarif des consultations est de 150Fcfa qui n'est toujours pas exigé.

- 3- Personnel Médical : Il est composé d'

- un professeur agrégé en psychiatrie

- médecins assistants, spécialistes en psychiatrie

- 2 médecins généralistes

- 2 étudiants internes préparant leur thèse de doctorat d'exercice en médecine générale.

- 1 psychologue

- 5 infirmiers d'Etat

- 4 infirmiers de 1er cycle

- 4 infirmiers auxiliaires

- 1 assistante sociale
- 1 animateur en art dramatique
- étudiants en médecine de passage pour des stages

2- Le Dispensaire Médico_socio_psychologique :

Situé à Bamako dans le quartier de N'Gominiarabougou-Samé à proximité de l'ancien Lazaret de Bamako.

Le dispensaire est relativement isolé et assez méconnu du grand public comme service de soins mentaux. Ce dispensaire ne comporte que 2 salles de consultation. Il faut surtout noter que le dispensaire psychiatrique du lazaret n'est qu'une annexe du Point G et ne doit surtout sa création qu'au sens de faciliter l'accessibilité des patients aux soins médicaux.

3- Le Service de Neurologie :

Aujourd'hui, ce service est assez autonome de celui de la psychiatrie bien qu'avant ces 2 services ne faisaient qu'un et s'appelaient le service de neuropsychiatrie.

Méthodologie

1- Etude :

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 12 mois du 02/01/1989 au 29/12/1989 sur le patient suivis en consultation au niveau du service de psychiatrie de l'hôpital du Point G et du dispensaire médico-socio-psychologique.

Nous avons choisi l'année 1989 pour plusieurs raisons

a- Etre dans la logique de la continuation des études menées au service ou la dernière en date avait été faite en 1988 par EWANDE S.

b- Avoir un recul de temps suffisant pour apprécier et suivre ces malades ambulatoires.

c- Après 5 années de restructurations et de reformes, un petit regard sur le travail accompli pouvait être intéressant

2- Matériel de Travail :

la fiche de consultation du service est notre principal et unique outil d'enquête.

Dans le service de psychiatrie, il y a 2 types de fiches médicales.

- Une fiche médicale pour le malade soumis à l'hospitalisation

- Une fiche de consultation pour les patients externes

Les 2 fiches sont respectivement tenues à jour par chaque prestation effectuée sur le patient même à des intervalles d'année. La fiche nous concernant est celle des consultations externes, comportant :

Pour le Malade :

Prénom, Nom, Situation matrimoniale, Sexe, Nombre d'enfants, Niveau scolaire, Date de la consultation, Diagnostique d'entrée, Observation clinique.

Le cadre des observations cliniques de la maladie sert au médecin à noter

- Les symptômes cliniques de la maladie
- Le résultat de l'examen physique
- Le traitement prescrit
- La date de la prochaine visite.

Pour le Médecin :

- Prénom, Nom, Numéros de consultation.

Les critères de l'Etude :

Ils ont été uniquement choisis en fonction des objectifs de l'étude et sont essentiellement des données à valeur statistique.

1- Etat civil avec des données sur le sexe, l'âge, la situation matrimoniale.

Des données socio-culturelles et économiques comme l'ethnie, la profession, la religion.

Une donnée géographique sur la résidence habituelle des patients.

2- les Etudes cliniques et thérapeutiques occupent une place importante dans ce travail. Pour cette 2^e phase de l'étude ont été choisis les paramètres statistiques concernant

- 1- Les facteurs de risques de troubles
- 2- Les symptomatologies constatées à la consultation
- 3- Les groupes nosographiques de nos consultations
- 4- Les grands groupes thérapeutiques
- 5- Les produits utilisés par spécialité pharmaceutique

3- Suivi Medical en amont et en aval de la consultation

- 1- Thérapeutique antérieure
- 2- Debut des troubles et la première consultation
- 3- durée entre la première et la deuxième consultation
- 4- Nombre de consultation par an
- 5- Modification sur la première prescription

· Dépouillement et Décodage :

Du fait de l'importance du travail à nos yeux, le Dépouillement a été une véritable dissection de la fiche médicale individuelle. chaque fiche a été prise individuellement pour la traiter à la recherche des données statistiques. Au terme de ces dépouillements, nous avons retenu 617 fiches médicales conformément à nos critères. Le nombre de 617 fiches de patients est une performance à la vue de la nature de l'étude qui est rétrospective, mais il peut être largement en deçà du nombre réel des consultations externes du service de psychiatrie et cela pour plusieurs raisons dont

- les pertes ou égarements des fiches parmi celles d'autres dossiers
- les malades suivis dans d'autres services ayant demandé une consultation
- une indisponibilité possible du papier à fiche dans le service en un moment donné pour les raisons propres aux conditions de notre pays
- les fiches écartées par notre étude car ne répondant pas à l'essentiel de nos critères

Malgré toutes ces limites le nombre de 617 patients nous a permis de faire des calculs et d'évaluer les taux d'apparition d'un critère donné au sein des différents groupes

- les analyses, interprétations, comparaisons de fréquences ont été faites en fonction des populations de référence objective ou les données de travaux effectués dans le service ou ailleurs tout en tenant compte des techniques statistiques appropriées. Certains des chiffres publiés ont été arrondis pour les rendre facilement et rapidement consommables aux lecteurs éventuels et même les moins avisés

- la population de référence de notre étude est celle du recensement général de la population de la république du Mali en 1987 et les chiffres ont été actualisés à l'année 1989

BILAN SOCIAL

Etude Comparative de la Répartition par Sexe de la Population Générale, de la Population des Malades Hospitalisés à Bamako (1983 et 1987 - 88) et des Populations des Consultants Externes à Bamako (1989) et Dakar (1984).

Tableau N°1

	Sexe féminin	Sexe masculin	Total ensemble
Population générale Mali (1989)	51,14%	48,86%	100%
Population Consultation Point G (1989)	39,22%	60,78%	100%
Population Consultation Externe Dakar (1984)	38,30%	61,70%	100%
Population Malades Hospitalisés Bamako (1983)	22,11%	77,89%	100%
Population Malades Hospitalisés Bamako (1988)	24,50%	75,50%	100%
Total			

1- Comparaison selon le sexe avec la population générale :

Il y a une opposition car ce sont les hommes qui sont nombreux chez tandis que les femmes prédominent dans la population générale.

2- Comparaison selon le sexe avec les populations des malades hospitalisés de 1983 ET 1988 :

Globalement il y a un certain parallélisme entre les malades hospitalisés et les malades ambulatoires selon le sexe. En effet ce sont toujours les hommes qui sont nombreux dans les 2 cas et même encore les hommes sont beaucoup plus nombreux en hospitalisation.

3- Comparaison selon le sexe avec les études de Dakar :

A Bamako nous avons trouvé 60,78% pour le sexe masculin et 39,22% pour le sexe féminin.

A Dakar,

- A.S. ANDRADE a trouvé 64,7% pour le sexe masculin et 35,3% pour le sexe féminin

- J.Card. Gilles Pascal Patrick a trouvé 61,7% pour le sexe masculin et 38,3% pour le sexe féminin

B. Koumaré cité par Picard signale 65,6% pour le sexe masculin et 34,8% pour le sexe féminin

Donc des résultats tout à fait parallèles à ceux de notre étude.

Interprétations et Commentaires du tableau I :

Devant la prédominance masculine des patients de sexe masculin en suivis psychiatrique, certaines hypothèses peuvent être émises

- les considérations culturelles frappant d'avantage le sexe féminin qui bénéficie d'une hyperprotection contre les influences extérieures tant par la famille de la jeune fille que pour la jeune femme mariée

- les travaux ménagers effectués par les femmes peuvent être compatibles avec les troubles modérés.

- Les hommes sont beaucoup tournés vers l'extérieur donc subissent plus les influences destructurantes venant d'ailleurs

- la lourdeur des tâches des hommes peut ne pas être compatible avec la nature de leur trouble

- un fait significatif est le nombre élevé des femmes en consultation externe plus qu'une hospitalisation.

Ce fait peut s'expliquer en plus de la nature et le degré modéré des troubles chez les femmes par la place de pilier central qu'occupe la femme dans le foyer africain et le médecin tente autant que possible d'éviter son hospitalisation pour ne pas déséquilibrer la famille.

Répartition selon le sexe et l'âge des Malades Externes 1989

Tableau N°2

	Sexe féminin		Sexe masculin		Total ensemble	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
- 15 ans	0	3,71	12	3,20	21	3,40
15 - 24 ans	71	29,33	122	32,53	193	31,28
25 - 34 ans	74	30,37	133	35,46	207	33,54
35 - 44 ans	38	15,70	55	14,66	93	15,07
45 - 64 ans	24	9,91	27	6,4	51	8,26
65 ans plus	26	10,74	26	6,99	52	8,42
Total	242		375		617	

Tableau N°3

Comparaison avec les malades hospitalisés de 1983 et 1988

	Consultation Externe Bko	Consultation Externe Dakar	Malade Hospitalisé	
	1989	1984	Bko 83	Bko 87-88
- 15 ans				
15 - 24 ans	32,38%		28,1%	10,3%
25 - 34 ans	34,73%		37,7%	32,5%
35 - 44 ans	15,60%		20,7%	24,8%
45 - 54 ans	8,55%		8,5%	24,8%
55 ans plus	8,72%		5%	7,7%
Total				

- Etude Comparative selon le Sexe et l'âge avec les malades hospitalisés de 1983 et 1988 :

Avec les malades hospitalisés, les résultats de notre étude sont assez parallèles à ceux de 1983 mais très différents avec les résultats de l'étude de 1988 bien que la tranche majoritaire reste celle des (25 - 34 ans) dans les trois études. Devant les divergences des études nous avons 2 hypothèses :

1- la différence entre les populations hospitalisées de 1989 et 1988. Elle peut être due à une évolution de la structure de la population hospitalisées,

2- la différence significative entre la Répartition d'âge des malades en ambulatoire de 1989 et ceux hospitalisés de 1988 et surtout au niveau des tranches d'âge de 15 - 24 ans et 45 - 54 ans, peut s'expliquer par les hypothèses suivantes :

- la tranche d'âge de (15 - 24 ans) n'est pas nombreuse en hospitalisation car les troubles mentaux sont modernes et très souvent en une phase de début et de ce fait une prise en charge externe peut-être suffisante, aussi les médecins évitent dans la mesure du possible d'hospitaliser cette tranche à cause des contraintes scolaires,

- la tranche d'âge de (45 - 54 ans) est nombreuse en hospitalisation. Cette tranche d'âge est assez favorable à l'éclosion des troubles de la sensibilité mais surtout cette tranche est charnière dans la vie d'un être humain pour faire un bilan tant au niveau biologique que psychosocial donc en cas de bilan négatif le déséquilibre peut suivre.

Interprétation et Commentaire du Tableau N°2 :

Un constat amer s'impose car c'est la population active qui est la plus atteinte. Cela peut sembler étonnant à première vue car cette tranche (15 - 54 ans) représente en général la partie la plus saine d'une population produisant presque tous les services et biens de consommation et donc monopolisant la majeure partie des moyens économiques. Des hypothèses peuvent-être émises

- la conjoncture économique (extérieure et intérieure) très difficile ayant provoqué une crise de jeunesse par la diminution des revenus aboutissant à court et moyen terme à une crise de société pure et simple réduisant la vie à une survie pour la recherche du pain quotidien,

- facilité d'accès de cette tranche aux soins parce que responsable et ayant les moyens,

- l'espérance de vie assez réduite dans notre pays, ne dépassant pas 55 ans.

Répartition des Patients selon la situation matrimoniale:

Selon la situation matrimoniale, nous avons fait une Répartition en 4 classes distinctes

- 1- Célibataires
- 2- Mariés
- 3- Divorcés
- 4- Veufs et veuves

	Sexe féminin		Sexe masculin		Total ensem	
	Nbre	Pourcentage				
Célibataires	78	32,26%	247	65,86%	325	52,67%
Marié (es)	134	55,37%	122	32,53%	256	41,49%
Divorcé (es)	6	2,47%	5	1,33%	11	1,78%
Veufs Veuves	24	9,91%	1	0,26%	25	4,05%
Total	242		375		617	

Analyse des résultats :

Les célibataires et les mariés représentent 94,66% des patients avec une prédominance nette des célibataires chez les hommes 65,86% et une majorité absolue des femmes mariées (55,39%). Les veuves ont un pourcentage relatif assez significatif 9,91% des femmes.

Comparaison :

Pour les besoins de comparaison, nous écartons 21 sujets qui ont un âge en dessous de 15 ans qui est considéré comme la procréation.

	Population Générale de référence	Malades Hospitalisés Bko 1989	Malades Externes Dakar	Malades Externes Bko 1989
C	32,57%	60,8%	53,5%	50,50%
M	60,02%	31,7%	89,8%	42,95%
D	4,91%	5,5%	4,0%	1,84%
V	0,86%	2,0%	2,7%	4,71%
ND	1,61%	0%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%

- Par rapport à la population de référence les hommes célibataires sont les plus atteints par les troubles mentaux par contre les mariés sont protégés. La morbidité mentale est également élevée chez les veuves et veufs par rapport à la population de référence.

