

Ministère des Enseignements
Secondaire, Supérieur et de la
Recherche Scientifique



RÉPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi



ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008-2009

FMPOS

N°...../

Titre

**LA RECHUTE EN MILIEU PSYCHIATRIQUE
DANS LE SERVICE DE PSYCHIATRIE DU CHU DU
POINT G A PROPOS DE 165 CAS**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 24/12/2008

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odontostomatologie

Par

Melle DIAKITE Mariam I. A.

Pour obtenir le Grade de **Docteur en Médecine**
(DIPLÔME D'ETAT)

Jury

PRESIDENT :

Professeur SIMAGA Sidi Yaya

MEMBRE :

Docteur TOGORA Arouna

CODIRECTEUR :

Docteur COULIBALY Souleymane

DIRECTEUR DE THESE :

Professeur KOUMARE Baba

ADMINISTRATION

DOYEN:

Anatole TOUNKARA

Professeur

1^{er} ASSESSEUR:

Drissa DIALLO

MAITRE DE CONFERENCES AGREGÉ

2^{ème} ASSESSEUR:

Sékou SIDIBE

MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL:

Yénimégue Albert DEMBELE

Professeur

AGENT COMPTABLE:

Mme COULIBALY Fatoumata TALL

CONTROLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA

Ophtalmologie

Mr Bocar SALL

Orthopédie – Traumatologie -

Secourisme

Mr Yaya FOFANA

Hématologie

Mr Mamadou L. TRAORE

Chirurgie Générale

Mr Balla COULIBALY

Pédiatrie

Mr Mamadou DEMBELE

Chirurgie Générale

Mr Mamadou KOUMARE

Pharmacognosie

Mr Ali Nouhoum DIALLO

Médecine interne

Mr Aly GUINDO

Gastro-entérologie

Mr Mamadou M KEITA

Pédiatrie

Mr Siné BAYO

Anatomie-Pathologie-Histoembryologie

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique

Mr Abdoulaye Ag RHALY

Médecine interne

Mr Boukassoum HAÏDARA

Législation

Mr Boubacar Sidiki CISSE

Toxicologie

Mr Massa SANOGO

Chimie Analytique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Djibril Sangaré	Chirurgie Générale, Chef de D.E.R
Mr Abdel Karim Traoré Dit Diop	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie.
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie

Mr Mamadou Koné

Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE

Histoembryologie

Mr Flabou BOUGOUDOGO

Bactériologie – Virologie

Mr Ibrahim I. MAÏGA

Bactériologie – Virologie

Mr Mahamadou CISSE

Biologie

Mr Amagana DOLO

Parasitologie, **chef de D.E.R**

Mr Sékou F. M. TRAORE

Entomologie médicale

Mr Abdoulaye DABO

Malacologie – Biologie Animale

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Moussa Issa DIARRA

Biophysique

Mr Kaourou DOUCOURE

Biologie

Mr Bouréma KOURIBA

Immunologie

Mr Souleymane DIALLO

Bactériologie/ Virologie

Mr Cheick Bougadari TRAORE

Anatomie pathologie

Mr Mahamadou A Théra

Parasitologie

Mr Lassana DOUMBIA

Chimie Organique

Mr Mounirou Baby

Hématologie

Mr Gimogo DOLO

Entomologie Moléculaire Médicale

Mr Mouctar DIALLO

Biologie Parasitologie

Mr Abdoulaye TOURE

Entomologie-Moléculaire Médicale

Mr Boubacar Traoré

Parasitologie Mycologie

Mr Bakarou KAMATE

Anatomie Pathologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO

Entomologie-Moléculaire Médicale

Mr Djbril SANGARE

Entomologie-Moléculaire Médicale

Mr Bocary Y Sacko

Biochimie

Mr Mamadou Ba

Biologie/ Parasitologie entomologie médicale

Mr Moussa FANE

Parasitologie Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie- Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Adama D KEITA	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie

Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Diarra Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépto-gastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto-gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar Guinto	Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique Chef de D.E.R
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie analytique
Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOG	O	Pharmacognosie
Mr Yaya KANE		Galénique
Mr Saibou MAIGA		Législation
Mr Ousmane KOITA		Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY		Législation

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE Santé Publique, **Chef de D.E.R**

2. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAÏGA Santé Publique
Mr Jean TESTA Santé Publique
Mr Mamadou Souncalo Traoré Santé Publique

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE Santé Publique
Mr Adama DIAWARA Santé Publique
Mr Hamadoun Aly SANGHO Santé Publique
Mr Massambou SACKO Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO Santé Publique
Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie
Mr Akory AG IKNANE Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO **Bio statistique**
Mr Seydou Diarra Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA Botanique
Mr Bouba DIARRA Bactériologie
Mr Salikou SANOGO Physique
Mr Boubacar KANTE Galénique
Mr Souleymane GUINDO Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA Mathématiques
Mr Modibo DIARRA Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE Génétique
Mr Yaya COULIBALY Législation
Mr Lassine SIDIBE Chimie-Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA Bromatologie

Pr. Babacar FAYE

Pr. Eric PICHARD

Pr. Mounirou Cisse

Pr. Amadou Papa DIOP

Pr. Lamine GAYE

Pharmacodynamie

Pathologie Infectieuse

Hydrologie

Biochimie

Physiologie

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

-Ma famille :

- Mon père **DIAKITE Ibrahima**

Tu m'as toujours conseillée qu'en chaque humain il faut certaines vertus essentielles: l'amour du pays, l'honnêteté, le travail bien fait. Je prie chaque jour Dieu pour les avoir en moi.

- Ma mère **DIAKITE Adam DIA**

Courageuse et battante, tu m'as transmise l'amour de soigner les gens ; j'ai tant d'admiration pour toi. Puisse Dieu m'accorder ta force pour affronter les difficultés de cette vie.

- **Mes frères et sœurs**

En plus de cette fraternité, nous avons été des amis, des confidents. Tout au long de ces années, nous avons partagé tant de choses ensemble.

Vous m'avez toujours encouragée et assurée un environnement serein pour mieux étudier.

Je vous aime.

- Feu Massamou TOURE

De là haut, recevez mes reconnaissances et reposez en paix.

- Mes amis : SIBY Bacary, Abderhamane GAKOU, Colonel Oumar C. TRAORE, KAMISSOKO Boubacar dit Saty, Dr DIASSANA Aboubacar, TRAORE Amadou Sekou, DIALLO Thierno, DJIMDE Seydou et Youssef MAIGA.

REMERCIEMENTS A :

- **DIEU, Le Tout Puissant** de m'avoir donné la chance de mener à terme ce modeste travail ;
- tout le personnel du service de Psychiatrie du CHU du Point G ;
- tonton **COULIBALY** de la bibliothèque ;
- tontons **SACKO et DOUMBIA** de la cellule informatique.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY : Professeur Sidi Yaya SIMAGA

- Professeur Honoraire de Santé Publique,
- **Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé,**

Cher Maître, votre disponibilité et votre patience sont peu communes.

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

Votre rigueur scientifique et pédagogique, vos qualités humaines font de vous un Maître admiré, le Père de tous les étudiants.

Veillez agréer en cette occasion solennelle, cher Maître, l'expression de notre considération.

A NOTRE MAITRE ET JUGE : Docteur Arouna TOGORA

- Praticien hospitalier,
- Responsable de l'unité IV de la psychiatrie du C.H.U. du Point G,
- Assistant chef de clinique à la F.M.P.O.S.,

Cher maître, c'est une grande joie de vous avoir dans ce jury.

Tout au long de notre formation, nous avons pu bénéficier de vos hautes qualités humaines, morales et intellectuelles.

Votre souci du travail bien fait, votre rigueur scientifique et votre amour pour la profession font de vous un maître respecté.

Cher maître, recevez ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR : Docteur Souleymane COULIBALY

- Psychologue clinicien du C.H.U. du Point G,
- Assistant chef de clinique à la F.M.P.O.S.,

Cher maître, ce fut pour nous une grande fierté de compter parmi vos élèves.

Vous nous avez assisté dans l'élaboration de ce travail.

Vos encouragements, aide et suggestions ne nous ont jamais fait défaut.

Votre amour pour vos malades, vos qualités humaines forcent l'admiration.

Cher maître, soyez assuré de notre profonde reconnaissance, de notre respect et de notre sympathie.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE : Professeur Baba KOUMARE

- Professeur de psychiatrie,
- Chef du D.E.R. de médecine et de spécialités médicales à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie du Mali.
- Chef du service de psychiatrie du C.H.U. du Point G.

Cher maître, nous vous sommes reconnaissants de nous avoir spontanément accueilli dans votre service, confié ce travail et accepté sa direction. Nous vous remercions pour ces marques de confiance.

Votre amour pour la psychiatrie et la qualité de vos enseignements nous ont marqués et séduits.

Honorable maître, nous espérons avoir été à la hauteur de votre attente.

Trouvez ici le témoignage de notre gratitude.

ABREVIATIONS

C. H. U. = Centre Hospitalier Universitaire.

Consul. Ext. = consultation externe.

D. E. R. = Département d'enseignement et de recherche.

Dr = Docteur

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

Fig. = Figure.

N. A. P. = Neuroleptique à action prolongée.

Pr = Professeur.

Tab = Tableau.

