

Ministère des Enseignements, Secondaire,  
Supérieur et de la Recherche Scientifique



République du Mali

Un Peuple- Un But- - Une Foi



Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Année Universitaire 2008/2009

Thèse N°...../

Thèse

**COMORBIDITES ORGANIQUES ET TROUBLES  
PSYCHIATRIQUES  
EN CONSULTATION AMBULATOIRE AU CENTRE DE  
SANTÉ MENTALE DE HAMDALLAYE**

Thèse présentée et soutenue publiquement le 09/05/2009  
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

*Par M. Modibo Sékou CAMARA*

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

**(DIPLOME D'ETAT)**

**Jury**

Président : Pr. Baba KOUMARE  
Membre : Dr. Modibo SISSOKO  
Co-directeur : Dr. Arouna TOGORA  
Directeur de thèse : Pr. Bou DIAKITE

# **DEDICACES**

## DEDICACES

Je dédie ce modeste travail :

A mon père feu **Sékou Camara** ;

J'aurais voulu que tu sois présent en ce moment mais la volonté du Tout Puissant reste dominante. Dors en paix père.

A ma mère **Bintou Sidibé**,

Vos conseils, vos soutiens et éducation que vous nous avez donnés, ont été pour nous des éléments de réussite. Ce travail est la preuve de votre patience.

A mes frères et sœurs ; **Mamadou Camara, Sékou Camara, Dramane, Bakary, Goundo, Datio Camara, Koumba Hawa et Mamou Camara**

Vous m'avez été d'un grand soutien ; je n'oublierai ces moments de complicité ; de joie ; de peines partagées ensemble, qui sont autant de choses qui nous lient et que nous avons tous vécus intensément. Que dieu renforce nos liens.

A **Sadio Traoré** et famille à Ségou ;

Cher grand-père, les sacrifices consacrés à notre éducation, les conseils et le soutien moral ne nous ont jamais manqué.

Acceptez l'expression de notre profonde reconnaissance.

A ma chère **Fanta Traoré** ;

Les mots me manquent pour décrire tout ce que vous avez fait pour moi. Recevez mes expressions les plus distinguées.

A mes amis, **Talibé Kamissoko, Mamadou Konté, Gaga Goumané et Daouda Traoré, Tidiany Koita.**

En plus de l'amitié, vous avez été pour moi un frère. Que dieu nous donne la sérénité et le courage de renforcer nos liens d'amitié.

**REMERCIEMENTS**

**A DIEU LE TOUT PUISSANT** pour m’ avoir permis de mener à terme ce modeste travail.

A mon oncle **Kissima Traoré,**

Merci pour votre soutien moral

Acceptez cher oncle notre profonde reconnaissance

A mon tuteur **Kissima Goumané,**

Homme sincère, généreux. Vous avez pris soin de moi, comme un fils.

Acceptez l’ expression de ma profonde gratitude.

A toute **la famille Goumané à Daoudabougou**

Je me suis toujours senti chez moi, grâce à votre hospitalité. Que le Tout Puissant vous récompense de ce bienfait.

A **Bah Keita et famille à Banamba,**

Merci pour votre contribution à mon éducation.

Au **docteur Abdoulaye I Diakité**

Merci pour ta contribution.

A mes amis **Sega Diakité, Abdramane Traoré, Mariam Diakité, Pierre Traoré, Moctar Koné, Zoua Kamaté et Ousmane Din**

Merci pour votre compagnie.

Au docteur **Joseph Traoré**

Nous avons apprécié le concours inestimable que vous nous avez apporté dans l’ élaboration de ce travail.

Au docteur : **Souleymane Coulibaly, aux professeurs Bakoroba Coulibaly et Bou Diakité**

Merci pour la transmission des connaissances, la compréhension et la tolérance ; plus que des maîtres, vous avez été des pères pour nous. Que dieu vous donne une longévité.

## **Comorbidité organique et troubles psychiatriques**

A tous les assistants médicaux psychiatres : **Diamayiri Samaké, Sidy Samaké, Zantigui Keita, Mamby Keita, Jean Marie Dougnon, Mme Bakayoko Oumou Nomogo, Mme Sidibé Koumba Diawara, Mme Cissé Marietou Dabo, Mme Dansoko Mariam Sacko, Massama Traoré et Aboubacar Soussoubaly, Fanta Dembélé**

Merci pour l'esprit de famille qu'on a partagé au service et vos soutiens.

Aux secrétaires : **Mme koné et Mme Traoré Adam Konaté**

Merci pour votre patience.

**HOMMAGES PARTICULIERS**

**AUX**

**MEMBRES DU JURY**

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY professeur Baba  
KOUMARE**

- Chef de DER de médecine et de spécialités médicales à la FMPOS.

- Chef du service de psychiatrie à l'hôpital du point G.

- Cher maître,

Permettez nous de vous remercier pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider ce jury.

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

Votre rigueur scientifique, vos qualités humaines font de vous un maître admiré.

Puisse le Seigneur vous accorder encore longévité, santé et bonheur.

Veillez agréer, maître le témoignage de notre profonde reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE Docteur Modibo SISSOKO :**

- Spécialiste en psychiatrie.
- Maître assistant à la FMPOS.
- Praticien hospitalier au CHU du point G.

Cher maître, c'est une grande joie de vous avoir dans ce jury. Tout au long de notre formation, nous avons pu bénéficier de vos hautes qualités humaines, morales et intellectuelles. Veuillez recevoir ici l'expression de notre admiration.



**A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR Docteur Arouna TOGORA**

- Spécialiste en psychiatrie.
- Maître assistant à la FMPOS.
- Praticien hospitalier au CHU du point G.

Cher maître vous nous avez fait honneur en acceptant de codiriger ce travail. La réussite de notre travail apporte une fois de plus la preuve de votre indulgence. Je prie ALLAH pour que tout ceci me reste à l'esprit pour ma vie, soyez en remercié.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE professeur Bou Diakité**

-Chef de service adjoint de la psychiatrie du CHU du point G.

-Chevalier de l'ordre national.

- Maître de conférence à la FMPOS

- Cher maître

Nous vous remercions, pour nous avoir accepté dans votre service et la confiance que vous nous avez portée en nous confiant ce travail.

Votre rigueur scientifique tant à l'école qu'à l'hôpital et votre générosité nous ont comblé. Tout cela révèle vos éminentes qualités humaines.

Veillez trouver ici, cher maître, le témoignage de notre profonde gratitude.

**LISTE DES ABREVIATIONS**

- AVC** : Accident Vasculaire Cérébral  
**AVP** : Accident de la voie Publique  
**CE.SA.ME** : Centre de Santé Mentale  
**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire  
**CNHU** : Centre National Hospitalier Universitaire  
**CIM10** : Classification Internationale des maladies dixième révision  
**D.E.R** : Département d'Enseignement et de Recherche  
**EEG** : Enregistrement Encephalographique  
**ECBU** : Examen Cytobactériologique de l'Urine  
**E.S.S** : Ecole Secondaire de Santé  
**EFF** : Effectif  
**ENMP** : Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie  
**E.P.H** : Etablissement Public Hospitalier  
**FMPOS** : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie  
**FO** : Fond d'Œil  
**GE** : Goutte Epaisse  
**HTA** : Hypertension Artérielle  
**INFSS** : Institut National de Formation en Science de Santé  
**NFS** : Numération Formule Sanguine  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé  
**PMD** : Psychose Maniaco-dépressive  
**SIDA** : Syndrome d'immunodéficience acquise  
**UIV** : Urographie Intraveineuse  
**VIH** : Virus d'immunodéficience Humain  
**VS** : Vitesse de Sédimentation

**SOMMAIRE**

<b>I INTRODUCTION ET OBJECTIFS .....</b>	<b>1</b>
<b>II GENERALITES .....</b>	<b>5</b>
<b>III METHODOLOGIE .....</b>	<b>22</b>
<b>IV RESULTATS .....</b>	<b>25</b>
<b>V COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....</b>	<b>36</b>
<b>VI CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>43</b>
<b>VII REFERENCES .....</b>	<b>45</b>
 <b>ANNEXES</b>	

## **INTRODUCTION**

Pour l'O M S la dernière révision de la classification internationale des maladies (C I M10) définit les troubles mentaux organiques comme <<un ensemble de troubles mentaux ayant en commun une étiologie organique démontrable à type de maladies ou de lésions cérébrales ou d'atteintes responsable de dysfonctionnement du cerveau >> [30].

A coté de toutes les causes organiques de souffrance cérébrale, des pathologies générales ou médicamenteuses peuvent donner des troubles d'allure neuropsychiques [26,36].

Certaines affections somatiques sont particulièrement trompeuses quand les manifestations psychiques représentent la forme du début ou dominant le tableau clinique à la phase d'état .Un piège classique est représenté par l'existence d'antécédents psychiatriques connus [28].

En fait, les affections organiques peuvent mimer toutes sortes de troubles psychiatriques, telles la névrose d'angoisse, la dépression, la manie, voire la schizophrénie [28].

Lorsque les symptômes s'installent progressivement, les patients peuvent être orientés, en première intention, en psychiatrie [28] .Si aucun syndrome psychiatrique ne peut être considéré comme spécifique d'une atteinte cérébrale organique, certains symptômes en sont plus évocateurs et doivent être recherchés [36]. Dans un travail réalisé dans le service de psychiatrie de Monastir les troubles mentaux organiques avaient représentés 9,5% du total des admissions [30]. L'infestation de l'organisme par un parasite occasionne les manifestations propres, habituelles de cette parasitose mais peut de même engendrer une affection neuropsychiatrique dont l'étiologie n'apparaît rarement avec clarté. C'est dire la nécessité d'envisager cette possibilité lorsque les circonstances anamnestiques y convient (travailleur immigré, voyage récent dans un pays tropical, exposition professionnelle).