- Par rapport aux malades hospitalisés, les célibataires sont les plus nombreux alors que les mariés le sont plus chez les malades ambulatoires.

- Par rapport aux malades de Dakar, le parallélisme se voit chez les célibataires et les mariés alors que les divorcés sont plus nombreux à Dakar et les veufs (ves) à Bamako.

Interprétation - Commentaire :

Comme nous l'avons soulignée, la crise de société intéresse à plus d'un titre le régime matrimonial

Sur le célibat qui est apparu comme un facteur qui est de risque, tout comme cause ou conséquence du déséquilibre psychomental

a. Facteur causal:

- le manque de moyen économique pour fonder un foyer qui est une ambition légitime et un objectif de vie,

- le "Mal de vivre" inhérent au régime de célibataire et de jeunesse qui est dû à la dégradation des moeurs et de l'augmentation de l'insécurité sexuelle par la recrudescence des maladies sexuellement transmissibles parfois inguérissables donc une véritable psychose.

b. Comme conséquence:

Le célibat peut paraître comme une conséquence de la maladie mentale car dans notre société, la maladie mentale rend impossible le mariage et dans la plupart des cas au Mali l'éclosion d'une maladie mentale au sein d'un couple marié amène tôt ou tard la rupture du contrat de mariage. Néanmoins le mariage par son facteur stabilisant reste toujours protecteur de la maladie mentale dans notre société.

Répartition selon l'ethnie :

La Répartition selon l'ethnie est faite selon 10 catégories:

- bambara
- malinké
- peuhl
- sarakholé
- sonrhaï
- sénoufou-minianka
- bobos
- maure
- dogon
- étranger

Tableau N°9

	Sexe féminin		Sexe masculin		Total ensemble	
	Nbre	Pourcentage	Nbre	Pourcentage total	Nbre	Pourcentage
Bambara	65	26,44%	106	28,53%	171	27,71%
Malinké	47	19,42%	86	22,90%	133	21,35%
Peuhl	52	21,14%	52	13,86%	104	16,85%
Sarakholé	41	16,94%	56	14,93%	97	15,72%
Sonrhaï	8	3,30%	19	5,06%	27	4,37%
Sénoufou-M	11	4,54%	18	4,90%	27	4,37%
Bobo	2	0,82%	6	1,60%	8	1,29%
Maure	7	2,89%	10	2,66%	17	2,75%
Dogon	5	2,06%	10	3,20%	15	2,43%
Etrangers	4	1,65%	12		16	2,59%
Total	242		375		617	

- Analyse des résultats :

Nous remarquons que les bambaras, malinkés, peuhls, sarakholés représentent les ethnies majoritaires avec prédominance de morbidité chez les femmes peuhls et sarakholés par rapport aux hommes des mêmes ethnies.

- Comparaison :

Avec la population de référence cette comparaison n'est pas possible car le gouvernement du Mali a évité la classification par ethnie dans le recensement général de population de 1987 et à la place de la Répartition par ethnie, le gouvernement a décidé une Répartition par langue parlée et cette Répartition par langue parlée ne répond pas à nos objectifs d'étude car les ethnies se chevauchent dans le parlé d'une langue.

- Avec les malades hospitalisés :

Tableau N°10

	Consultations externes 1989	Malades hospitalisés 1983	Malades hospitalisés 1987 -1988
Bambara	27,71%	35,7%	42,3%
Malinké	21,35%	17,4%	14,1%
Peuhl	16,85%	11,4%	11,4%
Sarakholé	15,72%	15,6%	12,8%
Sourhaï	4,37%	2 %	3,4%
Sénoufo/M	4,37%	1,5%	0,7%
Bobo	1,29%	1,5%	0,7%
Maure	2,75%	2,3%	-
Dogon	2,43%	3 %	2,7%
Etranger	2,59%	-	-
Total			

Le tableau montre que le rameau mandingue, comprenant les bambaras, les malinkés, les sarakholés et les dogons reste majoritaire tant chez les malades hospitalisés que chez les malades ambulatoires.

Au sein du rameau, les bambaras sont nombreux dans les deux cas de figure mais tout étant moindre du côté de la consultation externe.

Les peuhls et les malinkés sont plus nombreux en consultation qu'en hospitalisation.

Les sarakholés ont une fréquence stable tant au niveau des hospitalisations qu'au niveau de la consultation externe.

Interprétation :

L'importance du rameau mandingue peut s'expliquer par des hypothèses telles que :

- L'implantation géographique des services dans la zone de mouvance naturelle de ces ethnies,

- le degré d'ouverture assez large de ces ethnies aux influences extérieures (migration - brassage - instruction),

Quant à la prédominance des patients féminins chez les peuhls et sarakholés et maures, l'hypothèse des vécus socio-culturels propres de ces sociétés peut être une explication.

- Répartition selon le type de profession :

La profession selon le sexe est divisé en 8 catégories :

1- Elèves - étudiants.

2- Les diplômés représentent la catégorie des patients ayant appris un métier par la voie conventionnelle. Ces patients peuvent être des gens produisant actuellement ou sont en chômage.

3- Corps d'armes : c'est la catégorie des patients d'uniforme ou de "tenue" qui regroupent les militaires, les gendarmes, les policiers, les gardes, et les douaniers.

4- Marabouts et étudiants coraniques.

5- La catégorie des commerçants : ce sont des patients qui exercent le commerce sans en obtenir un diplôme conventionnel dans ce domaine.

6- Manuels: c'est la catégorie des ouvriers, des artisans.

7- Agriculteurs : c'est l'ensemble des patients cultivateurs, éleveurs et pêcheurs.

8- "Sans profession" : ce sont des patients dont les activités ne sont pas rémunérées directement et des sans emplois au sens classique du terme.

Tableau N°11

	Sexe féminin		Sexe masculin		Total ensemble	
	Nbre	% total	Nbre	% total	Nbre	%
Elèves et étudiant	34	14,04%	72	19,20%	106	17,17%
Cadres sup et moyens Diplômés	25	10,33%	62	16,59%	87	14,10%
Marabout + étudiants coran.	0	0 %	3	0,80%	3	0,48%
Corps d'armes	1	0,41%	13	3,46%	14	2,26%
Manuels	4	1,65%	71	18,93%	75	12,15%
Agriculteurs	1	0,41%	31	10,13%	39	6,32%
Commerçants	10	4,13%	43	14,46%	53	8,58%
Sans profession	167	69,00%	73	19,46%	240	38,89%
Total	242		375		617	

- Analyse des résultats :

Les "sans professions" représentent un peu moins de 40% des patients dont la majeure partie provient du sexe féminin avec un pourcentage relatif de 69%. Les élèves et étudiants viennent en seconde position avec 17,17%. Les diplômés et manuels sont significatifs avec respectivement 14,10% et 12,15%.

Les professions protégées si on peut le dire ainsi dans ce Mali de 1989 se voient chez les commerçants (8,58%) et 2,26% pour les corps d'armes. Les marabouts et les étudiants coraniques semblent être les moins atteints.

Comparaison :

- Officiellement, il est difficile de comparer ces chiffres à ceux de la population globale car les regroupements professionnels effectués pour la population étudiée diffèrent notablement de ceux qui sont utilisés dans les différentes sources habituellement disponibles.

Néanmoins, dans la littérature internationale sur le Mali on a des chiffres dont la comparaison avec notre étude donne le constat suivant.

- Les agriculteurs et éleveurs représentent 82,4% de la population et le reste des professions se partagent 17,79%. Dans notre étude 6,32% sont les ruraux.

A la vue de ces deux chiffres nous pouvons déduire que les ruraux sont sous-représentés au sein de nos patients.

- Avec les Malades hospitalisés :

	Consultation Externe 1989	Malades Hospitalisés	
	% ensemble	1983 % ensemble	1987-1988 % ensemble
Elèves - Etudiants	17,17%	9 %	5,5%
Diplômés	14,10%	9,5%	7,5%
Corps d'Armes	2,26%	2 %	0 %
Marabouts Elèves coraniques	0,45%	3 %	-
Commerçants	8,58%	9 %	20,3%
Manuels	12,55%	17,1%	10,3%
Agriculteurs Eleveurs	6,32%	17,1%	40,5%
Sans profession	38,89%	33,2%	26 %
Total			

Le tableau montre que les élèves et étudiants et les diplômés sont plus nombreux aux consultations externes.

Les commerçants, manuels et agriculteurs sont nombreux à être hospitalisés.

Les sans professions dont la majeure partie est constituée de ménagère dominant en consultation externe.

Devant cette comparaison des hypothèses peuvent être émises:

- Les intellectuels (élèves, diplômés) viennent précocement au traitement dès les premiers signes de la maladie.

- Les commerçants, manuels, agriculteurs et les marabouts sont tardifs au traitement conventionnel, préférant très souvent le traitement traditionnel et de ce fait le groupe est très souvent porteur de troubles graves.

- Avec les malades de Dakar 1975 - 1979 :

Un parallélisme existe entre notre étude et celle de Dakar par la Répartition par type de profession et selon le sexe;

<u>Homme</u>	Bamako	Dakar
Etudiants	19,20%	20,5%
Diplômés	16,53%	17,1%
Manuels	18,93%	18,0%

Les différences grandes chez les commerçants, les corps d'armes et les sans professions plus nombreux à Bamako qu'à Dakar.

<u>Femme :</u>	Bamako	Dakar
Etudiants	14,04%	6,7%
Diplômés	10,33%	5 %
Sans profession	69,00%	82,7%

Il y a parallélisme par l'ordre d'importance des troubles chez les femmes à Bamako et Dakar c'est à dire que dans les deux cas ce sont les sans professions puis les étudiants et enfin les diplômés.

La différence provient du fait que les étudiants et les diplômés sont plus atteints à Bamako alors que les sans professions le sont plus à Dakar.

L'hypothèse de différence dans cette comparaison peut être la structure propre de chaque pays.

Interprétation des résultats de notre étude :

Les 40% des sans professions ne veut pas dire que 40% de nos patients sont oisifs purs, cela ne serait pas juste. On peut penser que les 40% rendent des services et produisent mais seulement leurs activités ne sont pas rémunérées directement donc ne sont pas prises en compte dans le cadre des activités économiques proprement parlé. Ce résultat de 40% à notre avis ne fait que confirmer le caractère de pays sous-développé du Mali. Nos patients sont à 17,17% des élèves et étudiants. Ce taux est assez élevé et pouvant s'expliquer par l'hypothèse concernant les pressions et les contraintes inhérentes à l'éducation et à la formation.

- Les diplômés et manuels sont significatifs. Ils sont dans la rue et la société semble ne pas avoir besoin d'eux. Ils sont soumis à l'indignation avec un revenu insignifiant, à la désillusion car l'étude et le travail n'ont plus de valeur pour les uns et pour les autres à l'exploitation par les employeurs oppressants et moqueurs.

- Une ébauche de professions protégées de troubles psychiatriques par rapport aux autres couches professionnelles s'identifient. Ce sont les marabouts et étudiants coraniques, les militaires et assimilés et à un moindre degré les commerçants. Devant ce constat, certaines hypothèses peuvent être avancées :

- la formation intrinsèque de ces professions est protectrice des maladies mentales,

- les professionnels de ces métiers ont trouvé moyen de se protéger des facteurs psychogènes frappant le reste de la société,

- ces professions sont la cause des facteurs psychogènes frappant le reste de la société.

En tout cas ces hypothèses méritent d'être approfondies par des études ultérieures et prouvées par des faits palpables.

Répartition des patients selon l'influence de la religion

Selon la religion et le sexe, nous distinguons 4 classes :

- les musulmans
- les chrétiens
- les animistes
- les sans religions : c'est à dire des patients n'ayant aucune affinité religieuse.

Tableau N° L3

	Sexe féminin		Sexe masculin		Total ensemble	
	Nbre	% Total	Nbre	% Total	Nbre	% Total
Musulmans	236	97,52%	362	96,52%	598	96,69%
Chrétiens	6	2,47%	11	2,93%	17	2,75%
Animistes	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Sans reliq.	0	0 %	2	0,53%	2	0,32%
Total	242		375		617	

Analyse des résultats :

Cette Répartition selon l'influence religieuse confirme la supériorité numérique écrasante dans la population malienne des musulmans.

Le tableau montre en effet que 96,65% de nos patients sont plus ou moins imprégnés de l'islam contre 2,75% seulement pour les chrétiens.

Comparaisons :

- Avec la population de référence :

La population de référence du Mali est imprégnée de la culture arabo-musulmane à plus de 90% alors que dans notre étude, nous trouvons 96,69% de musulmans. Les deux résultats peuvent être considérés comme étant parallèles.

- Avec les malades hospitalisés :

Tableau N°14

	Consultation Externe 1989	Malades Hospitalisés 1983	Malades Hospitalisés 1987 - 1988
Musulmans	96,69%	92%	97,4%
Chrétiens	2,75%	4%	9,0%
Animistes	0 %	0%	0 %
Sans relig.	0,32%	4%	0 %
Total		100%	100 %

Le tableau montre un parallélisme dans l'ordre d'importance des différentes cultes religieuses parmi nos patients ambulatoires et hospitalisés. La religion musulmane ayant une suprématie écrasante et presque stable des deux côtés. la religion chrétienne venant en 2^e position.