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION ET OBJECTIFS.....	1
II.	GENERALITES.....	5
III.	DEFINITIONS OPERATOIRES.....	24
IV.	METHODOLOGIE.....	27
V.	RESULTATS.....	29
VI.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	39
VII.	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	42
VIII.	REFERENCES.....	44

ANNEXES

INTRODUCTION

La rechute est la réapparition des symptômes antérieurs de la maladie, qui occasionne une désocialisation, une perte économique importante et une perte d'autonomie progressive du malade. Elle est un événement grave qui s'accompagne parfois d'un comportement antisocial avec des risques élevés d'hétéro ou auto-agressivité et nécessite la plupart du temps une réhospitalisation souvent de longue durée qui compromet le processus de réadaptation sociale amorcé.

Par rechute en psychiatrie, nous comprenons avec **M'bow**, la réapparition ou la réactivation des symptômes psychiatriques. Elle met en cause l'idée de la possibilité de guérison des malades psychiatriques. [19]

Les rechutes constituent un problème majeur dans la prise en charge des malades mentaux. Les rechutes restent fréquentes en psychiatrie et surviennent chez 60 à 80% des patients. [3]

Dans tous les pays, le phénomène de rechute en milieu psychiatrique constitue un problème majeur. Au Sénégal, on estime à 36.59% le taux de réhospitalisation à la clinique DIOP de Dakar [19], tandis qu'en Australie il est de 38%, six mois après la sortie de l'hôpital. [20] En France, P. Pichot et H. R. Debray retrouvèrent un taux de 60%. [23] Au Mali, les données épidémiologiques faisant ressortir explicitement la prévalence des rechutes ne sont retrouvées que dans la thèse de Coulibaly B. où elle est estimée à 50.30%. [6] ;

Dans sa thèse **Coulibaly A.** [5] a retrouvé une prévalence des rechutes de 31.49% dans le service de psychiatrie de l'hôpital du Point G.

Aussi parmi les facteurs de rechute, le rejet occupe une place de choix. Rejeté, le malade mental l'a été jusqu'au fond des asiles. Aujourd'hui, les relations entre le rejet et la rechute constituent une problématique à la fois inchangée et profondément renouvelée.

Ainsi, les rechutes peuvent être à l'origine de l'errance des malades qu'on rencontre partout dans nos villes à cause du fait que les familles épuisées sont lassées de suivre leur malade et finissent par les abandonner.

Les rechutes sont aussi à l'origine de multiples consultations en ambulatoire et des ré hospitalisations des malades suivis au service de psychiatrie du CHU de Point G.

En tenant compte des malades mentaux chroniques errant aux alentours de l'hôpital ainsi que ces visages déjà connus qui font des va et vient dans le service de psychiatrie du CHU du Point G avec une pleine déstructuration de la conscience nécessitant une nouvelle hospitalisation ou une nouvelle prise en charge en ambulatoire, nous pouvons considérer que les rechutes constituent un défi majeur à toute l'organisation de l'assistance psychiatrique au service de psychiatrie du CHU du Point G.

Au delà de l'individu malade, la rechute implique parfois toute la collectivité surtout en cas d'extrême dangerosité vis-à-vis d'autrui. Elle peut sous-entendre l'échec et avoir un effet démoralisant et démobilisateur.

Ce problème est autant préoccupant qu'angoissant pour tout praticien soucieux de l'état de santé d'un malade.

De nos jours, l'avènement des molécules neuroleptiques ont permis de réduire l'utilisation de la contention physique et de l'isolement en cellule. De plus, le champ des neurosciences et les procédés de prise en charge et d'assistance ont connu des progrès remarquables. Cependant, le problème de la rechute demeure entier et préoccupant devenant ainsi une source d'interrogation par rapport au diagnostique, à la psychopathologique, à l'étiopathogénique et à la thérapeutique. La grande fréquence, la multiplicité de l'expression et la complexité de la prise en charge font de la rechute un véritable problème de santé publique.

Les rechutes peuvent aussi être à l'origine de l'idée que la pathologie mentale est incurable ; ce qui renforce les croyances populaires par rapport à l'incurabilité des malades mentaux et favorise la stigmatisation de ces derniers dans la société. [1]

Ce problème est d'autant très important que la recherche de solution doit trouver une place de choix dans tout programme de prise en charge globale des malades mentaux.

En tout état de cause, il s'agit d'un sujet d'actualité qui entraîne de multiples problèmes diagnostiques, thérapeutiques, familiaux et sociaux suscitant les interrogations les plus diverses, notamment :

- pourquoi et comment est survenue la rechute ?
- quels sont les facteurs qui la déterminent ?
- quelles sont les mesures à prendre pour prévenir dorénavant les rechutes ?

Pour notre part, il serait opportun de chercher à cerner le phénomène de rechute des malades suivis au service de psychiatrie du CHU du Point G en vue d'élucider les tenants et les aboutissants de ce phénomène. Il s'agit pour nous d'adopter une approche qui pourrait en expliquer quelques uns de ces aspects et éventuellement y apporter un éclairage. Il ne s'agit pas de mettre en cause les modèles thérapeutiques envisagés jusqu'ici mais d'étudier les facteurs déterminants de prise en charge des malades mentaux en vigueur au service de psychiatrie du CHU du Point G.

Notre approche consiste à prendre en compte tous les facteurs de la prise en charge, notamment ceux qui dépendent des caractéristiques de la maladie, du malade, du médecin prescripteur, des produits prescrits et du contexte socioculturel et familial.

Devant l'insuffisance de recherche sur les rechutes et face à leur fréquence élevée, surtout chez les jeunes, il nous a paru opportun d'entreprendre la présente étude qui vise les objectifs suivants :

Objectif général :

Etudier les facteurs déterminant les rechutes observées lors de la prise en charge des patients psychiatriques au service de psychiatrie du CHU du Point «G ».

Objectifs spécifiques :

1. Déterminer la fréquence des rechutes ;
2. Décrire les caractéristiques socio- démographiques des patients ;
3. Décrire les divers facteurs de rechutes retrouvés ;
4. Décrire les différentes pathologies mentales les plus fréquentes qui font l'objet de rechutes.
5. Décrire les traitements suivis par les patients.

A. Historique de la pratique psychiatrique (évolution des idées sur la maladie mentale):

L'histoire du discours sur les maladies mentales remonte aux temps les plus reculés depuis la Grèce antique où Hippocrate sous l'influence de Démocrite a jeté les bases d'une compréhension scientifique des maladies dont celles de la psychiatrie.

HIPPOCRATE (460 avant J. C.) est le médecin qui a effectué la synthèse des connaissances de son temps, il est à l'origine de la "théorie humorale". Selon celle-ci, la santé est fonction de l'équilibre des humeurs (sang, bile ...). Il illustre son opinion sur les troubles psychiatriques : « la satisfaction, la joie, le rire, le jeu d'un côté et de l'autre la tristesse, la douleur, le mécontentement et les plaintes proviennent du cerveau. De ce dernier nous devenons fou et nous délirons ; nous sommes pris par l'angoisse, la peur soit pendant la nuit, soit pendant le jour ».

Cette vision des troubles psychiatriques a été abandonnée pendant la période féodale du moyen âge, surtout quand la religion s'est emparée du développement de la science et de la culture. Elle explique les troubles mentaux par une possession démoniaque, une manifestation du péché, de l'hérésie et envoie les malades au bûcher. Le comportement bizarre du malade était interprété comme étant le résultat de la possession des sujets malades par des pouvoirs diaboliques. La maladie mentale était considérée comme « un sort diabolique », « une puissance du démon sur l'âme de l'homme ».

La renaissance est la période où apparaissent quelques grands médecins humanistes, Jean WIER (1515- 1588) qui s'insurge contre la pratique du bûcher appliquée aux fous, Saint Jean-de-Dieu (1495-1550) mérite d'être cité pour son oeuvre hospitalière, mais aussi parce qu'il est considéré comme le saint-patron des hôpitaux psychiatriques.

Michel FOUCAULT, à l'âge classique propose la thèse du renfermement des fous et voit dans la fondation de l'Hôpital Général de Paris en 1656 l'acte premier de ce grand renfermement.

.Après cette période la conception qui considérait la maladie mentale comme la manifestation des passions perverses de l'âme et de la volonté méchante de l'individu a trouvé son expression dans les travaux des psychiatres allemands de la première moitié du XIXe siècle. En comprenant les maladies comme telles, on supposait que le malade mental ne devait pas être soigné mais puni comme porteur du mal et du vice.

De 1800 à 1860 sont apparus les premiers aliénistes qui ont consacré tout leur temps à fonder, diriger ou reformer des asiles d'aliénés. Souvent l'aliéniste vit dans l'asile, observe et connaît tous ses malades individuellement et s'adonne à des recherches d'anatomie cérébrale où il croit que réside le secret des maladies mentales

Philippe Pinel (1745-1826) qui donna naissance à la psychiatrie comme une branche de la médecine au début de l'ère médicale scientifique au XIXe siècle, naissance représentée symboliquement par le geste de Pinel libérant les fous.

Son but essentiel est de traiter (psyché, médecin). Cette science appliquée s'inspire des données de la psychopathologie, mais aussi des apports très différents (physiologie, droit, anatomie, chimie...)

