

**MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But—Une Foi

UNIVERSITÉ DE BAMAKO



Faculté de Médecine de Pharmacie et d'OdontoStomatologie

Année Universitaire 2008/2009

Thèse N°/2009

TITRE

**STRUCTURE FAMILIALE ET MORBIDITE
PSYCHIATRIQUE AU CHU DU POINT G.
A PROPOS DE 384 CAS.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de
Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie, le //...../ 2009

Par

Mr DIAKITE Séga

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLÔME D'ÉTAT)

JURY :

PRESIDENT :	Pr Baba KOUMARE
MEMBRE :	Dr Souleymane COULIBALY
CO-DIRECTEUR DE THESE:	Dr. Arouna TOGORA
DIRECTEUR DE THESE:	Pr. Bou DIAKITE

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A mon père **Moussa DIAKITE**

Pour ton courage, ton amour sans partage, ton dévouement, ton esprit de sacrifice. Le **Tout Puissant** vient d'exaucer tes prières.

Puisse t- il te donner encore longue vie pour goûter au fruit de ce travail. Les mots sont faibles pour témoigner mon amour pour toi.

A ma mère **Adiaratou SIDIBE**

Tu as guidé mes premiers pas; Tu t'es beaucoup sacrifiée afin de nous donner une bonne éducation.

Tes conseils et tes encouragements m'ont toujours accompagné durant mes études et ont fait de moi un homme fier d'être ton fils. J'aimerais t'offrir ce travail en guise de ma reconnaissance et de mon amour indéfectible.

A mon logeur **Aliou B. DOUMBIA** et sa femme **Ramata DIALLO**

Vous m'avez accueilli à bras ouverts et sans distinction. Recevez ce travail en guise de reconnaissance et d'un amour éternel. Longue vie à vous dans la paix.

Que Dieu nous réserve satisfaction.

A mes frères et sœurs : **Mariam, Samballa, Mamoudou, Sira, Fili, Cissé, Hawa, Demba, Sidi.**

Ce travail est le fruit de vos efforts et de vos multiples sacrifices envers; Vous avez donné le meilleur de vous-mêmes pour ma réussite. Partagez-en toutes les satisfactions.

Structure familiale et morbidité psychiatrique au CHU du Point G

Que les liens de sang fassent de nous des complices dans la vie. Qu'ALLAH nous accorde une santé de fer afin qu'ensemble nous jouissions du fruit de ce travail.

A ma bien aimée **Fatoumata B. DIARRA**

Ton amour et ton attachement ne m'ont jamais fait défaut. Tu vivras toujours dans mon cœur. Trouve ici le reflet de ta contribution et l'expression de ma profonde gratitude.

A mes oncles et tantes

Les conseils et la confiance que vous m'avez portés ont été d'un support inestimable dans mes résultats académiques. Veuillez trouver ici l'expression de mon attachement et de ma sincère reconnaissance.

REMERCIEMENTS

A Allah le Tout Puissant et Miséricordieux pour m'avoir permis de mener à terme ce travail.

A mon cousin **Mamadou SIDIBE**

Ton affection et ton soutien ne m'ont jamais fait défaut. Puisse la spontanéité et la sincérité avec lesquelles nous nous sommes aidés reste inébranlable.

A mon ami **Kandé Sarra NOMOKO**

Plus qu'un ami, tu es pour moi un frère ; trouve à travers cette thèse l'expression de ma profonde reconnaissance. Tous mes vœux de courage et de réussite dans la vie

Mes amis de la FMPOS **Mamadou KORKOSS, Sidiki SANOGO, Mademba KOITE, Bougou COULIBALY**

En souvenir des belles années à la FMPOS.

A mes amis **Balobo BAH, Amadou MAIGA, Almamy MACALOU, Sambou MACALOU, Cheick TOURE, Abdoul DOUMBIA, Samba MACALOU.**

Ensemble nous avons vécu de moments de galère et de joie. Que Dieu nous aide à consolider nos amitiés.

A mes collègues de la Psychiatrie **Talibé KAMISSOKO, Pierre R. TRAORE, Mariam DIAKITE, Abramame TRAORE, Abdoulaye DIAKITE, Moctar KONE, Zoua KAMATE, Modibo CAMARA, Sidy M. MAIGA**

En souvenir des agréables moments passés en Psychiatrie.

A tous les médecins de la Psychiatrie **Professeur Baba KOUMARE, Professeur Bou DIAKITE, Professeur Bakoroba COULIBALY,**

Docteur Arouna TOGORA, Docteur Modibo SISSOKO, Docteur Joseph TRAORE , Dr Souleymane COULIBALY.

Jamais je ne saurais suffisamment vous remercier pour tout ce que vous avez consenti à mon endroit. Puisse cette thèse vous témoigner ma profonde gratitude.

A tout le personnel de la Psychiatrie **Koumba DIAWARA, Diamahiri SAMAKE, Mariam SACKO, Zantigui KEITA, Fanta DEMBELE, Sidy SAMAKE, Jean Mari DOUGNON, Mariétou DABO, Oumou NOMOKO, Massama TRAORE, Mamby KEITA, Boubacar SOUSSOUBALY, Adam KONATE, Moussa BOIRE.**

Soyez assurés que vous n'êtes pas oubliés et que ce travail est une œuvre collective.

A notre Maître et Président du jury Professeur Baba KOUMARE

- Chef du D.E.R de médecine et de spécialités médicales à la F.M.P.O.S

- Chef du service de psychiatrie au CHU du Point G.

Cher Maître,

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

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

Votre détermination et engagement pour l'avancée de la psychiatrie malienne ne sont plus à démontrer.

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

A notre Maître et Juge Docteur Souleymane COUBILAY,

-Psychologue clinicien au CHU du point G,

- assistant chef de clinique en psychologie médicale à la FMPOS

Cher Maître,

C'est une grande joie de vous avoir dans ce jury.

Pendant notre séjour au service de psychiatrie, nous avons apprécié votre abord facile, votre sens d'équipe et la clarté de vos suggestions.

Nous avons aussi bénéficié de vos expériences de clinicien.

Vos conseils ont été pour nous un soutien inestimable tout au long de la réalisation de ce travail.

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

A notre Maître et Codirecteur de thèse Docteur TOGORA Arouna

-Psychiatre au CHU du point G,

-Assistant chef de clinique en Psychiatrie à la F.M.P.O.S.

Cher Maître, vous nous avez accepté et encadré dans ce travail malgré vos multiples occupations.

Vos qualités humaines et votre générosité font de vous un homme remarquable.

Pendant notre séjour au service de psychiatrie, nous avons apprécié la qualité avec laquelle vous vous acquittiez de vos devoirs.

Nous avons également apprécié votre disponibilité et votre rigueur pour le travail bien fait.

Puisse le temps consolider notre reconnaissance envers vous.

A notre Maître et Directeur de thèse Médecin Colonel Bou DIAKITE

-Psychiatre au CHU du point G,

- Maître de conférences à la FMPOS,

Cher Maître,

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

Tout au long de cette thèse, nous avons découvert et apprécié à sa juste valeur votre abord facile, votre sens élevé du sacrifice du soi, votre facilité à combiner humour et rigueur dans le travail.

Toujours à l'écoute de vos élèves, vous contribuez ainsi à l'amélioration constante de notre formation.

Veillez recevoir cher Maître, l'expression de notre profond respect et de notre reconnaissance

ABREVIATIONS

CESAME: Centre de Santé Mentale,

C.S.T.S.S: Centre de Spécialisation des Techniciens Supérieurs de Santé,

D.E.R: Département d'Enseignement et de Recherche,

E.S.S: Ecole Secondaire de la Santé,

E.I.P.C: Ecole des Infirmiers du Premier Cycle,

E.P.H: Etablissement Public Hospitalier,

F.M.P.O.S: Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

I.N.R.S.P: Institut National de Recherche et de Santé Publique,

I.M: Intramusculaire,

I.V: intraveineuse,

P.H: Praticien Hospitalier,

P.H.C: Psychose Hallucinatoire Chronique,

O.M.S: Organisation Mondiale de la Santé,

T.O.C: Troubles Obsessionnels Compulsifs,

A.M.A.M.M : Association Malienne d'Aide aux Malades Mentaux.

BDA : Bouffée Délirante Aigue

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

PMD : Psychose Maniaco-dépressive

EF. Ab. : Effectif Absolu

SOMMAIRE

	PAGES
I- INTRODUCTION ET OBJECTIFS	1-4
II- GENERALITES	5-31
III- METHODOLOGIE	32-38
IV- RESULTATS.....	39-52
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	53-57
VI-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	58-60
VII REFERENCES	61-66
ANNEXES	

INTRODUCTION

La famille, selon **Lévi Strauss** est fondée sur l'union plus ou moins durable, socialement approuvée de deux individus de sexes différents qui fondent un ménage, procréent et élèvent des enfants. Elle est un phénomène pratiquement universel, présent dans tous les types de sociétés." [7]

Durkheim [12] sociologue français a décrit la phylogenèse des structures familiales:

La horde primitive qui est livrée à la loi d'un père mythique et tyrannique ;

Le clan dans lequel on note une ébauche de code de conduite interne ;

La tribu qui suppose déjà un embryon d'organisation politique et d'alliances extérieures ;

La famille patriarcale où les enfants restent mineurs jusqu'à la mort du patriarche à l'image des familles royales ;

La famille conjugale ou nucléaire composée des deux parents biologiques.

Aux cotés de ces structures familiales constituées autour de la place du père, on rencontre :

Des familles matriarcales dans lesquelles la parenté se transmet par les femmes, la seule filiation légale étant la filiation maternelle.

Le nombre croissant de séparation de couple entraîne l'apparition de plus en plus fréquente de familles recomposées matricentrique et patricentrique dans lesquelles la mère biologique vit avec un conjoint avec lequel elle n'est pas nécessairement mariée vis-versa. Elles fonctionnent à l'image des familles africaines où tous les hommes d'une génération sont les pères de l'enfant et toutes les femmes les mères de l'enfant et tous les enfants des frères et sœurs.

Il faut aussi citer:

Les familles monoparentales patricentrique (l'enfant vit avec le père biologique) et **matricentrique** (l'enfant vit avec la mère biologique).

Les familles adoptives dans lesquelles l'enfant vit avec des parents qui ne sont pas ses parents biologiques.

Les familles matrilocales où les gendres se groupent avec leurs femmes au foyer de leurs beaux-parents.

Les familles homoparentales de façon encore très marginales les couples homosexuels accueillant un enfant obtenu soit par adoption soit par insémination artificielle.

En Afrique, la structure familiale diffère beaucoup selon le milieu: il s'agit dans le **milieu rural** d'une famille élargie nombreuse et polygamique résidant dans l'espace d'une concession commune; Dans le **milieu urbain**, elle fait éclore plusieurs types d'organisations familiales allant de la famille polygamique classique jusqu'à des formes abâtardies de famille monoparentale centrée sur une femme avec ses enfants mais dépendant des subsides d'un homme, généralement père des enfants.

L'un des postulats de la sociologie de la famille est que les structures familiales sont des microcosmes sociaux, qui dans leur procès d'organisation, de fonctionnement et d'évolution restent tributaires de l'environnement social dont l'une des variables d'approche est le milieu géographique (milieu de résidence) dans ses principales modalités urbain, semi urbain et rural. [11]

Le rôle des facteurs familiaux dans la psychopathologie de l'enfant est reconnu par la plupart des chercheurs. Il existe néanmoins peu d'études de ces facteurs utilisant des instruments standardisés. Cette situation vient en partie des difficultés méthodologiques inhérentes à ce type d'études, et notamment à l'intrication qui existe entre facteurs familiaux et environnementaux.

A CHAUVIN [4] a trouvé une prévalence de la schizophrénie de 3 à 10 % chez les patients dont un des parents est schizophrène.

En France, Jacques LACAN [23] dans son ouvrage « les complexes familiaux » a décrit la famille nucléaire comme le lieu le plus propice à l'évolution psychologique de l'enfant. Pour lui, la famille conjugale concentrant les

Structure familiale et morbidité psychiatrique au CHU du Point G

conditions du conflit fonctionnel de l'Œdipe produit des effets psychologiques sur l'individu qui font progresser les idéaux et l'inspiration créatrice dans la société. Ce mouvement subversif et critique où se réalise l'homme (le complexe d'Œdipe) trouve son germe le plus actif dans les conditions de la famille conjugale. Le complexe de la famille conjugale crée les réussites supérieures du caractère, du bonheur et de la création."

Jusqu'à présent aucune étude sur le thème n'a été faite au Mali d'où notre travail qui vise les objectifs suivants :

OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL

Etudier les relations entre la structure familiale et la morbidité psychiatrique au CHU du point G.