Les animistes et sans religion ayant tendance à disparaître au fil des ans.

Interprétation des résultats de notre étude :

Dans ces résultats, une certaine logique peut ressortir quant on sait la tendance religieuse de la population malienne. Mais une hypothèse sur une influence morbide de l'islam qui est la religion dominante reste à prouver et même si cela existe, nous pensons qu'elle sera du côté de la difficulté de synthèse par l'individu des différentes cultures arabo-musulmane, occidentale et autochtone propre.

Dans tous les cas, nous avons constaté par le tableau N°11 que les intégristes musulmans sont les moins atteints par les troubles mentaux ou ne viennent pas beaucoup à nous.

- Répartition selon le domicile :

Dans cette Répartition selon le domicile habituel, nous nous sommes basés sur le modèle de découpage administratif de la République du Mali en sept régions et cela en 1989. A ces sept régions, il faut ajouter un district autonome aussi important que chacune des régions même sinon plus :

1. Patients domiciliés à Kayes
2. Patients domiciliés à Koulikoro
3. Patients domiciliés à Sikasso
4. Patients domiciliés à Ségou
5. Patients domiciliés à Mopti
6. Patients domiciliés à Gao
7. Patients domiciliés à Tombouctou
8. Patients domiciliés au District de Bamako

Tableau N°14

	Sexe féminin		Sexe masculin		Total ensemble	
	Nbre	% Total	Nbre	% Total	Nbre	% Total
Kayes	7	2,89%	14	3,73%	21	3,40%
Koulikoro	15	6,19%	30	8,00%	45	7,29%
Sikasso	1	0,41%	8	2,93%	9	1,45%
Ségou	6	2,47%	16	4,26%	22	3,56%
Mopti	2	0,82%	6	1,6 %	8	1,20%
Gao	1	0,41%	2	0,53%	3	0,48%
Tombouctou	1	0,41%	1	0,26%	2	0,32%
Bamako D	209	86,36%	298	79,46%	507	82,17%
Total	242		375		617	

Analyse des résultats :

Le tableau montre que le district de Bamako abrite à lui seul 82,17 % de patients, ensuite vient la région de Koulikoro avec 7,29 % . Le reste des régions se partage la petite minorité des patients avec 3,52 % pour la région de Ségou, 3,40 % région de Kayes.

Les pourcentages les plus faibles sont pour les régions du nord du pays (Mopti, Gao, Tombouctou) qui sont par ailleurs assez éloignés de nos services de soins psychiatriques.

Comparaisons des données :- Avec la population de référence :

Tableau N°15

	Consultation Externe 1989	Répartition de la Population de référence
Kayes	3,40 %	34,5 %
Koulikoro	7,29 %	6,1 %
Sikasso	1,45 %	8,6 %
Ségou	3,56 %	5,2 %
Mopti	1,29 %	4,9 %
Gao	0,48 %	9 %
Tombouctou	0,32 %	2 %
Bamako - D	82,17 %	11 %
Total	99,96 %	81,3 %

Remarque : Les 81,3 % de la population résident effectivement dans le pays et sont donc en principe couverts par nos soins de santé psychiatrique. Les 18,7 % de la population malienne résident en plein temps à l'étranger et ont donc la possibilité de se faire consulter dans les différents pays d'accueil.

Le District de Bamako et la région de Koulikoro avec 17,1 % de la population de référence abritent les 90,46 % de nos patients. Devant ce phénomène, l'hypothèse la plus possible est l'accessibilité géographique.

Avec les malades hospitalisés :
Tableau N°16

	Consultation Externe 1989	Malades Hospitalisés	
		1983	1987 - 1988
Kayes	3,40 %	5 %	11,9 %
Koulikoro	7,29 %	14,2 %	56,6 %
Sikasso	1,45 %	4,5 %	13,3 %
Ségou	3,56 %	5,5 %	4,9 %
Mopti	1,29 %	4,5 %	7,7 %
Gao	0,48 %	0 %	1,4 %
Tombouctou	0,32 %	0,5 %	2,8 %
Bamako - D	82,17 %	65,8 %	1,4 %
Total		100 %	100 %

Ce tableau N°16 montre dans un but comparatif une divergence entre les deux études précédant la notre. Cette divergence proviendrait sûrement de la manière d'aborder la notion de domicile habituel et nous pensons que les travaux d'Awande semblent plus justes.

les consultants externes sont très nombreux à Bamako alors que les hospitalisés sont des régionaux avec une nuance pour la région de Koulikoro très proche du District de Bamako.

Dans tous les cas l'accessibilité géographique semble être un facteur déterminant dans la fréquentation de nos services.

Interprétation des résultats de nos études :

Le District de Bamako et la région de Koulikoro abritent plus des 90 % de nos patients alors que ce territoire géographique ne fait que les 7,70 % du territoire national.

L'hypothèse de l'accessibilité géographique est primordiale pour plusieurs raisons :

- l'étendue du territoire avec insuffisance des moyens de communication,
- persévérance des personnels médicaux régionaux pour résoudre les maladies psychiatriques susceptible d'être suivies en ambulatoire,
- La persistance des méthodes thérapeutiques traditionnelles en dehors de la capitale.

Bilan clinique

La recherche des symptômes des maladies mentales faisant l'objet en général d'un suivi en externe nous a posé beaucoup de problèmes et cela pour plusieurs raisons.

1- La nature rétrospective de l'étude ne nous ayant pas permis de soumettre un questionnaire adapté à l'objectif.

2- La nature relativement bénigne des malades et assez vite compréhensible par le médecin qui ne voit pas très souvent la nécessité de noter l'intégralité des propos des patients sur la fiche médicale.

3- Le temps quelque fois limité lors des consultations surtout quant on sait l'envahissement du service pendant les jours de consultations et ne permettant pas une enquête très poussée des médecins et même de détailler dans la notification certains signes ou symptômes.

Aussi cela nous amène à soumettre deux données dans cette répartition.

1- Un constat commun à tous les médecins sur la présentation des patients soumis à un suivi externe, se résume en cette seule phase.

"Patient calme et tenue corporo-vestimentaire correcte"

A notre avis cette appréciation fut d'un poids certain dans la destinée de suivi de nos patients.

2- Les signes ou symptômes détectés par le médecin ou par le malade et son entourage.

Les signes sont regroupés en symptômes et surtout nous regrettons de n'avoir pas pu faire une étude détaillée de chaque signe et uniquement du fait des raisons sus-citées. Néanmoins une classification symptomatologique mentale dont l'ossature est empruntée aux travaux d'Ewande et de B Coulibaly à permis d'exposer quelques signes prédominants chez nos patients tout en acceptant que ces symptômes peuvent faire l'objet de regroupement ou d'éclatement possible.

Cette classification nous a permis de tirer une certaine conclusion statistique chiffrée.

a- Troubles somatiques à type de plantes somatiques

- 1- Céphalées
- 2- Algies diverses
- 3- Asthénie
- 4- Fièvre
- 5- Autres

b- Troubles du comportement

- 1- Phobies - obsessions
- 2- Négativisme - Mutisme
- 3- Agressivité verbale

c- Troubles instinctuels

Troubles du sommeil à type d'insomnie et de difficulté d'endormissement.

d- Troubles de la pensée

Les troubles du langage à type de Logorrhée, de Soliloquie
Les idées délirantes de persécution et de jalousie

e- Troubles de la perception

1- Hallucinations - Illusions

Les mauvaises pensées

Les manifestations confuso-onoriques

f- Troubles de l'humeur

Avec pleurs, découragement, dégoût

L'hypomanie théâtralisme, rires et pleurs immotivés.

g- Troubles des conduites sociales

h- Troubles de la conscience

I Répartition des patients selon les facteurs de risque

Nous avons retenu comme facteur de risque ou facteurs adjuvants de la maladie mentale quelques facteurs qui sont :

1- Notion de toxicomanies

2- Migration

3- Décès ou perte d'un être cher

4- Difficultés relationnelles et affectives

5- Difficultés matérielles, financières

6- Difficultés somatiques avec maladie organique réelle

7- Sans cause apparente

Tableau

	Sexe féminin		Sexe masculin		Total ensemble	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Notion de Toxicomanie	2	0,82	29	7,73	31	5,02
Migration	7	0,02	36	9,60	43	6,96
Décès	17	7,02	7	1,86	24	3,88
Difficultés relationnelles & affectées	70	28,92	62	16,53	132	21,33
Difficultés matérielles & financières	15	6,19	53	14,18	68	11,02
Difficultés somatiques avec maladies organiques réelles	87	35,95	100	23,20	187	30,30
Sans cause apparente	65	26,85	112	29,86	167	27,06

Analyse des résultats

- Le tableau fait ressortir que 30,30% de nos patients et surtout de sexe féminin souffrent d'une maladie somatique ou organique associée.

- Chez 27,06% de nos patients, nous n'avons pas pu retrouver aucune cause déclenchante ou favorisante.

- Les difficultés relationnelles ou affectives ont provoqué l'état morbide de 21,39% de nos patients avec une prédominance chez les femmes avec 28,52%.

- 14,13% des patients de sexe masculin se plaignent de difficultés existentielles (matérielles et financières) alors que les femmes ne sont que 6,19%. Globalement les problèmes économiques et financières ont induit la décompensation de 11,02% de nos patients.

- La perte d'un être cher est évoquée par 7,02% des femmes alors que le phénomène migratoire et l'aventure ont contribué à l'écllosion des troubles mentaux chez 9,60% des hommes.

- Les toxicomanes, comprenant l'utilisation de stupéfiants, du tabac ordinaire et de l'alcool, est presque un phénomène masculin avec 7,73% des hommes.

Interprétation

Les Maladies médicales ou chirurgicales réelles sont à l'origine de l'écllosion d'un trouble mental chez 30,30% de nos patients. Dans cette catégorie, ce sont les femmes qui souffrent plus avec une fréquence relative de 35,98%. Ce chiffre est élevé mais assez compréhensible pour plusieurs raisons:

1- La situation de l'hôpital du Point G qui est un carrefour médical et de ce fait nos collègues avisés demandent très souvent notre avis sur les cas qui semblaient de prime abord purement organique mais qui reveleraient plus tard des notes psychiatriques.

2- Certaines maladies organiques aiguës ou chroniques nécessitent une prise en charge médicale, chirurgicale et psychologique.

- Nous n'avons pas pu déceler une cause déclenchante chez 27,06% de patients.

Les facteurs déprimants (difficultés relationnelles et matérielles) atteignent près de 40% de nos patients. L'explication de ce chiffre provient de l'état de suivi externe des malades eux même car ces facteurs adjuvants constituent la routine inévitable de la vie quotidienne et n'occasionnant que des troubles relativement mineures et ne provoquant qu'exceptionnellement une impotence fonctionnelle totale donc peu d'hospitalisation.

- Les facteurs psychogènes de la migration et de l'aventure n'atteignent que 6,96% de nos patients. Ce chiffre est assez modeste quant on sait la tendance migratoire du peuple malien avec 18,7% de la population de référence vivant à l'étranger.

Répartition selon les grands symptômes par rapport au nombre de malades

Tableau

	Sexe féminin		Sexe masculin		Total ensemble	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Troubles Somatiques	77	33,95	78	20,8	155	25,12
Troubles du comportement d'origines	127	52,69	126	33,6	253	41,0
Troubles instinctuels	46	19,08	64	17,06	110	17,82
Troubles de pensée	19	7,88	23	6,13	42	6,80
Troubles de la perception	33	13,69	46	12,26	79	12,80
Troubles d'humeur	25	10,37	39	10,4	44	10,37
Troubles des conduites sociales	3	1,24	18	4,8	21	3,40
Troubles de la conscience	8	3,31	6	1,6	14	2,26
Total						

Analyse des résultats

Le tableau montre que les troubles du comportement d'origines diverses touchent 41% de nos patients avec un prédominance d'attente féminine de 52,69% alors que les hommes n'en souffrent qu'à 33,6%. Les troubles somatiques sont décrits chez 25,12% de patients dont la majorité se trouve du côté des femmes 31,95% contre 20,8% des hommes. Les troubles instinctuels à type uniquement d'insomnie et de difficultés d'endormissement ont été signalés chez 17,82% des patients et ici aussi les femmes en souffrent plus avec 19,08% et 17,06% pour les hommes. Les troubles de la perception atteignent 12,80% de nos patients avec une légère prédominance chez le sexe féminin 13,69% contre 12,26% au sexe masculin. Les troubles de l'humeur constituent une symptomatologie significative chez nos patients avec 10,37% et il semble qu'il y'en a autant chez les femmes que les hommes. Les troubles de la pensée, de la conduite sociale, de la conscience sont relativement faibles et se voient respectivement chez 6,80%, 3,40% et 2,26% des patients avec une prédominance des troubles de la pensée et de la conscience chez le sexe féminin tandis que les troubles de conduite sociale prédominent chez le sexe masculin.

Interprétation

Il ressort de l'analyse des résultats du tableau N° que 4 grandes symptomatologies s'identifient chez nos patients externes.

Les 4 symptomatologies qui sont les troubles de comportement, instinctuels somatiques et des perceptions.