Dans sa première édition, il apporta un regard nouveau sur la folie : le fou n'est plus un 'insensé', la communication reste possible avec lui, car sa raison n'est jamais totalement perdue. Cet espace de la rencontre possible avec le fou est à l'origine de l'asile qui n'est pas seulement conçu comme lieu de renfermement et d'exclusion. Il introduit le traitement moral : parler avec douceur, compatir avec le patient et lui redonner espoir, éléments fondamentaux de toute psychothérapie.

Dans sa deuxième édition, il développe son expérience institutionnelle, montre l'importance des relations avec l'entourage familial, le milieu, les autres malades dans le déclenchement, la persistance, l'aggravation de la maladie mentale.

Après, il y eut d'autres aliénistes : Esquirol (1772-1840), Bayle (1799-1858), Morel et Falret J. Pierre (1794-1870).

Le XX^e siècle qui est considéré comme l'âge contemporain de la psychiatrie est divisé en deux périodes par la seconde guerre mondiale.

Depuis les travaux de Bayle, la psychiatrie fut rattachée à la neurologie qui devient une de ses cousines en décrivant le cerveau comme le support de l'esprit faisant ainsi l'objet de la recherche car c'est lui qui tient la clef de l'étiologie des maladies mentales.

Henri Ey, le dernier représentant des descriptions cliniques tente une synthèse entre les symptômes psychiatriques et les données neurophysiologiques par la théorie de l'organodynamisme. Il explique comment le manque d'une fonction peut engendrer l'excessif développement d'une autre jusqu'au saut dans le pathologique.

La seconde guerre mondiale et le souffle de liberté qu'elle a apporté sur la civilisation occidentale est le véritable tournant pour la psychiatrie, notamment avec la désinstitutionalisation.

C'est une période qui voit diminuer le rôle de l'hospitalisation dans les établissements de grande capacité, souvent éloignés des grands centres urbains et l'extension des traitements extrahospitaliers et des structures intermédiaires.

B. Evolution des idées sur la psychopathologie occidentale :

1. Notion de Psychopathologie :

La psychopathologie est une branche de la psychologie définie par son objet, l'étude des troubles mentaux, (ce qui l'oppose à la psychologie sociale ou à la psychologie de l'enfant par exemple). Si la psychiatrie et la psychopathologie ont des champs très proches, les buts et les moyens ne sont pas les mêmes : la psychopathologie a pour but une compréhension du fonctionnement psychique à partir des déviations. [2]

Historiquement la psychopathologie a été fondée par Th. Ribot. Elle est née des apports médicaux (psychiatriques), philosophiques (phénoménologie), psychodynamique (psychanalyse) et sociologiques. Quelque soit la méthode employée pour l'étude des troubles mentaux, on doit partir de l'observation de conduites et de comportement allant du plus manifeste au plus caché.

La psychopathologie tend à comprendre les différentes organisations renvoyant à des problématiques particulières.

2. Evolution de la pensée psychopathologique :

*** Dans la première moitié du XIXe siècle :**

La méditation psychopathologique tourne au tour des quatre thèmes principaux :

- la première conception cherche à se référer à une systématisation des facultés humaines. Elle est considérée comme une instance régulatrice que la clinique doit prendre pour guide. Les tenants de cette thèse sont les empiristes anglais et les sensualistes écossais.

- la deuxième considère son champ d'investigation selon que le désordre atteint une faculté ou ensemble des facultés. Dans le premier cas selon la faculté lésée, le trouble peut être partiel ou global. Cette dichotomie restera longtemps décisive.

- la troisième conception considère l'étiologie comme éclectique : les causes des troubles mentaux vont de la solitude au traumatisme crânien, en passant par les intoxications, l'abus des plaisirs vénériens et les émotions trop fortes. L'ensemble de ces étiologies est tenu pour homogène. La référence au cerveau n'a rien de polémique.

- la quatrième tient compte de la durée qui ne semble pas essentielle. Nul ne songe à répartir les troubles en aiguës ou chroniques. Le rapport au temps ne semble décisif à personne.

*** Dans la seconde moitié du XIXe siècle :**

La connaissance des maladies infectieuses impose à la psychiatrie un modèle anatomoclinique qu'elle se trouve obligée d'accepter. La description des altérations de telle ou telle faculté n'est plus de mise mais celles des entités morbides semblables aux maladies des autres spécialités. On refuse d'ordonner les troubles mentaux en fonction des symptômes trop variables dans le temps. On refuse de donner la première place aux causes. La référence au cerveau devient une prise de position virulente. Deux groupes se distinguent : les « unitaires » et les « localisateurs ».

Dès lors l'éclectisme étiologique va à sa perte. Nul ne sait plus que faire des « causes morales » de la folie, et l'on ne cesse de considérer un malade mental comme celui dont une ou plusieurs facultés sont lésées. D'ailleurs le mot « lésion » ne peut avoir qu'un sens physique.

Morel crée la notion de « dégénérescence », reprise par Magnan dans un sens assez différent qui explique ainsi un certain nombre de troubles comme la manifestation d'une anomalie personnelle liée à l'hérédité. Le malade est considéré comme radicalement différent des autres dans la mesure où l'avatar héréditaire détermine des symptômes morbides et les troubles du comportement : la maladie devient alors un destin significatif du trouble en cause.

Plusieurs notions directrices en découlent. D'abord celle de « prédisposition » et de « fragilité » conçue de manière univoque sous les termes de « dégénérescence » (Morel) puis de « déséquilibres » (Magnan) ou diversifiée avec des idées de constitutions morbides (A. Delmas). Au même moment apparaît le concept de « psychoses endogènes » (Kraepelin). L'expression de « psychoses fonctionnelles » indiquait l'impuissance à définir le trouble anatomiquement ; celle de « psychoses endogènes » transforme ce défaut en force et regroupe l'ensemble des troubles qui ne doivent rien aux hasards des influences extérieures : la psychose maniaco-dépressive d'un côté, la démence précoce de l'autre, en sont quelques exemples essentiels. Dès lors, la durée est devenue une donnée psychiatrique de base. Sa variété « chronique » s'avère la plus fréquente.

*** Au XXe siècle :**

Deux positions théoriques se distinguent, l'organicisme et la phénoménologie. La pensée de Kleist, conception organiste partant d'une sémiologie minutieuse, fait correspondre à chaque lésion corticale circonscrite, un signe psychiatrique de manière à réduire chacune à une mosaïque de signes discrets et à l'expliquer par la présence des lésions bien circonscrites. Les délires chroniques ainsi diversifiés deviennent le modèle central de la psychiatrie.

La pensée psychopathologique de P. Guiraud met l'accent sur les troubles de l'humeur comme la psychose maniaco-dépressive en soulignant son lien avec des troubles du fonctionnement hypothalamique.

E. Bleuler souligne les signes primaires du processus pathologique tout en remarquant que l'essentiel de la symptomatologie est fait de signes secondaires.

Clerambault souligne que dans les délires chroniques il fallait attacher la plus grande importance aux manières dont le patient organisait son existence par rapport aux troubles fondamentaux.

La perspective psychanalytique en psychiatrie est issue du domaine des névroses qu'elle a contribué à préciser dans la clinique où elle a privilégié le groupe des névroses dites de transfert et dont elle a rendu compte selon quelques avatars possibles de l'évolution affective de l'enfant, structurée selon la situation œdipienne. Le style de cette évolution peut être double :

- un style névrotique en continuité avec le normal, très diversifié (interprété en conflits inconscients) et opposant le moi au surmoi.

- un style psychotique séparé du normal et du névrotique en rapport avec le conflit opposant du moi au monde diversifié par les formes qui peuvent prendre les relations d'objet. Dès lors le champ entier de la psychiatrie peut être abordé car il ne s'agit pas rigoureusement d'une conception étiologique mais d'un mode d'abord qui devant n'importe quelle trouble mental y voit l'essentiel dans le style des relations objectales du patient et l'interprète par référence à la situation œdipienne et au mode de son évolution.

L'organodynamisme de Henri Ey a eu pour souci d'ordonner un champ, de prime abord disparate, et reparti dans vingt paragraphes dispersés des traités classiques allant de la manie aux états confusionnels. Pour le systématiser, il décide de laisser au second plan leur symptomatologie et l'ensemble deviendra linéaire non en fonction des causes mais en fonction d'un trouble primordial susceptible de varier selon le plus et le moins mais sur une seule ligne. Ce trouble principal est l'altération du champ de la conscience.

Il s'en dégage la notion de plusieurs degrés de déstructuration de la conscience, chaque degré permettant à la fois de déduire en clinique la symptomatologie et en psychopathologie la raison d'être des troubles. A chaque degré de déstructuration de la conscience, l'écart organique permet précisément de ne pas tout réduire à l'organicité de l'étiologie : les signes négatifs en dépendent directement mais les signes positifs correspondent à la libération relative à l'imaginaire tenant la première place à la symptomatologie et le comportement.

Cette conception du domaine des psychoses aiguës sert alors de modèles qui mettent en ordre tout le reste du champ de la psychiatrie. Henri Ey l'opère en faisant intervenir une seconde variable la structure de la personnalité, c'est-à-dire l'organisation temporaire de l'être du sujet.

Le malade mental atteint de psychose aiguë est un homme plus ou moins en proie à son imaginaire, selon que la structuration actuelle de sa conscience est plus ou moins altérée ; par analogie le malade mental atteint de trouble chronique est un homme dont la structuration temporelle de la personnalité est atteinte.