OBJECTIFS SPCECIFIQUES

- 1°) Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients ;
- 2°) Décrire les caractéristiques cliniques des patients ;
- 3°) Décrire la structure familiale des patients

II. GENERALITES

A. La sociologie de la famille africaine :

Démographes, ethnologues, historiens ou sociologues, pour tous ces chercheurs, la famille se révèle une porte d'entrée privilégiée permettant d'investir la complexité du social. La place centrale et fondamentale de la famille permet une analyse sous différents angles. Marcel Mauss l'a même qualifiée de « fait social total » : « Tout fait en tant que social est total dans ce sens qu'il est partie intégrante d'un tout (système ou structure) et qu'il s'incarne dans l'expression individuelle » (Boudon et Bourricaud 1994 : 250) [6]. Il faut voir que l'emploi d'un pareil concept n'indique pas que la famille est un système fermé sur lui-même, mais plutôt en constante interaction avec la société. La société et la famille fonctionnent en vases communicantes : « La famille est une institution tellement consubstantielle à la société que ses transformations peuvent apparaître comme le reflet des changements de la société globale autant que comme un des mécanismes de transformation de la société globale » (Mendras et Forsé 1983 : 233) [31]. Cette institution, à la base de la société, fait en sorte que tous les changements internes intervenant dans l'antre de la famille, tel un miroir, modèlent notre société.

1. Fonction et structure de la famille africaine :

La famille, qui à certains égards constitue un phénomène universel est caractérisée par quatre fonctions essentielles : sexuelle, reproductive, économique, éducationnelle. Sans les deux premières, la société s'éteint, sans la troisième la vie s'arrête et la dernière nous montrerait la fin de la culture (Murdock dans Spiro 1968) [39]. A partir de cette base fonctionnelle, les sociétés modèlent la famille, sa structure variant selon la culture ou la société d'où elle émerge laissant place aux particularités et originalités culturelles. Voilà en fait d'où proviennent les différents systèmes de parenté et les modes de résidence ainsi que tous les termes utilisés pour s'y référer. On ne peut comparer

une famille québécoise à une famille malienne. Chacune de ces familles a sa propre histoire, sa propre évolution et son origine. On ne peut donc pas utiliser une théorie unique de l'évolution familiale.

La complexité de ce fait social se représente bien dans la multitude de termes utilisés pour définir la famille : unité familiale, ménage, groupe domestique, etc.

2. les différents types d'organisation familiale africaine :

Deux principaux types de familles existent essentiellement : la famille nucléaire et la famille étendue. Le terme « famille nucléaire » est très courant en Occident, mais dans le cas des familles africaines, l'organisation familiale préférentielle est celle des familles étendues.

Murdock [39] montre, à partir de l'Atlas ethnologique, que la famille étendue prévaut dans 45 % des sociétés africaines, et la famille polygame avec logements séparés des épouses dans 43 % des cas observés (Tabutin dans Locoh 1988 : 459) [27]. La famille étendue se compose d'au moins deux frères (dans les sociétés patriarcales) regroupant leurs familles en un tout (Ochollo-Ayayo 1999 : 86) [34]. On peut dire aussi que la famille étendue comprend « toutes les personnes participant aux activités de coopération que sont la consommation, la production et l'éducation des enfants » (Makinwa-Adebusoye 1999 : 136) [29]. Des gens n'ayant aucun lien de famille direct comme des domestiques ou des ouvriers peuvent aussi être compris dans l'univers familial étendu. On voit donc que l'on ne peut se référer à la famille nucléaire ou au noyau familial (une famille biologique composée du père, de la ou des mère(s) et des concessions) pour réaliser des analyses dans le contexte africain. L'emploi d'un tel concept dans la réalité africaine pourrait conduire à occulter les réseaux d'entraide qui sont au coeur des stratégies de subsistance qui conduisent différentes personnes à mettre en commun certaines de leurs ressources (Marcoux 1994 : 72) [30].

Le vaste territoire de relation couvert par la famille africaine nous pousse à trouver un terme plus adapté au contexte africain pour qualifier la famille nucléaire, soit celui de ménage :

Le ménage désigne une personne ou un groupe de personnes qui vivent sous le même toit et partagent les mêmes arrangements domestiques. Le groupe constitué par un homme résidant avec plusieurs épouses et leurs enfants dans la même concession sera considéré comme un seul ménage. Les membres d'un même ménage peuvent ne pas être liés entre eux par des liens de famille. Dans cette définition, on mentionne le terme concession qui « désigne un ensemble d'individus éventuellement regroupés en ménage qui vivent au sein d'un ensemble résidentiel souvent clôturé où ménage et d'individus reconnaissent l'autorité (parfois symbolique) d'un chef de concession » (Locoh 1988 : 444) [9].

La concession contient de 4 à 100 personnes dépendant des cas. On peut dire qu'une concession regroupe plus d'un ménage.

3. Structure familiale africaine :

La structure de la famille traditionnelle africaine a un caractère globalisant. Elle influence la dimension économique par son rôle prépondérant dans la production et dans la consommation. Elle recouvre une dimension juridico-politique en déterminant le statut personnel de l'individu, en réglementant la propriété et en hiérarchisant les rapports d'autorité.

La dimension idéologique s'y joint aussi en nouant les solidarités entre frères, en affirmant le primat de l'âge, en s'immisçant dans les représentations religieuses et le culte des ancêtres (Thomas et Luneau 1980) [40].

Locoh (1988)[27] résume en sept points l'organisation familiale en Afrique de l'ouest : l'organisation familiale préférentielle est celle des grandes unités; la forte fécondité reste un objectif prioritaire; les familles sont des unités de reproduction, mais aussi plus généralement, des unités économiques assurant la

production et la répartition du revenu; les solidarités lignagères l'emportent sur les solidarités conjugales; l'union s'établit dans la perspective de la polygamie; le contrôle des anciens sur les jeunes est de mise dans la reproduction autant que dans la production; les relations entre les hommes et les femmes sont inégalitaires.

3.1. La parenté :

Le système de parenté, de résidence et de filiation modèlent différentes formes familiales. En effet, on ne peut véritablement comprendre « les principes de fonctionnement et les structures sociales des sociétés traditionnelles sans se référer à la parenté. Dans ces sociétés, l'organisation de la parenté coïncide avec l'organisation sociale, économique et politique » (Ghasarian 1996 : 11) [14].

Le type de résidence vient qualifier plusieurs éléments du mode de vie des gens, tant dans l'univers intime de la famille que dans les relations de travail. Chez les Bambara au Mali, le mode de résidence est patrilocal (virilocal) ce qui veut dire que le couple va s'installer sur les terres du groupe du mari. Ce mode de résidence fait partie du groupe de résidence unilocale, c'est-à-dire « un des conjoints rejoint le groupe de l'autre » (Ghasarian 1996 : 176) [14].

Deux autres éléments importants à considérer dans la compréhension de la famille africaine sont le contrôle des biens (héritage) et la transmission des biens (succession), influencée par la filiation. « La filiation est le principe gouvernant la transmission de la parenté, elle détermine de qui on acquiert son identité sociale et son statut, de qui on hérite les droits de propriété, les titres, les obligations, etc. » (Ghasarian 1996 : 59) [14].

La filiation patrilinéaire « se retrouve dans 248 sociétés sur un échantillon de 565 soit 44 % » (Deliège 1996 : 9) [10]. On rencontre ce type de filiation dans la majorité des sociétés africaines. Chez les Bambara, la filiation patrilinéaire détermine l'appartenance à un groupe par le fait d'être l'enfant du père.

3.2 .Pouvoir et autorité :

L'autorité dans le système familial patriarcal africain a comme instance décisionnelle le conseil de famille. Son rôle est de légiférer lors de conflits entre les tierces parties de la famille. Selon Simard (1993) [38], les femmes sont totalement exclues du conseil de famille à preuve, dans la langue bambara les hommes sont des fa qui peuvent espérer à la faan (puissance familiale) et les femmes quant à elles, sont appelées faantan (sans puissance). Les différents paliers de la concession ou de l'univers familial malien en font un lieu très hiérarchisé selon le sexe. L'âge hiérarchise aussi les individus, pour obtenir une terre par exemple, la priorité est donnée à l'homme la plus vieille femme sera considérée après le plus jeune homme de la concession. La concession est un lieu privilégié du contrôle social, des rapports d'autorité et de dépendance régissant les relations d'un individu avec un environnement familial large (Locoh 1988 : 453) [27]. Cette structure provoque un contrôle sans équivoque des hommes sur les femmes, des vieux sur les jeunes.

Outre le conseil de famille, le fonctionnement du système matrimonial, dont le régime dotal et la polygamie sont les caractéristiques principales, affirme la place autoritaire du sexe masculin et du pouvoir gérontocratique.

La dot, système de compensation matrimoniale est un autre moyen de contrôle utilisé par les anciens pour gérer l'accès des jeunes à la reproduction et à la production. En mariant leurs filles à un très jeune âge, ils font en sorte que celles-ci commenceront à avoir des enfants rapidement permettant aux familles de nouer de nouvelles alliances avec d'autres lignages. La famille utilise la dot reçue en compensation des filles pour favoriser le mariage des fils. En aidant les fils à accumuler argent et autres biens, elle contrôle les futures alliances en fonction des stratégies du lignage. Tant la production que la reproduction passent par le giron de la famille élargie (Locoh 1988 : 462) [27].

La polygamie est un système prônant la primauté des solidarités lignagères sur les solidarités conjugales. L'alliance est vue comme une stratégie entre des

groupes familiaux plutôt qu'un accord entre deux époux. L'alliance polygame est une autre variable qu'il faut prendre en considération dans l'analyse des familles. Elle colore de façon particulière les alliances. Tout laisse croire que l'organisation familiale avec mariage monogame diffère de celle avec mariage polygame. Le système d'union polygame permet aux femmes de se décharger de certaines tâches domestiques et travaux agricoles. Un tel phénomène s'explique par le système de rotation des responsabilités des tâches domestiques avec les autres femmes du ménage polygame. Ces femmes se retrouvent avec plus de temps pour faire des activités économiques à l'extérieur du cercle familial. Elles ont de ce fait plus d'autonomie financière (Marcoux, 1994) [30]. Les ménages polygames en milieu urbain par leur structure permettent aux enfants de moins travailler et de fréquenter l'école plus souvent contrairement à l'idée reçue suivant laquelle la polygynie est toujours une source d'oppression pour la femme, le ménage polygyne peut ménager aux femmes des bases de solidarité et de partage des tâches, les épouses polygyne collaborent à l'organisation de la production, de la consommation et aux soins des enfants.

B. Rappels psychopathologiques :

1. La notion de structure :

Pour Bergeret (1986) [5], « les deux termes de névrose ou de psychose s'emploient également de façon habituelle pour désigner une maladie, c'est à dire l'état de décompensation visible auquel est arrivée une structure par la suite d'une inadaptation de l'organisation profonde et fixe du sujet à des circonstances nouvelles, intérieures, devenues plus puissantes que les moyens de défense dont il dispose ». Si le diagnostic est posé correctement en tenant compte des signes cliniques (symptomatologie) et des données économiques profondes, l'emploi des termes névrose ou psychose est légitime dans la mesure où il se réfère à la structure authentique du patient.

Freud dans ses Nouvelles Conférences sur la Psychanalyse (1933) explique que si nous laissons tomber sur le sol un bloc de cristal il se brise mais pas de façon

Structure familiale et morbidité psychiatrique au CHU du Point G

quelconque ; les cassures bien qu'invisibles extérieurement jusque-là sont déjà déterminées de façon originale et immuable par le mode de structure préalable du cristal. Il en serait de même pour la structure psychique. Peu à peu à partir de la naissance (et sans doute avant) en fonction de l'hérédité mais surtout du mode de relation aux parents dès les tout premiers moments de la vie, des frustrations, des traumatismes et des conflits rencontrés, en fonction aussi des mécanismes de défense le psychisme individuel s'organise, se cristallise, tout comme le cristal minéral, avec des lignes de clivage ne pouvant plus varier par la suite.

On aboutirait ainsi à une véritable structure stable dont les deux modèles sont représentés par la structure névrotique et la structure psychotique. Tant qu'un sujet répondant à l'une ou l'autre structure n'est pas soumis à de trop fortes épreuves intérieures ou extérieures, à des traumatismes affectifs, à des frustrations ou des conflits trop intenses. Il ne sera pas « malade » pour autant. Le « cristal » tiendra bon. Si à la suite d'un événement quelconque, le cristal vient à se briser, le sujet de structure névrotique développera une névrose et le sujet de structure psychotique une psychose. Un sujet névrotique correctement traité et soigné se retrouvera en bonne santé en tant que structure névrotique compensée. Il en est de même pour la structure psychotique.

La stabilité des structures implique une impossibilité de passer de la structure névrotique à la structure psychotique à partir du moment où le Moi est organisé dans un sens ou dans l'autre.

Dans la structure névrotique, l'élément immuable demeure l'organisation du Moi autour du génital et de l'OEdipe. Le conflit se situe entre le Moi et les pulsions, le mécanisme de défense du refoulement domine, la libido objectale se trouve en cause et le processus secondaire conserve un rôle efficace respectant la réalité. Dans la structure psychotique, au contraire le déni porte sur toute une partie de la réalité, c'est la libido narcissique qui domine, le processus primaire l'emporte avec son caractère impérieux, immédiat, automatique. L'objet est

fortement investi (fusionnel) et il apparaît tout un éventail de mécanismes de défense archaïques coûteux pour le Moi.

En psychopathologie, il n'existe pas que la structure névrotique et psychotique. Une autre organisation est décrite comme occupant une place intermédiaire entre la structure névrotique et psychotique, il s'agit de l'organisation état-limite. La position intermédiaire veut dire ici situation nosologique proche de l'une ou des deux autres structures tout en demeurant spécifique. Elle se présente comme une organisation plus fragile que les deux autres structures et non comme fixe et irréversible. N'étant pas figée et non réellement structurée, elle peut se cristalliser définitivement dans l'un des cadres voisins et plus solides constitués par la lignée névrotique ou par la lignée psychotique. Ce qui domine dans l'organisation état-limite c'est l'idéal du Moi, un choix d'objet anaclitique, l'existence d'un type libidinal narcissique sans Surmoi complètement constitué où l'essentiel du conflit post-oedipien ne se situe pas dans une opposition entre le Moi et le Surmoi.