Les 4 symptomatologies prédominent toutes chez le sexe féminin et démontrent par la même occasion que même dans leur association pour former des tableaux cliniques et diagnostics, peuvent être suivies en ambulatoire car ne nécessitant pas forcément une surveillance serrée et ne présentant pas un grand danger pour la société et l'individu malade.

Les 3 autres symptomatologies qui sont les troubles de la pensée, des conduites sociales et de la conscience représentent moins de 15% de nos patients bien que ces tableaux cliniques peuvent évoquer ou évoluer vers des diagnostics psycho-mentaux graves et sentant très dangereuses pour l'individu. Nous avons constaté dans l'étude que les toxicomanes, la logorrhée et l'errance prédominent dans ces 3 symptomatologies donc des signes susceptibles d'être très bien gérés en externe avec une bonne volonté de l'entourage des patients.

Troubles somatiques à type de plante

- 1- Céphalées, Algies diverses, Fièvres, Autres.
- 2- Asthénies.

Tableau

	Sexe féminin		Sexe masculin		Total ensemble	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Céphalée, Algies diverses, Fièvres	66	85,71	68		134	86,45
Asthénies	11	14,28	10		21	13,54
Total	77		78		155	

Analyse des résultats

Les plaintes somatiques se manifestent à 86,45% par la trilogie "Céphalées - Algies diverses - Fièvres".

L'Asthénie ne représente que 13,54% des plaintes somatiques surtout chez le sexe féminin 14,28%.

Interprétation

Les plaintes somatiques peuvent se résumer avec cette seule trilogie. Son importance n'a pas beaucoup de signification en elle-même car toute modification biologique ou psychique peut donner lieu à cette trilogie.

L'Asthénie semble être un phénomène de femmes, l'hypothèse à retenir dans ce signe peut-être:

- 1- Constitution physique plus fragile des femmes.
- 2- La prédominance féminine dans les troubles mentaux provoquant une asthénie.

Troubles du comportement d'origine diverses

- 1- Phobies - Obsessions
- 2- Négativisme - Mutisme
- 3- Agressivité surtout verbale

Tableau

	Sexe féminin		Sexe masculin		Total ensemble	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Phobie Obsession	70	55,11	40	31,74	110	43,47
Négativisme Mutisme	44	34,64	66	52,38	110	43,47
Agressivité (verbale)	13	10,23	20	15,81	33	13,04
Total	127		126		253	

Analyse des résultats

Le symptôme "Anxiété - Phobies - Obsessions" représentent 43,37% des troubles du comportement retrouvent chez nos patients avec une prédominance chez le sexe féminin 55,11% contre 31,74%.

-Le Négativisme et le Mutisme ont aussi une fréquence de 43,47%, mais se retrouvent plus chez le sexe masculin 52,38% que chez le sexe féminin 34,64%.

-Les troubles du comportement se manifestant par une agressivité verbale dans 13,04% des cas surtout chez les hommes 15,81% contre 10,93% des femmes.

Interprétation

Les signes constituent pour l'être normal la porte d'entrée dans le domaine des troubles mentaux. Le malade les ressent comme pénibles mais surtout comme absurdes donc remettant toujours à plus tard une consultation médicale surtout lorsqu'il existe un contexte familial ou un terrain psychopathologique favorisant les conduites caractérielles et plus précisément l'agressivité verbale peut-être considérée comme un corollaire de deux autres signes mais survenant de façon sélective selon le terrain psychopathologique.

Troubles de la pensée

Nous avons retenu 2 catégories:

- 1- Troubles du langage à type de logorrhée et de soliloquie
- 2- Idées délirantes de persécution et de jalousie

Tableau

	Sexe féminin		Sexe masculin		Total ensemble	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Les troubles du langage	9	47,36	13	56,52	22	52,38
Idées délirantes	10	52,63	10	43,47	20	47,61
Total	19		23		42	

Analyse des résultats

Le tableau N° montre que 52,38% des troubles de la pensée à la consultation externe sont faits de trouble de langage à type de logorrhée et de soliloquie contre 47,61% d'idées délirantes de persécution et de jalousie. Parmi les troubles de la pensée, nous avons constaté que les troubles du langage sont plus fréquents chez le sexe masculin 56,52% alors que les idées délirantes de persécution et de jalousie le sont plus chez le sexe féminin.

Interprétation

La tendance masculine à la logorrhée et la soliloquie dans les troubles de la pensée peut découler de la difficulté pour les hommes de supporter les contradictions surtout qui finissent par s'extérioriser sous forme de trouble du langage. Les idées délirantes de jalousie et de persécution sont nombreuses chez les femmes 52,63% contre 43,47% des hommes.

Troubles de la perception

La division se fait en 3 catégories:

- 1- Hallucinations - Illusions
- 2- Etats Oniroïdes
- 3- Mauvaise pensées

Tableau

	Sexe féminin		Sexe masculin		Total ensemble	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Hallucinations Illusions	15	45,45	18	39,13	33	41,77
Etats Oniroïde	13	39,39	18	39,13	31	39,24
Mauvaises pensées	5	15,15	10	21,73	15	18,98
Total	33		46		79	

Analyse des résultats

Les hallucinations et illusions diverses représentent 41,77% des troubles de la perception et les femmes en sont plus sujettes 45,45% que les hommes 39,13%.

Les états oniroïdes représentent 39,94% des troubles de la perception et les 2 sexes semblent en être atteints de la même manière.

Les mauvaises pensées à type d'automatisme mental représentent 18,98% des troubles de la perception avec une prédominance masculine de 21,73% et 15,15% des femmes.

Interprétation

-L'importance de l'hallucination et illusions peuvent être due à la variété de leurs manifestations (visuelles, auditives, gustatives, cénesthésiques).

-Les états oniroïdes parmi lesquels nous avons classé les hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques sont également importants et sont généralement les producteurs des thèmes délirants de nos malades.

-Les mauvaises pensées à type d'automatisme mental frappent plus les hommes que les femmes, l'hypothèse qui en découle peut-être que les hommes supportent mal la contrariété et les échecs de la vie.

Troubles de l'humeur

La répartition se fait en 2 catégories qui sont:

- 1- Humeur dépressive avec pleurs, découragement, dégoût
- 2- humeur hypomaniaque avec théâtralisme, rires et pleurs immotivés.

Tableau

	Sexe féminin		Sexe masculin		Total ensemble	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Humeur dépressive	18	72	16	41,03	34	53,13
Humeur hypomaniaque	7	28	23	58,97	30	46,87
Total	25	100	39	100	64	100

Analyse des résultats

53,12% des troubles de l'humeur se manifestent chez nos patients sous forme d'humeur dépressive avec pleurs, découragement, dégoûts de la vie et surtout chez le sexe féminin 72% contre 41,03% des hommes.

L'hypomanie avec 46,87% de troubles de l'humeur est plus fréquente chez le sexe masculin 58,37% contre 28% de sexe féminin.

Interprétation

L'humeur dépressive dominante évoque certainement chez nos patients externes une tendance au diagnostics clinique d'état anxio-dépressif quelque soit l'origine et surtout chez le sexe féminin.

L'hypomanie n'est pas importante chez femmes mais chez les hommes qui arrivent difficilement à dominer leurs instincts naturels de passer à l'action.

Troubles des conduites sociales (T.C.S)

1- Tentative d'autolyse

2- Toxicomanie comprenant le tabagisme, l'alcoolisme et les stupéfiants

Tableau

	Sexe féminin		Sexe masculin		Total ensemble	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Tentative d'autolyse	3	100	3	16,66	6	28,57
Toxicomanie	0	0	15	83,34	15	71,43
Total	3	100	18	100	21	100

Analyse des résultats

La toxicomanie est la plus importante avec 71,42% des troubles des conduites sociales et surtout est l'apanage exclusif de nos patients masculins. Les tentatives d'autolyse ont constitué 28,57% des T.C.S et les patients femmes n'ont présenté que cela alors que les hommes ne sont touchés qu'à 16,66%.

Interprétation

L'importance de la toxicomanie est justifiable par le nombre élevé des hommes dont la supériorité peut-être due à un phénomène culturel de notre pays

L'effectif des tentatives de suicide étant relativement faible, une interprétation du phénomène s'avère difficile.

Répartition des patients selon le diagnostic d'entrée et par sexe

Nous avons retenu 12 catégories de diagnostic d'entrée:

- 1- Névrose
- 2- Toxicomanies Maladies
- 3- Etats anxio-depressifs
- 4- Etats maniaques
- 5- Bouffées délirantes
- 6- Psychose puerpérale
- 7- Confusion mentale
- 8- Epilepsie
- 9- Psychose chronique hallucination
- 10- Troubles du comportement d'origine psychotique
- 11- Schizophrénie
- 12- Autres maladies qui n'ont rien à voir avec un problème mental.

Tableau N° 27

	Sexe féminin		Sexe masculin		Total ensemble	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Névrose	3	1,23	13	3,46	16	2,59
Toxicomanies	2	0,82	19	5,06	21	3,40
Etats anxio-depres	40	57,85	130	34,66	270	43,76
Etats maniaques	10	4,18	8	2,13	18	2,95
Bouffées délirantes	7	2,89	25	6,66	32	5,18
Psychose puerpérale	0	0	0	0	0	0
Confusion mentale	3	1,23	12	3,2	15	2,43
Epilepsie	22	9,09	30	8	52	8,42
Psychose chronique hallucinatoire	13	5,37	45	12	58	9,40
Troubles du comportement psychotique	17	7,02	50	13,33	67	10,85
Schizophrénie	3	1,23	10	2,66	3	2,10
Autre maladie	22	9,09	33	8,8	55	8,91

Analyse des résultats

Le tableau montre que 43,76% des patients présentent un état anxio-dépressif non différencié avec une prédominance féminine de 57,85% contre 34,64% d'hommes.

Les troubles du comportement d'origine psychotique touchent 10,85% des patients externes avec une atteinte de 13,33% chez les hommes contre 7,02% des femmes.

Une psychose au long cours se voit chez 9,40% des patients avec une majorité écrasante d'homme 12% contre 5,37%.

L'épilepsie a été retrouvée chez 8,42% des patients externes et le sexe féminin semble un peu plus touché que le sexe masculin.

Les bouffées délirantes ont été détectées chez 5,18% des patients avec une majorité de 6,66% contre 2,89% de femme.

Les toxicomanies maladies frappent 3,10% des patients externes et semblent être l'apanage exclusif du sexe masculin.

Les états maniaques, la Névrose et la schizophrénie tous constitués ne se voient que chez 2,91%; 2,59% et 2,10% des patients externes alors que le sexe féminin prédomine chez les maniaques et le sexe masculin l'est chez les névrotiques, les maniaques et les schizophréniques.

Les autres maladies non psychiatriques touchent 8,91% de nos sujets externes.

Interprétation

Le pourcentage assez élevé des sujets présentant un état anxio-dépressif (43,76%) peut se comprendre par plusieurs hypothèses qui sont les suivantes:

- Le degré mineur du trouble le faisant suivre en externe surtout si le versant anxiété prédomine.

- Les non différenciations de la nature névrotique ou psychotique de l'état anxio-dépressif qui d'ailleurs n'a beaucoup d'intérêts que sur le plan psychothérapeutique.

Le sexe féminin étant le plus touché par le trouble, on peut suspecter les conditions socio-culturelles et économiques faites de privations, de frustrations et même d'humiliation dont elles sont l'objet dans notre pays.

- Globalement on peut évoquer les mutations économiques et socio-culturelles défavorables des années 1980 dans notre société surtout des villes.

Les psychoses aiguës ou subaiguës comme les états maniaques, les bouffées délirantes, la confusion mentale, les troubles du comportement représentent 23,47% des patients. Si ces cas aiguës spectaculaires et bruyants nécessitant très souvent un temps d'hospitalisation, ils se caractérisent aussi par une résolution rapide pour permettre un suivi externe régulier.

Les schizophrènes et les patients psychotiques à long cours ou chroniques sont peu nombreux avec 9,40% des patients externes. Ce taux faible peut donner lieu à des hypothèses suivantes:

- Une hospitalisation massive et de longue durée de ces patients,

- La non fréquentation du service par ces patients qui préfèrent s'adresser aux tradi-praticiens ou tout simplement errer dans les villes.

La toxicomanie maladie évoquée chez 3,40% des patients avec une prédominance masculine nette de 5,06% est très faible parmi nos patients du fait de la proscription socio-religieuse absolue de l'alcool et des stupéfiants et un tabagisme relativement mineur.

Les états névrotiques constitués ne font que 2,59% des patients externes, bien que nous pensons que ce pourcentage pourrait être un peu plus élevé si l'enquête médicale avait été un peu plus poussée, nous sommes tentés d'émettre l'hypothèse suivante:

- L'éducation socio-culturelle intrinsèque malienne serait-elle anti-névrotique?

Dans le cas d'une réponse négative, le sexe masculin semble être un terrain favorisant.

La psychose puerpérale n'a pas été retrouvée en consultation externe et cela ne nous surprend pas beaucoup étant donné que c'est une maladie très rare et même en hospitalisation et surtout quand on sait la pudeur culturelle des femmes maliennes à aborder des problèmes de cette nature avec d'autres personnes que des familiers (Sage femme - Matrone - Mère - Grand mère - Vieilles femmes) qui d'ailleurs font à la matière un travail psychothérapeutique satisfaisant.