La psychopathologie s'est en outre enrichie des connaissances extrinsèques à la clinique à partir d'autres domaines en relation avec la psychiatrie : conception biologique générale - réflexologie de Plavlov, théorie sociologique - culturalisme, théorie philosophique - la phénoménologie et une discipline venue de la linguistique- le structuralisme.

C. Représentations et prises en charge traditionnelles des maladies mentales :

1. Représentations

Les représentations et interprétations traditionnelles des maladies renvoient le plus souvent au principe de causalité. Elles mettent l'accent sur les causes médiates et lointaines en relation avec le lien social et le groupe au détriment des causes immédiates liées à l'individu et à la personne qui n'en sont pas pour autant méconnues. Dans l'univers mental malien ou africain, les troubles mentaux sont considérés comme des désordres causés par des diables, de mauvais esprits, de mauvais sorts, de forces sombres de la nature, la colère des ancêtres. Cette conception est la conséquence directe de la représentation que l'africain se fait du monde, de l'individu et des maladies.

Dans toutes les cultures traditionnelles maliennes (Bambara, Bobo, Minianka, Sonrhai, etc.....) il existe deux mondes parallèles, le premier visible, matériel (celui des hommes, animaux, terre, plantes, eau, air, feu, etc....) qui est sous la domination et la protection d'un second, invisible (Dieu et ses intermédiaires : esprits des ancêtres, les autres divinités et les forces surnaturelles). Le premier monde est celui de l'imperfection, du mal et de la mort. Le deuxième est celui de la vérité, du pouvoir, de l'éternité. Dans la cosmogonie bambara qui est comparable à celle des autres ethnies du Mali, il existe un Dieu créateur tout puissant qui est le DABAGA MANSA « roi créateur » il est invisible et physiquement inaccessible. Il a créé des divinités intermédiaires qui sont matérialisés par des objets : fétiches ou « jo » ou « boli ». [14]

Ainsi dans le contexte traditionnel malien, les maladies mentales sont causées par des forces surnaturelles punissant ceux qui les ont offensés de façon volontaire ou involontaire, ou par de mauvais sorts.

En milieu traditionnel la notion de guérison des maladies mentales est entamée par de nombreux préjugés concernant la possibilité de guérir de la maladie mentale, ou de la traiter par la médecine conventionnelle ou bien de pouvoir en guérir définitivement, seuls certains guérisseurs sont réputés avoir des dons surnaturels dans ce domaine.

Dans ce contexte traditionnel en tout état de cause, l'idée de guérison dans le cas des maladies mentales n'apparaît pas clairement. Car tantôt on attend un retour pur et simple à l'état de santé antérieur, tantôt on trouve que les maladies étant causées par les djinns ne sont pas accessibles au traitement moderne. Ce qui renforce les croyances populaires par rapport à l'incurabilité des malades mentaux et favorise la stigmatisation de ces derniers dans la société. Ainsi selon l'opinion générale traditionnelle, la guérison de ces pathologies n'est possible qu'avec le traitement par les guérisseurs traditionnels.

Donc, le traitement conventionnel n'est que symptomatique avant l'entreprise du traitement étiologique par les guérisseurs. Certaines familles, en amenant leur malade au service de psychiatrie de CHU du Point G demandent au personnel de le calmer avant qu'elles ne l'amènent faire le traitement traditionnel jugeant ainsi que ces types de maladies ne se soignent pas à l'hôpital. Qu'ils l'avouent ou non, la presque totalité des patients ont suivi un traitement traditionnel ou le suivront par la suite.

2. Prise en charge des pathologies mentales en milieu traditionnel et notion de guérison:

Dans le traitement traditionnel, certains éléments apparaissent primordiaux dans la pratique du guérisseur : la communication avec le malade, le sacrifice, l'utilisation du fouet « thérapeutique », la divination et la magie.

Les techniques utilisées par les guérisseurs sont très variables et peuvent être en fonction des pathologies présentées par le patient et la conception et les représentations que le guérisseur se fait de la maladie.

On rencontre différents types de guérisseurs dont les principaux sont :

- les exorcistes (marabouts, jinètigiw, féticheurs)
- les herboristes (plantes)
- les guérisseurs chasseurs (parties d'animaux et de plantes)

Mais dans la prise en charge du malade mental, les guérisseurs « jinètigiw » sont les plus sollicités dans notre contexte socioculturel. [26]

D. Prise en charge conventionnelle des pathologies mentales :

1. Evolution de la prise en charge et du traitement des pathologies mentales :

Malgré le caractère logique de leur philosophie et de leur médecine, les Grecs de l'Antiquité avaient recours à la religion pour demander à Asclépios (Dieu de la médecine) la guérison des maladies en général et celles du mental en particulier pendant des millénaires. Selon Hippocrate, le médecin cherche à restaurer l'équilibre, notamment par une alimentation et des médicaments appropriés, tout en n'excluant pas l'écoute du malade.

Selon d'autres courants de l'époque, la thérapeutique consiste en exercices, massages, voyages, bains, saignées, purgation, diète, herboristerie.

Au moyen âge des centaines de milliers de malades psychiques ont péri dans des asiles, victimes des tortures inhumaines, immolés sur le bûcher comme étant des sorciers.

Au XVIII^e siècle on supposait que le malade mental ne devait pas être soigné mais plutôt puni comme porteur du mal et du vice. C'est pourquoi à leur égard on utilisait les méthodes les plus atroces. Ainsi au lieu d'être soigné, il était puni. Les moyens utilisés étaient entre autres les enchaînements, le bâillonnement, l'utilisation des camisoles de force.

Philippe Pinel (1745-1826) a été le premier à introduire le traitement humain des aliénés en enlevant les chaînes des pieds des malades mentaux. Par cet acte glorieux il jeta ainsi les bases de la psychiatrie scientifique en France.

Dans le cadre de l'humanisation, du traitement et de la protection des droits humains fondamentaux des malades mentaux, Esquirol a été à l'origine de la promulgation de la loi du 18 juin 1838 qui protégea les droits et les intérêts des malades mentaux. Cette loi interdit le placement des malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques en l'absence d'un diagnostic attestant la maladie mentale.

Cependant malgré ces différentes avancées significatives du XIXe siècle, dans le domaine de l'humanisation de la pratique psychiatrique et de l'affranchissement du malade mental, le traitement de ce dernier n'a pas connu pour autant une évolution notable.

Ce n'est qu'au XXe siècle que le traitement des pathologies psychiatriques a connu un essor considérable avec la psychiatrie biologique jetant les bases de la psychopharmacologie et plus tard de la chimiothérapie avec l'avènement des neuroleptiques dont les premiers sont apparus en 1952 : la chlorpromazine et la réserpine.

L'Imipramine (chef de file des tricycliques) et l'iproniazide (I.M.A.O.) furent découverts en 1957 et, le lithium à partir des années 70.

On distingue 3 classes de substances psychotropes :

- les psycholeptiques (sédatifs psychiques) ;
- les psychoanaleptiques (stimulants psychiques) ;
- les psychodysleptiques ou "drogues" (agents perturbateurs de l'activité mentale).

Seuls les psychoanaleptiques et les psycholeptiques sont utilisés en thérapeutique.

Dans cette même optique, la psychothérapie qui était jadis, le seul moyen de traitement appliqué au malade mental a connu un essor considérable avec la prolifération des différentes méthodes : thérapies individuelles, psychothérapies collectives, thérapies comportementales, thérapies analytiques et d'inspiration analytique. La plupart de ces méthodes psychothérapeutiques se sont inspirées des théories behavioriennes et surtout psychanalytiques dont les principaux concepts ont été élaborés par S. Freud jetant ainsi les bases d'une nouvelle approche de la vie psychique. Avec la psychanalyse, la compréhension de la vie psychique des malades mentaux devenait désormais un élément essentiel du processus de leur prise en charge.

Les thérapies familiales et l'approche systémique regroupent un ensemble de pratiques et de théories où l'on considère un patient, non comme un individu isolé, mais comme étant vitalement lié à son milieu.

2. Activités de prise en charge au service de psychiatrie du CHU du Point « G »

Au Mali la prise en charge des malades mentaux englobe les différents aspects des soins (préventifs, curatifs et promotionnels) et s'inscrit dans le cadre d'un programme de santé mentale. L'essentiel de la prise en charge des malades mentaux se fait dans le service de psychiatrie du CHU du point G.

Cette structure pour la prise en charge procède aux soins conventionnels essentiellement curatifs, il s'agit des classiques traitements mentaux neurologique, psychiatrique utilisant la chimiothérapie, la psychothérapie, la sociothérapie, la thérapie par le Kotèba.

Les soins promotionnels résident dans l'implication des professionnels, de la famille et de la communauté dans la prise en charge des malades mentaux en vue de faciliter leur guérison, leur insertion socioéconomique et professionnelle afin d'éviter leur exclusion sociale. Les principales activités de prise en charge des malades mentaux sont entre autres les consultations, les hospitalisations, le traitement.

*** La consultation**

Les patients examinés en consultation psychiatrique peuvent venir d'eux-mêmes ou être accompagnés soit par la famille, un ami ou les forces de l'ordre. Il peut s'agir de nouveaux patients qui vont être suivis à titre externe ou être hospitalisés. La démarche adoptée par le médecin est déterminée à l'issue de l'entretien avec le patient.