## **Comorbidité organique et troubles psychiatriques**

Cette démarche intellectuelle est d'autant plus nécessaire que les signes cliniques sont polymorphes et que le diagnostic est le plus souvent difficile : mais à l'inverse, il faut se garder d'établir trop facilement sans preuve convaincante, une relation de cause à effet entre une parasitose dont peut être porteur un malade et une manifestation neuropsychique. Les troubles psychiques dus au paludisme sont connus depuis longtemps mais en dehors des manifestations qui accompagnent le paludisme aigu, il est très difficile d'établir véritablement un rapport de causalité entre le paludisme et les manifestations psychiatriques. En effet le rôle de la personnalité du terrain somatique et psychologique du patient, des traumatismes divers, des toxicomanies (alcool et autres), d'autres parasitoses associées, des anémies chroniques en pays tropical doivent être discutés avec beaucoup d'attention. Il y'a donc lieu de faire preuve de circonspection avant d'établir des relations de cause à effet [25]. La paralysie générale (PG) ou la syphilis tertiaire est une méningo-encéphalite diffuse qui réalise une désintégration progressive des fonctions supérieures conduisant, en absence de traitement, à un état démentiel profond et à une déchéance physique. Le début peut être soit aigu par un épisode psychique : une excitation hypomaniaque qui est la plus classique mais non la plus habituelle, caractérisée par des augmentations passagères de capacité et de rendement de la personnalité, à telle enseigne que les malades se lancent dans des entreprises difficiles aussi bien d'ordre intellectuelles que dans des affaires. L'examen du malade retrouve cependant un certain nombre d'atypies : une incohérence des idées, illogisme, une certaine absurdité, voire un véritable délire. Le début peut être insidieux sur plusieurs mois ; d'autres fois on trouve un facteur déclenchant responsable de la décompensation psychiatrique [12]. Parmi les manifestations cliniques extrêmement variées de l'infection à VIH les manifestations psychiatriques sont fréquentes et parfois même révélatrices (dans 10% de cas de SIDA). Le

## **Comorbidité organique et troubles psychiatriques**

psychiatre peut être le premier à poser le diagnostic de l'infection à VIH et cela même chez un sujet n'appartenant pas à un groupe dit à risque. Si le psychiatre peut intervenir à tout moment de l'infection à VIH, il lui est fréquemment demandé, lors de manifestations psychiatriques chez un sujet séropositif, de faire la part entre ce qui revient à une origine organique et ce qui revient au vécu de cette maladie chargée émotionnellement. Au Mali, une série de travaux a été consacrée à la santé mentale, c'est ainsi que COULIBALY B en 1983 a trouvé que 4% des patients avait une étiologie organique [22]. HAIDARA M a démontré que 30,30% des patients souffrent d'une maladie somatique ou organique associée.

Il faut reconnaître que les affections organiques peuvent évoluer vers des complications psychiatriques très variées. Ces complications psychiatriques font l'objet d'une référence en psychiatrie même si les signes organiques sont francs, d'avis psychiatrique et posent un problème de prise en charge nécessitant une collaboration avec les autres spécialités. Le traitement de l'affection organique déverse le tableau psychiatrique. Au Mali si des études épidémiologiques réalisées dans le service de psychiatrie font ressortir un rapport étroit entre affections organiques et troubles psychiatriques, à notre avis aucune étude proprement dite n'a été faite ceci justifie le choix de notre thème : comorbidité organique et troubles psychiatrie en consultation ambulatoire au CESAME. Pour étudier ce thème nous avons émis des hypothèses.

### **Hypothèses :**

- un certain nombre des patients présentaient des plaintes somatiques.
- ces plaintes somatiques sont de natures variées.

Pour vérifier ces hypothèses nous nous sommes assigné les objectifs suivants

## **Comorbidité organique et troubles psychiatriques**

### **Objectif général**

Déterminer le rapport entre pathologies organiques et troubles mentaux.

### **Objectifs spécifiques**

- 1 Décrire le profil sociodémographique des patients.
- 2 Décrire les aspects cliniques des cas observés.
- 3 Déterminer la fréquence de comorbidité organique et troubles mentaux.



## GENERALITES

### **RAPPELS SUR LES TROUBLES MENTAUX ORGANIQUES Y COMPRIS LES TROUBLES SYMPTOMATIQUES (F00-F09) SELON CIM10**

Ce groupe réunit un ensemble de troubles mentaux ayant en commun une étiologie organique démontrable, à type de maladie ou de lésion cérébrales, ou d'atteinte entraînant un dysfonctionnement du cerveau. Le dysfonctionnement peut être primaire: c'est le cas des maladies, lésions ou atteintes qui touchent le cerveau de manière directe ou sélective ; il peut également être secondaire: c'est le cas des maladies et des troubles somatiques qui affectent le cerveau au même titre que les autres organes ou systèmes de l'organisme.

**La démence (F00-F03) :** est un syndrome dû à une maladie cérébrale, habituellement chronique et progressive, caractérisé par une altération de nombreuses fonctions corticales supérieures, telles que la mémoire, l'idéation, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprendre, le langage et le jugement. Le syndrome ne s'accompagne pas d'un obscurcissement de la conscience. Les déficiences des fonctions cognitives s'accompagnent habituellement (et sont parfois précédées) d'une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social; ou de la motivation. Ce syndrome survient dans la maladie d'Alzheimer, dans les maladies vasculaires cérébrales, et dans d'autres affections qui de manière primaire ou secondaire, affectent le cerveau.

Utiliser, au besoin, un code supplémentaire, pour identifier la maladie sous-jacente.

**F00\* Démence de la maladie d'Alzheimer (G30.-+) :** La maladie d'Alzheimer est une maladie cérébrale dégénérative primitive d'étiologie inconnue dont la neuropathologie et la neurochimie sont caractéristiques. Elle débute habituellement de façon insidieuse et progresse lentement mais régulièrement en quelques années.

**F00.0\* Démence de la maladie d'Alzheimer, à début précoce (G30.0+).**  
Démence de la maladie d'Alzheimer survenant avant l'âge de 65 ans, évoluant assez rapidement vers une détérioration et comportant de multiples perturbations marquées des fonctions corticales supérieures.

Démence dégénérative primaire de type Alzheimer, à début présénile

Démence présénile, de type Alzheimer

Maladie d'Alzheimer, type 2

**F00.1\* Démence de la maladie d'Alzheimer, à début tardif (G30.1+).**

Démence de la maladie d'Alzheimer survenant après l'âge de 65 ans, habituellement à la fin de la huitième décennie ou au-delà; elle évolue de façon lentement progressive et se caractérise essentiellement par une altération de la mémoire.

Démence dégénérative primaire de type Alzheimer, à début sénile

Démence sénile, de type Alzheimer (DSTA)

Maladie d'Alzheimer, type 1

**F00.2\* Démence de la maladie d'Alzheimer, forme atypique ou mixte (G30.8+).**

Démence atypique, de type Alzheimer.

**F00.9\* Démence de la maladie d'Alzheimer, sans précision (G30.9+).**

**F01 Démence vasculaire.**

La démence vasculaire résulte d'un infarctus cérébral dû à une maladie vasculaire, par exemple, une maladie cérébrovasculaire hypertensive. Les infarctus sont habituellement de petite taille mais leurs effets sont cumulatifs.

## **Comorbidité organique et troubles psychiatriques**

La démence survient habituellement à un âge avancé.

*Comprend* : démence artériopathique

### **F01.0 Démence vasculaire à début aigu.**

Démence vasculaire qui s'installe, habituellement de façon rapide, à la suite d'ictus cérébraux répétés, liés à des thromboses vasculaires, des embolies ou des hémorragies. Il est rare que la cause en soit un infarctus massif unique.

### **F01.1 Démence vasculaire par infarctus multiples.**

Démence vasculaire dont le début est progressif, qui fait suite à de nombreux épisodes ischémiques transitoires provoquant des lacunes dans le parenchyme cérébral.

Démence à prédominance corticale.

### **F01.2 Démence vasculaire sous-corticale.**

Démence vasculaire avec antécédent d'hypertension artérielle et de foyers de destruction ischémique dans la substance blanche profonde des hémisphères cérébraux. Le cortex cérébral est habituellement indemne, ce qui tranche avec le tableau clinique qui peut être proche de celui de la démence de la maladie d'Alzheimer.

### **F01.3 Démence vasculaire mixte, corticale et sous-corticale**

### **F01.8 Autres formes de démence vasculaire**

### **F01.9 Démence vasculaire, sans précision**

**F02\* Démence au cours d'autres maladies classées ailleurs** : Démences dues, ou supposées dues, à d'autres causes que la maladie d'Alzheimer ou à une maladie vasculaire cérébrale. Elles peuvent débuter à tout âge, mais ne surviennent que rarement à un âge avancé.

**F02.0\* Démence de la maladie de Pick (G31.0+)** : Démence évoluant progressivement, débutant à l'âge mûr, caractérisée par des modifications précoces, lentement progressives, du caractère et par une détérioration

## **Comorbidité organique et troubles psychiatriques**

sociale, aboutissant à une déficience des fonctions intellectuelles, de la mémoire et du langage, accompagnées d'une apathie, d'une euphorie et, plus rarement, de symptômes extrapyramidaux.

**F02.1\* Démence de la maladie de Creutzfeldt Jakob (A81.0+) :** Démence évoluant progressivement, comportant des signes neurologiques étendus, due à des altérations neuropathologiques spécifiques que l'on suppose provoquées par un agent transmissible. Elle débute habituellement à l'âge mûr ou plus tard, mais peut débuter chez l'adulte à n'importe quel âge. Son évolution est subaiguë, aboutissant à la mort en un à deux ans.

**F02.2\* Démence de la maladie de Huntington (G10+) :** Démence survenant dans le contexte d'une dégénérescence cérébrale étendue. La maladie est transmise par un gène autosomique dominant unique. Les symptômes apparaissent typiquement dans la troisième et la quatrième décennie. L'évolution est lentement progressive, aboutissant habituellement à la mort en 10 à 15 années.

Démence de la chorée de Huntington

**F02.3\* Démence de la maladie de Parkinson (G20+) :** Démence survenant au cours de l'évolution d'une maladie de Parkinson avérée. Aucune caractéristique clinique distinctive n'a été mise en évidence jusqu'ici.

Démence dans :

- . Paralyse agitante
- . Parkinsonisme

**F02.4\* Démence de la maladie due au virus de l'immunodéficience humaine [VIH] (B22.0+).**

Démence survenant au cours de l'évolution d'une maladie VIH, en l'absence de toute autre maladie ou infection concomitante pouvant expliquer les signes cliniques.

**F02.8\* Démence au cours d'autres maladies classées ailleurs.**

Démence au cours de :

- . Carence en :
- . Acide nicotinique [pellagre] (E52+)
- . Vitamine B12 (E53.8+)
- . Dégénérescence hépatolenticulaire (E83.0+)
- . Épilepsie (G40.-+)
- . Hypercalcémie (E83.5+)
- . Hypothyroïdie acquise (E01, E03.-+)
- . Intoxications (T36-T65+)
- . Lipidose cérébrale (E75.-+)
- . Lupus érythémateux disséminé (M32.-+)
- . Neuro-syphilis (A52.1+)
- . Périarthrite noueuse (M30.0+)
- . Sclérose en plaques (G35+)
- . Trypanosomiase (B56.-+ ; B57.-+)

**F03 Démence, sans précision.**

Démence: SAI

- . Dégénérative primaire SAI
- . Présénile SAI
- . Sénile SAI
- . Forme dépressive ou délirante

Psychose: SAI

- . Présénile SAI
- . Sénile SAI

*A l'exclusion de* : démence sénile avec delirium ou état confusionnel aigu (F05.1)

sénilité SAI (R54).