Une autre maladie qu'une spécialité psychiatrique a été retrouvée chez 8,91% de nos patients qui selon nous, seraient des patients "égarés" ayant penser que le service est un centre médical ordinaire, ou encore des patients ayant une attache particulière avec le personnel médical du service et venant en conséquence se faire consulter sans autre forme de considération.

Bilan thérapeutique de notre étude

Dans cette étude, nous nous sommes intéressés surtout à la thérapeutique médicamenteuse. Cet intérêt pour la psychopharmacologie conventionnelle ne veut pas dire surtout que la psychothérapie qui représente la base, l'essentiel du traitement en psychiatrie est oubliée ou négligée dans le service psychiatrique de l'hôpital du point G et d'ailleurs nous tenons à souligner notre attachement à cette citation de Ey. H "La psychiatrie a trouvée son vrai visage le jour où l'essentiel de la thérapeutique psychiatrique s'est imposé sous forme de techniques psychothérapeutiques et cela est et reste vrai quels que soient l'importance et l'intérêt des méthodes biologiques. L'essence même de la psychiatrie, sa raison d'être, l'originalité de sa position dans le cadre des sciences médicales, la spécificité de ses méthodes. C'est en effet l'acte par lequel, l'esprit vient au secours de l'esprit dans une rencontre salutaire de compréhension et de restauration".

En effet, la psychothérapie est utilisée surtout pour les malades hospitalisés par le groupe hebdomadaire et lors du kotéba.

une psychothérapie individuelle est quelque fois envisagée par le psychologue et les Médecins quant à eux mènent de longs entretiens et cela lors des séances de contrôle des malades ambulatoires.

Dans notre étude ce domaine, nous a semblé difficile à appréhender sur le plan statistique car, il répondra plus et mieux à une étude prospective qu'à une étude rétrospective ne bénéficiant pas d'aucune référence adaptée au préalable au sujet.

C'est dans cette optique que, nous avons travaillé sur la prescription médicamenteuse en tenant compte des classifications par lesquelles nous espérons ressortir des éléments opérationnels sur les patients.

Repartition des patients selon les grands groupes thérapeutiques
Les patients selon le sexe sont repartis en fonction de leur lère prescription médicamenteuse en 15 grands groupes thérapeutiques.

1-	Patients ayant reçu pour lère prescription A (Anxiolytique)
2-	" " " " " " " " " " " " AD (Anti-dépresseurs)
3-	" " " " " " " " " " " " N (Neuroleptique)
4-	" " " " " " " " " " " " H (Hypnotiques)
5-	" " " " " " " " " " " " L'association (A+AD)
6-	" " " " " " " " " " " " (A+N)
7-	" " " " " " " " " " " " (A+H)
8-	" " " " " " " " " " " " (AD+N)
9-	" " " " " " " " " " " " (N+A)
10-	" " " " " " " " " " " " (AD+H)
11-	" " " " " " " " " " " " (AD+N+H)
12-	" " " " " " " " " " " " (AO+N+H)
13-	" " " " " " " " " " " " (A+AD+N)
14-	" " " " " " " " " " " " (AD+A+N)
15-	" " " " " " " " " " " " Autres Médicaments

Tableau N°28

	Sexe féminin		Sexe masculin		Total ensemble	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
A	15	17,35%	60	16,00%	102	16,53%
AD	15	6,19%	12	3,20%	27	4,87%
N	36	14,87%	90	24,00%	126	20,42%
H	15	6,19%	30	8,00%	45	7,29%
A+AD	33	13,63%	22	5,86%	55	8,71%
A+N	10	4,13%	11	2,93%	21	3,40%
A+H	11	4,54%	24	6,40%	35	5,67%
AD+N	7	2,89%	21	5,60%	28	4,53%
N+H	7	2,89%	22	5,80%	29	4,70%
AD+H	6	2,47%	7	1,86%	13	2,10%
AD+N+H	0	0 %	5	1,33%	5	0,80%
A+N+H	2	0,82%	1	0,26%	3	0,40%
A+AD+H	32	13,49%	37	9,86%	69	11,18%
AD+A+N	3	1,23%	10	2,66%	13	2,10%
Autres Médicaments	23	9,50%	23	6,13%	46	7,41%
Total	242		375		617	

Répartition des patients selon la technique globale de prescription :

- 1- Monochimiothérapie
- 2- Polychimiothérapie à 2 médicaments
- 3- Polychimiothérapie à 3 médicaments
- 4- Autres médicaments que celle de la psychopharmacologie.

Tableau N°29

	Sexe féminin		Sexe masculin		Total ensemble	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Monochimiothérapie	108	44,6 %	192	51,20%	300	48,61%
Polychimiothérapie à 3 médicaments	74	30,55%	107	28,51%	14	29,31%
Polychimiothérapie à 3 médicaments	37	15,87%	53	14,10%	90	14,48%
Autres médicaments	23	9,50%	23	6,13%	46	7,41%
Total	242		375		617	

Analyse des résultats :

1- Monochimiothérapie :

- Les neuroleptiques sont les plus prescrits 20,42 % des patients et surtout du sexe masculin 24 % contre 14,87 % de sexe féminin.

- Les anxiolytiques ou tranquillisants viennent en seconde position 16,53 % des prescriptions avec une légère prédominance féminine de 17,35 % contre 16,00 % de sexe masculin.

- Les hypnotiques en monothérapie se voit chez 7,29 % des patients et les hommes sont prédominants.

- Les anti-dépresseurs sont les moins prescrits en monothérapie avec 4,37 % des patients surtout de sexe féminin.

Globalement, la monothérapie médicamenteuse représente 46,61 % des prescriptions et elle prédomine chez le sexe masculin 51,20 % contre 44,60 % du sexe féminin.

2- Polychimiothérapie à 2 médicaments :

L'association d'un tranquillisant et d'un antidépresseur est la plus importante avec 8,91 % des prescriptions dont une majorité relative de femmes 13,63 % contre 5,16 % seulement des hommes, les autres associations à 2 médicaments telles que (A+N), (AD+H), (A+H), (AD+N), (N+D) se voient respectivement chez 3,40 %, 2,10 %, 5,67 %, 4,53 %, 4,70 % des patients avec une prédominance féminine pour les deux premiers et une prédominance masculine des 3 dernières associations. Cette polychimiothérapie à 2 médicaments représente 29,31 % des prescriptions.

3- Polychimiothérapie à 3 médicaments :

L'association anxiolytique, antidépresseur, hypnotique est la plus importante dans ce cas 11,18 % des prescriptions avec une prédominance féminine de 13,22 % contre 9,86 % masculin.

Les autres associations à 3 médicaments comme (AD+A+N), (A+N+H) sont insignifiantes à 2,10 %, 0,80 % et 0,40 % des prescriptions.

- Le pourcentage estimatif est de 15,10 % de prescriptions.
- Les autres médications se retrouvent chez 7,41 % des patients et surtout de sexe féminin.

Interprétations :

L'importance de la monochimiothérapie dans la 1ère intention thérapeutique révèle d'une logique toute simple qui consiste à un test thérapeutique prudent lors d'une 1ère consultation à cela s'ajoute l'hypothèse du symptôme cible.

La polychimiothérapie ayant 2 volets

- Une 1ère polychimiothérapie à 2 médicaments, la plus importante son utilisation provient surtout d'associations symptomatologiques cibles qui très souvent sont polymorphes comme dans les états anxio-dépressifs mineurs qui d'ailleurs prédominent en consultation externe et nécessitent des associations telles que (AD+A), (A+H), (AD+H) etc...

- Une polychimiothérapie à 3 médicaments est relativement peu nombreuse dans nos prescriptions car pas nécessaire souvent en 1ère consultation et même si on devait la prescrire, elle serait pour des cas constitués et même chroniques, si non, cette technique est l'apanage de l'hospitalisation.

Répartition de la population selon la classification de DELAY et selon le nombre de patients par sexe :

- 1- Psycholeptique
- 2- Psychoanaleptique
- 3- Psychodysleptique

Tableau N°30

	Sexe féminin		Sexe masculin		Total ensemble	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Psycholeptique	204	84,29	340	90,66	544	88,16
Psychoanaleptique	96	39,66	114	30,40	40	34,03
Psychodysleptique	0	0	0	0	0	0
Total						

Analyse des résultats :

Un psycholeptique se trouve sur 88,16 % des ordonnances dont 90,66 % des prescriptions d'hommes contre 84,29 % des femmes.

Un psychoanaleptique est prescrit chez 34,03 % des patients avec une prédominance féminine de 39,66 % contre 30,4 % des prescriptions masculins.

Les psychodysleptiques n'ont pas été retrouvés dans la prescription de nos patients externes.

Interprétations :

La prédominance des psycholeptiques s'expliquent par le fait de leur action qui consiste à la diminution globale de l'activité mentale sans préjuger du mécanisme du point d'impact de l'importance de cette diminution.

- L'éventail très important des psycholeptiques comprenant les neuroleptiques, les tranquillisants et les hypnotiques.

Les psychoanaleptiques sont importants et constituent uniquement d'antidépresseurs surtout de la famille des thymoanaleptiques. Les thymérotiques sont très peu employés et cela à cause de leurs risques.

Les anti-dépresseurs sont prescrits surtout chez les femmes du fait de la présence d'états anxio-dépressifs nombreux chez cette catégorie.

Le grand sous-groupe des psychoanaleptiques a sûrement de beaux jours devant lui dans notre pays pour 2 raisons :

L'exode rurale massive de nos populations des campagnes, facteur très favorisant des états anxio-dépressifs.

Le développement assez inquiétant dans notre pays de l'auto-médication surtout portée sur les noa-analeptiques chez les scolaires et les psychostimulants chez les grands professionnels ou des gens en mal à des sensations fortes.

Les psychodysléptiques ne sont pas prescrits en consultation externe et cela par mesure de prudence car c'est bien leur usage immodéré en d'autres lieux ou endroits qui est à l'origine du fait que la drogue est devenue le fléau mondial que le monde entier connaît aujourd'hui.

Les produits utilisés par spécialités pharmaceutiques :

A Les psycholeptiques :

1 Les neuroleptiques :

Ce sont parmi les plus importants des médicaments psychotropes tant sur le plan théorique (ils ont été le primum movens de la notion de psychotropes) que sur le plan de l'action et des résultats thérapeutiques.

Dans notre étude on le retrouve sur 36,35 % des ordonnances parmi ces neuroleptiques, nous avons choisi d'étudier 4 spécialités pharmaceutiques.

a) Haldol : des laboratoires Janssen et connu en dénomination commune internationale (DCI) sous le nom d'halopéridol. Selon la classification de Lambert, l'Haldol est un neuroleptique majeur ou incisif exerçant en faible posologie une action anxiolytique.

L'haldol est prescrit chez les malades externes sous les formes galéniques de solution buvable ou en comprimés par voie orale. La voie parentérale est réservée aux cas sévères de l'hospitalisation. Par voie orale, c'est l'haldol en solution buvable à 2 % qui est la plus utilisée.

Statistiques :

L'haldol a été prescrit en 1ère intention thérapeutique chez 56 patients soit 24,88 % des prescriptions de neuroleptiques. Cette prescription s'est faite au dépend des diagnostics de psychose chronique, de bouffées délirantes, les troubles du comportement d'origine psychotique et de la schizophrénies.

Donc, l'haldol est prescrit essentiellement chez les patients externes pour son action entier psychotique sur les délires chroniques la schizophrénie et son action intense contre les états d'agressivité verbale et d'excitation.

b) Largactil (R) des laboratoires spécia et connu ne DCI sous le nom de chlorpromazine.

Le largactil est utilisé sous forme de neuroleptique à action intermédiaire, se situant au carrefour des neuroleptiques dits incisifs ou majeurs et les neuroleptiques dits mineurs ou sédatifs.

C'est un médicament à large spectre d'action agissant comme vagolytique, sédatif, antiémétique en plus de son action neuroleptique.

Les formes les plus prescrites du largactil chez les patients externes sont les comprimés de 25mg et les gouttes buvables de 30ml.

Les comprimés de 100mg et les injectables sont réservées aux malades hospitalisés.

Statistique :

Le largactil a été prescrit en 1ère intention thérapeutique chez 49 patients. Il est utilisé surtout dans les états maniaques, les bouffées délirantes, les psychoses chroniques et les troubles du comportement d'origine psychotique.

En tout cas le chlorpromazine apparait comme un médicament bateau susceptible d'être manipulé à volonté aussi bien par le spécialiste que le généraliste.

c) Noziman : des laboratoires spéciales connues en DCI sous le nom de Levomépromazine.

Le Noziman est un neuroleptique mineur ou sédatif, la forme galénique la plus utilisée chez les malades ambulatoires est le noziman comprimé à 25mg l'unité.

Statistiques :

Le noziman est apparu comme le neuroleptique par excellence des malades en suivi externe, il est le plus prescrit des Neuroleptique et on les retrouve chez 86 patients externes.