*** L'hospitalisation :**

L'hospitalisation se fait sur décision médicale comme partout ailleurs. Mais la particularité de l'hospitalisation dans le service de psychiatrie du CHU du Point G est l'exigence d'un accompagnant auprès du patient dans le but d'un soutien moral, de donner des informations sur l'évolution de l'état du patient et de surveiller la bonne prise du traitement.

*** Les conditions d'hospitalisation des malades mentaux :**

En matière de placement ou d'hospitalisation, il convient de noter que le Mali a reconduit la législation française, notamment la loi du 27 juin 1990 [7] qui a pour but de protéger le malade mental hospitalisé sans son propre consentement. Cette loi a prévu divers intervenants afin d'éviter les mesures arbitraires ; de privilégier les actions de prévention, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.

La loi (article L326-3) indique qu'en toutes circonstances la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

Le patient doit être informé dès son admission, et tout au long de son hospitalisation, de sa situation juridique et de ses droits.

Enfin, la loi rappelle que « tout protocole thérapeutique » pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en œuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur.

Au regard de la pratique l'hospitalisation du malade mental peut se réaliser selon les modalités suivantes :

- L'hospitalisation avec consentement : c'est l'hospitalisation libre (H.L.) ;
- L'hospitalisation sans consentement.
 - Hospitalisation à la demande d'un tiers (H.D.T.) : elle remplace le placement volontaire ;
 - Hospitalisation d'office (H.O.). [7]

*** Les pathologies psychiatriques prises en charge dans le service :**

Les différentes pathologies psychiatriques prises en charge au CHU du Point G sont regroupées selon la classification des maladies mentales en psychoses, névroses et en troubles de l'humeur. [15]

- Les névroses :

La névrose se définit comme un état d'inadaptation affective, principalement caractérisée 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 leur symptomatologie prédominantes (angoisse ; hystérie ; phobie ; obsession). [11]

- 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. [11].

• Les psychoses aiguës :

Ce sont des états délirants et généralement polymorphes dans leurs thèmes et expressions [10]

Ce sont des troubles aiguës, de durée brève, et dont la forme classique est la bouffée délirante polymorphe ; terme non retenu par la nosographie de l'O.M.S mais bien individualisé dans la classification française [21]

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 psychoses chroniques : sont classées en :

⇒ 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, la paranoïa et la psychose hallucinatoire chronique (PHC)

⇒ **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. [15]

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, les hallucinations et les idées délirantes mal systématisées. Ces troubles évoluent, en règle générale vers une désorganisation d'allure déficitaire de la personnalité. [11]

Il existe différentes formes de schizophrénie : la schizophrénie simple, l'hébéphrénie, l'hébéphrénie catatonique, la schizophrénie paranoïde, l'héboïdophrénie.

- **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. [15] Les principaux troubles de l'humeur sont : la psychose maniaco-dépressive, la manie, la dépression.

- **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. [11]

•**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. [11]

- **La démence** : d'origine lésionnelle, la démence est classiquement un affaiblissement global, acquis, progressif et spontanément irréversible de toute l'activité psychique. [12- 15]

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. [15]

- **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 ».

- **Les Déficiences intellectuelles** : sont des insuffisances congénitales ou liées à des atteintes très précoces du développement intellectuel. [11] Classiquement, on distinguait dans un ordre de gravité croissante et selon des critères diagnostics : l'imbécillité, l'idiotie, le crétinisme.

*** Le traitement :**

Les moyens thérapeutiques habituellement utilisés dans la prise en charge des malades mentaux au service de psychiatrie du CHU du Point G sont les suivants : la chimiothérapie, les psychothérapies et les sociothérapies.

- La chimiothérapie :

La chimiothérapie a recours essentiellement aux psychotropes :

- **Les molécules :**

⇒ Les neuroleptiques : la chlorpromazine, la lévomépromazine, la fluphénazine, l'halopéridol, le dropéridol (qui est à action rapide), le teflutixol (fluanaxol), l'amisulpride (solian), le tiapride.

Il y a les neuroleptiques d'action prolongée : l'oenanthate de fluphénazine(moditen retard) et le décanoate de fluphénazine (modécate), le palmitate de pipotiazine (piportil retard), le décanoate de flupenthixol (fluanaxol retard), l'halopéridol retard.

⇒ Les antidépresseurs : Imipramine (tofranil), Clomipramine (anafranil), Trimipramine (surmontil), Amitriptyline (laroxyl)

⇒ Les tranquillisants : le Diazépam, l'Oxazépam., le Clorazépate, le Lorazépam, le Bromazépam, le Clorazépam.

⇒ Les hypnotiques : le nitrazépam (mogadon), le zolpidem (stilnox).

- **Les effets indésirables**

- Des neuroleptiques

⇒ Les effets neurologiques

Les effets extra-pyramidaux précoces :

- . les dyskinésies aiguës : des globes oculaires (révulsion des yeux, plafonnement...) ; de la région bucco-linguale (trismus, protrusion de la langue, difficultés de déglutition) ; de la musculature axiale (torticolis spasmodique, rotation du tronc, opisthotonos, emprostotonos, camptocormie).
- . Le syndrome parkinsonien : l'akinésie (caractérise l'« imprégnation » neuroleptique proprement dite), le syndrome akinéto-hypertonique, le syndrome hyperkinétique.

- . Les dyskinésies tardives.

Les effets neurovégétatifs

- . Effets cardio-vasculaires : notamment l'hypotension artérielle orthostatique surtout avec chlorpromazine et lévomépromazine. Ceci peut constituer une contre indication chez les personnes âgées (risques de chutes et de fractures).

- . Modifications de la régulation thermique :

- les hypothermies sont fréquentes.

- Le syndrome malin

⇒ Les accidents allergiques et toxiques

- . Accidents cutanés : une sensibilisation particulière au soleil que les patients doivent connaître afin d'éviter les expositions solaires prolongées.

- . Accidents oculaires : des rétinites pigmentaires

- . Ictères avec la chlorpromazine : les phénothiazines doivent être évités quand un malade a présenté un ictère dans ses antécédents.

- . Toxicité cardiaque

- . Accidents thrombo-emboliques. Accidents sanguins en cas de prédisposition ou d'alitement prolongé.

⇒ Les effets digestifs

Il s'agit principalement d'une hyposialorrhée et d'une constipation.

⇒ Les effets métaboliques et endocriniens :

Il s'agit de prise de poids dépassant souvent 10 kg, d'une oligospanioménorrhée qui se corrige à l'arrêt du traitement, d'un syndrome aménorrhée-galactorrhée.

Les troubles sexuels enfin sont à type d'anéjaculation, d'impuissance chez l'homme et d'anorgasmie chez la femme.

⇒ Les effets secondaires de nature psychique

Indifférence et passivité sont les deux manifestations le plus souvent décrites :

- . Etat dépressif

- . Les états anxieux avec les neuroleptiques désinhibiteurs après plusieurs semaines d'utilisation.

- . Les états confusionnels

- Des antidépresseurs

⇒ La constipation, des troubles de l'accommodation, de l'hypersialorrhée et d'accidents de rétention urinaire.

⇒ L'hypotension artérielle qui peut être à l'origine de lipothymies, de vertiges et de chutes.

⇒ De palpitations, de sueurs et de bouffées de chaleur.

⇒ Le syndrome tremblement-dysarthrie qui caractérise les effets neurologiques.

⇒ L'asthénie, les céphalées et l'impuissance sexuelle. L'insomnie pose un problème particulier car elle correspond à la fois à un des symptômes principaux des états dépressifs et à un effet secondaire des tricycliques dû à l'action anticholinergique centrale de ces produits.

- Des tranquillisants :

La somnolence, les troubles de la vigilance et l'asthénie sont dus aux propriétés sédatives et myorelaxantes de ces produits.

Les autres incidents plus rares (moins de 10% des cas). Il peut s'agir d'hostilité paradoxale, d'amnésie antérograde ou lacunaire, d'hypotonie brutale et d'accidents cutanés (rash, urticaire, œdème).

- Des hypnotiques :

La somnolence en début de journée, sensations vertigineuses, céphalées, parfois des troubles de la coordination et de l'équilibre [12].

- **Les psychothérapies** sont entre autres :

- les entretiens individuels
- les entretiens de groupe
- le koteba thérapeutique qui est une thérapie de groupe inspirée du koteba traditionnel.

- Les sociothérapies :

- l'ergothérapie au cours de laquelle les patientes réapprennent à cuisiner ou perfectionnent leurs talents culinaires dans le but d'une meilleure réinsertion socio- familiale ;
- la thérapie par l'occupation qui permet au malade de s'occuper de certaines tâches qu'on lui confie.

I. Notions de guérison et de rechute en psychiatrie

L'excès d'un malade de l'hôpital sur décision médicale suppose a priori la guérison de ce dernier.

La guérison est définie selon le Nouveau Petit Robert de la langue française comme étant « le fait de guérir, de retrouver la santé » [24] ; « d'une manière générale, la disparition des signes cliniques » ou « Recouvrer la santé, aller mieux et sortir de la maladie » [17].