2. Les regroupements nosographiques :

Les différentes pathologies psychiatriques sont regroupées en psychoses, en névroses et en troubles de l'humeur. [26]

Les névroses ont été différenciées des psychoses car elles n'entraînent pas de distorsion importante du << sens du réel >>.

2.1 Les névroses :

La névrose se définit comme un état d'inadaptation affective principalement caractérisé par une anxiété née de conflits psychiques le plus souvent inconscient. L'anxiété est directement ressentie ou contrôlée plus ou moins parfaitement par différents mécanismes psychologiques, sources de « symptômes névrotiques ». Les névroses sont habituellement classées en fonction de leurs symptomatologies prédominantes (angoisse ; hystérie ; phobie ; obsession). [16]

2.1.1 Genèse et évolution de la structure névrotique :

Le Moi est organisé autour du génital et de l'Oedipe. Le conflit sexuel de la névrose se situe au niveau génital de l'Oedipe entre le Moi et les pulsions. Le conflit chez le garçon découle de la rivalité œdipienne avec le père dans le projet de conquête de la mère. Ce projet est abandonné en fonction à la fois des sentiments tendres existants vis à vis du père et de la crainte de rétorsion de ce dernier qui prend la forme de ce que l'on appelle l'angoisse de castration. Chez la fille, la position n'est pas exactement identique en raison du changement d'objet (des soins maternels à l'amour du père) et de la castration anatomique. Le refoulement des représentations pulsionnelles domine les autres défenses. La libido objectale se trouve en cause et le processus secondaire conserve un rôle efficace respectant la notion de réalité.

1- Au départ, la sexualité infantile est indifférenciée et peu organisée (indifférenciation somato-psychique).

2- Il y a évolution précœdipienne banale jusqu'au moment du conflit œdipien (fin du stade anal, stade phallique). Il n'y a pas de fixations pré-génitales importantes. La névrose naît, s'acquiert durant la première enfance bien que les symptômes puissent être plus tardifs.

3- Si de trop fortes fixations ou régressions à ces deux stades, il y'a pré-organisation du Moi selon un système relationnel et défensif de mode névrotique. Et certaines modifications du Moi demeurent comme des cicatrices. Le type d'angoisse caractérisant la névrose est l'angoisse de castration. Elle concerne la conception symbolique de la castration qui permet de réguler psychiquement le constat de la différence des sexes (avoir ou non un pénis) ainsi que la loi paternelle qui sépare la mère de l'enfant (triangulation), la castration symbolisant ici l'ensemble des interdits incontournables (interdits fondant la différenciation des sexes, des générations, des individus, interdit de l'inceste) qui font barrage à la pulsion.

La relation d'objet est dite génitale. L'objet garde une position proximale tout en existant en propre.

Les mécanismes de défense principaux de la névrose sont dits tactiques (ils visent un objectif protecteur du Moi au prix de négociations avec les autres instances du sujet avec son corps ou avec le monde extérieur) : le refoulement, l'extériorisation, le déplacement, la condensation, l'isolation, l'annulation, la formation réactionnelle, la conversion.

4- Au moment de la période de latence il y a un arrêt de l'évolution structurelle. Une période de normalité fait suite, processus qui est sans doute facilité par la latence physiologique.

5- Au moment de l'adolescence, il y a reprise de l'évolution et organisation du Moi névrotique. La névrose deviendra réellement manifeste par l'effet retardé des traumatismes, conflits internes ou externes au moment de la puberté. Le Moi peut même être amené à se détériorer et recourir à des systèmes défensifs et relationnels plus archaïques dépassant la simple économie pulsions-Surmoi au profit d'une mise en question plus ou moins sérieuse de la réalité et s'organiser sur un mode psychotique si les traumatismes, conflits internes ou externes au moment de la puberté sont trop intenses.

6- Cependant, dans la majorité des cas, à l'âge adulte le Moi névrotique préorganisé demeure dans le cadre névrotique et tend à s'organiser de façon définitive selon la structure névrotique (cf. différents types de névroses).

2.1.2 Les principaux mécanismes de défense de la névrose [25-22] :

a. Le refoulement :

Opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations psychiques d'origine pulsionnelle. Le refoulement est une mise à l'écart paradoxale de l'expérience que le sujet protège autant qu'il tente de s'en séparer.

Exemple : refoulement de désirs incestueux pour le père non acceptables au niveau conscient.

Le retour du refoulé conduit les contenus inconscients à réapparaître en permanence à la surface sous une forme plus ou moins reconnaissable.

Dans Délires et Rêves dans la Gradiva de Jenses, Freud utilise l'apologue de l'ascète qui essayant de chasser la tentation par l'image du crucifix voit apparaître à la place du crucifié l'image d'une femme nue... : « c'est dans et derrière le refoulant que le refoulé obtient finalement la victoire ».

b. Le déplacement :

C'est le fait que l'accent, l'intérêt, l'intensité d'une représentation sont susceptibles de se détacher pour passer à d'autres représentations originellement peu intenses. Il est surtout utilisé pour la névrose obsessionnelle et la névrose phobique.

c. La condensation :

On la retrouve dans le symptôme névrotique qui résume plusieurs chaînes associatives dans une représentation unique.

d. la conversion :

Le corps constitue toujours un recours pour le névrosé. La conversion qualifie « le saut du corps psychique dans l'innervation somatique » particulièrement spectaculaire dans l'hystérie. Il s'agit de la transposition du conflit psychique dans des symptômes somatiques, moteurs ou sensitifs. Elle offre une alternative au déplacement en utilisant le corps comme support des représentations.

e. L'extériorisation :

C'est le fait de vivre une tension inacceptable en l'état en utilisant le support d'autrui.

Dans la névrose phobique, la menace issue du conflit interne se déplace sur un objet ou une situation extérieure.

f. L'isolation :

Est l'élimination de l'affect lié à une représentation (souvenir, idée, pensée) conflictuelle alors que la représentation reste consciente ou séparation entre

deux pensées ou deux comportements qui sont liés, leur relation ne pouvant être reconnue sans angoisse par la personne.

g. L'annulation :

Permet au névrosé de faire en sorte d'annihiler un événement, une action, un souhait porteurs de conflits grâce à la toute puissance d'une action ou d'un souhait ultérieur, censés avoir un effet de destruction rétroactive.

Exemple : un jeune homme ôte de la route où va passer la voiture de la femme qu'il aime et hait inconsciemment en même temps une pierre dangereuse. Mais il se ravise et remet la pierre ensuite (annulation rétroactive qui consiste à annuler la première action grâce à sa répétition inversée).

h. La formation réactionnelle :

Le névrosé met en œuvre une attitude opposée à son désir et développe un contre symptôme pour combattre une motion repoussée (excessive politesse pour contrer une agressivité violente, générosité contre avarice foncière, conduites contra- phobiques, ...).

Exemple : l'obsession de la saleté tente de masquer l'intérêt pour les productions anales.

Il existe de nombreux autres mécanismes de défense de la névrose comme la projection, le refuge dans la rêverie (qui peut aussi être un mécanisme de défense psychotique), la sublimation, le retournement contre soi-même, le renversement dans le contraire, la régression (qui peut aussi être un mécanisme de défense psychotique, et des états-limites), la rationalisation (qui peut aussi être un mécanisme de défense psychotique), la mise à l'écart, l'introjection, l'intellectualisation, l'identification à l'agresseur, l'identification, l'humour, la dénégation, le contre-investissement, l'ascétisme de l'adolescent, l'anticipation, l'altruisme, l'affirmation de soi, la affiliation, l'activisme.

2.1.3 Les différents types de névroses :

2.1.3.1. La névrose d'angoisse :

Est un état affectif pouvant se définir comme « un sentiment pénible d'attente », « une peur sans objet » (JANET) ou comme « le sentiment pénible d'un danger imprécis et mal définissable » (GUYOTAT). Les termes d'anxiété et d'angoisse sont souvent utilisés comme synonymes mais pendant longtemps ils ont été différenciés soit pour exprimer les degrés d'intensité d'un même phénomène (inquiétude, anxiété, angoisse) soit pour marquer une distinction entre le sentiment d'insécurité indéfinissable (anxiété) et les sentiments physiques de constriction et d'oppression (angoisse). [26].

Il est de tradition de distinguer l'anxiété de la peur. La peur est liée à un objet en fonction duquel le sujet peut organiser un comportement de défense (la fuite ou l'attaque), l'anxiété est sans attache. « On a peur de quelque chose, tandis que l'anxiété se rapporte à soi » (BINDER).

2.1.3.2. La névrose obsessionnelle :

Est définie par la survenue d'obsession et de compulsion sur une organisation de personnalité habituellement psychasthénique ou obsessionnelle, en l'absence de toutes autres affections psychiatriques permanentes. La névrose obsessionnelle est la forme la plus organisée et alors la plus grave de la pathologie névrotique. [26]

2.1.3.3. La névrose phobique :

Est une crainte angoissante spécifique déclenchée par un objet ou une situation n'ayant pas en eux-mêmes un caractère dangereux, disparaissant en dehors de l'objet ou de la situation et au-delà du contrôle volontaire bien que le malade soit conscient du caractère absurde de sa crainte. [26].

2.1.3.4. La névrose hystérique :

Selon A. Porot `` disposition mentale particulière, tantôt constitutionnelle et permanente, tantôt accidentelle et passagère qui porte certains sujets à présenter

des apparences d'infirmités physiques, des maladies somatiques ou d'états psychopathiques''.

On peut autrement dire qu'il s'agit d'une névrose transfert caractérisée par l'association d'une personnalité hystérique et des symptômes psychiques ou somatiques. « La définition de l'hystérie disait LASEGUE (1878) n'a jamais été donnée et ne le sera jamais. Les symptômes ne sont ni assez conformes, ni assez égaux en durée et en intensité pour qu'un type même descriptif puisse les comprendre tous ». [26]

Les autres troubles névrotiques :

-L'hypocondrie :

Souci exagéré concernant l'état de santé personnelle aboutissant à la crainte ou à la conviction d'être atteint d'une maladie, psychique ou surtout physique plus ou moins grave. Il s'agit d'un trouble imaginaire reposant sur une interprétation erronée des perceptions corporelles sans lésion objectivable. Le symptôme hypocondriaque est peu sensible au rassurement, rebelle à la thérapeutique, souvent associé à la revendication voire à un sentiment de préjudice. Des préoccupations hypocondriaques sont fréquentes dans le cadre de la névrose obsessionnelle, peuvent s'installer au cours de l'évolution d'une névrose d'angoisse en particulier dans les suites d'attaques paniques. L'hypocondrie peut annoncer une dépression ou en représenter une forme masquée.

-La dépersonnalisation :

Elle associe : des troubles de la conscience de soi (sentiment de désamination, perturbation du sentiment d'identité), des troubles de la conscience du corps (sentiment de transformation, de dévitalisation, de non appartenance), une déréalisation (sentiment de non familiarité, d'étrangeté, distorsion du temps et de l'espace). Il s'agit d'un syndrome prenant la forme d'accès aigus, accompagnant des crises d'angoisse ou émaillant l'évolution de la névrose obsessionnelle ou une pathologie de la personnalité psychasthénique. Elle est caractérisée par la persistance d'une critique plus ou moins partielle du

symptôme qui ne s'accompagne pas de troubles perceptifs proprement dits, ni d'idées délirantes et qui est vécue comme étrangère au reste de la personnalité.

-L'inhibition névrotique :

Il s'agit d'une limitation active d'une fonction physiologique appartenant aux domaines intellectuel (attention, concentration, mémoire, raisonnement, capacité à élaborer mentalement les conflits), moteur (spontanéité motrice, initiative comportementale, capacité à entreprendre des actions nouvelles, à réagir concrètement dans une situation de frustration ou face à une agression), instinctuel (sexualité, sommeil, alimentation) et affectif (capacité à ressentir et à extérioriser des sentiments tendres ou hostiles). Parfois associée à d'autres symptômes névrotiques notamment à des phobies, elle peut résumer le tableau clinique de celles-ci. Elle doit être distinguée de l'inhibition psychomotrice des déprimés et de l'apragmatisme des schizophrènes.

-La psychasthénie et neurasthénie :

Entités névrotiques autonomes (psychasthénie, surtout des obsessionnels ou des phobiques pour Janet, neurasthénie dans certains états dépressifs, certains états anxieux de nature névrotique, certaines manifestations réactionnelles et situationnelles d'allure névrotique).

-Les états situationnels et réactionnels d'expression névrotique :

Ils sont caractérisés par la survenue de troubles de l'idéation, de l'humeur ou des conduites à la suite d'événements déclenchant traumatiques ou éprouvants (cf. névrose traumatique à la suite de situations extrêmes ayant mis le sujet en danger et comportant une reviviscence répétitive de la scène traumatique sous forme de rêves angoissants ou de réminiscences obsédantes). Une irritabilité émotionnelle, des troubles du sommeil, des difficultés de concentration, des conduites phobiques et des préoccupations hypocondriaques sont fréquemment associés. Ces troubles peuvent être annonciateurs d'une pathologie psychosomatique.