**F04 Syndrome amnésique organique, non induit par l'alcool et d'autres substances psycho actives.**

Syndrome dominé par une altération de la mémoire, récente et ancienne, avec conservation de la mémoire immédiate, par une réduction de la capacité à apprendre des informations nouvelles et par une désorientation temporelle.

Il peut y avoir une confabulation marquée, mais la perception et les autres fonctions cognitives, y compris l'intelligence, sont habituellement intactes.

Le pronostic dépend de l'évolution de la lésion sous-jacente.

Psychose ou syndrome de Korsakov non alcoolique

*A l'exclusion de :*

amnésie:

- . SAI (R41.1)
- . Antérograde (R41. 1)
- . Dissociative (F44.0)
- . Rétrograde (R41.2)

syndrome de Korsakov:

- . Induit par l'alcool ou sans précision (F10.6)
- . Induit par d'autres substances psycho actives (F11-F19 avec le quatrième chiffre .6)

**F05 Delirium, non induit par l'alcool et d'autres substances psycho actives.**

Syndrome cérébral organique sans étiologie spécifique, caractérisé par la présence simultanée de perturbations de la conscience et de l'attention, de la perception, de l'idéation, de la mémoire, du comportement psychomoteur, des émotions, et du rythme veille sommeil. La durée est variable et le degré de gravité varie de léger à très sévère.

*Comprend :*

état confusionnel (non alcoolique) aigu(ë) ou subaigu(ë)

## **Comorbidité organique et troubles psychiatriques**

psychose infectieuse aigu(ë) ou subaigu(ë)

réaction organique aigu(ë) ou subaigu(ë)

syndrome: aigu(ë) ou subaigu(ë)

. Cérébral aigu (ë) ou subaigu (ë)

. Psycho organique aigu (ë) ou subaigu (ë)

*A l'exclusion de :* delirium tremens induit par l'alcool ou sans précision (F10.4)

### **F05.0 Delirium non surajouté à une démence.**

### **F05.1 Delirium surajouté à une démence.**

Affections répondant aux critères cités plus haut mais survenant au cours d'une démence (F00-F03).

### **F05.8 Autres formes de delirium**

Delirium d'origine mixte

### **F05.9 Delirium, sans précision**

### **F06 Autres troubles mentaux dus à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral, et à une affection somatique.**

Comprend diverses affections causées par un trouble cérébral dû à une affection cérébrale primitive, à une affection somatique touchant secondairement le cerveau, à des substances toxiques exogènes ou des hormones, à des troubles endocriniens, ou à d'autres maladies somatiques.

*A l'exclusion de :*

associés à :

. Delirium (F05.-)

. démence classée en F00-F03 induits par l'alcool et d'autres substances psycho actives (F10-F19)

**F06.0 État hallucinatoire organique :** Trouble caractérisé par des hallucinations persistantes ou récurrentes, habituellement visuelles ou auditives, survenant en l'absence d'une obnubilation de la conscience, et que

## **Comorbidité organique et troubles psychiatriques**

le sujet peut reconnaître ou non en tant que telles. Les hallucinations peuvent être à l'origine d'une élaboration délirante, mais les idées délirantes ne dominent pas le tableau clinique; les hallucinations peuvent être reconnues comme pathologiques par le sujet lui-même.

État hallucinatoire organique (non alcoolique)

*A l'exclusion de:*

hallucinoïse alcoolique (F10.5)

schizophrénie (F20).

**F06.1 Catatonie organique** : Trouble caractérisé par une diminution (stupeur) ou une augmentation (agitation) de l'activité psychomotrice et par des symptômes catatoniques. Les deux pôles de la perturbation psychomotrice peuvent alterner.

*A l'exclusion de:*

schizophrénie catatonique (F20.2)

stupeur :

. SAI (R40.1)

. Dissociative (F44.2)

**F06.2 Trouble délirant organique [d'allure schizophrénique].**

Trouble caractérisé par la présence, au premier plan du tableau clinique, d'idées délirantes persistantes ou récurrentes. Les idées délirantes peuvent être accompagnées d'hallucinations. Certaines caractéristiques évoquant une schizophrénie, comme des hallucinations bizarres ou des troubles du cours de la pensée, peuvent être présentes.

États délirants et hallucinatoires d'origine organique

Psychose d'allure schizophrénique au cours d'une épilepsie

*A l'exclusion de :*

schizophrénie (F20.-)

troubles:



## **Comorbidité organique et troubles psychiatriques**

. Délirants persistants (F22.-)

. Psychotiques :

. Aigus et transitoires (F23)

. Induits par des substances psycho actives (F11-F19 avec le quatrième chiffre .5)

### **F06.3 Troubles organiques de l'humeur [affectifs].**

Troubles caractérisés par une altération de l'humeur ou de l'affect, habituellement accompagnés d'une altération du niveau global d'activité, il peut s'agir de troubles dépressifs, hypomaniaques, maniaques ou bipolaires (voir F30-F32), mais secondaires à une maladie organique.

A l'exclusion de : troubles de l'humeur non organiques ou sans précision (F30-F39)

### **F06.4 Trouble anxieux organique.**

Trouble caractérisé par la présence des caractéristiques descriptives essentielles d'une anxiété généralisée (F41.1), d'un trouble panique (F41.0), ou d'une association des deux, mais secondaire à une maladie organique.

*A l'exclusion de* : troubles anxieux non organiques ou sans précision (F41).

### **F06.5 Trouble dissociatif organique.**

Trouble caractérisé par une perte partielle ou complète de l'intégration normale entre souvenirs du passé, conscience de l'identité et des sensations immédiates, et contrôle des mouvements corporels (voir F44.-), mais secondaire à une maladie organique.

*A l'exclusion de* : troubles dissociatifs [de conversion] non organiques ou sans précision (F44).

### **F06.6 Labilité [asthénie] émotionnelle organique.**

Trouble caractérisé par une incontinence ou une labilité émotionnelles, une fatigabilité, et diverses sensations physiques désagréables (par exemple des vertiges) et par des douleurs, mais secondaire à une maladie organique.

*A l'exclusion de :* troubles somatoformes non organiques ou sans précision (F45).

**F06.7 Trouble cognitif léger.**

Trouble caractérisé par une altération de la mémoire, des difficultés d'apprentissage et une réduction de la capacité à se concentrer sur une tâche, sauf pendant des périodes de courte durée. Le sujet éprouve souvent une fatigue mentale accentuée quand il fait des efforts mentaux, et un nouvel apprentissage peut être subjectivement difficile même quand il est objectivement réussi. Aucun de ces symptômes ne présente une sévérité suffisante pour justifier un diagnostic de démence (F00-F03) ou de delirium (F05.-). Ce diagnostic ne doit être fait qu'en présence d'un trouble somatique spécifié; il ne doit pas être fait en présence de l'un des troubles mentaux ou du comportement classés en F10-F99. Le trouble peut précéder, accompagner ou succéder à des infections et des troubles physiques très divers, cérébraux et généraux, sans qu'il existe obligatoirement des preuves directes en faveur d'une atteinte cérébrale. Il peut être différencié d'un syndrome postencéphalitique (F07.1) et d'un syndrome post-commotionnel (F07.2) sur la base de son étiologie, de sa symptomatologie, moins riche et moins sévère, et de sa durée, habituellement plus courte.

**F06.8 Autres troubles mentaux précisés dus à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral et à une affection physique.**

Psychose épileptique SAI

**F06.9 Trouble mental sans précision, dû à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral, et à une affection physique.**

Syndrome cérébral organique SAI

Trouble mental organique SAI

**F07 Troubles de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux.**

Une altération de la personnalité et du comportement peut constituer un trouble résiduel ou concomitant d'une maladie, d'une lésion, ou d'un dysfonctionnement cérébral.

**F07.0 Trouble organique de la personnalité.**

Trouble caractérisé par une altération significative des modes de comportement qui étaient habituels au sujet avant la survenue de la maladie; les perturbations concernent, en particulier, l'expression des émotions, des besoins et des pulsions. Le tableau clinique peut, par ailleurs, comporter une altération des fonctions cognitives, de la pensée, et de la sexualité.

Personnalité pseudo psychopathique organique

Pseudo débilité organique

Psycho syndrome de l'épilepsie du système limbique

Syndrome (des) :

- . Frontal
- . Lobotomisés
- . Post-leucotomie

*A l'exclusion de :*

changement durable de la personnalité après:

- . Expérience de catastrophe (F62.0)
- . Maladie psychiatrique (F62.1)

syndrome:

- . Post-commotionnel (F07.2)
- . Post-encéphalique (F07.1)

trouble spécifique de la personnalité (F60).

**F07.1 Syndrome post-encéphalique.**

Altération résiduelle du comportement, non spécifique et variable après guérison d'une encéphalite virale ou bactérienne. Le syndrome est réversible, ce qui constitue la principale différence entre ce tableau et les troubles organiques de la personnalité.

*A l'exclusion de :* trouble organique de la personnalité (F07.0).

**F07.2 Syndrome post-commotionnel.**

Syndrome survenant à la suite d'un traumatisme crânien (habituellement d'une gravité suffisante pour provoquer une perte de connaissance) et comportant de nombreux symptômes variés tels que maux de tête, vertiges, fatigue, irritabilité, difficultés de concentration, difficultés à accomplir des tâches mentales, altération de la mémoire, insomnie, et diminution de la tolérance au stress, aux émotions, ou à l'alcool.

Syndrome:

- . Cérébral post-traumatique, non psychotique
- . Post-contusionnel (encéphalopathie).

**F07.8 Autres troubles organiques de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux.**

Trouble affectif organique de l'hémisphère droit.

**F07.9 Trouble organique de la personnalité et du comportement dû à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux, sans précision.**

Psycho syndrome organique

**F09 Trouble mental organique ou symptomatique, sans précision.**

Psychose:

- . Organique SAI
- . Symptomatique SAI

*A l'exclusion de :* psychose SAI (F29).

