

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie  
et d'Odonto-Stomatologie



REPUBLIQUE DU MALI

\*\*\*\*\*

Un Peuple - Un But - Une Foi



\*\*\*\*\*

Année Universitaire 2009-2010

Thèse N° / \_\_ / M

TITRE :

# ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET CLINIQUES DE L'ACCES MANIAQUE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE DU CHU DU POINT G

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le **10/12/2009**  
à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie  
de l'Université de Bamako

Par Mr. Moctar KONE

Pour obtenir le grade de

Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

**Jury:**

**Président : Pr. Abdel Kader TRAORE**

**Membres : Pr. Bou DIAKITE**

**Dr. Modibo SISSOKO**

**Directeur de thèse : Pr. Bakoroba COULIBALY**

## **DEDICACES**

### **Je dédie ce travail :**

**A Allah**, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux pour m'avoir donné la force et le courage pour la réalisation de ce travail.

**Au Prophète Muhammad**, Paix et Salut sur lui.

### **A mon père:**

Tu m'as toujours conseillé "Courage et persévérance".  
Ce travail est le fruit de ta patience et de tes sacrifices.  
En témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

### **A ma mère:**

Tu as toujours été pour moi d'une tendresse infinie tout en m'éduquant à devenir "Homme".  
Tes encouragements et les sacrifices que tu as consentis ont fait de moi ce que tu as souhaité.  
Je ne saurai jamais t'exprimer ce que je ressens pour toi.

### **A mes frères et soeurs:**

En témoignage de mon amour et de ma profonde admiration.  
Que Dieu vous protège et vous prête bonne santé et longue vie.

**A mes oncles et tantes**

**A mes cousins et cousines**

En témoignage de mon amour, de mon profond respect et de ma reconnaissance.

**A la mémoire de mes grands parents**

Que Dieu vous accorde sa miséricorde.

## **REMERCIEMENTS**

**A tous mes amis et camarades** dont l'énumération ici serait fastidieuse.

En souvenir des années et des moments passés ensemble.

**A tous nos Maîtres.**

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

**Au Professeur Baba KOUMARE**, Chef du service de psychiatrie.

**Aux Docteurs : Arouna TOGORA, Souleymane COULIBALY**

Merci pour la transmission des connaissances, la compréhension et la tolérance.

**Au Docteur Joseph TRAORE**

Nous avons apprécié le concours inestimable que vous nous avez apporté dans l'élaboration de ce travail et votre constante disponibilité.

**A tous ceux qui ont participé à ma formation.**

**A tout le personnel du service de psychiatrie du CHU du Point G:**

- **Assistants médicaux:** Mme SIDIBE Coumba DIAWARA, Diamahiri SAMAKE, Mme DANSOKO Mariam SACKO, Seydou FOMBA, Zantigui KEITA, Sidi SAMAKE, Mme DEMBELE Fanta TRAORE, Jean Marie DOUGNON, Mme CISSE Mariétou DABO, Mme BAGAYOGO Oumou NOMOKO, Massaman TRAORE, Mamby KEITA, Aboubacar SOUSSOUBALY, Mme TRAORE Adam KONATE.

- **Secrétaire:** Mme SACKO Maïmouna KONE
  
- **Techniciens de surface:** Moussa BOUARE, Golo KANE, Souleymane DOUMBIA, Feu Samou DOUMBIA.
  
- **Agents de sécurité:** Alou TRAORE, Adama TRAORE, Drissa SIDIBE
  
- **Aux Internes:** Ousmane DIN, Sidi Mohamed MAIGA, Mody Baba TEMBELY, Mahamadou KONE.
  
- Aux Docteurs:** Mahamadou DIABATE, Pierre TRAORE, Sega DIAKITE, Zoua KAMATE, Modibo CAMARA, Talibé KAMISSOKO, Mariam DIAKITE, Gaoussou BERTHE, Abdoulaye DIAKITE, Abdrahamane TRAORE.

Mes sincères remerciements pour votre franche collaboration ; trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Merci pour votre aide et votre soutien.

**HOMMAGES  
AUX  
MEMBRES DU JURY**

**A notre Maître et président du jury**  
**Monsieur le Professeur Abdel Kader TRAORE**  
**Professeur Agrégé en médecine interne**  
**Chargé de l'enseignement de la sémiologie médicale,**  
**de la pathologie médicale et de l'endocrinologie à la FMPOS**  
**Ex Directeur du CNAM**

En présidant ce jury, vous nous faites un grand honneur. Nous avons eu la chance et le privilège de profiter de votre enseignement de qualité et de votre sagesse. Que ce travail soit pour vous un témoignage de notre profonde gratitude.

**A notre Maître et juge**  
**Monsieur le Professeur Bou DIAKITE**  
**Médecin colonel**  
**Maître de conférences en psychiatrie**  
**Chevalier de l'ordre national du Mali**

Vous nous faites un grand honneur en faisant partie de ce jury malgré vos multiples occupations.

Vos qualités intellectuelles et professionnelles ont joué un rôle déterminant dans notre formation médicale.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance.



**A notre Maître et juge**  
**Monsieur le Docteur Modibo SISSOKO**  
**Maître Assistant en Psychiatrie**

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant d'être notre juge malgré vos journées très chargées.

Ceci est une preuve de votre constante amabilité.

Nous vous prions de trouver dans cette thèse, l'expression de notre estime et de notre reconnaissance.

**A notre Maître et Directeur de Thèse  
Monsieur le Professeur Bakoroba COULIBALY,  
Maître de Conférences à la FMPOS,  
Psychiatre au CHU du Point G**

Vous avez guidé nos premiers pas auprès des malades en nous montrant comment prendre en charge non pas la maladie, mais l'homme malade.

Avec beaucoup de compréhension et de dévouement, vous nous avez consacré tant d'heures précieuses et prodigué tant de conseils dans l'élaboration de ce travail.

Votre rigueur dans le travail, traduction de votre conscience professionnelle dont le but est: "toujours mieux faire" a été et restera pour nous le meilleur exemple de notre séjour à vos côtés.

Nous vous remercions de la confiance dont vous nous avez témoignée en nous confiant ce travail.

Il n'est pas nécessaire de vous dire, cher Maître, notre profond attachement, notre grande admiration et notre vive reconnaissance.

## **LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES:**

**Al.:** Alliés

**ATCD:** Antécédent

**CHU:** Centre Hospitalier Universitaire

**Coll.:** Collaborateurs

**ECA:** Epidemiologic Catchment Area

**EDM:** Episode Dépressif Majeur

**EFF:** Effectif

**EPH:** Etablissement Public Hospitalier

**FMPOS:** Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

**HDT:** Hospitalisation sur la Demande d'un Tiers

**HL:** Hospitalisation Libre

**HO:** Hospitalisation d'Office

**MMD:** Maladie Maniaco-Dépressive

**NCS:** National Comorbidity Survey

**%:** Pourcentage

**PMD:** Psychose Maniaco-Dépressive

**N°:** Numéro

## **SOMMAIRE:**

INTRODUCTION-----	12
OBJECTIFS-----	16
1- GENERALITES-----	17
2- METHODOLOGIE-----	33
3- RESULTATS-----	40
4- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS-----	60
5- CONCLUSION-----	67
6- RECOMMANDATIONS-----	69
7- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES-----	71

ANNEXES

## **INTRODUCTION:**

Les statistiques concernant les dépressions et la schizophrénie sont assez nombreuses, alors que nous ne sommes que relativement peu renseignés sur la manie [1].

La manie est fortement associée aux EDM (Episode Dépressif Majeur), constituant ainsi ce que l'actualité de la clinique de l'accès maniaque appelle: le Trouble Bipolaire; ainsi la plupart des auteurs qui présentent des statistiques ne différencient pas les deux aspects de cette entité nosographique qui dans son type I comporte toujours un accès maniaque franc.

ROUILLON. F. et al. en 2006 à l'hôpital Sainte-Anne de Paris se sont plutôt intéressés à la comorbidité psychiatrique des états maniaques. Dans ce cadre, ils rappellent les résultats de RON KESSLER qui en 1995 dans ECA (Epidemiologic Catchment Area) avait trouvé que la comorbidité des états maniaques était de 31,8 % avec les EDM et de 20,1 % avec la schizophrénie [2].

Dans les années soixante dix, une étude anglo-américaine trouvait que le diagnostic de manie était trois fois plus fréquent en Angleterre qu'aux Etats-Unis [3].

Au cours d'une étude longitudinale portant sur 5395 sujets recrutés dans la population générale, Helgason retrouve 32 sujets (0,5 %) ayant présenté un (1) épisode maniaque avant l'âge de 61 ans [4].

En dehors de l'occident, la manie est plus fréquente que la dépression et souvent sous sa forme de manies récurrentes pures [5].

Une forte prévalence des épisodes maniaques est rapportée dans les pays les moins avancés et émergents. DOUKI S. et al [6] dans leur étude rapportent qu'au cours de l'évolution d'un trouble bipolaire, on observe 4,9 épisodes maniaques et 1,7 épisodes dépressifs. Ils ajoutent que sur 106 patients bipolaires hospitalisés en Tunisie entre juin 2003 et mai 2004, 96 % l'ont été pour manie et 5 % pour dépression. D'autres auteurs confirment cette prévalence élevée de la manie dans les pays les moins avancés et émergents, parmi eux on peut citer :

- LEE S. [7] à Hong Kong qui a trouvé une prévalence élevée de manies récurrentes et la rareté des dépressions unipolaires;
- HEMSI LK [8] et LEFF JP [9] qui ont noté une sur-représentation de sujets originaires de l'Ouest de l'Inde dans une population de patients maniaques à Londres (3/1).

Les résultats d'études épidémiologiques récentes sont en faveur d'un rajeunissement de l'âge de début du trouble bipolaire (vers 21 ans) et de son diagnostic précoce.

EAGLES JM, KAPLAN HI et al, indiquent tous une augmentation de la manie avec l'âge; contrairement à LORANGER AW et à CLAYTON JP, qui en excluant un certain nombre de sujets présentant des pathologies médicales susceptibles de contribuer à l'accès maniaque à leurs yeux, concluent que le risque d'épisode maniaque n'augmentait pas avec l'âge [10].

Selon GOODWIN FK et al, il y aurait deux (2) pics d'incidence de la manie chez la femme, le premier tôt dans la vie adulte, le second autour de leur 5<sup>ème</sup> décade [10].

D'autres travaux ont montré une augmentation de l'incidence chez l'homme dans la 8<sup>ème</sup> et 9<sup>ème</sup> décennie de vie [10].

La manie aiguë est une « psychose endogène » et la Psychose Maniaco-Dépressive (PMD) en est la principale cause. Elle semble relever de certains événements, de certaines pathologies organiques, de certains toxiques, de certains médicaments, etc. Ces faits auraient-ils une réelle valeur étiologique ou correspondraient-ils plutôt à des occasions de révélation du Trouble Bipolaire dans le cadre duquel elle s'inscrit ? La question n'est toujours pas élucidée.

BELMAKER RH et VAN PRAAG HM. [11] trouvent que l'incidence élevée de la manie dans les pays du Sud pourrait fournir une clé pour comprendre certaines causes de la maladie.

Les recommandations internationales concernant le traitement biologique de l'accès maniaque dont celles de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) [12], celles de l'Association Mondiale de Psychiatrie biologique [13] et celles de l'Association britannique de psychopharmacologie [14], insistent sur la règle de la monothérapie, en privilégiant selon les situations cliniques et selon les auteurs, sels de lithium, anticonvulsivants ou antipsychotiques. Dans certains cas l'association d'un antipsychotique et d'un thymorégulateur est recommandée d'emblée.

Depuis environ une dizaine d'années ces recommandations diffèrent sensiblement de la pratique clinique quotidienne. Selon des études récentes sur les pratiques réelles présentées au congrès international de psychopharmacologie en juin 2004 [15], 95 % de patients maniaques échapperaient à ces recommandations internationales [16].