Pour le docteur Sarano, la guérison n'est pas un retour à la santé et se juge « dans le temps et plus par comparaison d'états successifs chez le même individu ». Il ajoute « autant de maladies, autant de malades, autant de façons de guérir » et cite comme exemple de vision aussi bien l'invalidité que la convalescence et le compromis [8].

Ces différentes définitions suscitent l'interrogation sur les critères de la guérison. Doit-elle être temporaire ou définitive?

En étudiant la notion de « guérison psychique » chez Freud, Monique Totah conclut qu'elle s'apparente « à un réaménagement du moi, une réorganisation des intérêts, un changement et une reconstruction du fonctionnement psychique ».

Elle la résume à un « élargissement du moi » ((Totah, 2001).

Mais plus encore, il me semble, elle envisage la guérison comme le « projet d'une transformation par rapport à une souffrance » (Totah, 2001), le projet du passage d'un état à un autre [27].

Nous retenons comme définition opérationnelle celle du Larousse Médical selon laquelle, la guérison est : « la disparition totale des symptômes d'une maladie ou des conséquences d'une blessure avec retour à l'état de santé antérieur [4]. La guérison dépend du caractère aigu ou chronique de la maladie. Elle se confond avec un retour pur et simple à l'état antérieur, elle est plus complexe à définir dans les cas des troubles chroniques invalidants ou susceptibles de se répéter comme pour les maladies psychosomatiques. Elle devra être relativisée. Elle apparaîtra alors davantage comme une construction active que comme un état statique.

La définition de la guérison comme étant dépendant du caractère aigu ou chronique de la maladie introduit la notion de rechute définie comme : « Retour des symptômes d'une maladie en voie de guérison » ou « reprise d'une maladie après le début de la convalescence » [4] ou « la réapparition des symptômes antérieurs de la maladie. » [25].

En tenant compte de cette définition, il est nécessaire de spécifier la récurrence comme étant la « réapparition d'une maladie survenant après une guérison. » [4].

Dans bien des cas de ré hospitalisation, les maladies en cause sont classées d'évolution chronique. Les diagnostics présidant à ces réadmissions sont : « moment fécond de ... » ou « rechute de ... » la plupart du temps.

Ceci se conçoit aisément dans la mesure où les malades sont connus. Ce qui nous mène à considérer une définition plus globale de la notion de rechute, si nous admettons qu'une maladie psychiatrique chronique connaissant une rémission plus ou moins longue et vérifiée lors des différentes consultations de contrôle est susceptible de se manifester à nouveau sous une symptomatologie bruyante.

Comme définition opérationnelle, nous proposons ceci : « La rechute en psychiatrie est la réapparition ou la réactivation des symptômes psychiques chez toute personne ayant des antécédents psychiatriques. » [19].

II. Pathologies décrites

Les différentes pathologies ayant fait l'objet d'une description succincte dans le chapitre des généralités sont traduites dans le langage de la classification internationale des maladies, dixième édition (CIM-10)[22] sur la base de laquelle s'est faite l'analyse de certaines données. Ainsi :

- la démence correspond à F00-F09 (Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques) ;
 - la toxicomanie et l'alcoolisme correspondent à F10-F19 (Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives) ;
 - les psychoses chroniques correspondent à F20-F29 (Schizophrénie, trouble schizotypiques et troubles délirants) ;
 - les troubles de l'humeur correspondent à F30-F39 (Troubles de l'humeur [affectifs]) ;
 - les névroses correspondent à F40-F49 (Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes) ;
 - les déficiences intellectuelles correspondent à F70-F79: Retard mental.
- Dans les chapitres qui vont suivre, nous proposerons la méthodologie décrivant les conditions dans lesquelles l'étude a été faite ainsi que l'approche qui a permis de faire le recueil des données. Ensuite nous tâcherons de faire ressortir les différents aspects des rechutes au service de psychiatrie du CHU du Point G et nous suggérerons quelques perspectives d'avenir en vue de minimiser ce fléau qui réduit les efforts des différents intervenants.

1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de psychiatrie du CHU du Point G. Situé dans la commune II de Bamako (Capitale du Mali), le C.H.U. du Point G est le premier hôpital du Mali. Il comporte différents services dont celui de la psychiatrie. Ce dernier est situé dans sa partie occidentale à l'écart des autres services.

Le service comporte :

- un premier bâtiment entouré par une clôture en fer, où sont logés les plus anciens patients du service. Ce bâtiment constituait au tout début la totalité du service psychiatrique de l'hôpital ;
- une petite boutique (faisant face au premier bâtiment) évitant aux patients et à leur accompagnant de parcourir pour chaque achat la distance assez grande séparant le service de la porte de l'hôpital ;
- deux bâtiments comportant les bureaux du personnel du service ;
- des salles d'hospitalisation reparties en quatre unités ; et au milieu desquelles se trouve une coupole servant de lieu d'entretien en groupe ;
- des toilettes (derrière les salles d'hospitalisation) pour les patients et leur accompagnant.

L'équipe sanitaire est composée de :

- un professeur en psychiatrie ;
- deux maîtres de conférences ;
- trois assistants chefs de clinique (deux psychiatres et un psychologue) ;
- un médecin généraliste ;
- treize assistants médicaux ;
- un infirmier d'état ;
- une infirmière du premier cycle ;
- trois techniciens de surface ;
- trois agents de sécurité ;
- un ergothérapeute.

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive

3. Période d'étude

Elle s'est étendue de janvier 2000 à juillet 2007.

4. Population d'étude

Patients ayant été consultés pendant la période de 2000 à 20001 et qui ont présenté au moins une rechute.

5. Echantillonnage

*** Critères d'inclusion :**

- patients ayant présenté au moins une rechute pendant la période d'étude ;
- patients avec dossier complet exploitable ;
- patients reçus en consultation externe ou pour l'hospitalisation.

*** Critères de non inclusion :**

- patients ayant consulté en dehors de la période d'étude ;
- patients avec dossier non exploitable.

Au total, **165** patients ont été retenus.

6. Collecte des données

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

7. Traitement informatique

La saisie et le traitement informatique ont été faits sur Word et Excel avec Epi infos.

I. Fréquence

Ces résultats concernent les données recueillies à partir de 165 dossiers de patients ayant présenté au moins une rechute sur 1579 dossiers de patients ayant été consultés à l'hôpital du janvier 2000 au décembre 2001; soit une fréquence de 10,45%.

II. Caractéristiques socio- démographiques des patients

Tableau I: Répartition des patients en fonction du sexe

Sexe	Effectif absolu	%
Masculin	128	77,60
Féminin	37	22,40
Total	165	100

- 77.6% des patients ayant fait des rechutes étaient de sexe masculin.

Tableau II : Répartition des patients en fonction des tranches d'âge

Tranches d'âge	Effectif absolu	%
0-20 ans	27	16,37
21-40 ans	118	72,51
41-60 ans	17	10,30
61 et plus	3	1,82
Total	165	100

- 72,51% des patients avaient un âge compris entre 21 et 40 ans.

Tableau III : Répartition des patients en fonction de l'ethnie

Ethnie	Effectif absolu	%
Bamanan	47	28,50
Soninké	31	18,80
Peulh	30	18,20
Malinké	22	13,30
Sonrhäi	14	8,50
Senoufo	7	4,20
Autres	10	6,10
Bozo	4	2,40
Total	165	100

- 28,5% des patients étaient des bambanans.

Autres : Bobo, Mossi, Dogon...

Tableau IV : Répartition des patients en fonction de la profession

Profession	Effectif absolu	%
Sans profession	37	22,4
Ménagère	30	18,2
Elève/Étudiant	24	14,5
Ouvriers/Artisan	23	13,9
Cultivateur	20	12,2
Commerçant	18	10,9
Fonctionnaire	13	7,9
Total	165	100

- 22,4% des patients étaient des sans profession.

Tableau V : Répartition des patients en fonction de la provenance

Provenance	Effectif absolu	%
Milieu urbain	109	66.1
Milieu rural	56	33.9
Total	165	100%

- 66,1% des patients étaient du milieu urbain.

Tableau VI : Répartition de patients en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif absolu	%
Célibataire	103	62.42
Marié	52	31.52
Divorcé	8	4.85
Veuf	2	1.21
Total	165	100

- 62.4% des patients étaient des célibataires.

Tableau VII: Répartition des patients en fonction du nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfants	Effectif absolu	%
0	109	66,06
1	10	6,06
2	8	4,85
3	17	10,30
4	8	4,85
5	5	3,03
6 et plus	8	4,85
Total	165	100

- 66,06% des patients n'avaient pas d'enfants.

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction du niveau de scolarisation

Niveau scolarisation	Effectif absolu	%
Niveau primaire	76	46,06
Non scolarisé	53	32,12
Niveau secondaire	24	14,55
Niveau supérieur	12	2,27
Total	165	100

- 46,06% des patients avaient un niveau primaire.

III. Facteurs de rechute retrouvés

Tableau IX: Répartition des patients en fonction du respect des rendez-vous

Rendez-vous	Effectif absolu	%
Non respecté	151	91,51
Respecté	14	8,49
Total	165	100

- 91,51% des patients n'avaient pas respecté leur rendez-vous.