## **Les troubles psychiques et épilepsies**

On distingue parmi les troubles psychiques observés au cours des épilepsies, les phénomènes paroxystiques <<critiques>>, les perturbations <<inter critiques>> aiguës ou subaiguës et les troubles mentaux permanents qui concernent surtout la personnalité des patients atteints d'épilepsie.

### **I Les troubles mentaux critiques**

Ces manifestations s'observent essentiellement au cours des épilepsies temporales, mais elles peuvent également survenir :

- comme aura d'une crise généralisée
- comme équivalent d'une crise comitiale
- dans les suites immédiates d'une crise généralisée

Quatre catégories des troubles paroxystiques peuvent être individualisés : les états confusionnels ou confusio-oniriques, les états crépusculaires, les automatismes psychomoteurs et les états de rêve ou dreamy state.

#### **a) Les Etats confusionnels ou confusio-oniriques.**

La symptomatologie de ces accès se caractérise par leur soudaineté, la fluctuation importante du niveau de conscience et par la durée brève de l'épisode (de quelques heures généralement à quelques jours au maximum). Une certaine agitation est fréquemment associée à la confusion. Au plus, on observe un accès de fureur. Dans certains cas, l'accès confusio-oniriques se termine par une crise comitiale.

Mais, le plus souvent, il survient au décours d'une crise ou comme équivalent épileptique. L'amnésie de l'épisode, partielle ou totale, est un phénomène constant, particulièrement évocateur.

#### **b) Les Etats crépusculaires**

Ici, l'obtusion intellectuelle est importante. Des troubles de l'attention et un ralentissement idéatoire apparaissent brusquement ; le patient éprouve souvent une perplexité anxieuse et des sentiments d'étrangetés sans véritable

## **Comorbidité organique et troubles psychiatriques**

désorientation. L'altération de la vigilance peut être accompagnée d'un onirisme, d'hallucination, ou d'illusions et parfois de thème délirant, mystique ou persécutif. L'épisode est généralement bref (de quelques minutes à quelques heures) et l'amnésie habituelle. Dans certains cas Etats crépusculaires est prolongé caractérisé par des nombreuses fluctuations de l'état de conscience, mais compatible avec une activité relativement organisée ; des phénomènes d'onirismes ou d'hébétude alterne avec des moments de lucidité. Des automatismes psychomoteurs peuvent compléter le tableau clinique.

### **c) Les automatismes psychomoteurs**

On désigne sous ce thème une suspension plus ou moins complète de l'activité psychique avec persistance d'un comportement intentionnel parfois complexe. Dans des automatismes prolongés, on peut observer des « automatismes ambulatoires » avec voyage ou fugue amnésique, au cours de ses épisodes, les sujets sont susceptibles de se livrer à divers actes médico-légaux (accès de fureur clastique, raptus suicidaire, exceptionnellement meurtre). L'amnésie est constante (parfois incomplète). La durée totale de l'état pathologique peut varier de quelques minutes à quelques jours. Cette pathologie (de même que les états crépusculaires), lorsqu'elle est prolongée, pose parfois des problèmes diagnostiques difficiles avec l'hystérie (importance d'une amnésie authentique).

### **d) Les Etats de rêve ou dreamy state.**

L'accès est inauguré par un sentiment de frayeur ou d'étrangeté. Une sensation olfactive ou gustative désagréable y est associée dans la crise uncinée. La crise est vécue comme un rêve; le patient a très souvent conscience de son caractère pathologique, selon les cas, domine un sentiment de déjà-vu, reminiscences multiple avec défilé de souvenirs (mémoire panoramique), une impression fugitive et ineffable d'étrangeté ou des

## **Comorbidité organique et troubles psychiatriques**

hallucinations visuelles. La fin de l'accès peut faire évoquer une expérience délirante de type schizophrénique.

Mais l'aspect critique de l'épisode oriente le diagnostic.

### **II- Les troubles mentaux inters critiques**

Des tableaux aigus ou subaigus, de confusion mentale, psychoses délirantes aiguës ou de psychose dysthymique peuvent alterner avec des crises comitiales typiques. Nous ne décrivons ici que la symptomatologie des « psychoses aiguës inters critiques » dysthymique et délirante.

Qu'il s'agisse d'épisodes dysthymique (excitation ou dépression fréquemment associé à une agitation importante) ou d'états délirants (psychoses délirantes aiguës de type oniroïde).

Ces accès psychotiques se caractérisent) par un début brusque (parfois après une crise) par une durée brève (de quelques heures à quelques semaines) par leur caractère récidivant (sémiologie stéréotypée d'un accès à l'autre). Ils surviennent dans 5 à 8 % des cas d'épilepsie.

La relation exacte qui les unit à l'épilepsie est en fait, mystérieuse et leur nature inters critiques sujette à discussion.

Les enregistrements EEG pratiqués au cours de ces psychoses aiguës et comparés aux tracés antérieurs donnent des résultats variables ; certains sont inchangés, montrant soit des signes paroxystiques diffus ou localisés, soit des ondes lentes diffuses non spécifiques ; d'autres sont rigoureusement normaux ou, font plus surprenants encore, normalisés durant l'accès psychotique. La coexistence d'une épilepsie et d'une psychose est particulièrement fréquente chez les enfants (20% des enfants atteints d'une psychose précoce présente des crises convulsives). De même, l'arriération mentale et épilepsie sont souvent associées, surtout en cas de retard mental grave. Les troubles psychiques sont fréquents au cours de ces états pathologiques sans qu'ils soient obligatoirement imputables à l'épilepsie. Enfin, dans certains cas de

## **Comorbidité organique et troubles psychiatriques**

retard mental et épilepsie proviennent d'une même étiologie organique cérébrale. Les relations entre épilepsie et manifestations névrotiques paroxystiques sont aussi complexes.

Certains facteurs peuvent déclencher une authentique crise comitiale.

La maladie épileptique semble parfois directement en cause dans certaines structures névrotiques.

Les relations entre pathologie hystérique et la pathologie épileptique sont particulièrement confuses en partie pour des raisons historiques.

Le concept parfois utilisé d'hystéro-épilepsie ne semble pas en mesure d'éclaircir ces rapports. Deux ordres de faits semblent établis.

Un malade présentant des crises épileptiques peut avoir une personnalité de type hystérique avec histrionisme, suggestibilité et dépendance affective, la personnalité étant susceptible d'avoir des répercussions sur les modalités d'expression clinique de la comitialité.

Ailleurs, un même patient peut présenter une alternance des crises comitiales et des « crises » de nature hystérique (conversion).

Cette association a particulièrement été décrite chez les enfants.

### **III) Les troubles mentaux permanents**

#### **a) Troubles du caractère**

La personnalité de nombreux épileptiques se caractérise par une irritabilité excessive, une instabilité de l'humeur et une agressivité explosive. Leur « viscosité psychoaffective » avec bradypsychie et « adhésivité » est une notion classique. En fait, ces manifestations ne justifient pas l'individualisme qu'avait faite Minkowska d'une « personnalité épileptique » ; elles sont, en effet, non spécifiques, inconstantes et liées au moins en partie aux nombreuses réactions psychologiques qu'entraîne régulièrement l'épilepsie affection chronique invalidante, et aux traitements barbituriques au long



## **Comorbidité organique et troubles psychiatriques**

cours (barbiturisme chronique) dont la prescription est cependant de moins en moins fréquente de nos jours.

### **b) Les complications chroniques**

L'existence d'autres complications psychiatriques de l'épilepsie est discutée. Ainsi, l'origine comitiale de certains états délirants chroniques n'est pas prouvée ; il s'agit plus vraisemblablement d'associations fortuites. De même, le concept de démence épileptique est souvent critiqué ; une évolution démentielle chez un sujet jeune doit faire penser au diagnostic d'encéphalopathie évolutive ; dans ces cas, l'épilepsie et la démence sont deux complications de l'affection causale. Par ailleurs, certaines détériorations intellectuelles sont vraisemblablement de pseudo- démences, l'insuffisance de l'efficiences pouvant s'expliquer par les effets secondaires de certaines thérapeutiques médicales et par le manque de stimulation entraîné par l'isolement et l'institutionnalisation.

### **Les troubles mentaux et maladies infectieuses**

Les troubles mentaux d'origines infectieuses s'observent beaucoup moins fréquemment de nos jours. On rappelle cependant les troubles de la conscience observées au cours de la typhoïde, de la brucellose, du paludisme et les troubles thymiques ou délirant observés lors de certains traitements antituberculeux. On rappelle d'autres parts que l'ensemble des meningoencéphalites bactériennes et virales (méningite tuberculeuse, herpes etc.) Peut être responsable de syndromes (confusionnels et démentiel). Enfin les abcès cérébraux dans un contexte infectieux et certaines affections parasitaires peuvent avoir une localisation encéphalique avec troubles psychiques.

Mais les signes neurologiques associés orientent en règle générale le diagnostique.

## **METHODOLOGIE DE RECHERCHE**

### **1) Cadre et lieu d'étude :**

Notre étude s'est déroulée au centre de santé mentale (**CESAME**) Jean Pierre Coudray de Hamdallaye connu sous le nom du lazaret.

#### **Présentation du centre**

Situé au Badialan dans la commune III du district de Bamako, l'ancienne hypnozerie est créée en 1986 dans le but de faciliter l'accès de la population aux soins neuropsychiatriques.

Elle est composée de deux (2) bâtiments, un appartement pour les grandes endémies et une toilette commune.

#### **Le bâtiment (A) comprend :**

- Une (1) salle de réunion ;
- Une (1) salle **AMAMM** ;
- Une (1) salle de consultation pour enfant ;
- Un (1) bureau pour le psychologue ;
- Une salle (1) de **TDC** ;
- Un secrétariat ;
- Un bureau pour les médecins ;

#### **Le bâtiment (B) comprend :**

- Une salle d'attente ;
- Une salle de consultation médicale spécialisée ;
- Une salle de soins ;
- Une salle d'hospitalisation avec quatre (4) lits ;
- Une salle pour les archives ;
- Une pharmacie fournie par l'**AMAMM** ;
- Un magasin de stockage des médicaments ;
- Un (1) logement pour l'assistant médical ;
- Une (1) cuisine ;

### **Structure de fonctionnement**

Selon les archives, le **CESAME** a vu sa première consultation le 07 octobre 1986. Les consultations ont lieu tous les lundis, mardis et les mercredis de 7h 30 à 16h00 par les médecins psychiatres qui se relaient entre ce centre et le service de psychiatrie du CHU du point G. C'est un service qui fonctionne sur le mode communautaire, associant la famille. Après 16h00, la permanence est assurée par un médecin et l'assistant médical.