Le noziman occupe la 1ère place des neuroleptiques en prescription dans les névroses, les anxio-dépresseurs, les états maniaques, les psychoses chroniques, et les troubles du comportement d'origine psychotique.

d) Moditen Retard (R) : des laboratoires Squibb et connu en DCI sous le nom de Fluphenazine (Oenanthate)

Selon la classification de Lambert, le Moditen Retard est un neuroleptique incisif majeur à action prolongée (2 semaines). La forme retrouvée sur le monde pharmaceutique ambulatoire est celle de la boîte de 1 ampoule de 1ml

Statistiques :

Le Moditen Retard ou Moditen dépôt est prescrit essentiellement chez les malades psychotiques chroniques dont les troubles somnifiaient depuis longtemps et qui par suite d'un facteur psycho-gène quelconque se sont réveillés.

Ce sont des cas rares en externes et la prescription du produit retard n'est ni plus, ni moins qu'une continuation d'une thérapeutique antérieure négligée par le patient.

Le Moditen (R) Dépôt se voit surtout chez les psychotiques chroniques, les troubles du comportement d'origine psychotique l'éthylisme.

2- Les tranquillisants ou Anxiolytiques :

Médicaments de l'anxiété, de la tension nerveuse, ils sont sédatifs et ont une action spécifique sur l'affectivité et les réactions émotionnelles. Ils ont été prescrits chez 48,29 % des psycholeptiques.

Dans ce groupe, nous avons choisi le tranxène et le lexomil qui ont été très prescrits chez les malades externes en 1989.

a) Tranxène (R) : des laboratoires Clin Midy connu en DCI nom de chlorozepate dipotassique

Le tranxène est un tranquillisant de la famille des benzodiazépines qui à dose modérée se caractérise par une action anxiolytique et à un moindre degré des propriétés sédatives myorelaxantes et anticonvulsivantes.

Le tranxène gélule de 5 à 10mg est le plus souvent utilisé en Ambulatoire.

Statistiques :

Les états anxio-dépressifs absorbent 84,26 % des prescriptions du tranxène puis vient la névrose constituée.

Il faut souligner bien que le tranxène soit surtout un médicament de l'hospitalisation, il a donné de bons résultats et surtout a été supporté de manière satisfaisante par les malades externes qui ne sont pas soumis à une surveillance particulière.

b) Lexomil : des laboratoires Roche SA connues en DCI sous le nom de Bromozepam

De la famille des benzodiazépines le lexomil agit sur l'anxiété sous toutes ses formes (y compris les formes sévères) et les troubles fonctionnels et manifestations somatiques associées à l'anxiété.

Le lexomil est utilisé sous la forme de comprimés baguettes quadriseables.

Statistiques :

En 1989, Lexomil a été le tranquillisant le plus utilisé chez les patients suivis en externe. On le retrouve sur la 1ère ordonnance de 123 sujets dont 108 sujets présentent un état anxio-dépressif.

L'utilisation massive de lexomil peut s'expliquer par plusieurs raisons qui sont les suivantes :

- spectre d'action avec tolérance importante
- le rapport coût efficacité faible
- Promotion commerciale importante sur le marché pharmaceutique.

3 Les hypnotiques :

Ce sont des substances qui vont provoquer un sommeil, une perte de la connaissance vigile qui soit le plus proche possible des conditions physiologiques (ce qui exclut les anesthésiques généraux).

Un hypnotique a été prescrit en première intention thérapeutique chez 199 patients dont 73 femmes et 126 hommes.

Au cours de l'année 1989 les hypnotiques qui furent les plus prescrits sont les suivants :

- hypnotique barbiturique le gardénal (R)
- hypnotique non barbiturique le Noctran, le Mogadon (R), le Halcion qui sont tous des hypnotiques benzodiazépeniques.

a) Hypnotiques barbituriques : le Gardénal des laboratoires SPECIA connu en DCT sous le nom de phénobarbital le Gardénal est un hypnotique de la famille des barbituriques ayant une action anti-convulsivant sédatif et hypnotique.

Il est surtout indiqué dans le traitement du grand Mal épilepsie focale petit Mal et ...

Le Gardénal ou phénobarbital est utilisé chez nous sous forme de comprimés dosés à 100mg, 50mg et 10mg.

Statistique :

Le Gardénal fut prescrit chez 42 patients dont la majeure partie se plaigue d'une comitialité. Ainsi dans le service l'utilisation du Gardénal a tendance à s'amenuiser au profit des hypnotiques hétérogènes dans le traitement des troubles du sommeil des malades psychiatriques.

b) Hypnotiques non barbituriques :

* Noctran (R)10 des laboratoires Clin Midy connu en DCI sous le nom de clorazepate dipotassique, acepromazine et aceprometazine

Le noctran (R)10 peut être considéré comme un hypnotique de la famille des benzodiazépines agissant sur les insomnies et des difficultés d'endormissement à un état anxieux.

Le noctran est prescrit sous la forme galénique de comprimés à 10mg.

Statistiques :

le noctran 10 a été l'hypnotique le plus prescrit en 1989 dans le service de psychiatrie avec 91 prescriptions en 1ère intention thérapeutique.

Ce succès du noctran peut s'expliquer par l'efficacité clinique réelle du médicament. Sa grande tolérance vis à vis d'effets secondaires et une promotion commerciale importante sur le marché pharmaceutique des médicaments.

b) Mogadon : des laboratoires Roche SA connu en DCI sous le nom de Nitrozepam.

Le mogadon est un hypnotique de la famille des benzodiazépines qui se caractérise par une action hypnotique, sédative, anxiolytique, anti-convulsivant et myorelaxant.

Il est proposé surtout dans les insomnies de l'adulte de natures diverses, de l'enfant et de personnes âgées. Il est utilisé sous forme de comprimés.

Statistiques :

La prescription du Mogadon est influencée par les fluctuations du marché pharmaceutique de l'époque car, il n'était pas toujours disponible et le médecin était obligé de prescrire. Mogadon ou Halcion dans la plupart des cas. C'est dans ce cadre qu'on le retient chez 62 sujets en 1ère prescription.

c- Halcion : des laboratoires UP John connu en DCI sous le nom de triazolam, c'est un hypnotique de la famille des benzodiazépines à action hypnotique rapide.

Le spectre pharmacologique général d'halcion est celui des benzodiazépines sédatifs - myorelaxant - anxiolytique, anti-convulsant.

L'halcion est utilisé sous la forme de comprimés sécable à 0,25mg.

Statistiques :

On le retrouve sur la 1ère ordonnance de 62 patients, connu comme un produit de remplacement éventuel du Mogadon, il est apparu comme un hypnotique ayant donné satisfaction dans sa prescription au service surtout dans la dépression, la psychose chronique, les troubles du comportement d'origine psychotique et la schizophrénie.

B Les Psycho-analeptiques :

A l'inverse des neuroleptiques ces substances vont augmenter globalement l'activité mentale, la vigilance. Dans ce groupe, notre étude porte uniquement sur les Anti-dépresseurs du fait de leur importance dans la prise en charge médicamenteuse des patients ambulatoires.

1 Les anti-dépresseurs :

Ce sont des médicaments qui stimulent l'humeur lorsque celle-ci est déprimée agissant donc dans le cadre bien précis des dépressions.

Parmi ces anti-dépresseurs, seuls les thymoanaleptiques nous intéressent dont l'étude première de ces produits faites dans la perspective d'une expérimentation d'un nouveau neuroleptique avait conclu qu'il s'agissait d'un mauvais neuroleptique. Un thymoanaleptique se trouve sur la 1ère ordonnance de 210 patients dont 114 hommes pour 96 femmes.

Parmi ces thymoanaleptiques, nous avons choisie et cela à cause de leur fréquence de prescription 4 médicaments qui sont:

- Tofranil(R)
- Anafranil(R)
- Laroxyl(R)
- Ludiomil(R).

a- Tofranil(R) - Anafranil(R) des laboratoires CIBA GEIGY connu respectivement en DCI sous le nom d'Imipramine et la clomipramine.

Ils sont définis comme des anti-dépresseurs tricycliques à action non sédatrice avec des propriétés anticholinergiques.

En ambulatoire ces 2 médicaments sont utilisés sous forme de comprimés dragéifiés dosés à 25mg l'unité surtout.

Statistiques :

Ces 2 médicaments se retrouvent sur la 1ère ordonnance de 58 patients dont 47 sont des anxio-dépresseurs, 3 des névrotiques et 4 des malades non psychiatriques.

Ces tricycliques non sédatifs se retrouvent surtout chez ces états dépressifs majeurs soumis au régime de l'internat.

b- Laroxyl(1) : des laboratoires Roche SA connu en DCI sous le nom d'Amitriptylène.

Le laroxyl est un antidépresseur tricyclique à action sédatrice agissant sur les dépressions et les états dépressifs de toutes natures, les formes les plus utilisées en ambulatoire sont le laroxyl 4 % gouttes et comprimés à 25mg l'unité.

Statistiques :

Il est le plus utilisé de notre psychopharmacologie avec 126 patients en 1ère intention thérapeutique dont 118 sujets dépressifs, 5 sujets ayant un trouble de comportement d'origine psychotique et 2 névrotiques. C'est le médicament qui donne le plus de satisfaction tant sur le plan de l'efficacité que sur le plan de la manipulation en ambulatoire.

c- Ludiomil : du laboratoire CIBA GEIGY connu en DCI sous le nom de maprotiline.

Le ludiomil est un thymoanaleptique agissant sur les états dépressifs de toute nature endogène - névrotiques réactionnels. Chez l'enfant, dysthymie avec ou sans troubles de sommeil et troubles du comportement.

Le ludiomil est utilisé en ambulatoire sous forme de comprimés pelliculés sécables à 25mg.

Statistiques :

L'utilisation du ludiomil est faible par rapport aux autres anti-dépresseurs, il n'a été retrouvé que chez 10 patients externes.

Sa présence et sa faiblesse au sein de notre éventail peuvent s'expliquer par le fait d'expérimentation du produit par les cliniciens et sont utilisation comme produit de remplacement des autres produits, en cas de rupture de ceux-ci sur le marché, phénomène qui était très fréquent en 1989.

Les autres médicaments :

Les autres médicaments n'ont pas fait l'objet d'une étude détaillée par spécialité.

La catégorie "autres médicaments" comprend 2 types de médicaments.

1- Les médicaments de la psychopharmacologie autres que ceux que nous avons détaillés.

2- Les médicaments de la médecine générale qui n'ont pas un rapport direct avec la psychiatrie.

Les "autres médicaments" ont été surtout prescrits chez les anxio-dépressifs 72 patients, autres maladies 28 patients.

Les troubles du comportement d'origine psychotiques 26 patients l'épilepsie 11 patients, psychose chronique 8 patients et confusion mentale.

Ces autres médicaments peuvent être utilisés pour un traitement de fond de la maladie mentale comme la confusion mentale, l'épilepsie ou la dépression, mais aussi comme un traitement symptomatique des troubles du comportement, les psychoses chroniques et les états anxio-dépressifs.

L'ARTANE

Une réflexion approfondie sur l'artane nous est apparue opportune du fait de plusieurs raisons :

- l'artane est parmi les 10 médicaments les plus utilisés dans le service,

- théoriquement, la prescription d'un neuroleptique doit associer une prescription d'anti-parkinsonien dont l'artane qui peut permettre de saisir le degré d'intolérance ou d'effets secondaires des neuroleptiques,

- dans le service, nous l'avons remarqué, l'artane est le seul médicament que les malades viennent réclamer d'eux-mêmes en l'appelant par son nom avec insistance. Certains malades en arrivant même à penser et à tort d'ailleurs que c'est l'artane qui constitue le traitement de fond de leur maladie.

Etude pharmacologique :

Le trihexyphenityle ou artane des laboratoires thérapeux SA, est connu surtout comme un anti-parkinsonien de synthèse à activité anticholinergique centrale et périphérique. Il agit dans les syndromes extrapyramidaux dus aux neuroleptiques :

- prévient ou corrige l'hypertonie et le tremblement,
- participe à l'amélioration de l'akinésie.

Répartition des patients selon la prescription de l'artane:

La Répartition selon le sexe est faite en 2 catégories :

- 1- patients ayant reçu l'artane au cours de suivi,
- 2- patients n'ayant jamais reçu l'artane au cours du suivi.

Tableau N°31

	Sexe féminin		Sexe masculin		Total ensemble	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
ARTANE	25	10,33	52	13,87	77	12,48
Non ARTANE	217	89,67	323	86,13	540	87,52
TOTAL	242	100	375	100	617	100

Analyse des résultats :

Sur l'ensemble de nos patients 12,48 % ont une prescription de l'artane sur leur ordonnance dont 13,87 % de sexe masculin et 10,33 % de sexe féminin. Au cours de l'année 1989, l'ensemble des patients évoqués sont 77 dont 61 patients l'ont sur la 1ère ordonnance avec un neuroleptique et les 16 autres patients l'ont reçu lors d'une prescription ultérieure.

Parmi les 61 patients nous avons 29 psychotiques, 12 patients avec une bouffée délirantes et 8 schizophréniques.

Interprétation :

Il est apparu que la prescription de l'artane répond surtout à un souci de prévention des syndromes extrapyramidaux chez les patients externes qui doivent en principe échapper à la surveillance médicale, ne serait ce que pour un bout de temps l'espace d'un autre rendez-vous.

Les autres indications comme le traitement d'un éventail crise akinétique ont été retrouvées chez 16 patients.