Toutefois, selon KASPER [17], les thymorégulateurs gardent une place de choix dans le traitement de l'accès maniaque.

COULIBALY B. [18] en 1983 dans son étude sur la demande de soins psychiatriques à partir de données hospitalières sur une période de 6 mois a trouvé que l'accès maniaque représentait 19 % des hospitalisations au service de psychiatrie de l'hôpital du Point G.

MENET GACEBE Y. L. S. [19] en 2005, dans son étude sur la demande de soins psychiatriques a trouvé que la manie représentait 4,2 %.

En 2005, dans son étude sur les urgences psychiatriques au Mali, BABY M. [20] a trouvé que 5,4 % des patients admis au service de psychiatrie du C.H.U. du Point G étaient maniaques.

Au Mali, aucune étude n'a encore été faite sur la manie; les quelques connaissances dont nous disposons sur le sujet sont parcellaires à travers quelques études non spécifiques; c'est pour ces raisons que nous avons initié ce premier travail qui, à partir de données hospitalières, se propose de décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients maniaques dans le service de psychiatrie du CHU du Point G.



## **OBJECTIFS:**

### **GENERAL:**

Décrire l'épidémiologie et la prise en charge des patients maniaques au service de Psychiatrie du CHU du Point G.

### **SPECIFIQUES:**

- 1- Déterminer les caractéristiques socio-démographiques des patients reçus au C.H.U. du Point G pour accès maniaque.
- 2- Dire la prévalence hospitalière de l'accès maniaque au service de psychiatrie du C.H.U. du point G.
- 3- Identifier le contexte de réception des patients maniaques amenés au service de psychiatrie du Point G.
- 4- Analyser les motifs de consultation ou d'hospitalisation des patients souffrant d'accès maniaque.
- 5- Déterminer les éléments supposés contribuer à la survenue de la manie.
- 6- Dire le premier recours des familles des malades maniaques.
- 7- Identifier les différents schémas thérapeutiques utilisés dans la prise en charge des patients maniaques au service de psychiatrie du CHU du Point G.

## **GENERALITES:**

En psychiatrie la manie est l'hyperactivité désordonnée et accélérée des conduites intellectuelles, une exaltation et une versatilité de l'humeur qui devient euphorique. Elle implique un état d'excitation pathologique. Elle peut rentrer dans le cadre d'une PMD.

En psychopathologie, elle se caractérise par un état de "folie morbide". Il ne faut pas confondre le terme psychiatrique de manie avec celui du langage courant du XIX<sup>ème</sup> siècle selon lequel quelqu'un qui possède des manies est quelqu'un qui a des mauvaises habitudes dans le langage courant. Il ne faut également pas confondre le maniaque avec le monomane: personne "folle" dans un seul domaine et qui a une seule manie [21].

### **1- APERCU PSYCHOPATHOLOGIQUE:**

L'accès maniaque peut être défini par une « régression soudaine aux stades infantiles de l'instinct antérieur à toute contrainte extérieure ».

Les pulsions, surtout orales pré-génitales, se libèrent.

La manie précipite le sujet dans la satisfaction de ses pulsions, comme pour échapper à l'angoisse.

En fait, deux aspects, respectivement négatif et positif, sont trouvés simultanément. D'une part, un aspect régressif ou déficitaire est déterminé par des troubles des fonctions de synthèse, et une altération de la lucidité. D'autre part, un aspect positif de libération des instances inférieures s'exprime par un comportement de jeu, une fiction ou une fabulation au plan imaginaire, et un déchaînement des pulsions.

Le maniaque se livre à une sorte de dilatation de son existence. Il se projette au-delà de l'impossible présent et volatilise la possibilité de sa puissance d'optimisme et d'illusion.

Le fond du problème est la mélancolie contre laquelle la manie apparaît comme une défense « toujours secondaire ». L'une renvoie à l'autre, comme étant deux modalités symétriques de refuser le deuil.

C'est une pathologie affective, rapportée aux vicissitudes des premières relations d'objet. Des fixations progénitales, c'est-à-dire orales-cannibaliques ou sadiques-anales, existent par des failles du narcissisme. En conséquence la relation d'objet n'est pas « négociable »; elle tend à opposer pour une même « victoire narcissique » les deux illusions symétriques, à savoir la négation de tout et la mégalomanie.

Selon M. Klein, la « position dépressive » primitive du nourrisson est un phénomène normal du 6<sup>ème</sup> mois, son élaboration pathologique conduit à la maladie maniaco-dépressive par impossibilité de rétablir les « bons objets », c'est-à-dire une image réparatrice des parents.

Le sujet reste fragile au sentiment de perte. Il est conduit à « incorporer » ses objets en s'exposant à la destruction de lui-même plutôt qu'au renoncement du deuil.

## **2- ETUDE CLINIQUE:**

### **2.1- FORME TYPIQUE:**

Son âge fréquent d'apparition se situe entre 20 et 50 ans. Elle est caractérisée par une hyperthymie expansive, une tachypsychie avec une fuite des idées, une hyperactivité désordonnée, et des troubles de certaines fonctions végétatives, en particulier le sommeil.

L'état maniaque est en rupture avec l'état psychologique antérieur présenté par le sujet, qui d'ailleurs nie le caractère pathologique de ses troubles.

### **2.1.1- Début:**

L'épisode maniaque fait souvent suite à une phase dépressive. Ce virage de l'humeur peut être brutal. Il est spontané ou survient au cours d'un traitement antidépresseur.

Fréquemment, l'excitation s'installe de manière rapidement progressive. Parfois, le sujet se sent envahi par un sentiment d'euphorie et de facilité. Il manifeste un besoin d'expansivité et d'activité intense, de caractère souvent intempestif, extravagant et décousu.

Une diminution du temps de sommeil peut révéler un état maniaque.

Enfin, une irritabilité, un débordement pulsionnel et une excitation, à l'origine d'incidents, tels qu'un tapage nocturne, un outrage à la pudeur, des démarches intempestives ou des dépenses inconsidérées, marquent parfois l'entrée dans une manie.

Chez un malade ayant présenté plusieurs accès, c'est souvent le même symptôme qui a valeur d'alarme d'un épisode à l'autre et qui est reconnu par lui-même.

### **2.1.2- Accès maniaque confirmé:**

#### **➤ La présentation du malade:**

Elle est caractéristique et aide à évoquer le diagnostic. Il est volubile, jovial, a une physionomie hypermimique. De contact à priori facile, il reste superficiel. Sa tenue est extravagante, débraillée. Son discours est bruyant, avec des propos souvent familiers, caustiques, entrecoupés de plaisanteries, de niaiseries et parfois de chants ou de langage étrange. Le patient est logorrhéique et difficile à

interrompre. Son activité est exagérée. La présentation contraste avec le comportement habituel du sujet, plutôt réservé et pondéré.

➤ **Les troubles de l'humeur:**

Ils sont caractérisés, d'une part, par une exaltation euphorique, gaie et expansive.

Le malade vit intensément, perçoit le monde extérieur comme une source inépuisable de plaisir. Il se sent infatigable, au meilleur de sa forme.

Rien ne l'intimide, ce qui peut entraîner une familiarité et une facilité.

Cette humeur est indépendante du contexte, c'est-à-dire non réactionnelle à l'environnement.

La versatilité, d'autre part, s'exprime par une impatience et une intolérance. Le sujet s'irrite à la moindre contrariété, il a des réactions de colère. Il présente un optimisme entrecoupé de bouffées d'angoisse, d'agressivité alternant avec des moments d'exubérance, de ravissement et de bienveillance. Pour certains, ce deuxième trouble de l'humeur avec versatilité, irritabilité et des moments dépressifs est plus fréquent que l'exaltation. Il est réactif à l'environnement.

Le débordement instinctuel enfin détermine un relâchement des censures morales et sociales, ainsi qu'une excitation érotique.

➤ **Les troubles de l'activité motrice:**

Ils correspondent à une agitation constante, une hyperactivité incessante, dispersée, improductive, ludique. Le sujet apprécie se déguiser, jouer des rôles, s'exhiber. Dans les formes d'intensité modérée, l'activité peut être efficace et orientée vers un objectif précis. La fureur maniaque est exceptionnelle et se traduit par des mouvements incessants, des cris ainsi qu'une brutalité destructrice.

➤ **L'exaltation et l'accélération des processus psychiques** sont retrouvées. C'est principalement la fuite des idées ou tachypsychie qui définit la pensée maniaque. Cette dernière est inconsistante, malgré une apparente richesse. Le sujet ne peut freiner ses pensées; elles se succèdent très rapidement dans la tête.

Il existe une logorrhée, c'est-à-dire un discours rapide, et une graphorrhée, c'est-à-dire une écriture importante. Les images et les souvenirs défilent et surgissent en désordre. Les associations d'idées sont rapides, par des jeux de mots et des formules toutes faites. Souvent les liens entre les pensées sont inexistantes avec passage "du coq à l'âne". Ainsi les propos peuvent être désordonnés voire incohérents.

L'attention s'éparpille au gré des sollicitations extérieures, empêchant une réflexion et une synthèse. Le sujet est hypersyntonique, c'est-à-dire sensible à de nombreux détails qui échappent aux autres personnes; toutefois aucun détail ne le retient plus particulièrement.

L'hypermnésie est définie par l'évocation d'anecdotes, de souvenirs et d'acquisitions scolaires, rapportés pour le plaisir.

Une exaltation de l'imagination permet des tendances fabulatrices, à thèmes, mégalomaniacale et parfois mystique, persécutif, revendicatif ou érotomaniacale. Souvent le sujet maniaque n'adhère que partiellement à cette fantaisie imaginative.

L'orientation temporo-spatiale est correcte, mais le patient ne s'en soucie guère.

➤ **Les troubles du contenu de la pensée:**

Ils sont retrouvés chez le sujet maniaque. Il a une perception positive de son environnement et une vision optimiste de l'avenir.

Il se perçoit de manière inadaptée avec une augmentation de l'estime de soi et de confiance dans ses compétences. Ainsi, il peut évoquer des idées délirantes à

thèmes mégalomane, mystique, de filiation et messianique. Il se dit être investi d'une mission pour sauver le monde. Cette symptomatologie se rencontre dans la forme de manie délirante.

➤ **Les troubles du sommeil:**

Ils sont constants, caractérisés par une insomnie précoce, rebelle, non pénible et qui ne disparaît qu'à la fin de l'accès. Le sujet maniaque ne se sent pas fatigué.

➤ **Les signes généraux:**

On observe une tendance à la déshydratation et à l'hyperthermie, dépend du degré d'agitation. Une tachycardie, une hypotension artérielle, une augmentation de la faim et de la soif avec un amaigrissement, une hypersécrétion avec des sueurs abondantes et une hypersalivation ainsi qu'une aménorrhée peuvent être retrouvées.

➤ **Les troubles du comportement:**

Ils s'expliquent par la symptomatologie précédemment évoquée. La conduite du sujet peut engendrer des risques importants avec achats inconsidérés, dépenses excessives, troubles des conduites sexuelles...

➤ **L'existence d'un épisode maniaque permet de faire le diagnostic d'une maladie maniaco-dépressive** de forme bipolaire qui se compose d'accès dépressifs et /ou d'accès maniaques, et a une évolution périodique, avec tendance à la répétition des accès.

**2.2- FORMES SYMPTOMATIQUES:**

Elles sont nombreuses mais posent peu de problèmes diagnostiques. Toutefois elles ont quelques particularités.

➤ **La forme mineure de la manie ou accès hypomaniaque:**

Elle est la forme la plus fréquente. L'intensité de la symptomatologie est atténuée.