L'approche thérapeutique implique une intervention précoce et repose sur une prescription de psychotropes adaptés aux symptômes cibles, sur l'encouragement de la verbalisation des effets induits par la situation traumatique et sur des techniques comportementales dans les cas comportant des manifestations de type phobique.

2.2 Les psychoses :

Les psychoses se définissent comme étant un désordre mental majeur au cours duquel sont nettement altérées les possibilités de l'individu de penser, de réagir émotionnellement, de se souvenir, de communiquer, d'interpréter la réalité et d'avoir un comportement adapté. Ce trouble est souvent caractérisé par une humeur inadéquate, une diminution du contrôle pulsionnel, un délire et des hallucinations. Les psychoses entraînent le plus souvent un grave handicap social. Les psychoses sont constituées d'une part des psychoses aiguës et d'autre part des psychoses chroniques. [16]

2.2.1 Genèse et évolution de la structure psychotique :

1- La lignée psychotique est marquée au stade oral ou dans la première partie du stade anal par des frustrations précoces tirant leur origine du pôle maternel.

L'organisation du Moi n'a pas atteint le stade objectal et ses stratifications (orale, anale, phallique) permettant d'accéder aux aspects essentiels de la structuration objectale et surtout oedipienne. C'est la progression maturante de ses structurations successives et leur achèvement dans la primauté du génital qui manquent chez le psychotique. Les expériences vécues de l'éprouvé anal ou génital sont présentes mais ce sont les phases de structuration anale ou génitale qui sont mal définies chez lui.

2- Le Moi ayant subi d'importantes fixations ou régressions à ce niveau se préorganise selon le mode psychotique.

Le type d'angoisse de la psychose est une angoisse de morcellement et/ou de mort (au sens d'éclatement).

La relation d'objet est fusionnelle, symbiotique à la mère. Elle se révèle incomplète et ne peut concevoir la séparation de cette partie d'elle (le fœtus, puis le bébé), ni physiquement, ni psychiquement. Le père est souvent effacé, « absent » physiquement et psychiquement.

Les principaux mécanismes de défense sont : le déni, l'identification projective, le dédoublement du moi, le clivage (clivage du moi, de l'objet).

2- Au moment de la période de latence, il y a un arrêt de l'évolution structurelle (comme pour la névrose).

3- Au moment de l'adolescence, dans la majorité des cas le Moi pré organisé sur le mode psychotique va poursuivre son évolution au sein de la lignée psychotique dans laquelle il se trouve déjà suffisamment engagé. Il s'organisera ensuite de façon définitive sous forme de structure psychotique véritable et stable. Cependant, le sujet garde une petite chance de voir l'axe d'évolution quitter la lignée psychotique (pas encore totalement fixée) pour aller rejoindre la lignée névrotique.

4- Organisation définitive sous forme de structure psychotique. (cf. les différents types de psychoses).

2.2.2 Les principaux mécanismes de défense de la psychose :

a. Le déni :

Action de refuser la réalité d'une perception vécue comme dangereuse ou douloureuse pour le Moi (différent de la dénégation où la perception vécue comme dangereuse ou douloureuse peut être formulée).

Exemple : Pour le petit garçon qui voit pour la première fois un sexe féminin, tout se passe comme s'il n'avait rien vu, il n'est pas censé savoir qu'il existe des êtres castrés, donc que la castration existe sur le plan de l'intégrité corporelle. Il n'y a pas refoulement mais déni portant sur la réalité qui n'a jamais eu à devenir consciente. Dans l'évolution du jeune garçon, on rencontre ce premier temps initial de déni :

« je n'ai pas vu que la castration pouvait exister ». Au moment de l'OEdipe survient un second mouvement affectif parallèle mais différent : la crainte de la castration génitale par le père. Les défenses du Moi qui prédominent à ce moment là dépendent du choix structurel : refoulement dans les névroses, déni de la réalité dans les psychoses, régression pulsionnelle dans les états-limites.

b. l'identification projective :

Fantasme dans lequel le sujet imagine s'introduire partiellement ou en totalité à l'intérieur de l'autre, tentant ainsi de se débarrasser de sentiments de pulsion ressentie comme indésirables et cherchant de cette façon à nuire, à posséder et à contrôler cette autre personne.

Le sujet expulse sur l'objet tout le mauvais de lui-même, de telle sorte que l'objet se voit déprécié par le sujet qui le rejette et développe à l'inverse une représentation idéalisée de lui-même (toute puissance, omnipotence).

Exemple : une jeune femme de 19 ans est hospitalisée pour tentatives de suicide graves. Elle s'est livrée à des actes d'automutilations bizarres, tatouant un coeur sur ses bras avec un couteau, frappant ses poignets avec une massue. Elle raconte l'histoire suivante : elle a été violée par un homme brandissant un couteau qui l'aurait attaqué et entaillé ses bras dans la lutte ou un homme qui l'aurait suivi jusqu'au parking de sa maison où il aurait écrasé son chat. La jeune femme se coupe (automutilation) pour se punir d'avoir pris plaisir avec l'homme interdit. Elle se coupe aussi en tant qu'identification avec l'homme : elle se détruit, elle, en réalité et aussi l'homme incestueux à l'intérieur d'elle-même, en imagination. En racontant aux gens qu'elle a été violée par un homme qui l'a attaqué ou qui a écrasé son chat, elle dit indirectement que le persécuteur incestueux est un monstre (chérie et très aimé dans sa vie).

c. Le clivage :

Action de séparation, de division du Moi (clivage du Moi) ou de l'objet (clivage de l'objet) sous l'influence angoissante d'une menace, de façon à faire coexister

les deux parties ainsi séparées qui se méconnaissent sans formation de compromis possible.

d. Le dédoublement du Moi :

Il agit contre l'angoisse de morcellement et de mort. Il correspond aux reliquats d'une étape où les relations primitives à la mère s'avéraient insuffisantes pour faire échapper le Moi de l'enfant à son organisation primitive fragile.

Organisation dans laquelle le Moi se montrait difficile à se constituer de façon autonome que facile à dissocier.

Il existe de nombreux autres mécanismes de défense de la psychose comme le retrait apathique, le refuge dans la rêverie, la dissociation, le niveau de désaveu, le niveau de distorsion majeure de l'image, la rêverie autistique, la distorsion psychotique, la projection délirante...

2.2.3 Les différents types de psychoses :

2.2.3.1. Les psychoses aiguës :

Ce sont des états délirants et généralement polymorphes dans leurs thèmes et expressions [13].

Ce sont des troubles aiguës, de durée brève et dont la forme classique de ces psychoses délirantes aiguës est la bouffée délirante polymorphe, terme non retenu par la nosographie de l'O.M.S mais bien individualisé dans la classification française [36].

Bien que leur individualité soit contestée, nous avons identifié dans ce groupe deux autres formes cliniques, symptomatiques : les psychoses puerpérales et les états confusionnels.

Les bouffées délirantes aiguës sont caractérisées par l'éclosion soudaine d'un délire transitoire, généralement polymorphe dans ses thèmes et ses expressions. [26].

-Les psychoses puerpérales :

Classiquement, ce terme regroupe toutes les manifestations psychiatriques de la grossesse, de la puerpéralité et de l'avortement. Les manifestations

psychopathologiques qui peuvent apparaître au cours de la puerpéralité sont à interpréter pour chaque femme, en fonction de son histoire personnelle, des particularités de sa vie affective, de son statut socioculturel et surtout de son attitude vis-à-vis de la maternité. C'est dans ce contexte que l'on saisit l'impact de tel ou tel facteur situationnel (grossesse illégitime ou non désirée, attitude inadéquate du conjoint ou de l'entourage parental, conditions socio-économiques défavorables, ...) [26].

Classiquement, la plupart des accidents névrotiques et neuropsychiques se voient pendant la grossesse tandis que la plupart des accidents psychotiques s'observent après l'accouchement, mais cela ne se vérifie pas totalement [36].

-Les états confusionnels :

La confusion mentale se caractérise par une obnubilation de la conscience entravant le fonctionnement de toute l'activité psychique avec au premier plan une baisse de la vigilance, des troubles de la mémoire et une désorientation temporo-spatiale. Un délire onirique, proche du rêve [17].

Les psychoses confusionnelles ou confusions mentales sont considérées comme les plus organiques des psychoses aiguës. De nombreuses causes peuvent les engendrer en particulier les causes toxico-infectieuses ou parasitaires et il semble que ce niveau profond de déstructuration de la conscience soit une réaction de prédilection aux agressions massives et aiguës du système nerveux par un agent exogène sans négliger le seuil de réactivité et la prédisposition du terrain. [36]

2.2.3.2. Les psychoses chroniques :

-Les psychoses chroniques non schizophréniques :

Sous cette appellation, on désigne en France un groupe d'affections mentales différencié du groupe des psychoses schizophréniques par l'absence de dislocation profonde de la personnalité. Elles sont caractérisées par une altération structurale de la personnalité qui permet l'installation, le développement et l'extension d'idées délirantes permanentes. Celles-ci procédant d'intuition, d'interprétation, d'illusion, d'hallucination, perturbant

radicalement le système d'idées, de jugements, de croyances imprégnant la vie affective et relationnelle et entraînant une réfraction constante des rapports du sujet au monde extérieur à travers le prisme délirant.

Les délires chroniques sans évolution dissociative ni déficitaires comprennent :

[26]

- Les délires paranoïaques systématisés (la Paranoïa) ;
- Les psychoses hallucinatoires chroniques ;
- Les délires chroniques d'imagination ou psychoses fantastiques (la paraphrénie).

-La paranoïa, variété de psychose délirante chronique non dissociative.

Le délire paranoïaque est organisé et bien systématisé. Il paraît trouver sa source dans l'interprétation pathologique des faits réels. Il se développe avec une apparence logique. Les thèmes les plus fréquents sont des idées de persécution, de revendication, ou des thèmes passionnels. [16]

L'émergence délirante s'inscrit le plus souvent sur une personnalité paranoïaque (de para-noïa : je pense à coté) marquée par l'orgueil (avec égocentrisme, autophilie, surévaluation mégalomaniacale des capacités de tous ordres), la méfiance (avec une forte tendance à la suspicion concernant les sentiments et le jugement d'autrui), la psychorigidité (avec froideur affective, entêtement, monolithisme des attitudes d'esprit, des décisions et des pensées), la fausseté du jugement. [26]

-La psychose hallucinatoire chronique (PHC) a été individualisée en 1912 par Gilbert BALLEZ, qui estime que ce type de délire ne trouvait sa place ni parmi les délires polymorphes des « dégénérés » de MAGNAN, ni parmi les délires chroniques à évolution systématique. Cette forme de délire chronique est particulière à la psychiatrie française, les classifications étrangères l'assimilant le plus souvent à la schizophrénie parfois à la paranoïa. [24] Le tableau clinique est caractérisé par la survenue le plus souvent d'un délire d'évolution chronique dont le mécanisme est essentiellement hallucinatoire.

-Les psychoses schizophréniques :

Le terme de schizophrénie désigne un groupe de psychoses ayant un noyau sémiologique commun, la dissociation : celle-ci marque la dislocation de la vie psychique dans les différents secteurs de l'intelligence, de la pensée, de l'affectivité, du dynamisme vital, de la vie relationnelle, de l'appréhension du réel. [26]

Il s'agit d'un groupe de psychoses chroniques d'étiologie inconnue, caractérisées par un ensemble de symptômes psychiques diversement associés selon les cas et dominés par une discordance idéo- affective, l'incohérence, l'ambivalence, l'autisme, des hallucinations et des idées délirantes mal systématisées. Ces troubles évoluent en règle générale vers une désorganisation d'allure déficitaire de la personnalité. [16]

-Les formes cliniques de la schizophrénie :

Il existe différentes formes de schizophrénie : la schizophrénie simple, l'hébéphrénie, l'hébéphrénie catatonique, l'héboïdophrénie, la schizophrénie paranoïde, les schizophrénies pseudo-névrotiques, les psychoses schizo-affectives.

***La schizophrénie simple :**

Elle s'installe progressivement à partir des traits de caractères schizoïdes qui vont s'accroître. Elle se caractérise par : - une accentuation de l'inhibition ; - le désinvestissement professionnel et social ; - l'isolement, une indifférence et un appauvrissement affectif et des troubles comportementaux. Il n'y a pas forcément délire ou trouble de la pensée.

***L'hébéphrénie :**

Elle débute à l'adolescence de façon insidieuse et progressive. Elle se caractérise par : - des troubles de concentration intellectuelle responsables d'une baisse du rendement scolaire ou professionnel ; - des troubles affectifs et du caractère entraînant un repli social, une apathie et une indifférence hostile à l'entourage ; - la perte progressive des intérêts, l'inertie et l'aboulie ; - des actes impulsifs ou

engouements para-scientifiques, ésotériques ou religieux à caractère symbolique et abstrait ; - le recours à l'alcool et aux drogues.

***L'hébéphrénie catatonique :**

La discordance psychomotrice (catatonie) est au premier plan. L'inertie, la stupeur, l'apragmatisme, le maniérisme, le négativisme et stéréotypies, des décharges impulsives verbales ou agies. Quelque fois accès cataleptique : sujet figé dans une raideur plastique, se protégeant de tout contact avec le monde pour tenter de maîtriser des angoisses délirantes terrifiantes.