L'emploi de l'artane a été fait de façon judicieuse car on la retrouve surtout dans les maladies mentales dites "lourdes" nécessitant l'utilisation de plusieurs neuroleptiques en association parfois à forte dose comme les bouffées délirantes ou de façon prolongée dans le temps comme les schizophrénies et les psychoses hallucinatoires chroniques.

Tableau N°32

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV
Névrose	3	1	5	0	3	2	3	5	2	0	1	4	0	6
Toxicomanies	0	2	1	2	0	1	0	0	0	0	1	2	0	4
AnxiO-depression	3	3	16	1	1	115	47	64	108	9	42	63	0	72
Etats maniaques	4	9	11	2	2	1	0	1	0	0	0	4	0	3
Bouffées délirantes	11	8	2	2	12	1	0	0	0	0	1	6	1	3
Psychose puerpérale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Confusion mentale	3	1	4	1	1	0	0	1	2	0	0	0	2	7
Epilepsie	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	34	11
psychose chronique	12	10	13	5	29	1	3	1	2	0	6	5	0	3
T.C. d'O.P	10	10	12	2	5	5	1	1	3	1	6	3	4	26
Schizophrénie	9	1	5	0	8	0	0	0	0	0	3	0	0	1
Autres Maladies	1	0	1	0	0	0	4	2	6	0	2	4	1	28
Total	56	48	75	15	61	126	58	76	123	10	62	91	42	169

Légende :

I - Haldol; II - Largactil; III - Nozinan; IV - Moditen; V - Arrane; VI - Laroxyl;
 VII - Anafranil/Tofranil; VIII - Tranxène; IX - Lysanla, Lexomil; X - Ludiomil;
 XI - Halcion/Mogadon; XII - Nocttran; XIII - Gardéna; XIV - autres médicaments.

ITINERAIRE THERAPEUTIQUE EN AMONT ET EN AVAL

REPARTITION DES PATIENTS SELON LA THERAPEUTIQUE ANTERIEURE
(prise en charge initiale)

Selon le sexe, les patients sont repartis en 5 catégories:

- 1- patients ayant effectué un traitement traditionnel,
- 2- patients ayant effectué un traitement traditionnel et médical
- 3- patients ayant effectué un traitement médical uniquement
- 4- patients n'ayant effectué aucun traitement
- 5- patients dont la thérapeutique n'est pas déclarée.

Tableau 33

	Sexe féminin		Sexe masculin		Total ensemble	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Traditionnel	90	8,26	38	10,13	58	9,40
Traditionnel + Médical	10	4,13	16	4,26	26	4,21
Aucun Traitement	11	4,54	23	6,13	34	5,51
Médical	82	33,88	119	31,73	201	32,57
Non déclaré	119	49,17	179	47,73	298	48,29
Total	242		375		617	

Analyse des Résultats :

Presque la moitié de nos patients (48,29 %) ont une itinéraire thérapeutique non précise et de ce fait les autres chiffres deviennent des minimum. Aussi pour les besoins d'analyses et d'interprétations, nous envisageons le tableau en éliminant la catégorie des non-déclarés et en multipliant les autres chiffres par deux.

	Pourcentages
Traditionnel	18 %
Tradit + Médical	8 %
Médical	64 %
Aucun Traitement	10 %

64 % de nos patients ont subit un traitement médical quelconque avant de venir chez nous.

18 % de nos patients ont essayé un traitement traditionnel.

8 % de nos patients ont subit les 2 types de traitement.

10 % de nos patients n'ont fait aucun traitement et sont venus directement dans nos services.

Interprétation :

64 % de nos patients ont fait uniquement un traitement médical. Ce chiffre ne nous surprend pas et confirme d'ailleurs certaines données antérieures de nos études :

1- la nature urbaine de nos patients externes,

2- les formes atypiques somatiques ou insidieuses des troubles faisant penser à des maladies médicales.

- La fréquence de 18 % pour les patients ayant reconnu avoir subit un traitement traditionnel quelconque doit être révisé à la hausse pour qui connaît la tendance culturelle du peuple malien et surtout une certaine gêne à reconnaître un traitement traditionnel subit devant un praticien conventionnel.

- Les 8 % des patients qui ont subit les 2 traitements médicaux et traditionnel, ces patients peuvent être considéré comme des malades ayant errer pendant longtemps sans avoir frappé à la bonne porte.

- Le 1/10 de nos patients sont considérés comme n'ayant subit aucun traitement avant d'arriver à nos soins. De ce fait la nature des troubles mentaux est assez évocatrice de leur situation.

Ce sont surtout des cas bruyants spectaculaires avec divers troubles du comportement et de la conduite sociale.

Répartition des patients selon le début des troubles et la
lère consultation en psychiatrie

Cette Répartition selon le sexe, se fait en 9 catégories :

- 1- patients ayant un début de [0 à 15 jours],
- 2- patients ayant un début de [15 à 1 mois],
- 3- patients ayant un début de [1 mois à 3 mois],
- 4- patients ayant un début de [3 mois à 6 mois],
- 3- patients ayant un début de [6 mois à 12 mois],
- 3- patients ayant un début de [1 ans à 2 ans],
- 3- patients ayant un début de [2 ans à 5 ans],
- 3- patients ayant un début de [5 ans et plus],
- 3- patients ayant un début non déclaré sur la fiche (ND)

Tableau 34

	Sexe féminin		Sexe masculin		Total ensemble	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
0 - 15 jours	20	8,96	50	13,33	70	11,34
15 - 1 mois	18	7,43	19	5,07	37	5,99
1 - 3 mois	27	11,18	34	9,07	61	9,89
3 - 6 mois	16	6,62	26	6,94	42	6,80
6 - 12 mois	9	3,72	14	3,73	23	3,73
1 - 2 ans	19	7,85	24	6,40	43	6,97
2 - 5 ans	41	16,94	50	13,33	91	14,75
5 et plus	41	16,94	63	16,80	104	16,86
Non déclarés (ND)	51	21,08	95	25,33	146	23,67
Total	242	100	375	100	617	100

Analyse des résultats :

Avec 23,67 % des patients dont le début de la maladie n'est pas connu. Les autres chiffres doivent être considérés comme étant des fréquences minimales parmi toutes les autres catégories: ce sont les patients dont le début des troubles remonte à 5 ans ou plus qui sont les plus nombreux avec 16,86 % viennent ensemble les patients ayant effectué leur lère consultation en service spécialisé après 2 à 5 ans de maladie.

Avec 11,94 % les patients ayant fait moins de 15 jours avant leur lère consultation, sont significatifs.

En fréquence cumulée les patients dont la durée entre le début des troubles et la 1ère consultation est supérieure à un an sont de 37,75 %. Les 2 chiffres démontrent un certain parallélisme au niveau d'une durée de 1 an entre l'apparition des troubles et la 1ère consultation en psychiatrie du malade.

Interprétation :

A la 1ère vue du tableau, les malades retardataires avec 16,86 à plus de 5 ans de maladie et de 14,75 % de 2 à 5 ans sont nombreux.

Mais les fréquences cumulatives autour de 1 an démontrent qu'il y a autant de malades retardataires ou chroniques que des malades précoces aux consultations. Le retard accumulé par nos patients peut s'expliquer par certaines hypothèses.

1. Le temps perdu par les patients à essayer un traitement médical ou traditionnel,
2. La nature insidieuse de la maladie qui peut mettre du temps à se révéler à l'entourage ou avant de devenir impotente au malade.

REPARTITION DES PATIENTS SELON LA DUREE MOYENNE ENTRE LA 1^{ère} ET LA 2^{ème} CONSULTATION :

Cette Répartition et selon le sexe, est faite selon 5 catégories par rapport au rendez vous fixé:

- 1- Patients ayant une durée moyenne de 0 à 1 semaine,
- 2- Patients ayant une durée moyenne de 1 à 2 semaines,
- 3- Patients ayant une durée moyenne de 2 à 3 semaines,
- 4- Patients ayant une durée moyenne de 3 à 4 semaines,
- 5- Patients ayant une durée moyenne de 1 mois à 3 mois,
- 6- Patients ayant une durée moyenne de 3 mois et plus.

Tableau 35

	Sexe féminin		Sexe masculin		Total ensem	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
0 à 1 semaine	28	11,57	37	9,86	65	10,53
1 à 2 semaines	28	11,57	41	10,93	69	11,18
2 à 3 semaines	10	4,13	28	7,46	38	6,15
3 à 4 semaines	10	4,13	19	5,06	29	4,70
4 semaines à 3 mois	26	10,74	50	13,33	76	12,31
3 mois et plus	140	57,85	200	53,33	340	55,10
Total	242		375		617	

Analyse des résultats :

Le tableau N° 35 montre que 55,10 % de nos patients ont fait 3 mois ou plus avant de venir à leur 2^e consultation.

12,31 % de nos patients ont mis 1 à 3 mois avant de venir en 2^e consultation.

Les patients qui n'ont fait qu'une ou deux semaines avant de venir à leur 2^e consultation sont de 11,18 %.

10,53 % de nos patients ont fait moins d'une semaine entre les 2 consultations.

6,15 % et 4,7 % sont les pourcentages respectifs des patients qui se sont présentés en 2 à 3 semaines d'intervalles et en 3 à 4 semaines.

Interprétation :

Avec 55,10 % des patients qui ont mis 3 mois ou plus avant de venir à une consultation, nous pouvons dire que plus de la moitié de nos patients ne respectent pas le calendrier du traitement et de suivi du médecin et par conséquent rendent assez aléatoire leur prise en charge.

12,31 % de nos patients mettent 1 à 3 mois avant de revenir à un contrôle. Ces patients aussi peuvent être considérés comme n'étant pas rigoureux au suivi des traitements mais on peut les comprendre au cas où ils auraient des examens complémentaires qui sont parfois très difficiles à réaliser pour diverses raisons (manque de film, de produit biochimique etc...).

Des patients sont retournés en moins d'une semaine nous voir et ils représentent 10,53 %, ce qui est significatif.

Ce pourcentage peut se comprendre par un certain nombre d'hypothèses :

- 1- Les médicaments prescrits ont produit des effets indésirés ou secondaires insupportables pour le malade.
- 2- Impossibilité par le malade de trouver dans les pharmacies après 2 ou 3 jours de recherche des médicaments prescrits, donc ils viennent rapidement pour d'autres propositions médicamenteuses.
- 3- Exacerbation importante supposée des troubles malgré le traitement après 2 à 3 jours.
- 4- Malades répondant à un rendez - vous de moins d'une semaine dûment prescrit par le médecin.

22,13 % de nos patients effectués leur 2^e consultation dans une fourchette de temps de 1 à 4 semaines.

Nous pensons que c'est cette catégorie qui respectent tant bien que mal les rendez - vous des médecins.

Cette fréquence de 22,03 % de patients assidus au contrôle est faible et nous pensons que les médecins doivent réfléchir aux voies et moyens d'attirer les patients au contrôle du traitement, ne serait ce qu'une fois au plus.

Répartition des patients selon le nombre de consultation par an :

Nous avons retenu 6 catégories de patients selon le nombre de consultation :

1. patients ayant effectué une seule consultation par an
2. patients ayant effectué deux consultations par an
3. patients ayant effectué trois consultations par an
4. patients ayant effectué quatre consultations par an
5. patients ayant effectué plus de cinq consultations par an.

Tableau N°36

	Sexe féminin		Sexe masculin		Total ensemble	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
1 consultation/an	117	48,34	205	54,66	322	52,18
2 consultations "	70	28,92	70	18,66	140	22,69
3 consultations "	15	6,19	39	10,40	54	8,75
4 consultations "	17	7,02	36	9,60	53	8,58
5 consultations "	10	4,13	9	2,40	19	3,07
5 consultations +	13	5,37	16	4,26	29	4,70
Total	242		375			

Analyse des résultats :

Ce tableau montre que 52,18 % de nos patients n'ont effectué qu'une seule consultation en 1 an.

22,69 % ont fait 2 consultations en 1 an avec un pourcentage relatif de 28,92 % pour le féminin.

8,75 % et 8,51 % sont respectivement les pourcentages de patients ayant effectué 3 à 4 consultations par an.

Les patients ayant effectué 5 consultations ou plus ne sont pas nombreux et ne représentent que 7,77 %

Comparaison :

- P Mulinghauson a trouvé 19 % de patients n'ayant fait qu'une consultation seule au cours d'un suivi de 5 ans dans un hôpital psychiatrique de jour.

- Picard (Gilles Pascal Patrick) démontre à Dakar que 33% des consultants ne sont pas revus une deuxième fois.

Interprétation :

Plus de la moitié de nos patients (52,18 %) ne sont plus revenus après leur 1ère consultation. Ce chiffre est inquiétant pour les médecins quelque soient les motifs surtout quand on sait que presque tous nos patients résident à Bamako et alentours immédiats.

Pour tenter d'expliquer ce chiffre nous pensons à certaines hypothèses :

- un succès éclatant du 1er traitement faisant croire au patient à une inutilité d'une 2è consultation.
- un échec ou un retard de résultat du 1er traitement ayant découragé totalement le patient à faire une 2è consultation.
- une tendance au développement en zone urbaine d'une certaine auto-médication même si les consignes à ne pas renouveler l'ordonnance sont données.