Une hyperthymie euphorique et expansive et des troubles du sommeil à type d'insomnie sont retrouvés. L'excitation psychomotrice entraîne un sentiment de facilité intellectuelle, une augmentation des performances associée à une créativité excessive, et une hyperactivité mal contrôlée avec des conséquences fâcheuses aux plans affectif, social ou professionnel. Il existe une logorrhée, une mémoire vive ainsi qu'une imagination brillante et intensive.

Les troubles du caractère s'expriment par une impatience, un autoritarisme, une instabilité, une causticité et une agressivité à l'origine de procès ou de petites dénonciations.

Le diagnostic de cette forme mineure est facile quand elle survient chez un patient maniaco-dépressif connu. Elle correspond à une crise maniaque ou à des oscillations thymiques atténuées par le traitement chez le sujet déjà traité. Elle signe le caractère bipolaire de la maladie maniaco-dépressive qui nécessite quelques mesures thérapeutiques.

Par ailleurs, le diagnostic est difficile quand l'hypomanie est la première manifestation pathologique de la maladie.

Le malade a tendance à méconnaître le caractère pathologique de ses troubles. Ainsi il est fréquemment difficile de le convaincre de se soigner.

La rupture de cet état par rapport à l'état antérieur du sujet aide au diagnostic. Cette rupture est souvent rapportée par l'entourage du patient.

➤ **Les états mixtes:**

Ils associent des symptômes maniaques et des symptômes dépressifs, de manière relativement stable dans le temps. Des fluctuations rapides de l'humeur sont possibles comme: des périodes d'extase alternant avec le désespoir ou la



colère, des thèmes de grandeur et de culpabilité coexistant, des moments d'euphorie délirante à thèmes de mission, de persécution et de résurrection survenant après des bouffées d'angoisse avec peur de la mort et damnation.

Diverses variétés d'états mixtes ont été décrites initialement par Kraepelin:

- association d'une exaltation de l'humeur à une inhibition psychomotrice,
- association de thèmes dépressifs et anxieux à une hyperactivité, à une irritabilité et une fuite des idées ou à une mélancolie agitée.

Ces formes symptomatiques sont relativement rares et de diagnostic assez difficile. Elles s'observeraient surtout chez les femmes. Leur traitement est difficile, car elles résistent aux prescriptions médicamenteuses habituelles de l'accès maniaque.

➤ **la manie délirante:**

Cette forme a une symptomatologie dont la thématique délirante est généralement congruente à l'humeur expansive, donc de contenu positif. Ce sont des idées de grandeur, de puissance, de filiation. Toutefois, des thèmes de persécution, donc non congruents à l'humeur, peuvent exister. Le lien de ces dernières avec des propos mégalo-maniaques doit être recherché.

Le délire est le plus souvent le résultat de la fantaisie imaginative, des illusions perceptives. Les propos incohérents sont surtout mobiles et passagers.

Toutefois, la conviction délirante peut être intense; ainsi, ces idées sont durables et persistantes et le diagnostic est alors plus difficile.

Cette activité délirante entraîne parfois des conséquences graves. En effet, elle peut persister entre les épisodes maniaques et évoluer indépendamment du trouble de l'humeur d'origine. Dans certains cas, un diagnostic de délire chronique, principalement de type paraphrénique, est posé.

La manie délirante constitue une urgence psychiatrique et impose un traitement spécifique.

➤ **la manie suraiguë:**

Elle se manifeste par une agitation et une agressivité majeures et incessantes. Cette forme grave expose à un retentissement général et à la confusion.

➤ **La fureur maniaque:**

Elle est définie par un état de fureur où une agitation agressive et violente domine. Elle est rare; non traitée, elle peut entraîner le décès par agitation majeure, anorexie, insomnie totale. Parfois, elle pose un problème de diagnostic avec la fureur épileptique.

Elle nécessite un traitement d'urgence, avec souvent une électroconvulsivo-thérapie d'emblée.

➤ **La manie confuse** impose un traitement général en urgence.

### **2.3- FORMES ETIOLOGIQUES:**

La manie aiguë est une « psychose endogène » qui oriente vers le diagnostic de maladie maniaco-dépressive.

Un accès maniaque semble relever de facteurs circonstanciels. Ont-ils une valeur étiologique ou correspondent-ils à des occasions de révélation ou de récurrence d'une maladie maniaco-dépressive ?

Certains citent la manie de deuil ou consécutive à une vive émotion, la manie sénile ou présénile, la manie toxique, la manie post-traumatique après une phase de coma, ainsi que les manies puerpérales, de la puberté et de la ménopause.

### **2.4- DIAGNOSTIQUES DIFFERENTIELS:**

➤ **Etats d'excitation « atypiques » de la schizophrénie:**

L'atypicité se caractérise:

Premièrement par l'absence d'hypersyntonie et d'hyperesthésie affective qui évoquent un émoussement affectif.

Deuxièmement, le discours est flou et incohérent avec des éléments délirants fréquents à thème tels que l'influence, congruents à l'exaltation de l'humeur. Une discordance intellectuelle peut être évoquée et faire penser au diagnostic de schizophrénie, surtout si elle survient chez un sujet jeune. Enfin, une euphorie discordante et une agitation plus stéréotypée, mécanique et pauvre, caractérisent une manie atypique. Ils peuvent être un mode d'entrée dans la schizophrénie ou un accès d'excitation s'intégrant dans l'évolution d'une schizophrénie dysthymique.

Certains critères permettent d'orienter vers le diagnostic de trouble thymique: l'absence de trouble psychopathologique antérieur, des arguments cliniques contre une dissociation affective, la prédominance d'idées délirantes congruentes à l'humeur par rapport aux autres, la présence d'antécédents familiaux de trouble de l'humeur.

La résolution complète de l'épisode signe le diagnostic de trouble thymique.

➤ **Etats maniaques symptomatiques d'affections organiques:**

Il peut s'agir d'une pathologie endocrinienne, particulièrement la maladie de Cushing.

Des pathologies neurologiques doivent également être éliminées: d'une part les maladies encéphaliques telles qu'une tumeur ou une encéphalite, et d'autre part une pathologie neurologique frontale d'origine tumorale ou atrophique (maladie de Pick). Le patient présentant une symptomatologie frontale est moins syntone et plus déficitaire que le sujet maniaque.

Enfin, un épisode maniaque peut rentrer dans le cadre d'un état post-traumatique.

➤ **Etats maniaques toxiques et médicamenteux:**

Chez un sujet jeune, une symptomatologie confuse doit systématiquement faire rechercher une prise de toxiques.

Une ivresse excito-motrice est de durée plus brève qu'une manie. Le diagnostic est souvent fait en urgence. Des excitations surviennent parfois après la prise de toxiques: cocaïne, haschich ou amphétamines. Une excitation iatrogénique peut avoir comme origine les corticoïdes, les antituberculeux tels que l'isoniazide, ou la L-dopa.

➤ **Autres états d'agitation:**

Ils correspondent à la confusion mentale, l'agitation anxieuse, la moria frontale, les états de dysphorie névrotique et les épisodes d'agitations épileptiques.

Concernant ces derniers, ce sont des accès plus courts, de début et fin brusques, la loquacité a tendance à l'exubérance, et l'amnésie consécutive est plus prononcée.

L'anamnèse et l'électroencéphalogramme aident au diagnostic. L'examen clinique d'un patient présentant un syndrome maniaque s'impose surtout devant l'existence de signes confusionnels (désorientation temporo-spatiale, trouble de la vigilance, perplexité anxieuse), des signes démentiels, ou chez un sujet sans antécédents personnels ni familiaux de trouble de l'humeur. Par ailleurs la survenue d'une symptomatologie inhabituelle d'accès maniaque chez un patient ayant des antécédents personnels de trouble thymique nécessite un examen somatique. Il en est de même dans le cas d'une maladie organique, qui peut être à l'origine de troubles ioniques ou métaboliques.

**2.5- EVOLUTION:**

La guérison spontanée de l'accès maniaque se fait en 5 à 6 mois en moyenne.

Sous traitement, la durée de l'épisode maniaque est diminuée de 2 mois environ.

L'amélioration de l'exaltation de l'humeur et de l'agitation motrice est progressive. La fabulation délirante cède assez vite, l'excitation diminue, la logorrhée et la dispersion de l'activité sont plus lentes à disparaître.

La normalisation du sommeil est un bon critère de guérison.

Une phase dépressive succède souvent à l'accès maniaque.

## **2.6- LE PRONOSTIC:**

Il a été considérablement amélioré par l'efficacité des antidépresseurs dans les accès dépressifs, des neuroleptiques dans l'accès maniaque et de la lithiothérapie dans la prophylaxie des rechutes.

Lors d'un accès maniaque, le pronostic est essentiellement en rapport avec les conséquences sociales, professionnelles, affectives, familiales et financières de l'exubérance euphorique.

## **2.7- ACTUALITES DE LA CLINIQUE DE L'ACCES MANIAQUE:**

Selon H. CUCHE [15], il y a 30 ans dans un service fermé de Sainte-Anne à Paris, la manie était bien synonyme de folie. Sa filiation grecque (maino) le fait de rendre furieux, était facile à appréhender. Le diagnostic était simple, la stratégie thérapeutique assez claire: hospitalisation en HDT (PV), mise sous neuroleptique et patience; en même temps que l'on débutait le lithium dans certains services de pointe. Actuellement la manie n'est plus ce qu'elle était.

L'accès maniaque existe encore, même s'il est moins fréquent au profit de l'hypomanie ou de la subexcitation maniaque. Il s'agit seulement d'intensité de symptôme. Il y a effectivement une actualité de la clinique de l'accès maniaque qui se situe à 3 (trois) niveaux:

- on parle plus de la maladie bipolaire;
- on intervient plus tôt;

- on apprend au patient et à l'entourage la nature de l'expression des troubles bipolaires. On fait de l'éducation thérapeutique.

### **3- PRINCIPES DE TRAITEMENT:**

#### **3.1- TRAITEMENT DE L'ACCES MANIAQUE:**

En dehors des formes d'intensité légère ou modérée, l'hospitalisation est indispensable du fait du comportement et de la non-reconnaissance habituelle de la pathologie par le patient.

Lorsque des troubles du comportement existent, à fortiori en cas d'activité délirante, et en cas de refus du patient d'être hospitalisé, un recours à une mesure légale peut se justifier; il s'agit le plus souvent d'une Hospitalisation sur la Demande d'un Tiers (HDT). Dans tous les cas, il faudra penser à la protection des biens du sujet.

##### **3.1.1-Traitement initial:**

Il est fonction de l'intensité de l'accès et de sa forme clinique.

➤ **Dans les hypomanies.** Le traitement est thymorégulateur. La poursuite de ce traitement, prescrit alors à visée préventive, est liée à l'accord du patient.

➤ **Dans les formes modérées.** La prescription d'un thymorégulateur seul se justifie. Trois thymorégulateurs peuvent être utilisés: le lithium, la carbamazépine (Tégrétol) ou le Dépamide.

L'avantage d'un thymorégulateur sur un traitement neuroleptique repose sur une action antimaniaque plus spécifique et plus globale et sur une meilleure tolérance. Son inconvénient tient au caractère moins incisif et plus tardif de son action, qui ne se manifeste en général pas avant 7 à 10 jours de traitement.

➤ **Dans les formes mixtes.** Les antidépresseurs doivent être arrêtés, et un thymorégulateur prescrit. Les anticonvulsivants seraient plus efficaces dans cette indication. En cas de formes d'intensité sévère, et en l'absence d'efficacité des neuroleptiques, l'électroconvulsivothérapie se justifie.

➤ **Dans les formes délirantes.** Le traitement est neuroleptique. En cas de résistance au traitement, l'électroconvulsivothérapie peut être proposée.

➤ **Dans les formes de forte intensité.** Le traitement initial fait le plus souvent appel aux neuroleptiques.

Tous les neuroleptiques ont une action antimaniaque. Le choix du produit repose sur différents critères:

- le respect des contre-indications (elles sont rares et en règle relatives),
- les antécédents du sujet (un neuroleptique qui se sera révélé efficace et bien toléré lors d'épisodes antérieurs devra être retenu en première intention),
- les habitudes de prescription.