***La schizophrénie paranoïde :**

La forme la plus complète de la schizophrénie avec le délire et la dissociation. Elle apparaît plus tardivement que l'hébéphrénie souvent au décours d'un ou de plusieurs accès délirants aigus incomplètement résolutifs.

***L'héboïdophrénie :**

Elle débute chez le sujet jeune par des troubles d'allure psychopathique et perverse qui prennent un aspect de plus en plus discordant (immotivation des impulsions, inaffectivité, comportements paradoxaux et bizarres, retrait, ...). Des épisodes délirants peuvent surgir. Elle se caractérise par des troubles du comportement (conduites anti-sociales, délinquance, instabilité, impulsivité).

-Les formes frontières de la schizophrénie :

***Schizophrénie pseudo névrotique :**

Les troubles d'allure névrotique sont infiltrés par un processus dissociatif discret. Des phases délirantes sont possibles. Le rapport à la réalité et les capacités d'adaptation sont mieux conservées que dans les formes schizophréniques franches. Les phobies (phobies sociales) et les obsessions sont fréquentes. Les manifestations de l'hystérie peuvent aussi s'observer dans la schizophrénie (cf. psychose hystérique d'état schizophréniforme).

***Les psychoses schizo-affectives ou schizophrénies dysthymiques :**

Elles sont à la frontière entre la schizophrénie et la psychose maniaco-dépressive (PMD) avec association de troubles mélancolique et maniaque et de symptômes

schizophréniques. Les troubles schizophréniques sont perceptibles pendant les périodes de normothymie. Durant certaines périodes, les symptômes dysthymiques et dissociatifs sont très atténués. Elles peuvent évoluer vers la désagrégation psychotique ou des schizophrénies franches.

L'évolution de la schizophrénie reste difficile à systématiser (évolutions oscillantes, par poussée et rémission).

Elle peut s'améliorer après plusieurs années.

Le traitement d'une affection aussi hétérogène dans ses manifestations, son évolution et ses facteurs pathogènes ne saurait être codifié. Il repose sur l'utilisation thérapeutique du milieu, sur des traitements biologiques (neuroleptiques, tranquillisants, hypnotiques, antidépresseurs, régulateurs de l'humeur) et la thérapie individuelle (psychanalyse ou psychothérapie d'inspiration psychanalytique, thérapie cognitivo-comportementale) ou collective (psychothérapie analytique de groupe, psychothérapie institutionnelle, thérapie familiale, sociothérapie).

2.2.3 Les troubles de l'humeur :

Les désordres de l'humeur comptent parmi les troubles les plus couramment observés tant en pratique psychiatrique que dans l'exercice quotidien du généraliste. [26].

-La psychose maniaco-dépressive :

La psychose périodique maniaco-dépressive(PMD) a été isolée en tant qu'entité clinique en 1899 par KRAEPELIN. Sa définition repose sur un ensemble d'arguments sémiologique et évolutif. L'affection se caractérise par la survenue de perturbations cycliques de l'humeur sous forme d'accès maniaque ou d'accès mélancolique, le malade retrouvant son état normal dans l'intervalle des accès.

[17]

-La manie est un état caractérisé par :

- Un syndrome psychique : exaltation de l'humeur, excitations psychique et motrice, souvent associées à l'anxiété ;

- Un syndrome physique : insomnie matinale, augmentation de l'appétit, amaigrissement et tachycardie. [16]

-La dépression :

C'est un trouble de l'humeur caractérisé par une triade symptomatique :

- Humeur dépressive (tristesse pathologique) ;
- Ralentissement psychomoteur ou perte de l'élan vital ;
- Cortège somatique et anxiété.

Son risque permanent : le suicide.

2.2.4. Les autres pathologies :

- **L'épilepsie :** accidents neuropsychiques paroxystiques d'origine encéphalique résultant de la décharge hyper-synchrone d'un groupe de neurones. ils se traduisent principalement soit par des crises convulsives généralisées, soit par des crises convulsives localisées à une partie du corps [16]. Selon Franck Semah, [37] la crise épileptique est la manifestation clinique d'un dysfonctionnement cérébral et l'épilepsie se caractérise par la répétition des crises épileptiques non provoquées.

La commission de l'ILAE donne les définitions suivantes [2] :

La crise épileptique est une manifestation clinique résultant des décharges anormales et excessives d'un ensemble de neurones cérébraux. Elle se caractérise par des phénomènes anormaux soudains et transitoires, à type d'altération de la conscience, d'événements moteur, sensitif ou physique perçus par le patient ou par un témoin.

L'épilepsie est la récurrence des crises épileptiques (deux ou plus) non déclenchées par des causes immédiatement identifiables. Il est à noter cependant que plusieurs crises survenant en l'espace de 24 heures sont considérées comme un épisode unique ainsi que les épisodes de mal épileptique. Un individu n'ayant présenté que des convulsions fébriles ou des crises néonatales est exclu de cette catégorie.

-La toxicomanie : état d'intoxication résultant de la consommation périodique ou chronique d'une drogue naturelle ou synthétique. La toxicomanie implique contrairement à la simple accoutumance, une contrainte, une tolérance, une dépendance psychique et généralement physique et l'apparition d'un syndrome d'abstinence lors de l'interruption brusque de la consommation. [16].

Les questions que posent à notre temps l'usage de drogues entraînant la dépendance sont multiples. Les solutions qui sont proposées pour réduire puis éradiquer l'extension des toxicomanies dépendent de la réflexion et de la collaboration à un échelon national et international d'instances appartenant à des horizons très divers : sociologiques, économiques, politiques et médicales. C'est essentiellement la dimension psychiatrique de ce problème qui nous retient ici. [26]

-La Démence : d'origine lésionnelle, la démence est classiquement un affaiblissement global, acquis, progressif et spontanément irréversible de toute l'activité psychique. [17 - 26].

Incapable d'autonomie, un malade dément doit être surveillé et assisté dans sa vie quotidienne. Il peut être nécessaire de prendre des mesures pour la protection de ses biens. [26]

Devant un état d'affaiblissement intellectuel progressif, avant de porter le diagnostic de démence dégénérative il faut évoquer systématiquement un certain nombre d'affections qui peuvent réaliser des tableaux démentiels curables par un traitement spécifique : hématome sous-dural chronique, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale, paralysie générale, mycoedème, anémie de Biermer, maladie de Wilson.

-L'alcoolisme : « les alcooliques sont des buveurs excessifs dont la dépendance à l'égard de l'alcool est telle qu'ils présentent soit un trouble mental décelable, soit des manifestations affectant leur santé physique et mentale (leurs relations avec autrui et leur comportement social et économique) , soit des prodromes de troubles de ce genre. Ils doivent être soumis à un traitement ».

Structure familiale et morbidité psychiatrique au CHU du Point G

Cette définition proposée par le comité d'experts de l'OMS en 1952 met l'accent sur la dépendance pathologique qui lie le malade à l'alcool. C'est le critère essentiel commun à toutes les formes d'alcoolisme indépendamment de ses modes d'expression et de son contexte sociologique. « Il y'a alcoolisme lorsqu'un individu à, en fait perdu la liberté de s'abstenir d'alcool ». [16-17-26]

-Les Déficiences intellectuelles : sont des insuffisances congénitales liées à des atteintes très précoces du développement intellectuel. [16] Classiquement, on distinguait dans un ordre de gravité croissante et selon des critères diagnostiques : le débile léger, le débile moyen et le débile profond.

IV – METHODOLOGIE

4-1 Cadre d'étude:

Cette étude a été menée dans le service de Psychiatrie de l'hôpital du Point-G du District de Bamako, qui de par sa structure est un service d'adultes.

ENVIRONNEMENT INTERNE DE L'HOPITAL DU POINT-G

1-2 Historique :

1-2-1 Présentation de l'hôpital du Point-G

Le Point- G est une dénomination militaire coloniale de repère géodésique Donnée à une colline située au Nord de Bamako dont l'hôpital porte le nom. En effet la première pierre de l'hôpital a été posée en 1906 et les travaux 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 Laboratoire et service matériel en 1950,
- La construction du nouveau bloc opératoire en 1953,
- La construction du service de l'urologie, l'actuel service de cardiologie B, la pneumo-phthysiologie entre 1956-1958,
- La construction de la clôture en barbelé en 1960.

Le style architectural qui, à l'origine était un hôpital militaire, est de type Pavillonnaire et, fut transformé en hôpital civil par l'arrêté N° 174 de Février 1958 portant réforme hospitalière des services de santé du soudan, pour ensuite être érigé en établissement public hospitalier (EPH) par la loi N° 02048 du 22 juillet 2002 **portant réforme hospitalière.**

1-2-2 Situation géographique :

L'hôpital du Point G est situé sur les collines du Point G sur la rive gauche du Fleuve Niger en Commune III du district de Bamako; il occupe une superficie de 25 hectares dont 17, 30% sont bâtis.

1.2-3 Statut juridique :

Compte tenu de la spécificité des hôpitaux, 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 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.

Missions :

L'Hôpital du Point G en tant que EPH a pour mission, entre autres de :

- Assurer le diagnostic, le traitement et la surveillance des malades, des blessés et des femmes enceintes en procédant, lorsque nécessaire, à leur hébergement ;
- Participer à des actions de santé publique dans la limite de ses compétences ;
- Participer à des actions de formation et de recherche dans le domaine de la santé.

Organisation et Fonctionnement :

Le DECRET n° 03-337/ PRM 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.

L'hôpital du Point G est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

Les organes d'administrations et gestions sont :

Le conseil d'administration : qui se compose de 19 membres, le Président du conseil d'administration est un membre élu parmi les membres avec voix délibérative ; les autres membres se composent des membres avec voix délibérative et des membres avec voix consultative.

Structure familiale et morbidité psychiatrique au CHU du Point G

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 chargé de la Santé.

La Direction Générale

L'hôpital du Point G est dirigé par un directeur général nommé par décret pris en conseil des ministres sur proposition d'un Conseil d'Administration (C.A.)

Il est assisté d'un directeur général adjoint 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 la 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'établissement, le président de la commission des soins infirmiers et obstétricaux, le président du comité technique d'hygiène et un représentant du comité technique d'établissement.

❖ **Les organes consultatifs :**

- La commission médicale d'établissement dont l'organisation et la modalité de fonctionnement sont prévus dans les articles 12, 13, 14, 15, 16, 17 du décret n°03-337 PMR du 7 Août 2003 fixant organisation et modalité de fonctionnement de l'hôpital du Point G,
- La commission des soins infirmiers et obstétricaux dont l'organisation et le fonctionnement sont prévus dans les articles 18, 19, 20, 21, 22 dudit décret,
- Le comité technique d'établissement dont l'organisation et le fonctionnement sont prévus dans les articles 23, 24, 25, 26, 27 dudit décret,
- Le comité technique d'hygiène et de sécurité dont l'organisation et le fonctionnement sont fixés par les articles 28, 29, 30, 31, 32, 33 dudit décret,

Les services existants à l'hôpital du Point G sont :

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

- La direction
- Le secrétariat
- La comptabilité
- Le contrôle financier
- Le bureau des entrées
- Le service social

➤ **Le service de maintenance**

➤ **Les services médicaux composés de :**

- Le service d'anesthésie et de réanimation comprenant les urgences, l'anesthésie et la réanimation.
- Le service de cardiologie avec la cardiologie A et la cardiologie B,
- Les services de chirurgie, avec : la chirurgie A, la chirurgie B, la gynéco obstétrique l'urologie et la coelio-chirurgie,
- Le service d'hématologie et d'oncologie,
- Le service de rhumatologie,
- Le service de médecine interne,
- Le service de néphrologie hémodialyse,
- Le service de neurologie,
- Le service des maladies infectieuses
- Le service de pneumo-phtisiologie,
- Le service de psychiatrie,
- Le service d'imagerie médicale et de médecine nucléaire
- Le laboratoire
- La pharmacie hospitalière,
- La buanderie,
- La cuisine,
- la cafétéria,
- Le campus (restaurant pour le personnel)

Structure familiale et morbidité psychiatrique au CHU du Point G

- La morgue.

Le service de soins psychiatriques du Point G

C'est le 1^{er} service de Psychiatrie et c'est le 3^e niveau de référence au Mali. Les bâtiments sont situés au sud-est dans la cour de l'hôpital jusqu'au fond.

➤ **Les bâtiments :**

Schématiquement ces bâtiments se divisent en trois blocs :

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

Structure de Fonctionnement :

Les consultations ont lieu tous les lundis, mardi et mercredi de 7H 30 à 16H 00 par des médecins qui se relaient entre l'hôpital du Point G et le Centre de Santé Mentale (CESAME) Jean pierre coudray, de Hamdallaye dans le district de Bamako commune III. C'est un service qui fonctionne sur le mode communautaire, associant la famille et comportant des salles d'isolement.

Après 16H00, une équipe de garde composée d'un médecin, un interne, un infirmier ou un assistant assurent la permanence du service.

Dans son fonctionnement, c'est un service ouvert, communautaire associant la famille dans la prise en charge des malades.

C'est un service hôpitalo- universitaire ayant des activités :

- de consultation et d'hospitalisation,
- d'enseignement, de formation théorique et pratique des étudiants
- de recherche en matière de santé mentale.