Aussi, nous osons croire et surtout nous espérons que ce chiffre de (52,28 %) est assez élevé par rapport à la réalité et que nos patients se font suivre en d'autres endroits que nos services par nos propres médecins ou par d'autres collègues.

22,69 % de nos patients ont fait 2 consultations bien que cette fréquence soit assez faible, on peut comprendre sur le plan médical que 2 consultations peuvent être suffisantes pour certains troubles mentaux.

- Avec ces 2 chiffres, nous constatons que nous perdons presque 75 % de nos patients soit 3/4 en 2 consultations seulement.

La fréquence de l'ensemble des autres catégories est de 25,1 % soit 3 consultations ou plus. Le chiffre est respectable et assez réjouissant pour nous et surtout nous réconforte dans notre conviction que c'est la nature des troubles et le degré d'atteinte des patients qui déterminent son comportement d'assiduité vis à vis du suivi d'un traitement.

Répartition des patients selon les modifications intervenues sur la 1ère intention thérapeutique au cours du suivi :

La Répartition selon le sexe est faite en deux classes :
 1- patients dont la 1ère ordonnance n'a subi aucun changement,
 2- patients dont la 1ère ordonnance a changée au cours du suivi.

Tableau N°37

	Sexe féminin		Sexe masculin		Total ensemble	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Maintien	175	72,31	262	69,87	437	70,83
Changement	67	27,69	113	30,13	180	29,17
Total	242	100	375	100	617	100

Analyse des résultats :

70,83 % des patients ont leur 1ère ordonnance pendant la durée de tout le suivi.

Un peu moins de 30 % de nos patients ont connu un changement dans leur 1ère prescription.

Parmi les 180 patients ayant une modification de leur 1ère prescription seuls 52 patients dont 21 femmes et 31 hommes ont eu un changement total de leur médicament de base. Les 128 sujets restant n'ont eu qu'un changement partiel ne concernant pas le médicament de fond du traitement et consistent à une addition de médicament à la 1ère ordonnance chez 70 patients et à une suppression de médicament chez 58 patients.

Interprétation :

- le maintien de la 1ère prescription semble très important mais seulement elle doit être prise avec réserve quant on sait que 51,18 % de nos patients ne sont pas revenus au contrôle,

- un changement de la prescription est intervenu chez un peu moins de 1/3 des patients,

- le changement total de la 1ère ordonnance se voit chez 8 % de nos patients. Cet état de fait doit être compris comme une correction d'erreurs diagnostics pouvant avoir plusieurs causes telles que :

- l'évolution insidieuse d'une maladie dans ses formes
- l'inattention des médecins surtout lorsqu'il s'agit de débutants comme internes.
- test diagnostic

Par contre le changement partiel de la lière ordonnance qui atteint à peu près 20 % de nos patients peut avoir plusieurs causes :

- les une endogènes comme les phénomènes d'intolérance et d'effets secondaires des médicaments,
- les autres exogènes comme les ruptures de médicaments sur le marché pharmaceutique, le coût élevé du médicament par rapport au pouvoir d'achat du patient.

Tous les facteurs entraînant pour le prescripteur une addition, un remplacement ou une suppression de médicaments et par conséquence influençant dans un sens comme dans un autre sa prescription.

Tableau N°38

		SEXE FEMININ		SEXE MASCULIN		TOTAL	
		NBRE	POURCENTAGE	NBRE	POURCENTAGE	NBRE	POURCENTAGE
MAINTIEN		175	72,31	262	69,86	437	70,82
CHANGEMENT	ADDITION	28	11,15	42	11,20		
	CHANGEMENT						
	PARTIEL						
	SUPPRESSION	18	7,43	40	10,66	180	29,01
CHANGEMENT TOTAL		21	8,67	31	8,26		

CONCLUSION

Au terme de cette étude nous pouvons faire les constatations suivantes:

1. Une faiblesse notoire d'infrastructures sanitaires pour malades mentaux et une insuffisance de personnel médical spécialisé dans le domaine psychiatrique.

2 - une faiblesse de prise en charge psycho-mentale des enfants au niveau du service principal de soins psychiatriques du pays;

3. Le profil social de nos malades qui ont une tendance masculine, jeune avec un revenu très faible, venant surtout de la capitale Bamako et alentours.

4. Le profil psycho-médical est celui des patients ayant déjà consulté un autre praticien qu'il soit conventionnel ou traditionnel, ces patients traînant pendant des mois, des années sur des fonds de séquelles de maladies somatiques réelles, d'insatisfactions relationnelles ou affectives humaines et des difficultés existanciennes des troubles mineurs du comportement à type d'agressivité et négativisme, les troubles somatiques à type de céphalées et d'algies diverses ainsi que les troubles instinctuels avec insomnies.

Un ensemble de troubles qui par leurs aspects cliniques forment une psycho-pathologie de la vie quotidienne urbaine faite surtout d'anxi - dépresssions et quelque fois d'états psychotiques purs mais en général mineurs et éphémère.

Au niveau de la prescription médicamenteuse, les patients ont subi surtout et de façon positive une politique gouvernementale en matière pharmaceutique de médicaments essentiels même si le marché pharmaceutique était assez critiquable en 1989 par ces ruptures médicamenteuses fréquentes et son manque de vigilance.

Il convient de noter que les troubles mentaux posent désormais un problème de santé publique.

Il s'agira notamment :

- de favoriser le dépistage et la prise en charge des troubles mentaux chez les enfants, adolescents, adultes et personnes âgées.

- Assurer la protection des adolescents contre les facteurs psychogènes de la délinquance et particulièrement les toxicomanies,

- Renforcer les structures de soutien aux foyers par une politique de prévoyance et de promotion sociale,

- Assurer une meilleure sensibilisation des populations vis à vis des maladies mentales,

- Raffermer les moyens thérapeutiques.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- **ANDRADE ADAM S.**
La demande d'assistance psychiatrique au Sénégal
Approche Statistique (sur 1742 consultations d'une année)
THESE MEDECINE 1978 DAKAR

- 2- **AWANDE S.**
Approche épidémiologique des maladies mentales au Mali.
Enquête réalisée dans le service de psychiatrie de l'Hôpital
de du Point G. Thèse Med. 1988 76 P.

- 3- **ARWATA B.B**
Contribution à l'Etude des états dépressifs au Mali
THESE MEDECINE 1984 BAMAKO 111 P.

- 4- **BASQUIN M., BEVERINA M., QUEMADA N**
Occurrence du divorce ou de la séparation des parents dans
une population d'enfants consultants d'un secteur de
psychiatrie infantojuvénile du 12^e Arrondissement de Paris
Etude épidémiologique 1982-1983 à 1985-1986 inclus
Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 1993 Vol.
41 n° 3 - 4 P. 149-158

- 5- **BERGERET J.**
La dépression essentielles et les autres.
Psychologie médicale 1987 Vol. 19 n° 12 P. 2215-2216.

- 6 - **Coppo P & Pisani L.**
Evolution des cas observés au cours de l'enquête sur les
maladies mentales et l'épilepsie dans une communauté
africaine (2-19) Rapport définitif DECEMBRE 1983. BAMAKO
Mali

- 7 - **Coppo P. & Pisani L.**
Syndromes dépressifs et retard mental dans une communauté
rurale africaine Enquête épidémiologique
Psychologie Médicale 1984 Vol.16 PP 1273-1276

- 8 - **COULIBALY B.**
Approche épidémiologique de la demande de soins
psychiatriques au Mali
THESE MEDECINE 1983 BAMAKO Mali 64 P.

- 9 - **COULIBALY M. M.**
Approche clinique d'une entité nosologique traditionnelle le
"Jinebana" (à propos de 20 cas observés dans le service de
psychiatrie dans l'hôpital national du Point G. Bamako Thèse
Med. 1988 155 P.

- 10- **CAILLARD V.**
Les nouveaux antidépresseurs
Psychiatrie 1986 n° 28 P. 715-716

- 11- **DECRAENE P.**
Le Mali
Presse universitaire de France (1ère Edition 1980) 117 P.
- 12- **DELAY J.**
Méthodes biologiques en clinique psychiatrique
Paris Masson 1950 537 P.
- 13- **EY. H., BERNARD P., BRISSET CH**
Manuel de psychiatrie
Paris Masson 1974 1250 P.
- 14- **GARCIA E.M, KEITA B., KOUMARE B., SOULA G.**
Malnutrition et troubles relationels mère-enfants en milieu urbain au mali.
PSYCHOPATHOLOGIE AFRICAINE 1992 Vol. 23 n° 2 P. 205 à 228
- 15- **KOUMARE B. & COUDRAY J. P**
Problématique de la Santé Mentale au Mali (1ère Partie)
Mali MEDICAL 1983 Vol.6 PP 17-18
- 16- **KOUMARE B. & COUDRAY J. P**
Problématique de la Santé Mentale au Mali (2ème Partie)
Mali MEDICAL 1983 Vol.6 PP 5-10.
- 17- **KOUMARE B.**
L'Impuissance sexuelle chez le noir africain au Sénégal
Mémoire pour le C.E.S en psychiatrie Dakar 1980 n°18 P110
- 18- **KOUMARE B., COUDRAY J.P, GARCIA E. M**
L'assistance psychiatrique au Mali
A propos du placement des patients psychiatriques chroniques auprès des tradipraticiens
Psychopathologie Africaine 1992 Vol. 23 n° 2 P. 135-148
- 19- **LAMBERT P. A.**
Actualités de thérapeutiques psychiatriques 3è Série
Masson 1972 287 P.
- 20- **MICHALON M.**
La psychiatrie de consultation - Liaison
Une étude prospective en milieu hospitalier général
CANADIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY - Vol. 38 n°3 P. 168-174 1993
- 21- **Ministère du Plan D.N.S.I**
Recensement général de la population et de l'habitat
Tome 1 Population, Economie, Habitat 1987
- 22- **NICHOLSON N. A**
La place des hypnotiques en thérapeutique
Psychiatrie 1986 n° 36 P. 902-912

- 23- **PICARD P. G. P**
Evaluation des activités de consultations externes du service de psychiatrie de C.H.U de Dakar (du 1er Juillet 1981 au 30 Juin 1982)
THESE MEDECINE DAKAR 1984. 142 P.
- 24- **SANCHEZ Cardenas M., DIGEON D., JOUOT J., FERRARI P.**
Pédopsychiatrie de liaison: Travail du Pédiatre en pédopsychiatrie
Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 1991 Vol. 39 n° 2 et 3 P. 78 à 82
- 25- **Schwarthz D.**
Méthodes statistiques à l'usage des médecins
Flammarion Médecine Sciences 1986 319 P
- 26- **SOUSS M.**
Le Mali et les mutations politiques et économiques.
Les marchés tropicaux 1991 n°117 PP 12-14

SERMENT D'HIPPOCRATE

"EN PRESENCE DES MAITRES DE CETTE ECOLE, DE MES CHERS CONDISEIPLES, JE PROMETS ET JE JURE D'ETRE FIDELE AUX LOIS DE L'HONNEUR ET DE LA PROBITE DANS L'EXERCICE DE LA MEDECINE. JE DONNERAI MES SOINS GRATUITS A L'INDIGENT ET JE N'EXIGERAI JAMAIS UN SALAIRE AU-DESSUS DE MON TRAVAIL.

ADMIS A L'INTERIEUR DES MAISONS, MES YEUX NE VERRONT PAS CE QUI S'Y PASSE; MA LANGUE TAIRA LES SECRETS QUI ME SERONT CONFIES, ET MON ETAT NE SERVIRA PAS A CORROMPRE LES MOEURS NI A FAVORISER LE CRIME.

RESPECTUEUX ET RECONNAISSANT ENVERS MES MAITRES, JE RENDRAI A LEURS ENFANTS L'INSTRUCTION QUE J'AI RECU DE LEURS PERES.

"QUE LES HOMMES M'ACCORDENT LEUR ESTIME SI JE SUIS FIDELE A MES PROMESSES! QUE JE SOIS COUVERT D'OPPROBRE ET MEPRISE DE MES CONFRERES SI J'Y MANQUE !".

NOM : HAIDARA

PRENOM : Mahamoud

TITRE DE LA THESE

EVALUATION DES ACTIVITES DE CONSULTATION EXTERNE
AU SERVICE DE PSYCHIATRIE DE L'HOPITAL DU POINT G
A BAMAKO

ANNEE : 1995

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : BIBLIOTHEQUE Ecole Nationale de Médecine
et de Pharmacie

SECTEUR D'INTERET : MEDECINE MENTALE

RESUME : Une étude retrospective sur les activités de consultation externe du Service de Psychiatrie du Point G et prenant en compte 617 patients suivis en Ambulatoire a permis d'identifier un profil social et medico-psychologique de ces patients, leur trajet thérapeutique et de suivi. Ces patients sont jeunes trainant des troubles de la psychopathologie quotidienne urbaine et ayant été traités efficacement avec un nombre assez restreint de médicaments essentiels. Cette étude a mis en évidence aussi une insuffisance des moyens curatifs et une absence à l'échelon national d'une politique soutenue de prévention des troubles mentaux.

MOTS-CLES : Consultations, Externes, Psychiatrie, Hopital, Point G, Psychopathologie, Urbaine, Médicaments, Essentiels, Insuffisance, Curatifs, Prévention.