### **Personnel médical**

Quatre (4) médecins psychiatres rotatifs ;

Un (1) médecin de permanence ;

Un assistant médical

### **2) Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude rétrospective.

### **3) Période d'étude :**

Elle est étendue sur une période allant du 01/01/1994 au 31/12/2003.

### **4) Population d'étude :**

Patients vus en consultation externe pour des troubles psychiatriques.

### **5) Echantillonnage**

**5-1 Critères d'inclusion :** Etaient inclus :

- Les patients sans antécédents psychiatriques personnels connus suivis en ambulatoire.
- Les patients aux dossiers complets.
- Les dossiers comportant un (1) ou plusieurs examens complémentaires avec résultats.

**5-2 Critères de non inclusion** : Etaient exclus de notre étude :

- Les patients ayant un antécédent psychiatrique personnel connu ou déjà suivi dans le service de psychiatrie du CHU du point G.
- Les patients aux dossiers incomplets.
- Les dossiers sans examens complémentaires.
- Les dossiers avec un (1) ou plusieurs examens complémentaires sans résultats.

**6) collecte des données**

Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire dont un exemplaire est porté annexe.

**7) Traitement informatique et analyse des données :**

La saisie et l'analyse des ont été faites sur des logiciels Microsoft Word et Epi-6Fr version 2000.

## RESULTATS

### 1 Les caractéristiques sociodémographiques

A l'issu de notre étude nous avons colligé 341 dossiers de patients. Ils étaient répartis entre 173 hommes et 168 femmes soient un sexe ratio de 1,03. Ces patients se répartissaient selon les caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques cliniques.

**Tableau I**\_La répartition des patients selon la tranche d'âge

<b>Tranche d'âge (en année)</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
0-9	27	8
10-18	87	25,5
19-28	92	26,7
29-38	76	22,2
39-48	34	10
49-58	12	3,5
59-68	11	3,2
>69	2	0,6
<b>Total</b>	<b>341</b>	<b>100</b>

La tranche d'âge de 19-28 ans était la plus représentée avec 92 patients sur 341 soit 26,7%.

## Comorbidité organique et troubles psychiatriques

**Tableau II** : Répartition des patients selon le sexe

<b>Sexe</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Masculin	173	50,7
Féminin	168	49,3
<b>Total</b>	<b>341</b>	<b>100</b>

Le sexe masculin était le plus représenté avec 173 sur 341 soit 50,7%.

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

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Bamanan	120	35,1
Soninké	117	34,3
Peulh	33	9,7
Sonrhäï	16	4,7
Kassonké	10	2,9
Sénoufo	7	2,1
Maure	5	1,5
Bozo-somono	5	1,5
Minianka	5	1,5
Autres	21	6,1
<b>Total</b>	<b>341</b>	<b>100</b>

Autres : dogon, diawando, touareg, tamachec, kakolo, étranger

Les bamanan malinkés étaient les plus représentés avec 120 sur 341 soit 35,1%.

**Tableau IV** : Répartition des patients selon la profession

<b>Profession</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Ménagère	84	24,6
Elève-étudiant	74	21,7
Commerçant – vendeur	41	12,0
Agriculteur	31	9,1
Artisans-ouvriers	19	5,6
Enseignants	6	1,8
Corps d’arme	5	1,5
Sans profession	56	16,4
Autres	25	7,3
<b>Total</b>	<b>341</b>	<b>100</b>

Autres : indéterminé, marabout, chauffeur

Les ménagères étaient les plus représentées avec 84 patients sur 341 soit 24,6%

**Tableau V** : Répartition des patients selon la résidence

<b>Résidence</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Bamako	221	64,8
Kayes	47	13,8
Koulikoro	41	12
Sikasso	11	3,2
Autres	21	6,1
<b>Total</b>	<b>341</b>	<b>100</b>

Autres : Ségou, Mopti, Gao, Kidal, Tombouctou, étranger

Les ressortissants de Bamako étaient les plus représentés avec 221 patients sur 341 soit 64,8%

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

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Marié	134	39,3
Célibataire	185	54,3
Veuf (ve)	15	4,4
Divorcé(e)	7	2,0
<b>Total</b>	<b>341</b>	<b>100</b>

Les célibataires étaient les plus représentés avec 185 patients sur 341 soit 54,3%



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

<b>Niveau de scolarisation</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Non scolarisé	144	42,2
Primaire	136	40
Secondaire	52	15,2
Supérieur	9	2,6
<b>Total</b>	<b>341</b>	<b>100</b>

Non scolarisé : patient n'ayant pas fréquenté l'école française et la médersa, élève coranique.

Les non scolarisés étaient les plus touchés avec 144 patients sur 341 soit 42,2%, 136 se sont limités au niveau primaire soit 40%.

## 2 Les caractéristiques cliniques

**Tableau VIII** : Répartition des patients selon les diagnostics psychiatriques

<b>Diagnostics psychiatriques</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Comitialité	108	31,7
Troubles thymiques	40	11,7
Psychoses aiguës	55	16,1
Psychoses chroniques	48	14,0
Névroses	60	17,6
Démence	6	1,8
Autres	24	7,0
Total	341	100

Autres : mutisme, instabilité, plaintes somatiques, paresthésie des membres

La comitialité était le diagnostic psychiatrique le plus évoqué avec 108 patients sur 341 soit 31,7% suivis des névroses avec 60 sur 341 soit 17,6%.

**Tableau IX** : Répartition des patients selon les motifs de consultation

<b>Motif de consultation</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Céphalées	80	23,5
Crises convulsives	71	20,8
Insomnie	55	16,1
Anxiété	28	8,2
Vertiges	22	6,4
Agitation psychomotrice	13	3,8
Agressivité	10	2,9
Asthénie physique	7	2,1
Asthénie sexuelle	3	0,9
Enurésie	1	0,3
Autres	51	15,0
<b>Total</b>	<b>341</b>	<b>100</b>

Les céphalées étaient les motifs de consultation les plus représentées avec 80 patients sur 341 soit 23,5 % contre 0,3% pour l'énurésie.

**Tableau X** : Répartition des patients selon l'examen somatique

<b>Examen somatique</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Normal	282	82,8
Signes digestifs	24	7,0
Signes cardio-vasculaires	13	3,8
Altération de l'état général	6	1,8
Signes cutanés	3	0,9
Signes pulmonaires	4	1,2
Signes neurologiques	4	1,2
Signes uro-génitaux	3	0,9
Fièvre	2	0,6
<b>Total</b>	<b>341</b>	<b>100</b>

L'examen somatique était normal dans la majorité des cas avec 282 patients sur 341 soit 82,8%

**Tableau XI : Répartition des patients selon les pathologies organiques**

<b>Pathologies organiques</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Comitialité	99	29
Pathologies infectieuses	140	41
Pathologies gastriques	16	4,7
Troubles métaboliques	11	3,2
ORL	11	3,2
Drépanocytose	5	1,5
Emphysème pulmonaire	1	0,3
Pas de comorbidité organique	58	17
Total	341	100

Les pathologies infectieuses étaient les plus représentées avec 140 patients sur 341 soit 35,7% de cas.

**Tableau XII** : Répartition des patients selon les pathologies infectieuses.

<b>Pathologies infectieuses</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>%</b>
Paludisme	28	8,21
VIH SIDA	6	1,8
syphilis	9	2,6
Fièvre typhoïde	50	14,6
toxoplasmose	34	10
I. urinaires	4	1,2
I. intestinales	9	2,6
Pas d'infections	201	59
<b>Total</b>	<b>341</b>	<b>100</b>

La fièvre typhoïde et la toxoplasmose étaient les pathologies infectieuses les plus fréquentes avec respectivement 50 patients sur 341 soit 14,6% et 34 patients sur 341 soit 10%.

## Comorbidité organique et troubles psychiatriques

**Tableau XIII :** Répartition des patients selon le diagnostic psychiatrique et la comorbidité organique.

<b>P. org.</b> <b>D.psych.</b>	<b>Comit.</b>	<b>P.inf.</b>	<b>P.gastr.</b>	<b>T.mét.</b>	<b>ORL.</b>	<b>Drep.</b>	<b>Pulm.</b>	<b>Auc.</b>
Comit.	78	19	0	0	5	1	0	5
T. thym.	1	23	0	2	0	1	1	12
P. aigües	4	47	0	1	1	1	0	1
P.chron.	8	24	0	5	0	0	0	11
Névroses	2	18	3	1	5	0	0	31
Démence	1	3	0	1	0	1	0	0
Autres	5	6	3	1	0	1	0	8
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>140</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>68</b>

Les pathologies infectieuses étaient les plus représentées au cours des psychoses aigües avec 47 cas sur 341 soit 14%.

Comit.= comitialité

P.gastr.= pathologies gastriques

P. org.= pathologie organique

P.chron.= psychoses chroniques

D.psych.= diagnostic psychiatrique

P. inf.= pathologies infectieuses

Drép.= drépanocytose

T. thym.= troubles thymiques

P.aigües= psychoses aigües

T.mét.= troubles métaboliques

Auc= aucun

## DISCUSSIONS

### I Fréquence de la comorbidité organique et troubles Psychiatriques

Nous avons recensé au Centre de Santé Mentale de Hamdallaye 341 dossiers suivis en ambulatoire. Cependant nous avons enregistré 273 cas de pathologies organiques ce qui donne une fréquence de **80%** dominée par les pathologies infectieuses avec 140 sur 341 soit 41%. Ce chiffre est plus élevé mais compréhensible pour plusieurs raisons :

- Certaines maladies aiguës ou chroniques nécessitent une prise en charge médicale, chirurgicale et psychologique.
- Un même malade peut avoir plusieurs pathologies organiques surtout infectieuses.
- Nos collègues avisés d'autres services demandent très souvent notre avis sur les cas qui sembleraient peine abord purement organiques mais qui révéleraient plus tard des notes psychiatriques. Notre résultat est plus élevé que celui de: **GAHA et col [30]** ont trouvé que la fréquence des troubles mentaux organiques est de 9,5%, **KODIOH [42]** a trouvé que la prévalence des manifestations neuropsychiatriques au cours du paludisme de l'adulte est de 9,3% et de **HADARA M [38]** qui a trouvé, que 30,30% des patients surtout de sexe féminin souffrent d'une maladie somatique ou organique associée.



## II Les données sociodémographiques

**1 Au niveau du sexe :** Au cours de ce travail, la majorité de nos patients étaient de sexe masculin avec 173 sur 341 soit 50,7% contre 49,3% pour le sexe féminin. Ce pourcentage élevé de sexe masculin peut être du à plusieurs hypothèses.