Concernant l'hospitalisation, elle est décidée par un médecin après une consultation approfondie qui est notée sur un dossier et après le malade est confié à un chef d'unité.

Structure familiale et morbidité psychiatrique au CHU du Point G

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

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

Le Kotèba est mis en scène théâtrale Bambara et est organisé toutes les semaines, le vendredi.

➤ **Personnel médical :**

Il est composé :

[D'un professeur en psychiatrie

-Deux maîtres de conférences

-Deux médecins assistants chefs de clinique

-Un P.H (praticien hospitalier)

-Un médecin généraliste

-Un Psychologue

-Dix assistants médicaux,

-Un technicien de santé

-Une infirmière auxiliaire

-Un technicien de développement communautaire (assistant social)

-Un groupe d'animateurs en art dramatique (le Kotèba)

-Des étudiants en médecine pour des stages

-Trois techniciens de surface.

-trois agents de sécurité.

-Des étudiants en médecine dont sept faisant fonction d'internes associés aux étudiants des différentes écoles en santé (INFSS=institut national de formation en science de la santé).

4-2 Période d'étude :

L'étude s'est déroulée de 2007 à 2008.

4-3 Type d'étude:

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive.

4-4 Population d'étude:

Patients hospitalisés ou suivis en externe dans le service de psychiatrie du CHU du point G pendant ladite période.

4-5 Echantillonnage:

-Critères d'inclusion:

-Patients ayant été consultés ou hospitalisés dans le service de psychiatrie du CHU du point G pendant ladite période ;

-Patients appartenant à un groupe d'affections nosographiques précisées.

- Critères de non inclusion:

-Patients dont le diagnostic n'a pas permis de le rattacher à une affection nosographique précisée;

-Patients antérieurement hospitalisés ou suivis en externe ;

- Patients non vus.

-Taille minima de l'échantillon :

Une taille minima de l'échantillon a été calculée à partir de la formule suivante :

$$n = \frac{4PQ}{i^2}$$

P= fréquence trouvée 10% (fréquence de la schizophrénie)

$$Q = 1 - p$$

I= la précision de l'enquête estimée à 3%

La fréquence de la schizophrénie a été utilisée parce que c'est l'affection la plus couramment rencontrée dans le service de psychiatrie. Ce qui aboutit à **n= 384** patients

4-6 Collecte des données :

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

4-7 Traitement informatique:

Il a été fait à l'aide des logiciels Microsoft Word et Epi-6 Fr version 2000.

I. Caractéristiques sociodémographiques :

Tableau I : Répartition des patients selon le sexe.

Sexe	Effectif absolu	Pourcentage
Masculin	280	72,9
Féminin	104	27,1
Total	384	100

Le sexe masculin était prédominant chez nos patients avec 72,9 % contre 27,1 % pour le sexe féminin. Le sex ratio est de 3 en faveur du sexe masculin.

Tableau II : Répartition des patients selon les tranches d'âge.

Tranches d'âge	Effectif absolu	Pourcentage
0-18	104	27
19-54	244	63,5
55-64	24	6,3
Sup. 65	12	3,2
Total	384	100

La tranche d'âge 19-54 ans était la plus représentée avec 244 cas sur 384 soit 27 %.

Tableau III: Répartition des patients selon l'ethnie.

Ethnie	Effectif absolu	Pourcentage
Bamanan	123	32
Peuhl	43	11,2
Sonrai	35	9,1
Sarakolés	59	15,4
Kassonké	27	7
Bozo	20	5,2
Malinké	17	4,4
Dogon	26	6,8
Autres*	34	8,9
Total	384	100

Autres* : Maures, Mossi, Diawandos, Dafing.

Les Bamanans étaient les plus représentés avec 123 cas sur 384 soit 32 %, suivis des Sarakolés avec 59 cas sur 384 soit 15,4 %.

Tableau IV: Répartition des patients selon la religion.

Religion	Effectif absolu	Pourcentage
Musulmane	274	71,4
Chrétienne	80	20,8
Animiste	19	4,9
Autres	11	2,9
Total	384	100

Les patients de religion musulmane étaient les plus fréquents avec 274 cas sur 384 soit 71,4 %, suivis des chrétiens avec 80 cas sur 384, soit 20,8 %.

Tableau V: Répartition des patients selon la profession.

Profession	Effectif absolu	Pourcentage
Agriculteur	97	25,3
Elève/Étudiant	56	14,6
Profession libérale	71	18,5
Ménagère	48	12,5
Fonctionnaire	55	14,3
Autres *	57	14,8
Total	384	100

Autres* : artistes, chauffeurs, sans profession.

Les professions les plus touchées étaient les agriculteurs et la profession libérale avec respectivement 97 cas et 71 cas sur 384 soit 25,3 % et 18,5 %.

Tableau VI: Répartition selon le statut matrimonial du patient.

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage
Marié (é)	87	22,65
Célibataire	145	37,76
Veuf (Ve)	28	7,29
Divorcé (é)	52	13,55
Autres *	72	18,75
Total	384	100

Autres * : union libre

Les célibataires étaient les plus représentés avec 145 cas sur 384 soit 37,76 %.

Tableau VII: Répartition des patients selon le niveau de scolarisation en français.

Niveau de scolarisation en français	Effectif absolu	Pourcentage
Non scolarisés*	151	39,32
Primaire	111	28,9
Secondaire	72	18,76
Supérieur	50	13,02
Total	384	100

Non scolarisés* : patients n'ayant pas fréquenté l'école française ou la médersa.

Les patients non scolarisés étaient les plus représentés avec 151 cas sur 384 soit 39,32 %.

II. Caractéristiques cliniques.

Tableau VIII: Répartition des patients selon l'origine de consultation.

Origine de consultation	Effectif absolu	Pourcentage
Médecin	32	8,33
Famille	273	71,09
Force de l'ordre	14	3,65
Patient lui-même	45	11,72
Autre*	20	5,21
Total	384	100

Autres* : mission chrétienne, amis, voisins.

71,09 % soit 273 patients ont consulté à la demande de leur famille.

Tableau IX : Répartition des patients selon le(s) motif(s) de consultation.

Motif de consultation	Effectif absolu	Pourcentage
Insomnie	34	8,9
Troubles du comportement	46	12
Agitation	113	29,5
Incurie	19	4,9
Agressivité	71	18,5
Toxicomanie	32	8,3
Plusieurs motifs	42	10,9
Autres*	27	7
Total	384	100

Autres* : céphalées, refus alimentaire, tentative de suicide, fugue, crises épileptiformes.

L'agitation et l'agressivité avec respectivement 113 et 71 cas sur 384 soit 29,5 et 18,5 % étaient les motifs pour lesquels les patients avaient consulté le plus souvent.

Tableau X: Répartition des patients selon le diagnostic évoqué à l'entrée.

Diagnostic évoqué	Effectif absolu	Pourcentage
Psychoses aiguës	98	25,5
Psychoses chroniques	84	21,9
Schizophrénie	78	20,3
Névroses	46	12
Psychose maniaco-dépressive	38	9,9
Pharmaco psychose	19	4,9
Autres	21	5,5
Total	384	100

Autres* : démence, autisme, comitialité.

Les psychoses aiguës avec 25,5%, suivies des psychoses chroniques avec 21,9 % étaient les pathologies les plus fréquemment rencontrées.

III- Structure familiale du patient :

Tableau XI : Répartition des patients selon le statut marital des parents.

Statut marital des parents	Effectif absolu	Pourcentage
Parents mariés cohabitant	90	23,4
Séparés /divorcés	141	36,7
Un parent décédé	117	30,5
Les deux parents décédés	36	9,4
Total	384	100

Les patients dont les parents sont séparés / divorcés étaient les plus nombreux avec 36,7% .Les orphelins de père et mère représentaient 9,4 %.

Tableau XII: Répartition des patients selon le nombre d'épouses du père.

Nombre d'épouses du père	Effectif absolu	Pourcentage
Plusieurs épouses	30	7,8
Une épouse	139	36,2
Pas d'épouses	215	56
Total	384	100

Les patients de père célibataire étaient les plus représentés avec 56 %.

Tableau XIII: Répartition des patients selon le nombre de coépouses de la mère.

Nombre de coépouses de la mère	Effectif absolu	Pourcentage
Pas de coépouses	225	58,6
Une coépouse	126	32,8
Plusieurs coépouses	33	8,6
Total	384	100

Les patients dont les mères n'ont pas de coépouses étaient les plus représentés avec 58,6 %.

Tableau XIII: Répartition des patients selon le lieu d'éclosion de la maladie.

Lieu d'éclosion	Effectif absolu	Pourcentage
Famille	133	34,6
Hors de la famille	251	65,4
Total	384	100

Dans 65,6 % des cas, la maladie est survenue hors de la famille.

Tableau XIV: Répartition des patients selon le lieu de vie du malade.

Lieu de vie du malade	Effectif absolu	Pourcentage
Avec le père	49	12,8
Avec la mère	28	7,3
Avec les deux parents	107	27,9
Hors de deux parents	200	52
Total	384	100

52 % des patients vivaient hors de leurs deux parents.

Tableau XV: Répartition des patients selon les antécédents familiaux.

Antécédents familiaux	Effectif absolu	Pourcentage
Psychiatriques	188	49
Médicaux	80	20,8
Chirurgicaux	23	6
Néant	93	24,2
Total	384	100

49 % des patients avaient antécédents familiaux de troubles psychiatriques.

Tableau XVII: Répartition des patients selon les antécédents personnels.

Antécédents personnels	Effectif absolu	Pourcentage
Psychiatriques	121	31,5
Médicaux	76	19,8
Chirurgicaux	28	7,3
Néant	159	41,4
Total	384	100

41,4 % des patients n'avaient aucun antécédent tandis que 31,5 % avaient des antécédents psychiatriques.

Tableau XVI: Répartition des patients selon les tranches d'âge et le sexe

Sexe	Masculin		féminin	
	effectif absolu	%	EFF absolu	%
Tranches d'âge				
0-18	74	26,42	30	28,84
19-54	181	64,64	63	60,57
55-64	19	6,78	5	4,80
SUP 65	6	2,14	6	5,76
TOTAL	280	100	104	100

La tranche d'âge 19-54 ans était la plus représentée pour les deux sexes.

Tableau XVII : Répartition des patients selon le diagnostic évoqué à l'entrée et le sexe.

Sexe	Masculin		Féminin	
	EFF absolu	%	EFF absolu	%
Diagnostic				
Psychoses aiguës	68	24,28	30	28,84
Psychoses chroniques	54	19,28	30	28,84
Schizophrénie	78	27,85	0	0,0
Névroses	20	7,14	26	25
Psychose maniaco-dépressive	30	10,71	8	7,69
Pharmacopsychose	17	6,07	2	1,92
Autres	13	6,64	8	27,01
Total	280	100	104	100

De façon générale, le sexe masculin était le plus représenté par les pathologies.

Tableau XVIII: Répartition des patients selon le lieu de vie du patient et le sexe.

Sexe	Masculin		Féminin	
	EFF absolu	%	EFF absolu	%
Lieu de vie				
Avec le père	47	16,78	2	1,92
Avec la mère	26	9,28	2	1,92
Avec les deux parents	104	37,14	3	2,8
Hors de deux parents	103	36,78	97	93,26
Total	280	72,9	104	27,1

52,08 % des patients vivaient hors des deux parents et étaient de sexe masculin dans 72,21 % des cas.

Tableau XIX: Répartition des patients selon le diagnostic et les tranches d'âge.

Tranches d'âge	0-18		19-54		55-64		Sup. 65	
	EFF	%	EFF	%	EFF	%	EFF	%
Diagnostic	a		a		a		a	
Psychoses aiguës	98	94,23	0	0,0	0	0,0	0	8,33
Psychoses chroniques	6	5,27	77	31,55	0	0,0	1	0,0
Schizophrénie	0	0,0	78	31,96	0	0,0	0	0,0
Névroses	0	0,0	46	18,55	0	0,0	0	0,0
Psychose maniaco-dépressive	0	0,0	38	15,57	0	0,0	0	0,0
Pharmacopsychose	0	0,0	5	2,04	14	58,33	0	0,0
Autres	0	0,0	0	0,0	10	41,63	11	91,67
Total	104	27	244	63,5	24	6,3	12	3,2

Les psychoses aiguës avec 94,23 % étaient les pathologies les plus fréquentes pour la tranche d'âge 0-18 ans tandis que la schizophrénie et les psychoses chroniques avec respectivement 31,96 % et 31,35 % étaient plus fréquentes pour la tranche d'âge 19-54 ans.

Tableau XX: Répartition des patients selon le diagnostic et le lieu d'éclosion.

Lieu d'éclosion	Famille		Hors de la famille	
	EFF a	%	EFF a	%
Diagnostic				
Psychoses aiguës	12	9,02	86	34,26
Psychoses chroniques	42	31,57	42	16,73
Schizophrénie	35	26,31	43	17,13
Névroses	20	15,03	26	10,35
Psychose maniaco-dépressive	0	0,0	38	15,13
Pharmacopsychose	11	8,27	8	3,18
Autres	12	9,77	8	3,18
Total	133	34,6	251	65,4

De façon générale, les pathologies sont survenues le plus souvent hors de la famille.

DISCUSSION

A. Caractéristiques sociodémographiques :

* Pour le sexe :

On a constaté une prédominance du sexe masculin avec 280 cas sur 384 soit 72,9 %.