L'association de deux neuroleptiques n'a jamais fait la preuve de sa supériorité sur la monothérapie.

Le choix de la posologie repose sur trois critères:

- la posologie moyenne efficace du produit,
- l'existence de prescription antérieure (la posologie précédemment efficace peut servir de guide),
- la réactivité aux premières prises du produit et en particulier l'effet sédatif obtenu.

En début de traitement la tolérance est un meilleur indicateur que l'efficacité qui impose quelques jours de traitement pour être évaluée.

A partir de ces indices la posologie adéquate pourra être ajustée en 2-5 jours. A titre d'exemple, on pourra proposer un traitement par halopéridol (Haldol®) à la

dose de 5 à 30 mg par jour ou de chlorpromazine (Largactil®) de 150 à 400 mg par jour. Cependant, lors d'états maniaques très agités, des doses de neuroleptiques considérées comme importantes peuvent être justifiées (400 à 500 mg de chlorpromazine ou équivalent). L'action antimaniaque d'un neuroleptique ne peut être évaluée qu'après 10 à 14 jours de traitement. Après ce délai, en l'absence d'efficacité, un changement de traitement se justifie: autre neuroleptique, association d'un thymorégulateur ou électroconvulsivothérapie.

L'association à un thymorégulateur peut se justifier dans le traitement de l'accès lui-même. Sa poursuite ultérieure, dans un but prophylactique, devra être justifiée avec le patient. Une telle prescription ne se conçoit en effet que dans le cadre d'une alliance thérapeutique dans laquelle le malade accepte un traitement au long cours à visée préventive.

Les sismothérapies sont réservées aux formes sévères ou résistantes aux traitements neuroleptiques.

Après disparition de la symptomatologie maniaque le traitement neuroleptique sera progressivement réduit en surveillant l'absence de résurgence symptomatique. Aucun critère, à priori, ne permet de prévoir de manière sûre, la durée du traitement. Dans la pratique, un traitement de 3-4 mois est souvent nécessaire. En cas de thymorégulateur associé, l'arrêt des neuroleptiques peut être plus rapide, le thymorégulateur ayant un effet antimaniaque.

➤ **Dans les manies furieuses.** Les sismothérapies d'emblée se justifient.

### **3.1.2- A plus long terme:**

Le risque d'évolution de la manie est la récurrence des accès. Le principe du traitement dans ces conditions repose sur la prévention des récurrences le plus souvent par la prescription d'un thymorégulateur.



### **3.2- STRATEGIES THERAPEUTIQUES EN CAS DE PATHOLOGIE**

#### **ASSOCIE:**

➤ **Dans les pathologies organiques:**

Le traitement est celui de la cause. Le protocole de traitement de l'accès maniaque dans ce cadre, est le même que celui d'un accès maniaque d'une maladie maniaco-dépressive. Cependant, dans le cas d'une pathologie cérébrale concomitante, les traitements psychotropes sont moins bien tolérés et peuvent notamment induire plus fréquemment des états confusionnels. Concernant les thymorégulateurs, il serait plus adapté dans cette indication d'utiliser les anticonvulsivants en première intention plutôt que la lithiothérapie.

➤ **En cas de pathologie iatrogène:**

Si le produit en cause peut être interrompu, on traitera le trouble de l'humeur selon les mêmes modalités que dans la maladie maniaco-dépressive.

## **METHODOLOGIE:**

### **1- CADRE D'ETUDE:**

Cette étude a été menée dans le service de psychiatrie du CHU du Point G qui se trouve en Commune III dans le district de Bamako.

#### **1-1-Historique:**

##### **1-1-1-Présentation du Centre Hospitalier Universitaire du Point G:**

Le Point G est une dénomination militaire coloniale de repère géodésique donnée à une colline située au Nord de Bamako sur laquelle l'hôpital a été bâti en 1906. Les travaux de construction de l'hôpital ont duré 6 ans et il a été fonctionnel en 1912.

Depuis cette date il y a eu plusieurs extensions dont:

- La construction du pavillon des indigènes en 1913,
- La construction de l'école des Infirmiers du 1<sup>er</sup> cycle, du laboratoire et du service matériel en 1950,
- La construction du nouveau bloc opératoire en 1953,
- La construction du service d'Urologie, de l'actuel service de Cardiologie B et de la Pneumo-phtisiologie entre 1956-1958,
- La construction de la clôture en barbelé en 1960.

Le style architectural à l'origine était celui d'un hôpital militaire et de type pavillonnaire. Il fut transformé en hôpital civil avec l'arrêté N° 174 de février 1958 portant réforme hospitalière et civilisation des services de santé du Soudan; avec l'adoption de la loi N° 02-048 du 22 juillet 2002 modifiant la loi N° 94-009 du 22 mars 1994 portant principes fondamentaux de la création, de l'organisation, de la gestion et du contrôle des services publics, l'hôpital fut

érigé en établissement public hospitalier par la loi N° 03-021. De nos jours il est un Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

### **1-1-2- Situation géographique:**

Le CHU du Point G est situé sur la colline du Point G sur la rive gauche du fleuve Niger en Commune III du district de Bamako, il occupe une superficie de 25 hectares dont près de 70 % sont bâtis.

### **1-1-3- Statut juridique:**

Compte tenu de la spécificité des hôpitaux, la loi N° 02-048 du 22 juillet 2002 prévoit les Etablissements Publics Hospitaliers (EPH). La loi d'orientation sur la santé (loi N° 02-049 du 22 juillet 2002) confère aux hôpitaux le statut d'Etablissements Publics Hospitaliers dotés de la personnalité morale et de l'autonomie administrative et financière. La loi N° 03-021 du 4 juillet 2003 porte la création d'un établissement public hospitalier dénommé Hôpital du Point G.

### **1-1-4- Missions:**

Le Centre Hospitalier Universitaire du Point G en tant que EPH a pour mission de :

- assurer les soins;
- participer à des actions de formation;
- mener des recherches dans le domaine de la santé.

### **1-1-5- Organisation et fonctionnement:**

Le décret N° 03-337/ P-RM du 7 août 2003 fixe l'organisation et les modalités de fonctionnement du Centre Hospitalier Universitaire du Point G en son article premier conformément à la loi N° 02-048 du 22 juillet 2002.

Le CHU du Point G est placé sous la tutelle du ministre de la santé.

Les organes d'administration et de gestion sont:

• **Le Conseil d'Administration: (CA)**

qui se compose de 19 membres.

Le Président du Conseil d'Administration est élu parmi les membres avec voix délibérative. Le CA se compose de membres avec voix délibérative et de membres avec voix consultative.

Les membres du Conseil d'Administration sont nommés pour une période de trois ans renouvelable par décret pris en conseil des ministres sur proposition du ministre de la santé.

• **La Direction Générale:**

Le CHU du Point G est dirigé par un Directeur Général (DG) nommé par décret pris en conseil des ministres sur proposition du ministre de la santé.

Il est assisté d'un Directeur Général Adjoint (DGA) nommé par arrêté ministériel qui fixe ses attributions spécifiques, sur proposition du Directeur Général de l'hôpital.

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

• **Le Comité de Direction:**

Le Comité de Direction est chargé d'assister le Directeur Général dans ses tâches de gestion.

Le Comité de Direction comprend le DG (président), le DGA, le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), le président de la Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux et un représentant du Comité Technique d'Etablissement.

• **Les Organes Consultatifs:** ce sont:

- **La Commission Médicale d'Etablissement (CME):** elle est chargée d'examiner et de donner des avis sur l'organisation, le fonctionnement et les résultats de l'hôpital dans la réalisation de ses missions de soins, de formation, de recherche et d'expertise. Son organisation et ses modalités de fonctionnement sont prévues dans les articles 12, 13, 14, 15, 16, 17 du décret N° 03-337/ P-MR du 07 août 2003 fixant organisation et modalité de fonctionnement du CHU du Point G,
- **La Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux (CSIO):** elle est chargée d'analyser et de donner des avis sur l'organisation, le fonctionnement et les résultats dans le domaine de l'accueil, des soins infirmiers et obstétricaux. Son organisation et son fonctionnement sont prévus dans les articles 18, 19, 20, 21, 22 du même décret,
- **Le Comité Technique d'Etablissement:** il est chargé d'étudier et de donner son avis sur les questions relatives aux conditions de travail. Son organisation et son fonctionnement sont prévus dans les articles 23, 24, 25, 26, 27 du même décret,
- **Le Comité Technique d'Hygiène et de Sécurité:** il est chargé d'étudier et de donner des avis sur la protection de l'hygiène, la sécurité des soins, des personnes et des biens au sein de l'hôpital. Son organisation et son fonctionnement sont fixés par les articles 28, 29, 30, 31, 32, 33 du même décret.

**Les services existants au CHU du Point G sont:**

➤ **L'administration générale composée de:**

- La direction générale,
- Le secrétariat général,
- Le secrétariat particulier,
- Le bureau du personnel,
- La surveillance générale,

- La comptabilité,
- Le contrôle financier,
- Le bureau des entrées,
- Le service social,
- Le service informatique,
- Le service des statistiques (chargé de l'information hospitalière).
- **Les services de consultations et de soins**, composés de:
  - Le service d'anesthésie, de réanimation et des urgences,
  - Le service de cardiologie avec la cardiologie A et la cardiologie B,
  - Les services de chirurgie : la Chirurgie A avec la Coelio-chirurgie, la Chirurgie B, la Gynéco-obstétrique, l'Urologie,
  - Le service d'hématologie oncologie médicale,
  - Le service de médecine interne,
  - Le service des maladies infectieuses,
  - Le service de néphrologie et d'hémodialyse,
  - Le service de neurologie,
  - Le service de pneumo-phtisiologie,
  - Le service de psychiatrie,
  - Le service d'imagerie médicale avec radiologie/ Scanner, échographie, médecine nucléaire,
  - Le laboratoire,
  - La pharmacie hospitalière,
  - La kinésithérapie,
- **Les services généraux:**
  - la buanderie,
  - la cuisine,
  - la cafétéria,
  - le campus (restaurant pour le personnel),

- la morgue.
- **Le service de maintenance.**

## **1.2- Présentation du service de psychiatrie:**

C'est le 1<sup>er</sup> service de psychiatrie et le 3<sup>ème</sup> niveau de référence au Mali.

Les bâtiments sont situés au nord-ouest dans la cour de l'hôpital jusqu'au fond.

### **Description du service:**

#### ➤ **les bâtiments:**

Schématiquement on distingue:

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

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

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

**Le bloc de cases:** il forme un demi-cercle à l'est et en face des deux (2) blocs des « fonctionnaires ». Ces cases construites avec des matériaux locaux, sont

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

**La cafétéria du service:** située entre la cour grillagée, le terrain de sport du service, et le bloc des cases.

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

➤ **Le personnel:**

Il est composé:

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



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

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

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

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

Tous les jours la garde est assurée par une équipe constituée d'un médecin, d'un assistant médical, d'un technicien de surface, d'un agent de sécurité et d'un étudiant hospitalier faisant fonction d'interne.

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

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

**2- PERIODE D'ETUDE:**

L'étude a été menée de novembre 2008 à juin 2009.

**3- TYPE D'ETUDE:**

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec recueil rétrospectif des données des patients maniaques du service de psychiatrie du CHU du Point G sur une période de 5 ans, allant du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2008.

#### **4- POPULATION D'ETUDE:**

L'échantillonnage a été exhaustif portant sur les dossiers de malades ayant été hospitalisés ou suivis en ambulatoire pour accès maniaque.

##### **➤ CRITERES D'INCLUSION:**

Ont été inclus:

- tous les dossiers de patients reçus au service de psychiatrie pour accès maniaque,
- tous les dossiers de patients diagnostiqués maniaques et ayant un dossier complet.