- Les considérations culturelles frappant d'avantage le sexe féminin, qui bénéficie d'une hyper protection contre les influences extérieures tant par la famille de la jeune fille que pour le jeune marié.
- Les travaux ménagers effectués par les femmes peuvent être compatibles avec des troubles modérés.
- Les hommes sont beaucoup tournés vers l'extérieur donc subissent plus les influences déstructurantes venant d'ailleurs.
- L'altération de l'état de santé de l'homme se fait beaucoup vite sentir sur le plan socioprofessionnel que la femme.
- Un malade de sexe masculin serait plus violent donc difficile à gérer à la maison.

Notre résultat est parallèle avec celui de **Haidara M [38]**, dans son étude portant sur les évaluations des activités de consultation externe au service de psychiatrie a trouvé 60,78% pour le sexe masculin et 38,3% pour le sexe féminin. **Koumare B, cité par Pichard P. GP [43]** a trouvé 65,6% pour le sexe masculin et 34,8% pour le sexe féminin. **A. Andrade [1]** a trouvé 64,7% de sexe masculin contre 39,22% de sexe féminin.

**2 Au niveau de l'âge :** La tranche d'âge de 19-28 ans a été la plus représentée avec 91 sur 341 soit 27,6% suivi de la tranche d'âge de 29-38 ans avec 22,6%. C'est la population jeune qui est la plus touchée. Ceci nous amène à quelques réflexions.

- La population générale est jeune au Mali 52%

### **Comorbidité organique et troubles psychiatriques**

- Cette population est confrontée à des difficultés de la vie (scolarisation, chômage)
- Elle est exposée à des événements de la vie stressante.

Notre résultat concorde avec celui de **SANOGO Z [57]** qui a trouvé 26,56% pour la tranche d'âge de 26-35 ans. **COULIBALY.B [22]** a trouvé, pour les demandeurs de soins psychiatriques, 37,7% pour la tranche d'âge de 25-34 ans. **MENET GACEBET YLS [47]** et **ORSOT DESSI M [53]** qui ont trouvés respectivement une surreprésentation dans les tranches d'âge suivantes :de 21-30 ans 39,8% des hospitalisés et 34,7% des suivis en externe et de 25-34 ans 30,6% de l'effectif total.

**3 Au niveau du statut matrimonial :** 54,3% de nos patients étaient célibataires contre 39,3% des mariés. Le célibat est apparu comme un facteur qui est de risque tout comme cause ou conséquence du déséquilibre psychomental. Notre résultat est superposable à celui de **DIAKITE A [23]**, dans son étude portant sur les psychoses délirantes chroniques a trouvé 51,7% de célibataires. **BABY M [6]** a trouvé 47% des urgences psychiatriques étaient des célibataires. **BRACINI T et COL [14]** ont trouvés 41,8% des sujets sans partenaires dans la population de 25-50 ans. **PICHOT P et COL [54]** ont eu pour l'ensemble de leur échantillon 38% de célibataire ; dans les schizophrénies 73% de célibataires (alors que la moitié des schizophrènes avaient plus de 30 ans et 91% avaient plus de 20 ans), 10% d'entre eux étaient séparés ou divorcés, 17% seulement étaient mariés lors de leur admission à âge égal, 33% des malades de la catégorie délire chronique sont célibataires. Le résultat s'oppose à celui de **SANOGO. Z [57]** qui a trouvé 82,69% des mariés contre 9,62% des célibataires. **Haidara. M [38]** a trouvé 55,37% des mariés contre 32,26% des célibataires.

## **Comorbidité organique et troubles psychiatriques**

**4 Au niveau de l'ethnie :** Au cours de cette étude, le rameau manding comprenant les bamanans, les malinkés, les soninkés et les peulhs reste majoritaire. Au sein de ce rameau les bamanans, malinkés étaient les plus représentés avec 120 sur 341 soit 35,1% suivi des soninkés avec 117 sur 341 soit 34,3%. Les autres ethnies sont moins représentées, car elles sont défavorisées par le lieu d'enquête. Notre résultat est proche à celui de **SANOGO Z [57] et HAIDARA. M [38]** qui ont trouvé respectivement 45% pour les bamanans malinkés contre 14,1% pour les soninkés et 27,71% des bambaras.

**5 Au niveau de la résidence :** Au cours de ce travail, le district de Bamako abrite a lui seul 64,8% de nos patients ensuite vient les régions de Kayes et Koulikoro avec respectivement 13,8% et 12,0%. Cela pourrait s'expliquer par la proximité et la facilité d'accès au Centre de Santé Mentale de Hamdallaye. Le reste des régions se partage la petite minorité des patients avec 3,2% pour la région de Sikasso, 1,5% pour Mopti, 1,2% pour Ségou. Les pourcentages les plus faibles sont pour les régions du nord du pays qui sont par ailleurs assez éloignées de nos services de soins psychiatriques.

### III Les données cliniques

#### 1 Les motifs de consultation

80 sur 341 soit 23,5% de nos patients ont consultés pour des céphalées suivies des crises convulsives avec 20,8%. Notre résultat s'oppose à celui de **DIAKITE A [23]** qui a trouvé 54,2% d'hétéro agressivité. **ORSOT-DESSI M et col [53]** qui ont trouvés une prédominance de l'agressivité suivie de l'agitation avec respectivement 40% et 17,27%. **MENET GACEBE YLES [47]** a trouvé 20,6% d'agressivité suivie de l'agitation 15,3% comme motif de consultation. **BABY M [6]** a trouvé 28,2% d'agressivité et 12,8% d'agitation. Cette disparité s'expliquerait par le mode de suivi ambulatoire qui concerne beaucoup plus les troubles psychiatriques modérés.

#### 2 Les signes somatiques retrouvés à l'examen clinique

Dans notre étude, la majorité de patient était normal à l'examen clinique avec 282 sur 341 soit 82,8% était anormal dans 17,2%. Cet aspect, explique que nous ne sommes pas référer sur l'existence d'un signe organique à l'examen clinique pour chercher une cause organique devant un tableau psychiatrique d'une part et d'autre part l'existence connue de cortège somatique au cours des troubles psychiatriques.

Notre résultat est comparable à celui de **BABY M[6]** qui a trouvé dans son étude portant sur les urgences psychiatriques que l'examen était normal dans 71,8% cas et était anormal dans 28,2%. Dans notre étude, 7,0% des signes digestifs à type d'épi gastralgie, d'hépatomégalie, douleur de la fosse iliaque droite, des signes cardiovasculaires (3,8%) à type d'extrasystole, palpitations, tachycardies, des souffles et HTA, des signes neurologiques (AVC, paralysie et ataxie). Les pourcentages les plus faibles sont pour les signes pulmonaires (1,2%), les dermatologiques (0,9%) et la fièvre dans 2 cas.

### 3 Les pathologies organiques

Les pathologies infectieuses étaient les plus représentées avec 140 sur 341 soit 41% suivies de la comorbidité avec 29%. Ce pourcentage élevé s'explique par la grande fréquence des pathologies infectieuses surtout la fièvre typhoïde et le paludisme dans notre pays. Notre résultat s'oppose à celui de **GAHA et col [30]** qui ont trouvés dans leur étude portant sur les troubles mentaux organiques au Monastir, 42% des affections neurologiques et 16% des maladies infectieuses comme incriminées dans les troubles mentaux. 8,2% de paludisme concorde avec celui de **KODIOH [42]**, dans son étude portant sur les aspects neuropsychiatriques du paludisme en zone d'endémie, a trouvé, que la fréquence d'hospitalisation du paludisme est de 9,5% et la prévalence des manifestations neuropsychiatriques au cours du paludisme de l'adulte est de 9,3%. Au cours de notre étude, il est important de relever 4 cas ophtalmologiques soit 1,2% (atrophie oculaire, presbytie, cataracte et rétinopathie hypertensive) un seul cas ORL (sunitite) 0,3% comme étiologie à toujours rechercher car pouvant prêter à confusion avec une céphalée psychogène.

### 4 Les diagnostics psychiatriques évoqués

La comorbidité était le diagnostic le plus évoqué avec 108 sur 341 soit 31,7% suivi des névroses avec 60 sur 341 soit 17,6%. Cela peut s'expliquer le caractère moins dangereux de ces pathologies et consultent en ambulatoire dans un centre de 3<sup>ème</sup> degré. Le résultat est comparable à celui de **GIBBS cité par BERTRAND DE TOFOL [8]** qui a trouvé que, globalement, le taux des psychoses (incluant psychoses classiques, PMD, schizophrénie) y est supérieur à 12%. Par comparaison, le taux des complications psychotiques pour les patients ne faisant que des crises généralisées est inférieure 1%. Il s'oppose à celui de **GAHA et col [30]** qui ont trouvé 40-50% de dépressions au cours de la maladie de parkinson.

### **Comorbidité organique et troubles psychiatriques**

La prévalence de la démence est de 20% au cours de la maladie de parkinson. **SANOGO.Z [57]** a trouvé que 45,31 présentaient des symptômes dépressifs. **H Aidara M [38]** a trouvé 57,85 des états anxio-dépressifs et 9,09% d'épilepsie.

## **CONCLUSION**

**Conclusion :** Il s'agit d'une étude rétrospective sur 10 ans allant du 1/1/1994 au 31/12/2003 portant sur la comorbidité organique et troubles psychiatriques en consultation ambulatoire au CESAME. Une analyse sémiologique minutieuse couplée à une recherche étiologique rigoureuse permet d'évoquer et de différencier ces affections à des troubles purement psychiatriques. Dans tous les cas, le traitement de l'affection causale, lorsqu'il est possible prime, antibiotiques, vasodilatateurs, ARV, antimigraineux associés à un traitement psychotrope (des anxiolytiques, des antidépresseurs ou des neuroleptiques), selon les cas seront justifiés, ou une référence au service approprié pour une prise en charge adéquate.

## RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, nous formulons des recommandations qui s'adressent aux :

### ● **Ministre de la santé**

- Former et recycler les agents socio sanitaires pour répondre à la demande de soins en santé mentale
- Assurer la décentralisation des soins de santé mentale
- Développer des campagnes d'information et sensibilisation en matière de santé mentale.

### ● **Personnels de la psychiatrie**

- Eviter toute psychiatrisation abusive.
- Faire un examen clinique minutieux.
- Demander un examen para clinique devant les signes d'appel.