Tableau X : Répartition des patients en fonction de l'observance

Rechutes	Effectif absolu	%
Dues à l'inobservance	143	86.67
Non dues à l'inobservance	22	13.33
Total	165	100

- 86.67% des patients avaient une mauvaise observance thérapeutique.

Tableau XI : Répartition des patients selon les causes des rechutes

Causes	Effectif absolu	%
Arrêt sans avis médical	84	50,91
Arrêt par rejet du malade	56	33,94
Autres	13	7,88
Problèmes sociaux	9	5,45
Prise de toxiques	3	1,82
Total	165	100

- Les arrêts sans avis médical ont été prédominants avec 50,91%

Légende :

Problèmes sociaux : perte d'un proche, conflits, perte du travail....

Autres : les causes non retrouvées.

Tableau XII : Répartition des patients en fonction des causes et en fonction du nombre de rechutes

Nombre de rechutes Causes	R1	R2	R3	R4	Total	%
Arrêt sans avis médical	65	11	8	0	84	50,91
Arrêt par rejet du patient	39	8	8	1	56	33,94
Autres	11	2	0	0	13	7,88
Problèmes sociaux	8	1	0	0	9	5,45
Prise de toxiques	3	0	0	0	3	1,82
Total	126	22	16	1	165	100

50,59% étaient des patients ayant fait une seule rechute par arrêt sans avis médical ; soit 65 cas sur 126.

50% étaient des patients ayant fait deux rechutes par arrêt sans avis médical ; soit 11 cas sur 22.

Légende :

R1= Première rechute

R2= Deuxième rechute

R3= Troisième rechute

R4= Quatrième rechute

Problèmes sociaux : perte d'un proche, conflits, perte du travail....

Autres : les causes non retrouvées.

IV. Pathologies mentales

Tableau XIII : Répartition des patients en fonction du diagnostic

Diagnostic	Effectif absolu	%
F20-F29	129	78,18
F10-F19	10	6,06
F40-F49	9	5,45
F50-F59	7	4,24
F30-F39	6	3,64
F60-F69	3	1,82
F00-F09	1	0,61
Total	165	100

- 78,18% des patients avaient des troubles de la catégorie F20-F29.

Légende:

F00-F09 : Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques

F10-F19 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives

F20-F29 : Schizophrénie, trouble schizotypiques et troubles délirants

F30-F39 : Troubles de l'humeur [affectifs]

F40-F49 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes

F50-F59 : Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques

F60-F69 : Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte

F70-F79: Retard mental

F80-F89 : Troubles du développement psychologique

F90-F99 : Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence.

V. Traitements suivis par les patients

Tableau XIV: Répartition des patients en fonction du traitement initial institué

Traitement initial	Effectif absolu	%
Halopéridol+ Lévomépromazine	71	43,02
Halopéridol + Chlorpromazine	70	42,42
Carbamazépine+ Chlorpromazine	5	3,03
Amitriptyline+Lévomépromazine+ Psychothérapie	5	3,03
Clomipramine + Bromazépam	3	1,82
Thioridazine	3	1,8 1
Prazepam	2	1,2 1
Clomipramine + Clorazépate	1	0,6 1
Décanoate d'Halopéridol + Chlorpromazine	1	0,6 1
Décanoate de Fluphénazine	1	0,61
Nitrazepam	1	0,61
Phénobarbital	1	0,61
Clorazépate	1	0,61
Total	165	100

- 43,02% des patients étaient sous l'association Halopéridol+ Lévomépromazine.

Tableau XV : Répartition des patients en fonction du traitement d'entretien institué

Traitement d'entretien	Effectif absolu	%
Décanoate de Fluphénazine	56	33,94
Halopéridol + Chlorpromazine	48	29,09
Pas suivi	32	19,39
Amitriptyline	8	4,85
Lévomépromazine + Amtriptyline	5	3,03
Chlorpromazine + Carbamazépine	3	1,82
Clorazépate	3	1,82
Carbamazépine	3	1,82
Décanoate d'Halopéridold + Trihexyphénidyle	2	1,21
Lévomépromazine + Bromazépam	2	1,21
Phenobarbital	2	1,21
Lévomépromazine + Zolpidem	1	0,61
Total	165	100

- 33,94% des patients étaient sous Décanoate de Fluphénazine.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 165 dossiers de patients ayant fait une rechute sur 1579 inscriptions au cours des deux années concernées soit une fréquence de 10,45%.

Des études ont montré que le pourcentage de rechute des patients encore hospitalisés cinq ans après leur première admission atteignait 60% en 1940. Il ne dépasserait guère 10 à 15% actuellement. [9].

A. Données socio démographiques

1. Sexe et tranches d'âge:

- **Sexe :** A l'issue de notre travail, nous avons remarqué une prédominance masculine avec 128 cas, soit 77,6%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les hommes se sentent plus responsables et par conséquent sont confrontés aux problèmes engendrés par les conditions de la vie quotidienne.

Coulibaly A. [5] a trouvé 78% pour les hommes ; et M'bow [19] 61,40% pour les hommes.

- **Tranches d'âge :** Il découle de l'étude que la tranche d'âge de 21 à 40 ans a été la plus concernée avec 72,5%.

Ceci pourrait s'expliquer par , d'une part le caractère précoce des pathologies mentales et, d'autre part du fait que la majorité de notre population est jeune. Et surtout que ce sont ces derniers qui sont les plus exposés au stress (chômage, problème de drogue, influence négative de la télévision, ...).

Nos résultats ont été superposables à ceux de :

Coulibaly A. [5] (étude à Bamako) qui a trouvé 72,50% pour la tranche d'âge de 19-35ans et M'Bow F. M. [19](Dakar) qui a eu 71,60% pour la tranche entre 26-55ans.

2. Provenance et statut matrimonial

- **Provenance :** A l'issue de notre étude les patients provenant du milieu urbain ont été les plus représentés avec un taux de 66.1%.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que la population en milieu urbain a l'accès plus facile aux structures sanitaires spécialisées, mais aussi par le fait que la vie en milieu urbain est source de stress important.

Ce taux est superposable à celui d'A. Coulibaly [5] qui a trouvé : 67% pour le milieu urbain.

- **Situation matrimoniale :** Dans notre étude, les célibataires ont été représentés avec 62,4%.

La pathologie mentale commençant souvent à un âge précoce rend le mariage difficile sinon impossible pour bon nombre de malades ; cette difficulté ou impossibilité pourrait être la cause de ces résultats.

Nos résultats ont été superposables à ceux d'A. Coulibaly [5] qui trouva un taux de 60,80%.

B. Facteurs de rechutes

1. Causes des rechutes

Les arrêts sans avis médical ont été prédominants avec 50,91%.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que dans notre société la guérison totale est plus attendue du côté du traitement traditionnel que celui du traitement conventionnel, ce qui a pour conséquence le fait que les familles amènent leurs malades au service de psychiatrie tout juste pour les calmer avant de les amener chez les tradithérapeutes qui sont censés apporter une guérison totale.

« L'être humain a tendance à agir plus en fonction de ses croyances qu'en fonction d'un savoir dit scientifique. Ceci est valable dans n'importe quelle société et souvent en dépit du niveau d'étude. » [18]

2. Observance thérapeutique

86.67% des patients avaient une mauvaise observance thérapeutique.

L'inobservance thérapeutique a toujours constitué un problème majeur de la prise en charge des malades mentaux. [13].

C. Pathologies

Dans notre étude, les patients souffrant des troubles de la catégorie F20-F29 (Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants de la CIM-10) ont été les plus représentés avec 78,18%.

Les trois quarts des patients se stabilisent en quelques années, un quart présentait encore des troubles, des poussées aiguës entrecoupées de rémissions instables 20 ans après leur début. [9]

D. Traitements :

1. Traitement initial des patients :

43,02% des patients avaient reçu comme traitement initial de l'halopéridol plus la lévomépromazine en association. Ces neuroleptiques sont les plus accessibles dans notre milieu.

2. Traitement d'entretien :

Le Décanoate de fluphénazine a été le plus utilisé comme traitement d'entretien chez les patients avec 33,94%.

Dans le service, les neuroleptiques à action prolongée sont très utilisés dans le traitement d'entretien des patients dans le but de réduire le traitement quotidien souvent très pénible à supporter par les patients qui peuvent devenir inobservants. En effet selon Lemperière l'intérêt des neuroleptiques à durée d'action prolongée (N.A.P.) réside dans la sécurité quant à la prise du médicament et la prévention de rechutes éventuelles par abandon du traitement ainsi que dans la réduction des doses totales administrées et dans le caractère moins contraignant pour le patient que la prise quotidienne de neuroleptiques per os. [16]

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

A. Conclusion

Notre étude nous a permis de dégager les facteurs de rechute déterminants (catégories diagnostic de la CIM- 10).

Nous avons trouvé un taux de prévalence de 10.4% de rechutes pendant la période d'étude ; parmi lesquels ceux qui avaient fait une seule rechute étaient largement majoritaire. Cette population était caractérisée par son jeune âge, entre 21 et 40 ans. Les hommes étaient prédominants avec un taux de 77,6%. La plupart de ces patients étaient célibataires et plus de la moitié avait un bas niveau scolaire.