Ceci peut s'expliquer par le fait que l'altération de l'état de santé d'un homme se fait beaucoup plus vite sentir sur le plan socioprofessionnel et familial que celui de la femme. Aussi un malade mental de sexe masculin serait relativement plus violent donc difficile à gérer à la maison.

KOUMARE B [24], cité par PICARD P.G.P [36] signale que 66% des malades psychiatriques étaient de sexe masculin.

Ce résultat concorde avec celui de BABY M [3] qui a rapporté que 74,4% des cas d'urgence psychiatrique étaient de sexe masculin.

MENET GACEBE YLS [32] a trouvé une prédominance du sexe masculin chez les malades hospitalisés ainsi que chez ceux suivis en ambulatoire avec respectivement un taux de 78,9% des cas et 60,9% des cas.

*Pour les tranches d'âge :

La tranche d'âge 19-54 ans était la plus représentée avec 244 cas sur 384 soit 63,5 %.

C'est la population jeune qui est la plus touchée. Cela peut s'expliquer par :

-La population générale est jeune au Mali (52%) [DIABATE M.].

-Cette population est confrontée à des difficultés de la vie (scolarisation, chômage, autonomie financière).

-Elle est exposée à des événements de vie stressant (précipitant le déclenchement de la maladie et les récurrences), perturbation du développement affectif (maltraitance), perturbations des relations intrafamiliales, problèmes d'identité.

HAIDARA M. [18] a trouvé au Mali une prédominance de la tranche d'âge 25-34 ans avec un taux de 33,5 % des consultations externes.

Structure familiale et morbidité psychiatrique au CHU du Point G

Ce résultat est aussi comparable à celui de COULIBALY B [9] qui a trouvé au Mali une prédominance de la tranche d'âge 25-34 ans avec un taux de 37,3 % des patients hospitalisés.

Notre résultat concorde avec celui de MENET GACEBET YLS [32] et de ORSOT DESSI M [35] qui ont trouvé respectivement une prédominance des tranches d'âge suivantes : 21 - 30 ans un taux de 39,8% des hospitalisés et 34,7% des suivis en externe, et 25-34 ans un taux de 30,6% de l'effectif total.

BABY M [3], après une étude sur les urgences psychiatriques au Mali a trouvé que la tranche d'âge la plus représentée était de 25 - 34 ans avec 53 cas sur 149 soit 35,6% des cas.

L'incidence de la schizophrénie est évidemment modulée par l'âge, la majorité des cas surviennent entre 15-35 ans.

***Pour l'ethnie:**

Les Bamanans étaient les plus nombreux avec 32 %. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'étude a été effectuée dans le milieu Bamanan.

***Pour la situation matrimoniale du patient :**

Les célibataires étaient les plus touchés avec 145 cas sur 384 soit 37,8 %.

-Ce nombre important de célibataires serait en rapport avec la stigmatisation rattachée aux troubles psychiatriques.

-Il peut s'agir d'un indicateur d'exclusion des malades mentaux.

-La maladie mentale serait un handicap pour une vie de couple.

-La désocialisation secondaire aux troubles psychiatriques serait vectrice d'incapacité ou de marginalisation.

Nous sommes en concordance avec STANY [32] qui a rapporté que 47 % des patients suivis en consultation externe étaient célibataires.

Ce résultat concorde avec celui de BABY M [3] qui a trouvé que 47,6% des cas d'urgence psychiatrique étaient des célibataires.

***Pour les motifs de consultation :**

L'agitation et l'agressivité étaient les motifs de consultation les plus évoqués avec respectivement 29,5 % et 18,5 %.

Ce résultat est proche de celui de STANY [32] qui a trouvé que l'agitation et l'agressivité étaient les motifs de consultation les plus évoqués avec respectivement 20,6% et 15,3%.

***Pour l'origine de consultation :**

La famille a été à l'origine des demandes de soin dans 71,09 %

***Pour le diagnostic :**

Est divers et dominé par les psychoses qui représentent 67,7 % avec comme chef de file la schizophrénie qui représente 20,3 %.

La prédominance de la schizophrénie s'explique par le fait que cette psychose débute à l'âge jeune (15 à 25ans), appelée habituellement psychose de l'adulte jeune. Cependant dans notre étude c'est la population jeune qui est la plus touchée.

Selon BABY M, [4] les moments féconds de schizophrénie représentaient 30,2% des pathologies.

***Structure familiale du patient :**

De nombreuses hypothèses ont été élaborées dans ce domaine, leur point faible reste actuellement leur absence d'étayage par des vérifications expérimentales. Les principales théories dérivent des constats effectués au cours du traitement de certaines familles de schizophrènes et mettent en exergue les interactions et les troubles de la communication observés à l'intérieur de ces familles.

La théorie du double lien (Bateson) met l'accent sur les perturbations du système de communication à l'intérieur de la famille, où le sujet est pris dans une série d'injections contradictoires qui le bloquent dans une situation intenable sans lui laisser d'autres échappatoires que des réponses ambiguës ou absurdes.

La notion de schizophrénie <maladie> s'estompe alors au profit de la notion de symptômes pathologiques, modes d'expression et de réponse du sujet pris dans un système de communication paradoxal dont la mère serait le principal inducteur.

C'est ainsi que le divorce /séparation des parents a été retrouvé chez 131 patients sur 384 soit 36,7 %.

Il n'est pas nécessaire de vérifier que les familles monoparentales expérimentent des conditions de vie plus difficiles que les familles intactes.

En outre, les données confirment une observation classique : les familles désunies en comparaison aux familles intactes sont défavorables sur le plan conditions de vie, déficientes sur le plan du fonctionnement psychosocial et propices aux troubles du comportement et à l'activité délictueuse. Vivre dans une famille brisée est un facteur de risque pour le développement des enfants et des adolescents, comme le démontre bien la méta-analyse de Loeber et Stouthamer –Lober (1986) [28] et de Hetherington et Martin (1986) [20], ainsi que l'analyse de Cloutier et Drolet (1990) [8] de la situation familiale au Québec.

De même dans leurs études, M.P. BOUVARD et M. DUGAS [33] ont rapporté chez environ 20 % de patients, des situations intrafamiliales anormales telles le divorce ou la séparation des parents et un climat de tension intrafamilial.

Selon Hetherington et Camara, 1984 [19]; Hetherington et al. 1989 [21], les problèmes d'ajustement au divorce peuvent être accentués par des conditions stressantes telles que les conflits parentaux chroniques, l'absence de figure d'identification paternelle ou la diminution des ressources due à la monoparentalité. Ces conditions difficiles peuvent retarder l'acquisition de certaines aptitudes psychosociales chez l'enfant.

Des événements à haute valeur significative sur le plan relationnel et affectif sont susceptibles d'avoir un rôle favorisant : changement du statut conjugal, deuils, conflits familiaux et professionnels, éloignement d'un proche.

S'il est souvent aléatoire de donner une valeur causale aux événements de ce type, il est toujours important pour le traitement de repérer les remaniements qu'ils entraînent dans la dynamique de la personnalité.

La faiblesse des théories familiales et sociales tend à ce que les travaux de vérification expérimentale sont peu nombreux et se révèlent généralement peu probant ou difficilement réalisables.

***Pour le lieu d'écllosion de la maladie :**

Chez 65,4 % des patients, la maladie est survenue hors de la famille.

Les changements de milieu culturel semblent jouer un rôle favorisant dans le déclenchement de la maladie: urbanisation, acculturation, isolement social et migration notamment. De fait, la réactivité des schizophrènes s'étend à toutes les modifications de leur environnement comme le montre la particulière fréquence des <<événements vitaux>> précédant les épisodes initiaux et les rechutes de la maladie. En revanche, il ne semble pas exister de grandes variations de fréquence de la schizophrénie d'une culture à l'autre.

Certes les modes d'expression et les formes de la psychose peuvent varier selon le contexte culturel, la fréquence relative de ses symptômes diffère parfois d'un pays à l'autre.

***Pour les antécédents des parents et collatéraux:**

Les patients dont les parents avaient des antécédents psychiatriques étaient les plus touchés avec 49%.

L'intervention des facteurs génétiques dans la schizophrénie parait actuellement bien démontrée. Cependant, la nature de ces facteurs d'environnement reste à éclaircir.

Les études sur les familles des schizophrènes montrent de façon concordante une augmentation du risque morbide d'autant plus élevé que le lien de parenté est plus étroit.

Alors que le risque morbide est de l'ordre de 1% dans la population générale, il s'élève à environ 4 % dans la parenté du deuxième degré (oncles, tantes, cousins, neveux), à 6% chez les parents (père et mère) et à 10 % dans le reste de la parenté du premier degré (frères, sœurs, enfants). Le risque est supérieur à 30 % pour les enfants de deux parents schizophrènes.

A. CHAUVIN [1] a trouvé une fréquence de la schizophrénie de 3 à 10 % dans les familles où un des parents est schizophrène et de 20 à 40 % si les deux parents le sont.

CONCLUSION

La prise en compte des facteurs familiaux dans la prise en charge de patients présentant une pathologie mentale est essentielle. S'il existe des critères pour poser le diagnostic en psychiatrie, il n'existe que peu d'instruments standardisés permettant une évaluation de l'environnement familial en pratique psychiatrique courante.

Dès lors des efforts doivent être consentis pour élaborer des instruments d'évaluation standardisés pour ce type étude.

RECOMMANDATIONS

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

*** Ministre de la santé :**

Décentraliser les structures de prise en charge en santé mentale pour pallier à l'insuffisance du personnel formé en psychiatrie.

*** Médecins généralistes :**

Faire des efforts pour reconnaître les troubles psychiatriques

Référer à temps les malades quand leurs troubles relèvent d'une prise en charge spécialisée.

*** Médecins prestataires en psychiatrie :**

Remplir rigoureusement les supports de recueil de données médicales (fiches de consultation externe, dossiers d'hospitalisation et les différents registres) pour faciliter des recherches tout en intégrant l'environnement intra-familial du patient

Assurer une meilleure sensibilisation des populations sur la santé mentale sur toute l'étendue du territoire national afin de favoriser la prise en charge précoce de la maladie mentale ;

Organiser des causeries et débats sur le phénomène de la séparation des parents car il s'agit d'un sujet nécessitant une réflexion profonde ;

*** Doyen de la FMPOS :**

Envisager à court terme l'ouverture du diplôme d'études spéciales de psychiatrie.

*** Aux Malades :**

Acceptez les consultations en psychiatrie chaque fois que cela est nécessaire et respectez les rendez-vous.

*** Population:**

Ne pas avoir de préjugés sur la maladie mentale et fréquenter les services de prise en charge psychiatrique.

Lutter contre la stigmatisation et la marginalisation des malades mentaux dans la société après leur stabilisation en les resocialisant et en démystifiant leur maladie afin de faciliter leur réintégration familiale et/ou socioprofessionnelle.

REFERENCES

1. Chauvin A.

Troubles mentaux des parents, souffrance des enfants : Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence No 8-9, Août -Septembre 1992 ISBN 02222-9617 page 477.

2. Arzimanoglou A., Aicardi J., et Laplane D.

Commission on epidemiology and prognosis, International league against epilepsy. Guide line for epidemiologic studies on epilepsy. Epilepsia: 25(2),1984.Pp 184-198

3. Baby M.

Les urgences psychiatriques au Mali; étude épidémio-clinique dans le service de psychiatrie de l'hôpital du point G. Thès. méd. Bamako 2005, N°70.

4. Bellerose C., Cadieux, E., Johnson E.

Les familles monoparentales, les publications du Québec, Québec. 1989

5. Bergeret, J.

Psychologie pathologique. Paris : Masson 1986. (cf. chapitre7 à 11, p.129-210).

6. Boudon R et François B.

Dictionnaire critique de la sociologie. Paris : Éditions « Quadrige », Presses Universitaires de France, 1994 p.250.

7. Lévi-Strauss C.

Les structures élémentaires de la parenté, Éditions Mouton. Paris 1949

8. Cloutier R., Drolet J.

La santé mentale des familles réorganisées au Québec, rapport de l'analyse secondaire de l'Enquête Santé – Québec, centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, Québec. 1990.

9. Coulibaly B.

Approche épidémiologique de la demande de soins psychiatriques au Mali.
Thès. méd. Bamako 1983, N°83

10. Déliège R.

1996. Anthropologie de la parenté. Paris : Armand Colin, 175 p.

11. YEYE D. A.

Article intitulé XXVe Congrès International de la Population : Session la famille en Afrique ; Types d'organisation familiale et urbanisation en Afrique .Le cas du Bénin : Eléments pour une sociologie de la famille Africaine moderne page 2.

12. DURKHEIM E.

Textes 3. Fonctions sociales et institutions. Les éditions de minuit. Paris 1975

13. Ey H., Bernard P., Brisset C.M.

Manuel de psychiatrie. Paris Masson 1974 : 1250p

14. Ghasarian, C.

Introduction à l'étude de la parenté. Paris : Éditions du Seuil, 1996. 276 p.

15. Gouvernement du Québec,

Pour les familles Québécoises, document de consultation sur la politique familiale, Comité international permanent du développement social, Québec 1984

16. Guelfi J.D.

Psychiatrie de l'adulte ,464 p.