### ● **Aux spécialistes de la psychiatrie et d'autres services :**

- Sensibiliser la population par rapport à la prise en charge conventionnelle précoce de la maladie mentale pour éviter des actes médico-légaux et chronicisation.
- Une prise en charge précoce et adéquate des cas d'épilepsie pour éviter l'évolution vers des complications psychiatriques.
- Favoriser la collaboration entre les deux (2) systèmes de soins : conventionnel et traditionnel.
- Instaurer la psychiatrie de liaison.

### ● **Communautés**

- Lutter contre la stigmatisation du malade mental.
- Favoriser la réinsertion socioprofessionnelle des malades mentaux.
- Considérer le malade mental comme les autres malades.



## REFERENCES

- 1 **ANDRADE ADAM S :**  
La demande d'assistance psychiatrique au Sénégal : Approche statistique (sur 172 consultations d'une année), thèse. méd. DAKAR 1978,
- 2 **AUPY M., BENETIER M.P., LAPORTE A., MALEVILLE J et HENRY P:** Neuro-vascularite syphilitique : données cliniques, para cliniques et thérapeutiques. A propos de six observations, Sem. Hôp. Paris, 1982,58, p1101-1106.
- 3 **ARNOULD G., TRIDON P., LAXENAIRE M., PICARD L., WEBER M et FLOQUET J:**  
Meningocérébellite d'origine syphilitique, Ann. Med. Nancy, 1967, 6, p586-589.
- 4 **ARON- BRUNETIERE. A et LOO. H :**  
Psychiatrie et dermatologie. Encycl. Med. Chir., paris, psychiatrie, 37670B 10, 7-1983, p8.
- 5 **AWANDE S :**  
Epidémiologie des maladies mentales au Mali, Thèse. méd., 1988, Bamako, 75p.
- 6 **BABY M :**  
Les urgences psychiatriques au Mali : étude épidemio-clinique dans le service de psychiatrie de l'hôpital du point G, Thèse. méd. 2005, p70.
- 7 **BENETIER M.P :**  
Données récentes sur la neuro-syphilis, thèse, Med. Bordeaux.
- 8 **BERTRAND DE TOFOL :**  
Syndromes épileptiques et troubles psychotiques, 1952, p34.

**9 BESANCON. G :**

Troubles psychiatriques dans les affections du tube digestif- Encycl. Med. Chir. (Paris France) 37670A20, 7, 1984, p4.

**10 BIGOT T., TROUILLET C., HARDY Pet AL :**

Dépression et maladie somatique : A propos d'une étude rétrospective de 210 épisodes dépressifs hospitalisés en psychiatrie. L'encéphale 1999 ; 25 : p3-10.

**11 BLOCKER W.W., KASTI A.J ET DAROFF R.B :**

The psychiatric manifestation of cerebral malaria Am. J. Psychiatri., 1968, 125; n2, p192-196

**12 BOUDIN G., ARFOUILLOUX J.C:**

La paralysie générale et manifestations cérébrales de la syphilis, Encycl. Med. Chir. (Paris France), neurologie, 170-55-A-10, 6-1970, p18.

**13 BOUHALI RIDHA:**

Atteintes psychiatriques au cours des endocrinopathies thèse.med. Tunis, 1996.p30.

**14 BRACCINI.T :**

Relation entre service médico-chirurgicaux et service d'urgences psychiatriques, Paris, 1988, n°21, p92.

**15 CAMUS V., SCHMIT L :**

Les troubles psychiques des affections du SNC : Approche psychopathologique. EMC (Paris France), psychiatrie, 1998, 37-545-A-10, p9.

**16 CHARLES-NICOLAS A.J:**

Formes psychiatriques du paludisme Actualités psychiatriques, 1977, n3, p45-51.

- 17 **CHKILI., EL ALAOUI FARIS M., YAHYAOUI M et OUAZZANI R :**  
Manifestations neurologiques et psychiatriques de la syphilis cérébrale.  
Encycl. Med. Chir. (Paris France), psychiatrie, 37-620-10, 10-1989, p10.
- 18 **CIENTILINL. M :**  
Sida infection à VIH, aspects en zone tropicale, ellipses, Paris, 1989, 3-94,  
p130-184.
- 19 **COLLOMB H. ET REY M :**  
L'accès pernicieux palustre en zone d'endémie Med. Afr. Noire., 1967,14,  
n5 : p219-231
- 20 **CONSOLI SG., et FERRAND I :**  
Les manifestations psychiatriques de l'infection à VIH. Encycl. Med. Chir.  
(paris France), psychiatrie, 37-550-A-20, 10-1989, p6.
- 21 **COULAUD J.P., VACHON F., GIBERT C., VERNANT D :**  
L'accès pernicieux. Rev. Prat.1977, 27, p2375-2380
- 22 **COULIBALY B :**  
Approche épidémiologique de la demande en soins psychiatriques au Mali,  
Thèse de médecine, ENMP, Bamako, p57.
- 23 **DIAKITE A :**  
Les psychoses délirantes chroniques : étude épidémiologique et de la prise en  
charge dans le service de psychiatrie de l'hôpital du CHU de point G, thèse.  
méd., FMPOS, 2007, p70.
- 24 **DUIZABO ph, ROMANO ph, USDIN J.P. ET BARBIZET J :**  
Paludisme post-transfusionnel avec troubles psychiques importants. A  
propos d'un cas Concours Med., 1974, 94, n34 : p5022-5024
- 25 **DUMAS M. GIRARD P.L. ET GOUBROND.A :**  
Les troubles psychiques au cours des affections parasitaires, des mycoses et  
la lèpre –Encycl. Med. Chir. Paris, psychiatrie, 37605A10, 2-1983, p10.

**26 ETIOLOGIES ORGANIQUES DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES:**

<<http://www.esculape.com/psychiatrie/psychiatre-organique.html>>

**27 FRANCISCO. F:**

Psychiatric complications in VIH related illness, in A psychiatrist's guide to AIDS and HIV disease, Washington, D.C, 1989, pp. 6-1, p6-18.

**28 FERREY. G et GRIVOIS.H:**

Les troubles psychiques au cours des perturbations métaboliques. Encycl. Med. Chir., paris, 5-1975, psychiatrie, 37670A70, p39-53.

**29 FERRY G., JEDNAK CP:**

Les troubles psychiatriques au cours des tumeurs cérébrales EMC (Paris France), psychiatrie, 1981, 375-10-A-10, p10.

**30 GAHA ET COLL:**

Les troubles mentaux organiques: quand le psychique trahi le somatique :<<<http://www.samu.org/JAMU2003/jamu2001/pdf/LES20%TROUBLES%20MENTAUX%20ORGANIQUES.pdf>>>

**31 GALAND6ATTIA S et COLL :**

Maladie de Bechet et troubles psychiatriques : a propos d'un cas. La Tunisie médicale, aout-sept 1988, vol 66, n°8-9, p623-628.

**32 GALINOWSKI A., LOO H :**

Dépression symptomatiques d'affections somatiques. Confrontation psychiatriques, 1989, n°spécial, p87-102.

**33 GALLAIS .P :**

Les aspects neurologiques du paludisme. Mémoires originaux, 18,27-28, p53.

**34 GARSALLI ADEL :**

Les dépressions dus à une maladie médicale générale [thèse], Monastir, Faculté de médecine, 1999.

**35 GENTILINI M., DUFLO B :**

Paludisme in Médecine Tropicale Editions Flammarion (Paris), 1982, p83-109.

**36 GREMION J:**

Les affections somatiques à masque psychiatriques :<<<http://www.kb.u-psud.fr/kb/niveau2/enseignements/niveau3/etudmed/cours-psyd3/cha.>>>

**37 GROUSSIN P, AVRIL J., DUPIN M :**

Paludisme transfusionnel. Intérêt du sérodiagnostic de dépistage – Sem. Hôp. Paris., 1973, 49, n31-34, p2305-2308.

**38 HAIDARA. M :**

Evaluation des activités de consultations au service de psychiatrie de l'hôpital du point G, Thèse., méd., n°25, Bamako, 1995, p77.

**39 HARDY P :**

Epidémiologie des associations entre troubles mentaux et affections somatiques, Paris, PUF, 1993.

**40 KAYEMBE K et COL :**

Les troubles psychiatriques d'origine infectieuse en milieu tropical : Etiologies et profil clinique in AJNS, 1994, vol13, n°2, p5.

**41 KAYEMBE. K :**

Neuropaludisme : « diagnostic fourre-tout ». Les journées neuropsychiatriques de Kinshasa, 1987, p1-7.

**42 KODJOH N ET HOUNTONDI A :**

Aspects neuropsychiatriques du paludisme de l'adulte en zone endémique. A propos de 30 observations colligées au C.N.H.U. de Cotonou., 1988-1989 p6 <<<http://www.santé tropicale. com./résumé/1238>>>.

**43 KOUMARE B., COUDRAY JP., MIQUEL GARCIA E :**

L'assistance psychiatrique au Mali. In psychopathologie Africaine, vol XXIV, n°2, p135-146.

- 44 **LEMERCIER G., BERT J., NOUHOUAYI A., REY M. et COLLOMB H :** Le neuropaludisme : aspect electroencephalographique, neuropathologies, problèmes physiopathologiques – Path. Biol., 1969,17, n9-10, p459-472.
- 45 **LEVY R.M, BREDESEN D.E, ROSEMBLUR M.L:**  
Neurological manifestations of AIDS, experience in California, sanfrancisco and review of literature. In J of Neurosurger, 1985, p475-495.
- 46 **LOBAN K., POLZOK E :**  
Paludisme. Editions Medsi (Paris) 1987, p311
- 47 **MENETGACEBET. YLS :**  
Demande de soins psychiatriques : données épidémiologiques en milieu hospitalier au CHU du point G, Thèse. méd., Bamako, 2005, n°5, M-116, 54p.
- 48 **MILETTO G., LEVRON M.ET MILLET A :**  
Paludisme et troubles mentaux. A propos d'une forme rare à type de catatonie sans altérations de la conscience. – Bull. Soc. Psychiatrie. (Marseille), 1960-1961,1, p31
- 49 **NOUHOUAYI A.**  
Les aspects neurologiques du paludisme à Plasmodium falciparum – Thèse, Dakar, 1965.p45
- 50 **NOLLET D :**  
Pathologie psychiatriques du SIDA, neuro-psychologia, 1988,3, p305-312.
- 51 **MUSSA. M :**  
Manifestations neuropsychiatriques du sida, mémoire de fin de spécialisation UNIKIN, Kinshasa, 1987, p24-40.
- 52 **ORG. MOND. SANTE- CIM10 /ICD10** (classification internationale des maladies dixième révision) : troubles mentaux organiques et symptomatiques, chapitre V, paragraphe II, Masson, paris, 1994, p226.