Un des principaux facteurs de rechutes identifiés dans notre étude était lié au caractère chronique des pathologies : les troubles de la catégorie F20-F29 (Schizophrénie, troubles schizotypiques, troubles délirants). Les autres facteurs de rechutes étaient la mauvaise observance ayant pour cause les arrêts de médicaments par rejet du malade, les arrêts contre avis médical, le non respect des rendez-vous, la prise de toxiques ; et les conditions familiales de vie des malades. La plupart des patients avait pour traitement de fond les neuroleptiques à prise quotidienne et les neuroleptiques à action prolongée pouvant être à l'origine des effets secondaires justifiant la non observance.

Il est à noter que certains patients ont fait leur rechute malgré l'absence de tous les facteurs cités. Ceci nécessite une étude plus approfondie pour pouvoir rechercher les autres facteurs non déterminés.

B. Les recommandations

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

*** au Ministre de la Santé :**

- adopter et mettre en œuvre une politique nationale de santé mentale en consultant régulièrement les psychiatres ;
- rendre gratuit les soins des pathologies mentales au même titre que d'autres maladies sociales telles que la tuberculose et la lèpre ;
- rendre disponibles les nouvelles molécules de neuroleptiques (Risperidone) présentant moins d'effets secondaires.

*** au personnel technique de la psychiatrie :**

- établir des liens de collaboration entre les tradipraticiens et le personnel technique de soins conventionnels par des rencontres, des interviews, des séminaires et des échanges de malades ;
- instituer un système thérapeutique cohérent comprenant chimiothérapie, psychothérapie, sociothérapie et réadaptation socioprofessionnelle afin d'éviter la fragmentation des pathologies ;
- organiser les séances de sensibilisation médiatisées sur la problématique de la maladie mentale, la détresse psychosociale, l'abus de substances toxiques, les problèmes psychosociaux et leur incidence sur la santé mentale.

*** à la Communauté :**

- faire des efforts dans le sens de l'accompagnement et de l'acceptation des malades mentaux, afin de favoriser leur réintégration socioprofessionnelle et familiale.

[1] BARUK H.

Traité de psychiatrie.

Tome II. Paris : Masson et cie, 1959,1570p.

[2] BEAUCHESNE HERVE

La psychopathologie

In Manuel de Psychologie

Sous la direction de Jacques Mathieu et Raymond Thomas, Paris, Vigot ;
1985, pp 311-366.

[3] BLAND, R.C.

"Longterm Mental Illness in Canada

An Epidemiological Perspective on Schizophrenia and Affective Disorders" in
Can J Psychiatry, éd.1984, p.242-246.

[4] BOURRILLON A. ET AL

Larousse Medical.

Paris, Éd. Larousse.

[5] COULIBALY A.

Etude des rechutes dans le service de psychiatrie de l'Hôpital National du
point G.

thés. med. N° 00-M-20, Bamako 2000.

[6] COULIBALY B.

Approche épidémiologique de la demande des soins psychiatriques au Mali

thés. med., N° 83- M- 10, Bamako 1984.

[7] DANAN MARCEL

Legislation Psychiatrique : Protection des personnes (loi du 27 juin 1990)

[8] DJEMO FOSTO J. B.

Le regard de l'autre.

Paris édit Silex ; 1982 ; 447 p.

[9] ELSEVIER ET AL.

Drugs in Psychiatry.

vol.2 , Amsterdam, Antianxiety agents, 1984.

[10] EY H. BERNARD P. BRISSET C.M

Manuel de psychiatrie.

Paris Masson 1974 : 1250p

[11] GUELFY J.D

Psychiatrie de l'adulte

464 p.

[12] GUELFY J. D . et al.

Psychiatrie.

Paris, PUF , 932 p.

[13] KISSLING, W.

"Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia"

in Acta Psychiatr Scand, Oxford, éd. Blackwell, 1994, n°89 (Suppl. 382), p. 16-24.

[14] KOUMARE B.

Traditions et maladie mentale

In Actes du 1^{er} Colloque de la psychiatrie transculturelle sur le thème : « Croyances et Santé mentale » Nouackchott Du 30 Mars au 1^{er} avril 1998 ; pp 65-67.

[15] LEMPERIERE. T & FELINE .A

Abrégé de psychiatrie de l'adulte.

Paris, Masson édit ; 1977.

[16] LEMPERIERE Th. Et al.

Psychiatrie de l'adulte.

Paris, Milan, Barcelone, Bonn, Masson édit; 1977; 376 p.

[17] MANUILA A., MANUILA L.

Dictionnaire français de Médecine et de Biologie

Paris 6, édit. Masson & cie 120, boulevard Saint Germain, 1975.

[18] MENENDEZ R.

Croyances Dans La Clinique Quotidienne.

In Actes du 1^{er} Colloque de Psychiatrie Transculturelle Sur Le Thème : « Croyance Et Santé Mentale » Nouackchott Du 30 Mars au 1^{er} avril 1998 ; pp. 14 -17.

[19] M'BOW F. M.

Notion de rechute en psychiatrie a propos de 176 hospitalisation d'une année à la clinique Moussa Diop du CHU de Fann.

thès. de med. N° 81- D- 63, Dakar, 1981.

[20] OWEN C. et al.

Psychiatric rehospitalisation following hospital discharge.

Community mental health journal, New York, éd. Springer, 1997. pp. 13-24.

[21] PICARD PGP

Evaluation des activités de consultations externes du service de psychiatrie du CHU de Dakar

thès. de méd. , N°121- D- 84, Dakar ,1984.

[22] PICHOT P.

CIM-10/ IDC-10 (Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement)

Descriptions Cliniques et Directives pour le Diagnostic

O..M. S., Genève; éd. Masson ; 1993.

[23] PICHOT P. , DEBRAY H. R.,

Hospitalisation psychiatrique Statistique descriptive.

Paris, 1971.152p.]

[24] ROBERT P.

Le Nouveau Petit Robert

Dictionnaire le Robert, Paris 1993.

[25] ROGUE P.

Rechute et rehospitalisation des patients schizophrènes.

Centre de Neurochimie, Faculté de Médecine, Strasbourg

[26] SISSOKO M., COULIBALY S.

Santé mentale et croyances

In Actes du 1^{er} Colloque de Psychiatrie Transculturelle Sur Le Thème :

« Croyance Et Santé Mentale » Nouackchott Du 30 Mars au 1^{er} avril 1998 ;

pp. 14 -17.

[27] TOTAH M ET AL.

Freud et la guérison.

L'Harmattan. Coll. Études psychanalytiques, Paris (2001) , p 17, p 206.

Annexe 1

FICHE D'ENQUETE

I - Identité du sujet

Nom :

Prénom :

Sexe

Masculin = 1

Féminin = 2

Age (en années).....

Profession.....

Ethnie.....

Adresse

Milieu urbain = 1

Milieu rural = 2

Statut matrimonial

Célibataire = 1

Marié = 2

Divorcé = 3

Veuf = 4

Nombre de femmes ou de coépouses.....

Nombre d'enfants.....

Niveau

de scolarisation

Non scolarisé = 0

Primaire = 1

Secondaire = 2

Supérieur = 3

II - Etat morbide du patient

Origine de la demande

de prise en charge

Lui-même = 1

Parents = 2

Amis = 3

Autres (à préciser) = 4

Diagnostic.....

Traitement initial.....

Traitement de fond.....

Rendez-vous

Respectés = 1

Non respectés = 2

III – Rechute

	Rechute			
	1	2	3	4
Causes				
Traitement				

Annexe 2

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DIAKITE

Prénom : Mariam I. A.

Année académique : 2007/2008

Titre de la thèse : La rechute en milieu psychiatrique dans le service de Psychiatrie du C.H.U. du Point G à propos de 165 cas.

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Psychiatrie et santé publique.

Résumé :

Du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2001, nous avons réalisé une étude rétrospective sur les patients ayant présenté au moins une rechute et qui sont revenus au CHU du Point G.

Nous nous étions fixés comme :

Objectif général :

Etudier les facteurs déterminant les rechutes observées lors de la prise en charge des patients psychiatriques au service de psychiatrie du CHU du Point «G ».

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des rechutes ;
- Décrire les caractéristiques socio- démographiques des patients ;
- Décrire les divers facteurs de rechutes retrouvés ;
- Décrire les différentes pathologies mentales les plus fréquentes qui font l'objet de rechutes.
- Décrire les traitements suivis par les patients.

Au cours de notre étude, 165 cas de rechute ont été examinés. On a eu un taux de 10,45% de rechutes et celles liées aux patients (arrêts volontaires de traitement avec un taux de 33, 94% et prise de toxiques avec un taux de

1, 82%). Au thérapeute et la famille (les arrêts involontaires de traitement avec un taux de 50,91%) ont été les plus représentées, avec une prédominance de 86,67%.

Les facteurs familiaux et socioprofessionnels ont eu un taux de 5,45%. Les pathologies les plus sujettes aux rechutes sont : la schizophrénie, les troubles schizotypiques et les troubles délirants (F20-[F29](#)).

Aspect éthique :

Les patients étaient venus en consultation externe ou avaient été hospitalisés au service de psychiatrie. Les informations relevées sur leur fiche d'enquête de même que leur identité et adresses resteront confidentielles et ne feront l'objet d'aucune publication. Mais les données de la fiche d'enquête ont été analysées et commentées, afin de mener à bien notre étude.

Mots clés : Rechute, pathologies, facteurs déterminants.

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 classe sociale 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 !