##### **➤ CRITERES DE NON INCLUSION:**

Ont été exclus de l'étude:

- les dossiers de patients maniaques vus dans d'autres services dans le cadre de la « Psychiatrie de liaison »
- les dossiers incomplets.

##### **➤ TECHNIQUE DE RECUEIL DES DONNEES:**

Le recueil des données a été fait à partir de dossiers d'hospitalisation, des fiches de consultation externe. Les informations relatives à l'étude ont été portées sur une fiche d'enquête établie à cet effet (voir annexe).

##### **➤ VARIABLES D'ETUDE:**

Les variables étudiées ont été les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, statut marital, ethnie, profession, niveau de scolarisation) et cliniques (les antécédents, les facteurs déclenchants, les motifs de demande de soins, le contexte de réception, le mode de prise en charge, le premier recours dans le circuit thérapeutique, le schéma thérapeutique).

➤ **SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES:**

Elles ont été faites à l'aide du logiciel Epi-info version 6.04 cfr.

## **RESULTATS:**

Du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2008, sur un total de 8198 dossiers de malades vus au service de psychiatrie du CHU du Point G, nous avons colligé 304 dossiers de psychose aiguë vue en urgence parmi lesquels 133 répondaient à nos critères d'inclusion, soit une prévalence hospitalière estimée en fonction de nos critères à 1,6 %. L'âge moyen des patients était de 32 ans  $\pm$  13 ans avec des extrêmes à 14 et 81 ans.

**TABLEAU I:** Répartition des patients selon les tranches d'âge

<b>Tranches d'âge en années</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
<b>14-24</b>	<b>45</b>	<b>33,8</b>
<b>25-35</b>	<b>44</b>	<b>33,1</b>
36-46	24	18
47-57	12	9
58-68	7	5,3
69-79	0	0
$\geq 80$	1	0,8
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

Les sujets âgés de 14 à 35 ans représentaient 89, soit 66,9 % des cas.

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

<b>Sexe</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
<b>Masculin</b>	<b>82</b>	<b>61,7</b>
Féminin	51	38,3
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

Le sexe masculin représentait 61,7 % des cas.

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

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
<b>Bambara</b>	<b>36</b>	<b>27,1</b>
Peulh	18	13,5
Sonrhaï	11	8,3
Soninké	29	21,8
Malinké	16	12
Bozo	7	3
Senoufo	4	5,3
Dogon	4	3
Autres*	8	6
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

Autres\*: Minianka, Diawando, Tamachek, Samogo, Kassonké, Maure, Armand.

Les bambaras étaient au nombre de 36, soit 27,1 % des cas ; ils étaient suivis des soninkés avec 21,8 % des cas.

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

Profession	Effectif	Fréquence
Elève / Etudiant	12	9
Commerçant	21	15,8
Chauffeur	6	4,5
<b>Ménagère</b>	<b>36</b>	<b>27,1</b>
Ouvrier / Artisan	11	8,3
Cultivateur / Eleveur	20	15
Fonctionnaire	8	6
Autres *	5	3,8
Sans profession	14	10,5
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

Autres\*: Artiste, Maître coranique, Electricien.

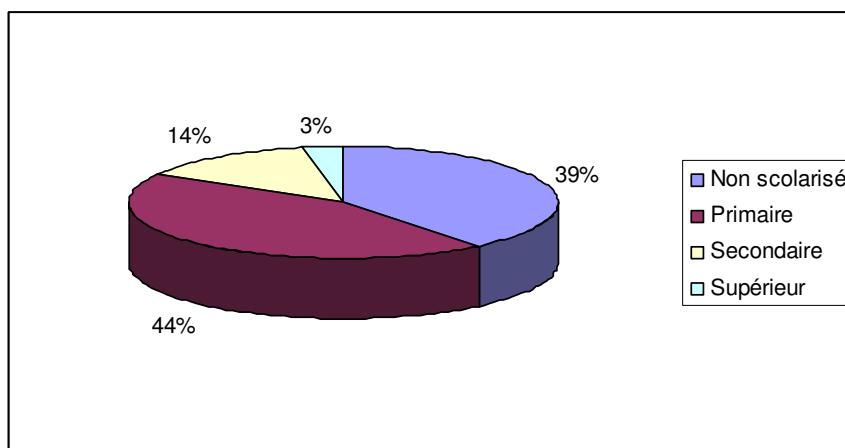
Les ménagères représentaient 27,1 % des cas

Supprimé : ¶

Supprimé : <sp>¶

**Figure 1: Répartition des patients selon le statut marital**

Les mariés représentaient 48 % des cas.



**Figure 2: Répartition des patients selon le niveau de scolarisation**

Les patients scolarisés représentaient 61 % des cas mais 95 % d'entre eux n'avaient pas pu accéder au niveau supérieur.

**TABLEAU V: Répartition des patients selon les antécédents psychiatriques**



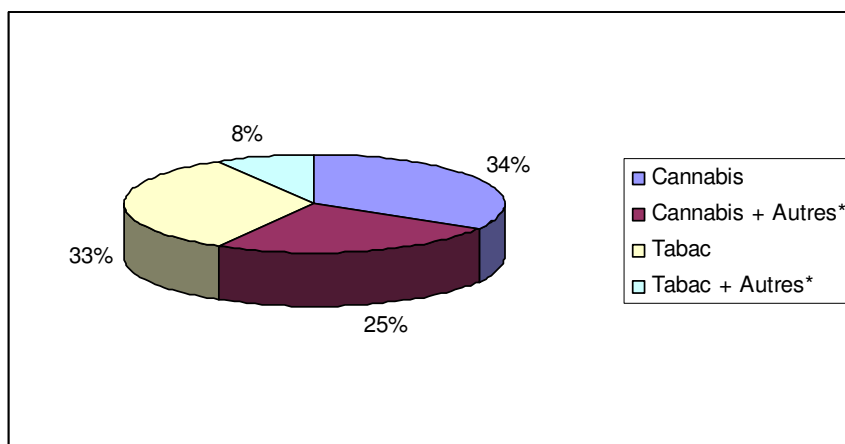
Antécédents psychiatriques	Effectif	Fréquence
Personnels	64	48,1
Familiaux	44	33,1
<b>Personnels+Familiaux</b>	<b>82</b>	<b>61,7</b>

Parmi nos 133 patients, il a été signalé pour 64 (48,1%) d'entre eux, des antécédents personnels de troubles psychiatriques, des antécédents familiaux pour 44 (33,1%) et à la fois des antécédents personnels et familiaux pour 82 (61,7%).

**TABLEAU VI: Répartition des patients selon la prise de toxique**

Prise de toxique	Effectif	Fréquence
<b>Oui</b>	<b>24</b>	<b>18</b>
Non	50	37,6
Non précisé	59	44,4
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

La notion de prise de toxique a été retrouvée chez 18 % de nos patients, mais pour 44,4 % des patients aucun renseignement n'était précisé.



**Figure 3: Répartition des patients selon le type de toxique pris**

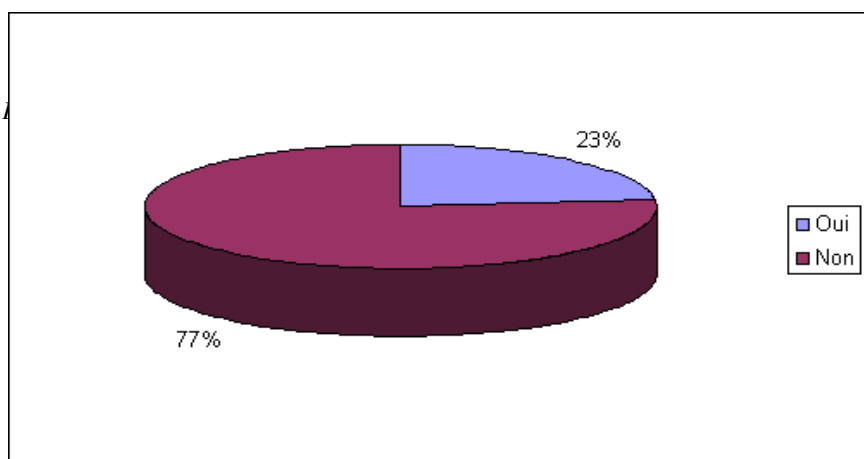
Autres\*: alcool, colle.

La consommation de cannabis a été signalée chez 59 % de nos patients. La notion de polytoxicomanie était inconstamment retrouvée (33 % des patients).

Supprimé : ¶

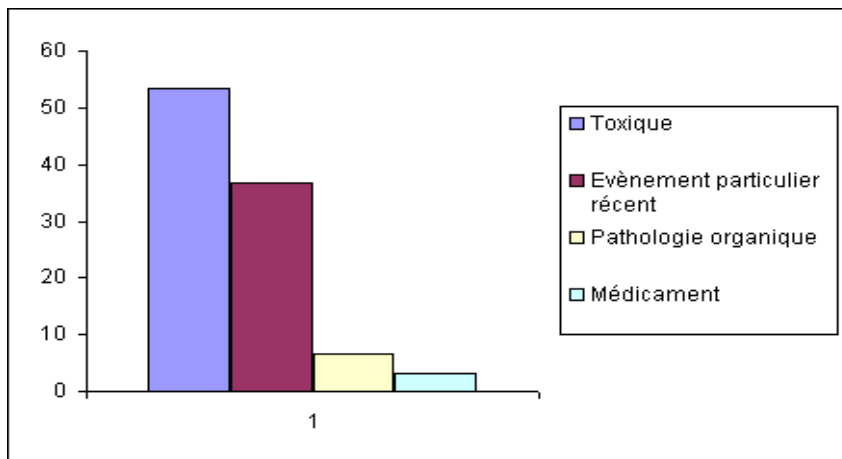
Moctar A

50



**Figure 4: Répartition des patients selon l'évocation de facteurs déclenchants par la famille**

La notion de facteurs déclenchants a été retrouvée chez 23 % de nos malades.



**Figure 5:** Répartition des patients selon le type de facteurs déclenchants

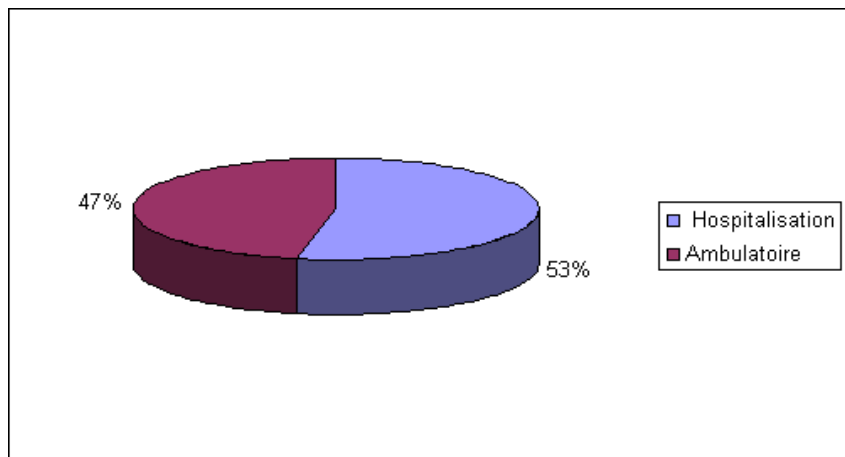
Chez 53 % de nos patients la prise de toxique a été incriminée comme facteurs déclenchants par les familles.

**TABLEAU VII: Répartition des patients selon les motifs de demande de soins**

Motifs de demande de soins	Effectif	Fréquence
<b>Agitation et/ou Agressivité</b>	<b>92</b>	<b>69,2</b>
Logorrhée	14	10,5
Incohérence	4	3
Dénudation	4	3
Exaltation de l'humeur	7	5,3
Insomnie	2	1,5
Errance+Fugue	4	3
Délire	2	1,5
Autres*	4	3
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

Autres\*: Cris, Hallucinations, Vol, Irritabilité.