**53 ORSET DESSI. M et al :**

Les états aigus, réponses ambulatoires et hospitalières à l'hôpital psychiatrique de Bengerville, revue méd. De la Cote d'Ivoire, 1983, n°63, p29.

**54 PICHOT et COL :**

Hospitalisation psychiatrique, statistique descriptive, Paris : éd. Sandoz, 1971, p152.

**55 POROT C. ET GUTMANN R.A :**

Les psychoses du paludisme – Paris Méd., 1917, 22,518-522 ; 1918, 27, p241-248.

**56 PROBLEME DE SANTE MENTALE DANS LA REGION AFRICAINE :**

Rapport des experts de l'OMS, Brazzaville, 1986, p3.

**57 SANOGO Z:**

Approche anthropo-clinique d'une entité nosologique traditionnelle: Mara. Thèse. Méd., Bamako, 1993, p82.

**58 STEPHEN K.W :**

Les aspects psychiatriques et neuropsychiatriques de l'infection à VIH. Journal of palliative care, 4 :4, Edition bord, Québec, 1988, p55-56.

**59 WORLD HEALTH ORGANISATION MALARIA ACTION PROGRAMME:**

Severe and complicated malaria. Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg., 1986, 80: p1-50.

**60 ZOUARI N :**

Affection organique à masque psychiatrique et psychiatrisation abusive thèse. Méd. Sfax, 1992.p75.

# **ANNEXES**



**ANNEXE 1 FICHE D'ENQUÊTE**

**I Identité du malade**

Nom : .....

Prénom : .....

Age

1 0-9 2 10-18 3 19-28 4 29-38 5 39-48 6 549-58 7 59-68 8 >69

Sexe  1 Masculin 2 Féminin

Ethnie  1 Bamanan 2 Soninké 3 Peulh 4 Malinké 5 Sonrhäï 6

Kassonké 7 Dogon 8 Diawando 9 Bozo, somono 10 Sénoufo 11 Touareg

12 Minianka 13 Kakolo 14 Maure 15 Autres

Religion  1 Musulmane 2 Chrétienne 3 Autres

Profession  1 Sans profession 2 Ménagère 3 Elève-étudiant 4

Agriculteurs, éleveurs, pêcheurs 5 Commerçant, vendeur 6 Artisan, ouvriers

7 Corps d'arme 8 Enseignant 9 Autres

Résidence  1 Bamako 2 Kayes 3 Koulikoro 4 Sikasso 5 Autres

Situation matrimoniale

1 Marié(e) 2 Célibataire 3 Autres à préciser

Niveau de scolarisation  1 Non scolarisé 2 Primaire 3 Secondaire 4

Supérieur

**II Motifs de consultation**

1 Céphalée 2 Insomnie 3 Impuissance sexuelle 4 Vertige 5 Enurésie

6 Asthénie Physique 7 Agitation psychomotrice 8 Anxiété

9 Agressivité 10 Crises convulsives 11 Autres

**III Les examens somatiques**

1 Fièvre 2 Etat général altéré 3 Signes cardio-vasculaires 4 Signes

pulmonaires 5 Signes digestifs 6 Signes uro-génitaux 7 Signes

neurologiques 8 Normal 9 Signes cutanés

#### IV Examen psychiatrique

##### Présentation :

##### Tenue

1 Correcte    2 Débraillée    3 Extravagante    4 Incurie    5 Autres à préciser :.....

##### Mimique

1 Adaptée    2 Discordante    3 Amimie    4 Autres à préciser :.....

##### Contact

1 Coopérant    2 Familier    3 Opposant    4 Indifférent    5 Méfiant    6 Instable  
7 Agressif    8 Autres à préciser :.....

##### Conscience

1 Claire/Lucide    2 Altérée    3 Confuse    4 D.S.T    5 Autres à préciser :.....

##### Humeur

1 Normale    2 Triste    3 Exaltée    4 Labile    5 Autres à préciser :.....

##### Psychomotricités

1 Normale    2 Inhibition    3 Catatonie    4 Agitation    5 Catalepsie    6 Autres à préciser :.....

##### Pensée

Cours : 1 Normale    2 Tachypsychie    3 Barrage    4 Autres à préciser :.....

##### Délire

##### Thème

1 Persécution    2 Grandeur    3 Mystique    4 Filiation    5 Autres à préciser :.....

##### Mécanisme

1 Hallucination    2 Interprétation    3 Intuition    4 Imagination    5 Illusion  
6 Autres à préciser

## **Comorbidité organique et troubles psychiatriques**

### **Langage** □

1 Normale 2 Logorrhée 3 Mutisme 4 Soliloquie 5 Verbigération  
6 Bégaiement 7 Palilalie 8 Echolalie 9 Nécrogisme 10 Aphasie  
11 Paraphasie 12 Autres à préciser :.....

### **Contenue** □

1 Cohérent 2 Riche 3 Pauvre 4 Incohérent 5 Autres à préciser :.....

### **Mémoire** □

1 Conservée 2 Amnésie antérograde 3 Amnésie rétrograde 4  
Amnésie antéro-rétrograde 5 Autres à préciser :.....

### **Attention** □

1 Adaptée 2 Distracte 3 Focalisée 4 Autres à préciser :.....

### **Comportement**

#### **Au niveau individuel**

#### **Hygiène corporo-vestimentaire** □

1 Satisfaisante 2 Non satisfaisante 3 Autres à préciser :.....

#### **Port d'objet** □

1 Acéré 2 Contondant 3 Non dangereux 4 Autres à préciser :.....

#### **Auto agressivité** □

1 Automutilation 2 Autolyse 3 Autres à préciser :.....

#### **Au niveau relationnel**

#### **Hétéro agressivité** □

1 Globale 2 Sélective 3 Verbale 4 Physique

#### **Conduites instinctives**

#### **Alimentaire** □

1 Normal 2 Anorexie 3 Boulimie 4 Refus alimentaire 5 Autres à préciser :.....

#### **Sommeil** □

### **Comorbidité organique et troubles psychiatriques**

1 Normal 2 Insomnie 3 Hypersomnie 4 Autres à préciser :.....

### **Sphinctérien**

1 Normal 2 Enurésie 3 Encoprésie 4 Incontinence 5 Autres à préciser :..

### **Sexualité**

1 Sans particularité 2 Hétéro 3 Homo 4 Auto 5 Impuissance  
6 Frigidité 7 Autres à préciser :.....

### **Conduites antisociales**

1 Fugue 2 Vol 3 Viol 4 Homicide 5 Incendie 6 Attentat à la pudeur

7 Autres à préciser :..... ;

### **Habitudes exo toxiques**

1 Néant 2 Alcool 3 Tabac 4 Datura metel 5 Cannabis 6 Héroïne  
7 Cocaïne 8 Autres à préciser :.....

### **V Diagnostics psychiatriques**

1 Psychoses chroniques 2 Psychoses aiguës 3 Troubles thymiques 4 Comitialité 5 Névroses 6 Démence 7 Autres

### **VI Antécédents**

Familiaux  1 Père 2 Mère 3 Collatéraux 4 Aucun

Personnels  1 Médicaux 2 Chirurgicaux 3 Obstétricaux 4 Traumatiques 5 Aucun

**VII Examens complémentaires**

GE  1 Négative 2 Positive

EEG  1 Normale 2 Pathologique

Glycémie  1 Normale 2 Hyperglycémie 3 Hypoglycémie

Calcémie  1 Normale 2 Elevée 3 Diminuée

Urée  1 Normale 2 Elevée 3 Diminuée

Créatinémie  1 Normale 2 Elevée 3 Diminuée

ECBU  1 Normale 2 Hématies 3 Leucocytes 4 Cristaux 5 Parasites

NFS  1 Normale 2 Hyperleucocytose 3 Hyper lymphocytose 4

Anémie 5 Hypereosinophilie 6 Autres :

VS  1 Normale 2 Accélérée 3 Basse

Sérologie VIH  1 Négative 2 Positive

Sérologie BW  1 Négative 2 Positive

Sérologie Widal et Félix  1 Négative 2 Positive

Sérologie Toxoplasmose  Négative 2 Positive

Selles POK  1 Normale 2 Amibes 3 Candidas 4 Autres :

Radiographie pulmonaire F  1 Normale 2 Fracture 3 Autres :

Radiographie de la crâne F/P  1 Normale 2 Lésions osseuses 3 Autres :

Fibroskopie OGD  1 Normale 2 Oesophagite 3 Gastrite 4 Ulcères

Echographie Abdomino- pelvienne  1 Normale 2 Lithiase biliaire 3

Hépatomégalie 4 Autres :

FO  1 Normale 2 Atrophie oculaire 3 Presbytie 4 Cataracte 5 Autres :

ORL  1 Normale 2 Sunisites 3 Autres :

UIV  1 Normale 2 Pathologique

Electrophorèse de l'Hb  1 Négative 2 Positive

**ANNEXE 2 FICHE SIGNALETIQUE**

**NOM : CAMARA**

**PRENOM : MODIBO SEKOU**

**TITRE DE LA THESE :** Comorbidité organique et troubles psychiatriques en consultation ambulatoire au Centre de Santé Mentale de Hamdallaye.

**ANNEE :** 2008-2009

**PAYS D'ORIGINE :** MALI

**VILLE DE SOUTENANCE :** Bamako

**LIEU DE DEPOT :** Bibliothèque FMPOS

**SECTEUR D'INTERÊT :** Psychiatrie, Santé publique

**RESUME :** Nous présentons les résultats de l'étude menée au CESAME. Cette étude s'est déroulée du 1/1/1994 au 31/12 /2003. Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 341 patients sans antécédents psychiatriques. Au cours de cette étude le sexe masculin était dominant avec 50,7%. La tranche d'âge de 19-28 ans représentait 26,7%. La comorbidité organique était dominée les pathologies infectieuses avec 41%. Le diagnostic psychiatrique était la comitialité (31,7%).

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maitres de cette faculté, de mes chers **condisciples**, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être **fidèle** aux lois de l'honneur et de probité dans l'exercice de la médecine. **Je donnerai mes soins gratuits** à l'indigent et **n'exigerai jamais** un salaire au dessus de mon travail.

**Je ne participerai à aucun partage** clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

**Que je sois couvert d'opprobre** et méprisé de mes condisciples si j'y manque !

**JE LE JURE**