17. Guelfi J. D., Boyer P., Consol S., Olivier –Martin R.

Psychiatrie ; PUF Fondamental. 932 p

18. Haidara M.

Evaluation des activités de consultation du service de psychiatrie de l'hôpital du Point G .Thèse. méd. Bamako 1995 .N° 95

19. Hetherington E. M., Camara KA.

Family in transition: the process of dissolution and reconstruction, in R.D. Parke, Reviews in Child Development Research 7: the Family, University of Chicago Press, Chicago, 1984

20. Hetherington E.M., Martin B.

Family and psychopathology in children, in H.C. Quay et J.S Werry, eds, Psychopathological Disorders of Childhood, John Wiley, New York, 1986

21. Hetherington M.E., Stanley –Hagan M., Anderson E.R.

Marital transition: A child perspective, American Psychologist ,44,no2 , 1989 ,303-312.

22. Ionescu S.

Les mécanismes de défense. Paris : Nathan Université. 1997

23. Lacan J.

"Les complexes familiaux dans la formation de l'individu. Essai d'analyse d'une fonction en psychologie " in, Autres écrits, Paris, seuil, 2001, pp 23-84. Editions Navarin 1984.

24. Koumare B. et Coudray J.P.

Problématique de la santé mentale au Mali .Mali médical ,1983 .VI, N°1.

25. Laplanche J., Pontalis J.B.

Vocabulaire de la Psychanalyse. Paris : PUF, 12^{ème} édition. 1994

26. Lemperière T. & Féline A.

Abrégé de psychiatrie de l'adulte .Masson, édit ; Paris 1977

27. Locoh T.

« Structures familiales et changements sociaux». In Population et sociétés en Afrique au sud du Sahara (sous la direction de Dominique Tabutin). Paris : L'Harmattan, 1988, pp.441-478.

28. Loeber R., Sthoutamer –Loeber .,M.

Family factors as correlates and predictors of juvenile conduct problems and delinquency ,in M . Tonry ,N .Morris ,Crime and justice : An Annual Review ,7 , 1986 , pp 29-150.

29. Makinwa-Adebusoye P.K.

« La famille Africaine en milieu rural ». In Adepoju, Aderanti. La famille africaine, politiques démographiques et développement. Paris : Édition Karthala, série Questions d'enfances, 1999 , pp.135-152.

30. Marcoux R.

Le travail ou l'école, L'activité des enfants et les caractéristiques des ménages en milieu urbain au Mali. S.L. : Études et travaux du CERPOD, 1994, No12, 200 p.

31. Mendras H., Michel F.

Le changement social, tendances et paradigmes. Paris: Armand Colin-collection, 1983, 284 p.

32. Menet Gabece Y.L.S.

Demande de soins psychiatriques, données épidémiologiques en milieu hospitalier au CHU du Point G .Thèse de médecine .Bamako, 2005.No 5 , M-116 :29-54 p .

33. Bouvard M. P., Dugas M.

Place des parents en psychiatrie de l'enfant : Etude de l'environnement familial des enfants et des adolescents hospitalisés dans un service de psychiatrie de l'enfant ; Neuropsychiatrie de l'enfance de l'adolescence, No 11-12 Novembre-Décembre 1991, ISSN 02222-96-17 page 524.

34. Ocholla-Ayayo A.B.C.

« La famille africaine entre modernité et tradition ». In Adepoju, Aderanti. La famille africaine, politiques démographiques et développement. Paris : Édition Karthala, série Questions d'enfances, 1999, pp.85-108

35. Orsot –Dessi M et al.

Les états aigus, réponses ambulatoires et hospitalières à l'hôpital psychiatrique de Bengerville, revue méd. de Cote d'ivoire, 1983, No 63, 29p.

36. Picard PGP.

Evaluation des activités de consultations externes du service de psychiatrie du CHU de Dakar (du 1^{er} juillet 1981 au 30 juin 1982) .Thèse de médecine .Dakar ,1984.142p

37. Semath F.

Epilepsie de la clinique aux examens complémentaires.
Lab casseme une société de Hoechst Marion Roussel

38. Simard P.

Espaces d'autonomie des femmes Bambara Manghadié (Mali). Série mémoires et thèse. Sainte-Foy : Université Laval, 1993, No 7, 198 p.

39. Spiro., Melford E.

« Is the family universal? ». In Marriage, family and residence. S. 1: Edited by Paul Bohannam and John Middleton, American Museum Sourcebooks in Anthropology, 1968, pp.221-235.

40. Thomas L.V et René L.

La terre africaine et ses religions. Traditions et changements. Paris : Éditions L'Harmattan, 1980, 35 p.

ANNEXE 1

FICHE D'ENQUETE

NOM-PRENOM

.....N°

Q1 AGE /___/

1°).0- 18 2°). 19-54 3°). 55-64 4°). Sup à 65

Q2 SEXE /___/

1. masculin 2.féminin

Q3 ETHNIE /___/

1 .Bamanan 2. Peuhl 3.Sonrai 4. Soninké 5.kassonké 6.bozo
7.malinké
8.Dogon 9. Autres à préciser

Q4 RELIGION /___/

1. musulman (e) 2.chrétien(e) 3. Animiste 4.libre penseur 5. Autre à préciser

Q5PROFESSION /___/

1. Agriculteur/Eleveur 2. élève/étudiant (s) 3. Profession libérale
4.Ménagère 5.fonctionnaire 6.Autres à préciser

Q6 SITUATION MATRIMONIALE DU PATIENT : /___/

1. marié (é) 2. Célibataire 3. Veuf (Ve) 4. Divorcé (é) 5 .autres

Q7 NIVEAU SCOLA IRE /___/

1. non scolarisé 2. École primaire 3.secondeaire 4. Supérieur

Q8 ORIGINE DE CONSULTATION : /___/

1 .médecin 2. Famille 3. Force de l'ordre 4. le patient lui-même
5. autre à préciser

Q9 MOTIFS DE CONSULTATION :

1. insomnie
2. Troubles du comportement
3. agitation
4. errance
5. agressivité
6. Toxicomanie
7. plusieurs des motifs de consultation
8. autres

Q10 DIAGNOSTIC EVOQUE A L'ENTREE :

1. Psychoses aiguës
2. Psychoses chroniques
3. Schizophrénie
4. Névroses
5. Psychose maniaco-dépressive
6. Pharmacopsychose
7. Autres

Q11 STATUT MARITAL DES PARENTS :

1. parents mariés cohabitant
2. séparés/divorcés
3. un parent décédé
4. les deux parents décédés .

Q12 NOMBRE D'EPOUSES DU PERE : /___/

1. plusieurs épouses
2. Une épouse
3. pas d'épouses

Q13 NOMBRE DE COEPOUSES DE LA MERE : /___/

1. pas de coépouses
2. Une coépouse
3. Plusieurs coépouses

Q14 LIEU D'ECLOSION DE LA MALADIE /___/

1. famille
2. Hors de la famille

Q15 LIEU DE VIE DU MALADE /___/

1. avec le père
2. avec la mère
3. Avec les deux parents
4. Hors des deux parents

Q16 ANTECEDENTS:

-FAMILIAUX :

PERE /___/

1. psychiatrique
2. médical
3. chirurgical
4. neant

MERE /___/

1. psychiatrique
2. médical
3. chirurgical
4. neant

Structure familiale et morbidité psychiatrique au CHU du Point G

COLLATERAUX /___/

1. psychiatrique 2. médical 3. chirurgical 4. neant

-PERSONNELS

1. psychiatrique 2. médical 3. chirurgical 4. neant

EXAMEN PSYCHIATRIQUE

Q17 TENUE /___/

1. correcte 2. Débraillée 3. Extravagante 4. Incurie 5. Autre

à préciser

Q18MIMIQUE /___/

1. adaptée 2. discordante 3. amimie 4. autre à préciser

Q19 CONTACT /___/

1. coopérant 2. familial 3. opposant 4. indifférent 5.
méfiant 6. instable 7. agressif 8. autre à préciser

Q20 CONSCIENCE /___/

1. claire/lucide 2. altérée 3. confuse 4. D.T.S 5. autre à
préciser

Q21 HUMEUR /___/

1. normale 2. triste 3. exaltée 4. labile 5. autre à préciser

Q22 PSYCHOMOTRICITES /___/

1. Normale 2. inhibition 3. catatonie 4. agitation 5.
catalepsie

6. autre à préciser

Q23 PENSEE

*COURS : /___/

1. normale 2. tachypsychie 3. barrage 4. autre à préciser

*PRODUCTIONS PATHOLOGIQUES : /___/

1. onirisme 2. obsessions 3. phobies 4. autre à préciser

Q24 DELIRE : /___/

1. oui 2. non

Structure familiale et morbidité psychiatrique au CHU du Point G

* THEMES : /___/

1. persécution
2. grandeur
3. mystique
4. filiation
5. autre à préciser

* MECANISME : /___/

1. hallucination
2. interprétation
3. intuition
4. imagination
5. illusion
6. autre à préciser

Q25 LANGAGE : /___/

1. normal
2. logorrhée
3. mutisme
4. soliloque
5. verbigération
6. bégaiement
7. palilalie
8. écholalie
9. néologisme
10. aphasie
11. Paraphasie
- 12 autre à préciser

Q26 CONTENU /___/

1. cohérent
2. riche
3. pauvre
4. incohérent
5. autre à préciser

Q27 LANGAGE ECRIT : /___/

1. normal
2. altéré
3. autres troubles à préciser

Q28 LECTURE : /___/

1. normale
2. altéré
3. autres troubles à préciser

Q29 JUGEMENT : /___/

1. adéquat
2. non adéquat

Q30 RAISONNEMENT : /___/

1. adéquat
2. non adéquat

Q31 CAPACITE D'ABSTRACTION ET DE CONCEPTUALISATION :

/___/

1. conservée
2. perturbée

Q32 MEMOIRE : /___/

1. conservée
2. amnésie antérograde
3. amnésie rétrograde
4. amnésie antéro-rétrograde
5. autre à préciser

Q33 ATTENTION : /___/

1. adaptée
2. distraite
3. focalisée
4. autre à préciser

Q34 HYGIENE CORPORO-VESTIMENTAIRE /___/

1. satisfaisante 2. non satisfaisante 3. incurie 4. autre a
préciser

4. autre à préciser

Q35 PORT D'OBJET /___/

1. acéré 2. contondant 3. non dangereux 4. autre à préciser

Q36 AUTO AGRESSIVITE /___/

1. automutilation 2. autolyse 3. autre à préciser

Q37 HETERO AGRESSIVITE /___/

1. globale 2. sélective 3. verbale 4. physique 5. autre à
préciser

Q38 INTEGRATION FAMILIALE /___/

1. bon 2. passable 3. mauvais

Q39 INTEGRATION SOCIALE /___/

1. bon 2. passable 3. mauvais

Q40 INTEGRATION PROFESSIONNELLE /___/

1. bon 2. passable 3. mauvais

Q41 ALIMENTATION /___/

1. normale 2. anorexie 3. boulimie 4. refus alimentaire 5. autre à
préciser

Q42 SOMMEIL /___/

1. normal 2. insomnie 3. hypersomnie 4. autre à préciser

Q43 SPHINCTER /___/

1. normale 2. énurésie 3. encoprésie 4. incontinence
5. autre à préciser

Q44 SEXUELLE /___/

1. sans particularité 2. hétéro 3. homo 4. auto 5. impuissance
6. frigidité 7. autre à préciser

Q45 CONDUITE ANTISOCIALE /___/

Structure familiale et morbidité psychiatrique au CHU du Point G

1. fugue
2. vol
3. viol
4. homicide
5. incendie
6. attentat à la pudeur
7. autre à préciser

Q46 HABITUDES EXOTOXIQUES /___/

1. néant
2. alcool
3. tabac
4. datura metel
5. cannabis
6. héroïne
7. cocaïne
8. poly toxicomanie
9. autre à préciser

Q47 EXAMENS COMPLEMENTAIRES /___/

1. GE
2. BW
3. VIDAL
4. TOXOPLASMOSE
5. HIV
6. EEG
7. NFS
8. LCR
9. sérodiagnostic Vidal
10. AUTRE

A PRECISER

ANNEXE 2

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : DIAKITE

Prénom : Séga

Titre de la thèse : Structure familiale et morbidité psychiatrique au CHU du Point G.

Année de soutenance : 2009

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

Secteurs d'intérêt : Psychiatrie, Santé Publique

Résumé :

Notre étude de type transversale descriptive s'est déroulée dans le service de psychiatrie du CHU du Point G de 2007 à 2008. Elle a donné les principaux résultats suivants :

- Une prédominance masculine, soit 72,9% ;
- La tranche d'âge de 19-54 ans a été la plus représentée avec 27 % ;
- les célibataires étaient les plus fréquents avec 37,76% ;
- Les agriculteurs étaient les plus touchés avec 25,3% ;
- Les patients dont les deux parents sont séparés / divorcés étaient les plus nombreux avec 36,7% ;
- l'agitation était le motif de consultation le plus fréquent avec 29,2% ;
- Les diagnostics psychiatriques retenus dominant étaient les psychoses avec 67,7 %.
- Les antécédents familiaux de troubles psychiatriques étaient fréquents chez nos patients avec 49%.
- Les pathologies étaient plus fréquentes chez les patients vivant hors des deux parents, soit 52,08.

Mots clés : structure familiale, morbidité psychiatrique.

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.

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 des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classes sociales 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 maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

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

JE LE JURE