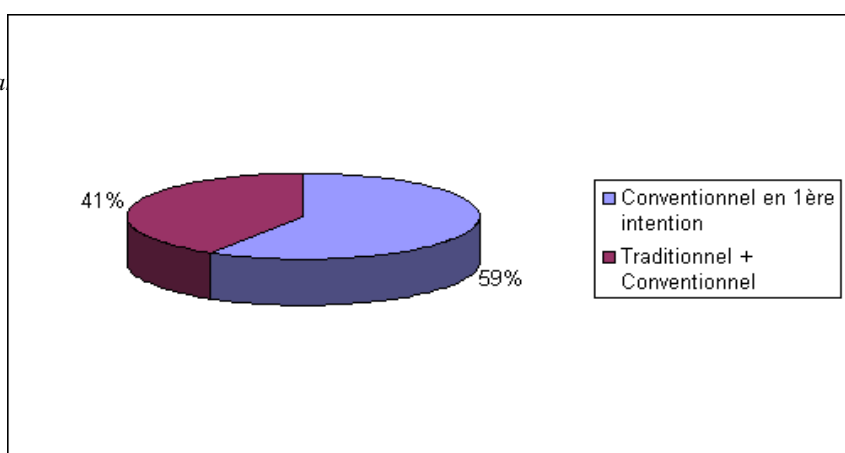
L'agitation et/ou agressivité a été constamment évoquée comme motif de demande de soins (69,2 % des cas).



**Figure 6 : Répartition des patients selon le mode de prise en charge**

Plus de la moitié de nos patients, soit 53 % ont été hospitalisés et tous ces patients hospitalisés l'ont été en HDT.

Mocta



**Figure 7 : Répartition des patients selon le circuit thérapeutique suivi**

Plus de la moitié des patients, (59 %) nous ont été directement amenés sans recours au traitement traditionnel.

**TABLEAU VIII: Répartition des patients selon le schéma thérapeutique**

Schéma thérapeutique	Effectif	Fréquence
Neuroleptique en monothérapie	40	30
Normothymique en monothérapie	0	0
Neuroleptique + Normothymique	11	8,3
Neuroleptique + Anxiolytique	43	32,2
Neuroleptique + Hypnotique	15	11,3
Neuroleptique + Anxiolytique + Hypnotique	21	15,8
Neuroleptique + Antidépresseur	1	0,8
Anxiolytique	1	0,8
Traitement non précisé	1	0,8
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

La prescription de neuroleptique était la règle (98,4 % des cas); elle était en association avec d'autres psychotropes chez 68,4 % des patients.

### **TABLEAU IX : Répartition des patients selon l'âge et les facteurs**



déclenchants

Facteurs déclenchants	Age (ans)							
	14-24	25-35	36-46	47-57	58-68	69-79	80 et+	Total
Toxique	6	7	3	0	0	0	0	16
Médicament	1	0	0	0	0	0	0	1
Evènement particulier récent	2	5	2	1	1	0	0	11
Pathologies organiques	0	1	0	0	1	0	0	2
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>30</b>

La consommation de toxique était en tant que facteur déclenchant retrouvée chez les sujets compris entre 14 et 46 ans (n= 16; soit 53,3%). Les patients de 47 à 80 ans et plus ne présentaient quant à eux aucune notion de prise de toxique.

**TABLEAU X: Répartition des patients selon les motifs de demande de**

soins et les facteurs déclenchants

Facteurs déclenchants Motifs de demande de Soins	Toxique	Médica- Ment	Evènement particulier récent	Pathologie organique	Total
	<b>Agitation et/ou</b>				
<b>Agressivité</b>	<b>12</b>	1	7	0	20
Logorrhée	1	0	3	0	4
Incohérence	0	0	0	0	0
Dénudation	0	0	1	0	1
Exaltation de l'humeur	1	0	0	1	2
Insomnie	0	0	0	0	0
Errance+Fugue	1	0	0	0	1
Délire	0	0	0	1	1
Autres*	1	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>30</b>

Autres\*: Cris, Hallucinations, Vol, Irritabilité.

Les facteurs déclenchants ont été évoqués chez 30 patients.

L'agitation et/ou agressivité sur fond d'usage de toxique a été retrouvée chez 12 patients soit 40 % des cas.

Les évènements particuliers récents en tant que facteur déclenchant de l'agitation et/ou agressivité, ont été évoqués chez 7 patients soit 35%.

**TABLEAU XI: Répartition des patients selon le type de prise en charge et les facteurs déclenchants**

Type de prise en charge Prise en charge Facteurs Déclenchants	Hospitalisation		Ambulatoire		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
<b>Toxique</b>	<b>12</b>	<b>40</b>	4	13,3	16	53,3
Médicament	0	0	1	3,3	1	3,3
Evènement particulier récent	6	20	5	16,7	11	36,7
Pathologie organique	1	3,3	1	3,3	2	6,7
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>63,3</b>	<b>11</b>	<b>36,7</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Parmi les patients pour qui la notion de facteur déclenchant était évoquée, 19 soit 63,3 % des cas ont été internés; pour 12 de ces patients internés, le toxique était incriminé comme facteur déclenchant des troubles.

**TABLEAU XII: Répartition des patients selon l'âge et les motifs de**

**demande de soins**

Motifs de demande de soins	Age (ans)							
	14- 24	25- 35	36- 46	47- 57	58- 68	69- 79	80 et +	Total
<b>Agitation et/ou</b>								
<b>Agressivité</b>	<b>31</b>	<b>29</b>	<b>19</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>92</b>
Logorrhée	6	7	0	1	0	0	0	14
Incohérence	2	1	0	1	0	0	0	4
Dénudation	3	0	1	0	0	0	0	4
Exaltation de l'humeur	0	2	2	0	2	0	1	7
Insomnie	2	0	0	0	0	0	0	2
Errance+Fugue	1	1	1	1	0	0	0	4
Délire	0	1	0	1	0	0	0	2
Autres*	0	4	2	1	0	0	0	7
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>24</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>133</b>

Autres\*: Cris, Hallucinations, Vol, Irritabilité.

Il semble que plus les patients étaient jeunes, plus l'agitation et/ou agressivité étaient évoquées comme motif de demande de soins (Chi Carré Impossible).

**TABLEAU XIII: Répartition des patients selon le sexe et les motifs de**

demande de soins

Sexe Motifs de demande de soins	Masculin		Féminin		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
<b>Agitation et/ou</b>						
<b>Agressivité</b>	<b>56</b>	<b>42,1</b>	<b>36</b>	27,1	92	69,2
<b>Logorrhée</b>	10	7,5	4	3	14	10,5
Incohérence	4	3	0	0	4	3
Dénudation	1	0,8	3	2,3	4	3
Exaltation de l'humeur	3	2,3	4	3	7	5,3
Insomnie	1	0,8	1	0,8	2	1,5
Errance+Fugue	4	3	0	0	4	3
Délire	0	0	2	1,5	2	1,5
Autres*	3	2,3	1	0,8	4	3,1
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>61,7</b>	<b>51</b>	<b>38,3</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

Autres\*: Cris, Hallucinations, Vol, Irritabilité.

Quelque soit le sexe, l'agitation et/ou agressivité semblait être le motif de soins le plus avancé (42,1% pour les hommes et 27,1 % pour les femmes).

La logorrhée était le 2<sup>ème</sup> trouble qui poussait les familles à amener leur malade, 14 cas soit 10,5 % tous sexes confondus.

**TABLEAU XIV: Répartition des patients selon le type de prise en charge et les motifs de demande de soins**

Type de prise en charge Motifs de demande de soins	Hospitalisation		Ambulatoire		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
<b>Agitation et/ou</b>						
<b>Agressivité</b>	<b>52</b>	39,1	<b>40</b>	30,1	<b>92</b>	69,2
Logorrhée	6	4,5	8	6	14	10,5
Incohérence	3	2,3	1	0,8	4	3
Dénudation	3	2,3	1	0,8	4	3
Exaltation de l'humeur	1	0,8	6	4,5	7	5,3
Insomnie	0	0	2	1,5	2	1,5
Errance+Fugue	1	0,8	3	2,3	4	3
Délire	2	1,5	0	0	2	1,5
Autres*	2	1,5	2	1,5	4	3
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>52,6</b>	<b>63</b>	<b>47,4</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

Autres\*: Cris, Hallucinations, Vol, Irritabilité.

Sur les 133 patients inclus, 70 (52,6%) ont été internés et parmi ceux-ci 52 soit 74,3 % l'ont été pour agitation et/ou agressivité.

**TABLEAU XV: Répartition des patients selon le sexe et le type de prise en charge**

Sexe  Type de Prise en charge	Masculin		Féminin		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
<b>Hospitalisation</b>	<b>43</b>	<b>32,3</b>	<b>27</b>	<b>20,3</b>	<b>70</b>	<b>52,6</b>
Ambulatoire	39	29,3	24	18	63	47,4
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>61,7</b>	<b>51</b>	<b>38,3</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

Parmi les 133 patients inclus, l'hospitalisation a été indispensable pour 70 soit 52,6 % dont 43 hommes et 27 femmes.

## **COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS:**

Supprimé : ¶

L'étude que nous venons de conduire est un travail de type rétrospectif.

Nous n'avons donc pas eu l'occasion de nous entretenir avec les patients et avons été contraints de nous fier à des informations recueillies auprès des dossiers parfois incomplets, manquant de précision et d'objectivité.

Comme tout travail rétrospectif notre étude a des faiblesses comme des biais méthodologiques avec comme corollaire des informations incomplètes, parcellaires ou fragmentaires ne permettant pas d'élargir l'étude clinique. Ces manquements peuvent s'expliquer par le fait que l'observateur qui reçoit le patient maniaque le plus souvent dans un contexte d'urgence, s'intéresse d'abord à l'urgence, au plus important et non à certains détails anamnestiques qui ne l'aident pas tout de suite. Aussi, signalons que ce travail est le premier de ce type en psychiatrie malienne. Nous avons été confrontés à certaines difficultés dont la rareté de la documentation sur le sujet. Bien qu'ayant des limites, ce travail a tout de même permis de faire une première approche de la manie et du patient maniaque.

Il s'est déroulé dans le seul service spécialisé du pays et ne couvre certainement pas tous les cas de figure. Il se veut donc un travail pionnier qui interdit toute prétention statistique, toute généralisation abusive et pose surtout un problème de représentativité nationale des données. Il a porté sur 5 ans d'activité hospitalière du service (du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2008) et a permis de colliger 133 patients diagnostiqués maniaques sur un total de 8198 demandes de soins psychiatriques enregistrées dans le service durant la même période soit une fréquence hospitalière de 1,6 %.

Avec cette fréquence nous sommes en conformité avec M. de ZELICOURT et collaborateurs [22] qui avec les données épidémiologiques provenant de plusieurs régions de France ont trouvé une prévalence de 0,3 à 3 % pour le Trouble Bipolaire de type I en population générale.

## **1- Caractéristiques sociodémographiques des patients:**



### **1-1- Age:**

Près de 67 % de nos patients se situaient dans la tranche d'âge 14-35 ans. Cela nous rapproche encore de M. de ZELICOURT [22] qui a trouvé en France, en 2003 que le Trouble Bipolaire affectait essentiellement les sujets jeunes, en moyenne avant 25 ans.

La prédominance de sujets jeunes (14 à 35 ans) dans notre série est également conforme aux résultats de DOUKI S. [6] qui en 2005 dans une étude intitulée: Trouble Bipolaire dans les pays du Sud, a trouvé un âge de début précoce avec un épisode inaugural antérieur à 25 ans chez 60 % des patients et avant 20 ans chez 30 % d'entre eux.

### **1-2- Sexe:**

Nous avons trouvé un sex-ratio de 1,6 en faveur des hommes qui représentaient 61,7 % de l'échantillon contre 38,3 % de femmes.

Ces résultats nous rapprochent de DAKHLAOUI O. et coll. [5] qui ont trouvé dans leur étude en Tunisie 3 hommes pour 2 femmes.

### **1-3- Statut marital:**

DAKHLAOUI [5] dans son étude sur le particularisme clinique du Trouble Bipolaire: la manie unipolaire, a trouvé une majorité de célibataires (65,3 %).

Il a trouvé également que cet état de fait est classiquement retrouvé dans la littérature et explique cela par le caractère invalidant et chronique de la maladie.

Dans notre étude, avec une prédominance de mariés (48,1 %) nous sommes en contradiction avec le résultat de cette étude tunisienne.

Cette contradiction pourrait s'expliquer par le mariage précoce au Mali qui probablement fait que beaucoup de sujets ont le temps de nouer une relation conjugale avant le début des troubles s'ils en étaient prédisposés.

### **1-4- Ethnie:**

L'ethnie bambara était la plus représentée avec 27,8 % des cas. Cela pourrait s'expliquer par la prédominance en général de cette ethnie au Mali: 36,5 % de la population générale [23].

### **1-5- Profession:**

La profession étant une activité rétribuée qui nécessite une formation ou une qualification spécifique, nous pouvons nous autoriser de considérer les ménagères comme en réalité sans profession. Ainsi nous pouvons retenir que 37,6 % de notre série étaient sans profession, ce qui nous rapproche de l'étude tunisienne de DAKHLAOUI O. et coll. [5] qui retrouvent 48,6 % de sans profession.

### **1-6- Niveau scolaire:**

Dans notre étude nous constatons que 61 % de nos sujets ont été scolarisés et que parmi eux le nombre de sujets malades était inversement proportionnel au niveau de l'instruction.

Cela pourrait s'expliquer par le caractère invalidant de la pathologie ne permettant pas des études poussées.

## **2- Caractéristiques cliniques:**

### **2-1- Motifs de demande de soins:**

Dans notre étude les motifs de demande de soins ont été largement dominés par l'agitation et/ou agressivité.

Nous n'avons pas trouvé d'études relatives à cet aspect. Toutefois nous pouvons comprendre l'attitude des familles devant ces situations parce que généralement les passages à l'acte sont surtout observés dans les situations d'agitation et d'agressivité. C'est pourquoi la stratégie thérapeutique conseillée devant un maniaque est assez claire selon CUCHE H. [24]: il s'agit d'une hospitalisation en HDT et la mise sous neuroleptiques.

### **2-2-Facteurs déclenchants:**

La notion de facteurs déclenchants était évoquée chez 22,6 % de nos patients (n=30) et la prise de toxique était signalée chez 53,3 % d'entre eux.

A ce propos, nous sommes en contradiction avec DOUKI S. [25] qui en 2006, à la première journée du Forum bipolaire tunisien, a rapporté une absence d'abus de substance chez les maniaques unipolaires.

Nous sommes en contradiction avec ROUILLON F. [2] qui, corroborant cette observation de DOUKI S. trouve que dans les comorbidités psychiatriques l'association entre toxicomanie et trouble bipolaire n'est pas évidente.

Notre résultat dépasse aussi de très loin celui de ROUILLON F. [2] qui en citant RON KESSLER rapporte une comorbidité de 7,4 % entre la manie et la toxicomanie pour l'étude ECA et de 4,9 % pour l'étude NCS.

Il en est de même avec les résultats de l'étude tunisienne de DAKHLAOUI O. et coll. [5] qui ont énoncé 5,6 % d'abus ou de dépendance à une substance en général.

Cette grande différence entre notre travail et ces différentes études, pourrait s'expliquer par le fait que notre cohorte était majoritairement jeune (66,9 % entre 14 et 35 ans). Or dans notre culture le toxique est trop évoqué et vite incriminé comme cause des pathologies psychiatriques en général et surtout des troubles aigus en particulier du sujet jeune.

### **2-3-Antécédents:**

Dans près d'une fois sur deux cas (48,1 %), nos patients n'étaient pas à leur premier épisode de troubles psychiatriques.

DOUKI S. [6] dans son étude sur le trouble bipolaire dans les pays du Sud, a trouvé en 2005 que la proportion d'antécédents familiaux de troubles de l'humeur était de 49 %. Ce taux est largement supérieur aux 33 % de notre étude qui concerne les antécédents psychiatriques en général sans discrimination nosographique.

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que dans notre culture la notion d'antécédent psychiatrique familial est généralement mal acceptée par les parents, donc non rapportée spontanément voire niée.

### **2-4- Type de prise en charge:**

L'hospitalisation d'urgence a été indispensable pour plus de la moitié de nos patients (52,6 % des cas). Ce résultat corrobore l'étude de BABY M. sur les urgences psychiatriques au Mali [20], dans laquelle l'hospitalisation s'est imposée dans 52 % des cas.

Par contre ce même résultat est inférieur à celui de M. de ZELICOURT et col. [22] qui ont trouvé qu'environ 70 % des épisodes maniaques pris en charge en 1999 dans un service de psychiatrie universitaire de Bordeaux-France ont été hospitalisés.

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la première condition d'hospitalisation d'un patient dans notre structure est la disponibilité d'un accompagnant. Or beaucoup de familles de malades ne consentent rester comme accompagnant qu'en cas d'impossibilité d'autres solutions de prise en charge.

## **2-5- Mode d'hospitalisation:**

L'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) a été la règle pour tous nos patients (100 %).

Cette stratégie thérapeutique est conforme aux principes de traitement de l'accès maniaque édictés par DEBACQ et col. [26]. En effet ces auteurs trouvent que l'accès maniaque est une urgence psychiatrique et qu'une éventuelle mesure d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) ou d'office (HO) s'impose dans les principes de son traitement.

Notre stratégie thérapeutique va également dans le même sens de ce que CUCHE H. [24] a observé il y a 30 ans dans un service fermé de Sainte-Anne.

## **2-6- Circuit thérapeutique:**

Devant le caractère aigu des troubles, 59,4 % des patients de notre série ont été conduits directement en Psychiatrie sans passer chez un tradipraticien.

Ce résultat est conforme à celui de BABY M. [20] qui a trouvé que 59 % des urgences psychiatriques étaient directement amenés au service de psychiatrie.

Cette attitude des familles des malades de notre étude contraste avec les croyances populaires de notre culture qui trouvent que le traitement de la maladie mentale relève surtout de la tradition.

Ainsi dans notre pratique quotidienne en dehors d'un contexte d'urgence la plupart des patients sont d'abord vus dans le circuit traditionnel avant d'être conduits en Psychiatrie très généralement pour échec du traitement traditionnel.

KAMATE Z. [27] dans son étude a trouvé que plus de la moitié de ses malades (53,8 %) sont d'abord passés par le circuit traditionnel avant d'arriver en Psychiatrie.

Dans notre étude le fait que les familles aient conduit directement leurs malades en Psychiatrie s'explique certainement par le fait que l'agitation et/ ou

l'agressivité qui sont des troubles mal tolérés par l'entourage étaient les motifs de demande de soins les plus évoqués.

### **2-7- Schéma thérapeutique:**

Les neuroleptiques ont été prescrits à presque tous nos malades (98,4 %); parmi eux 30,53 % les ont reçus en monothérapie et 69,46 % en association avec d'autres psychotropes.

Nous n'avons constaté aucune prescription de normothymique en monothérapie comme le stipule les recommandations internationales dans certains cas GOUREVITCH [16].

Notre attitude thérapeutique de neuroleptisation de presque tous les patients maniaques s'explique certainement par la recherche urgente d'une sédation de l'agitation et de l'agressivité qui sont les plus évoquées comme motifs de demande de soins.

Dans tous les cas cette attitude thérapeutique va dans le même sens que les pratiques observées en Europe et rapportées par GOUREVITCH [16].

Cet auteur, citant MÖLLER HJ. [28], THOMAS P et coll. [29] a écrit en 2005 que l'observation des pratiques en Europe montre que la classe médicamenteuse la plus utilisée dans la prise en charge de l'état maniaque reste celle des neuroleptiques classiques; il ajoute que les neuroleptiques sont prescrits en première intention pour apaiser le patient.

## **CONCLUSION:**

Dans la littérature psychiatrique nous sommes relativement peu renseignés sur l'accès maniaque ou manie.

Dans l'actualité de la clinique de cette entité nosographique on parle plus de maladie bipolaire qui présente toujours dans son type I un accès maniaque franc. Au Mali nos connaissances sur la question sont très insuffisantes et parcellaires à travers quelques études non spécifiées.

Nous avons mené une étude rétrospective sur l'accès maniaque au service de psychiatrie du CHU du Point G. L'étude a porté sur 5 années d'activités hospitalières allant du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2008.

Au terme de cette étude nous avons colligé 133 patients diagnostiqués maniaques sur un total de 8198 demandes de soins psychiatriques durant les 5 ans soit une fréquence hospitalière de 1,6 %.

Notre cohorte était majoritairement jeune se situant à près de 70 % entre 14 et 35 ans.

Le sex-ratio était de l'ordre de 1,6 en faveur des hommes.

Les mariés représentaient 48 % des cas. Il s'agissait de sujets scolarisés dans 61 % des cas mais seuls 3 % de l'ensemble avaient pu accéder aux études supérieures.

Dans 59,4 % des cas les patients ont été conduits directement par leur famille en Psychiatrie sans un recours antérieur à la médecine traditionnelle et dans 69,2 % l'agitation et/ou l'agressivité étaient évoquées comme motifs de demande de soins.

La notion de facteurs déclenchants a été évoquée pour 22,6 % de patients et pour 53,3 % d'entre eux il s'agissait de prise de toxique, le plus souvent le cannabis.

Près de 62 % des patients avaient des antécédents psychiatriques personnels et familiaux.

Tous les patients ont été reçus en urgence et l'hospitalisation contre la volonté du malade (HDT) s'est avérée indispensable pour 100 % de ceux qui l'ont été.

La recherche rapide d'un apaisement du patient a conduit à une prescription systématique de neuroleptiques dans presque tous les cas (98,4 %).

## **RECOMMANDATIONS:**

Au terme de cette étude, les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent:

### 1- **Aux autorités sanitaires:**



- ✓ Décentraliser le maximum possible les services de prise en charge des maladies mentales en vue d'écourter les délais de prise en charge.

2- **Au Personnel de la Psychiatrie:**

- ✓ Remplir rigoureusement les supports de recueil de données médicales (fiche de consultation externe, dossier d'hospitalisation et les registres) pour faciliter les recherches.
- ✓ Procéder au bouclage de dossiers de patients afin d'affiner les diagnostics de sortie.

3- **Aux familles des malades:**

- ✓ Apprendre à reconnaître les signal-symptômes des accès pour les patients qui font des récurrences d'accès maniaques en vue d'intervenir plus tôt et éviter l'internement.
- ✓ Amener les malades au service de psychiatrie dès l'apparition des premiers signes pour écourter le maximum possible le temps d'évolution de la maladie.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES:**

- 1- Müller C, Loren J et Eisert M. Etude sur la fréquence d'apparition de la manie. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1968; 3: 133-135.

- 2- **ROUILLON F.** Comorbidités du trouble bipolaire. *L'Encéphale*, 2006; 32: 591-593.
- 3- **GRAVIER S.** Traitement du trouble bipolaire: Entre théorie et pratique (Place des antipsychotiques). Thèse Méd. Angers, 2003.
- 4- **HELGASON.** Psychoses maniaco-dépressives. Editions Techniques. *Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Psychiatrie*, 37220 A<sup>10</sup>, 4-1990, 32P.
- 5- **DAKHLAOUI O, ESSAFI I, HAFFANI F.** Particularisme clinique du trouble bipolaire: la manie unipolaire A propos d'une étude de patient en Tunisie. *L'Encéphale*, 2008; 34: 337-342.
- 6- **DOUKI S, BEN ZINEB S, NACEF F.** Le trouble bipolaire dans les pays du Sud. *L'Encéphale*, 2005; 31: 53-7.
- 7- **LEE S.** The first lithium clinic in Hong Kong: a Chinese profile. *Aust NZ J Psychiatry* 1992; 26: 450-3.
- 8- **HEMSI LK.** Psychiatric morbidity of West Indian immigrants. *Soc Psychiatry* 1967; 2: 95-100.
- 9- **LEFF JP, FISCHER M, BERTELSEN A.** A cross-national epidemiological study of mania. *Br J Psychiatry* 1976; 129: 428-42.
- 10- **PLAISIR S.** Difficultés diagnostiques d'un accès maniaque tardif: Réflexions autour d'une observation clinique. Thèse Méd. Lille2, 2002.

- 11- BELMAKER RH, VAN PRAAG HM.** Mania, an evolving concept.  
New York: Spectrum Publications, 1980: 6.
- 12- APA.** Practice guidelines for the treatment of patients with bipolar disorder.  
Am J Psychiatry 1994; 151 (Suppl 12): 1-36.
- 13- APA.** Practice guidelines for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). Am J Psychiatry 2002; 159 (Suppl. 4): 1-50.
- 14- GOODWIN GM.** Evidence-based guidelines for the treating bipolar disorder: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol 2003; 17: 149-73.
- 15- ANONYME.** 24<sup>th</sup> CINP Congress, Paris, 20-24 juin 2004. Int J Neuropsychopharmacol 2004; 7 (Suppl.1)
- 16- GOUREVITCH R.** Traiter l'accès maniaque: théories et pratiques.  
L'Encéphale, 2005; 31: 502-506.
- 17- FEDERATION DES SOCIETES DE PSYCHIATRIE BIOLOGIQUE.**  
Accès Maniaque. Ann. Méd. Psychol., 2005; 163: 4-5.
- 18- COULIBALY B, KOUMARE B, COUDRAY J.P.** La demande de soins Psychiatriques au Mali. Données d'épidémiologie hospitalière.  
Psychopathol. Africaine, 1983; XIX: 261-286.
- 19- MENET GACEBE Y. L. S.** Demande de soins psychiatriques: données épidémio-cliniques en milieu hospitalier à l'hôpital du Point G. Thèse Méd.,

Bamako 2005, N°116.

**20- BABY M.** Les urgences psychiatriques au Mali; (à propos de 149 cas).

Thèse Méd. Bamako 2005, N° 212.

**21- file://D:\ LA MANIE.htm.** Enseignement et Recherche en  
Psychopathologie

**22- DE ZELICOURT, DARDENNES, VERDOUX et al.** Le trouble  
bipolaire I en France: Prévalence des épisodes maniaques et coût des  
hospitalisations pour ce motif. L'Encéphale, 2003; 29: 248-253.

**23- [www.maayatavel.com](http://www.maayatavel.com).** Répartition ethno-linguistique au Mali 1995

**24- CUCHE H.** Clinique de l'accès maniaque actualités. L'Encéphale, 2005;  
31: 8-11.

**25- DOUKI S.** La manie unipolaire. Première journée du Forum bipolaire  
tunisien. Conférence 2006.

**26- DEBACQ C, PERETTI C.S.** Syndrome maniaque: orientation  
diagnostique et principes du traitement. Rev. du praticien, 2000;  
50: 2195-2200.

**27- KAMATE Z.** Etude des troubles psychiatriques chez les émigrés dans le  
service de psychiatrie du CHU du Point G. Thèse Méd., Bamako 2009, N° .

- 28- MÖLLER HJ, NASRALLAH HA.** Treatment of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (Suppl 6): 9-17.
- 29- THOMAS P et al.** Les traitements adjuvants au cours de l'épisode maniaque. *Encéphale* 2004; 30: 80-9.
- 30- ZOUNGRANA J.** Fréquence des manifestations psychiatriques chez les personnes vivant avec le VIH au CHU du Point G. Thèse Méd. Bamako 2005, N°38.
- 31- FAVRE S, AUBRY J.M, GEX-FABRY M et al.** Traduction et validation française de l'échelle de manie de Young (YMRS). *L'Encéphale*, 2003; 29: 499-505.
- 32- OMS.** Troubles mentaux et de comportement, descriptions cliniques et directives pour le diagnostic, in *Classification internationale des maladies, 10<sup>ème</sup> révision (CIM-10)* Ed. Masson, Paris 1993.
- 33- O.M.S.** Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes 10<sup>ème</sup> révision 1992.
- 34- DIABATE M.** Demande de soins psychiatriques chez les élèves et étudiants dans le Service de psychiatrie de l'hôpital du Point G, *Th.Méd.*2006; n° 234 M 06; 62P.
- 35- CIM-10-CA.** L'évolution psychiatrique, volume 71, n°1, P: 75-85, Canada, 2006, de l'institut canadien d'information sur la santé, [www.CIM-10-CA/ index.pdf](http://www.CIM-10-CA/index.pdf).

**36- ASSOCIATION PSYCHIATRIQUE AMERINAINE.**

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

**37- INSERM section psychiatrie.** Classification française des troubles mentaux bulletin, institut national de la santé et de la recherche médicale, 24, 1968; (suppl. 2), 29P.

**38- VIGNAT JP, PRIETO N.** Manie et épidémiologie. Psychiatr Fr. 2003; XXXII, 3/ 01.

**39- DOUKI S, BEN ZINEB S, TAKTAK MJ.** Cultural aspects of bipolar disorder. Unpublished data. WPA Regional meeting, Beirut, 1997.

**40- KESSLER RC, MC GONAGLE KA, ZHAO S, et al.** Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 8-19.

**41- SZADOCZKY E, PAPP Z, VITRAI J, et al.** The prevalence of major Depressive and bipolar disorders in Hungary. Results from a national Epidemiologic survey. J Affect Disord 1998; 50: 153-62.

**42- ALLILAIRE J.F, HANTOUCHE E-G, SECHTER D et al.** Fréquence et aspects cliniques du trouble bipolaire II dans une étude multicentrique française: EPIDEP. L'Encéphale, 2001; 27: 149-158.

- 43- HARDY M.C, BAYLE.** Syndrome maniaque: orientation diagnostique et principes du traitement. Rev. du praticien, 1998; 48: 805-809.
- 44- ANSSEAU M.** Critères prédictifs de l'évolution d'un accès maniaque. L'Encéphale, 2005; 31: 38-41.
- 45- SANGARE D.** Considérations générales sur les psychoses aiguës de l'adulte au Mali. Thèse Méd., Bamako 1975, N°6.
- 46- AZORIN J.M et al.** Structure factorielle du syndrome maniaque: Revue de la littérature et résultats de l'étude française Epiman. Ann. Méd. Psychol., 2000; 158: 279-289.
- 47- GUELFY JD et al.** Psychiatrie. PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE, Octobre 1987.
- 48- LEMPERIERE Th, FELINE A et Coll.** Psychiatrie de l'adulte , Paris, Masson, 1983 - 430p .
- 49- LEMPERIERE Th, FELINE A et coll.** Abrégé de Psychiatrie de l'adulte. Paris, Masson, 1977 - XV- 430p.
- 50- MBASSA MENICK D.** Accidents psychiatriques et manifestations Psychopathologiques de la gravido-puerpéralité au Cameroun. Méd. trop 2005; 65: 563-569.

ANNEXE 1

**FICHE D' ENQUETE:**

❖ **FACTEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES:**

**Numéro du dossier :**

**Nom :**

**Prénom :**



**Age :**

**Sexe :**

1-Masculin

2-Féminin

**Ethnie :**

1-Bambara :

2-Malinké

3-Peulh

4-Sarakolé

5-Sénoufo

6-Minianka

7-Bobo

8-Sonrhäï

9-Tamachek

10-Kassonké

11-Maure

12- Autres

**Fratrie :**

1-Père

2-Mère

**Profession :**

1-Elève-Etudiant

2-Commerçant

3-Chauffeur

4-Ménagère

5-Ouvrier/ Artisan

6-Cultivateur-Eleveur

7-Autre (à préciser)

8- Sans profession

**Statut matrimonial :**

1-Célibataire

2-Marié(e)

3-Divorcé(e)

4- Veuf (ve)

**Niveau scolaire :**

1-Non scolarisé(e)

2- Primaire

3- Secondaire

4- Supérieur

**Provenance :**

❖ **ELEMENTS SUPPOSES CONTRIBUER A LA SURVENUE DE LA MANIE :**

● **Antécédents :**

**Antécédents psychiatriques personnels :**

1-Oui

2-Non

**Antécédents psychiatriques familiaux :**

1-Non

2-Père

3- Mère

4- Collatéraux (frères et sœurs consanguins)

• **Contexte de déclenchement :**

**Prise de toxique :**

1-Oui

2-Non

**Type de toxique consommé :**

**Prise de médicament :**

1-Oui

2- Non

**Nom du médicament pris :**

**Evènements particuliers récents :**

**Existence d'autres pathologies (au plus 6 mois) :**

❖ **MOTIFS DE CONSULTATION :**

❖ **CONTEXTE DE RECEPTION :**

**Urgence :**

**Consultation habituelle :**

❖ **MODALITE D'HOSPITALISATION POUR LES PATIENTS  
AYANT ETE HOSPITALISES :**

**HL :**

**HDT :**

**HO :**

❖ **CIRCUIT THERAPEUTIQUE :**

Traditionnel / Conventionnel

❖ **ELEMENTS DE LA PRISE EN CHARGE:**

Hospitalisation / Ambulatoire

❖ **SCHEMA THERAPEUTIQUE :**

**Normothymique :**

1-Oui

2-Non

**Neuroleptique :**

1-Oui

2- Non

**Autres (à préciser) :**

ANNEXE 2

**FICHE SIGNALÉTIQUE:**

**Nom:** KONE

**Prénom:** Moctar

**Nationalité:** malienne

**Titre de la thèse:** Aspects épidémiologiques et cliniques de l'accès maniaque au service de psychiatrie du CHU du Point G de 2004 à 2008.

**Année universitaire:** 2007-2008

**Pays d'origine:** Mali

**Ville de soutenance:** Bamako

**Lieu de dépôt:** Bibliothèque de la FMPOS

**Secteur d'intérêt:** Psychiatrie- Santé publique

**Résumé:**

A partir des données hospitalières de 5 années d'activités (2004-2008) du service de psychiatrie du CHU du Point G nous avons mené une étude rétrospective sur l'accès maniaque en vue d'améliorer la prise en charge des patients qui en souffrent.

Au terme de cette étude sur un total de 8198 patients vus dans le service nous avons colligé 133 patients maniaques, soit une fréquence de 1,6 %.

Notre cohorte était majoritairement jeune se situant à près de 70 % entre 14 et 35 ans.

Le sex-ratio était de l'ordre de 1,6 en faveur des hommes.

Les mariés étaient prédominants avec 48 % des cas; dans l'ensemble il s'agissait de sujets majoritairement scolarisés (61 % des cas) mais seuls 3 % avaient pu accéder aux études supérieures.

Dans 59,4 % des cas les patients ont été conduits directement par leur famille en Psychiatrie sans un recours antérieur à la médecine traditionnelle et dans 69,2 % l'agitation et/ou l'agressivité étaient évoquées comme motifs de demande de soins.

Comme facteurs déclenchants le cannabis a été le plus évoqué.

Près de 62 % des patients avaient des antécédents psychiatriques personnels et familiaux.

Tous les patients ont été reçus en urgence et l'HDT a été indispensable pour tous ceux qui ont été hospitalisés.

La recherche rapide d'un apaisement du patient a conduit à une prescription systématique de neuroleptiques dans presque tous les cas (98,4 %).

## **Serment d'Hippocrate**

En présence des maîtres 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 la probité dans l'exercice de la médecine.

**J**e 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.

**A**dmis 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.

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

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

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

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

**Q**ue les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

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

## **Je le jure**