

Ministère de l'Education Nationale

République du Mali



Un Peuple – Un But – Une Foi

Université de Bamako



Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'odontostomatologie de Bamako, Mali

Année universitaire 2008 – 2009

Thèse N° :

TITRE

**Place de la psychothérapie dans la prise
en charge des troubles fonctionnels chez
les patients au cabinet médical Duflo de
Mopti.**

Thèse présentée et soutenue publiquement le...../2010

Devant la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
par

Maciré SACKO

Pour l'obtention du grade de Docteur en médecine (Diplôme d'état)

JURY :

Président de Jury :

Pr. Bakoroba COULIBALY

Membres :

Dr. Arouna TOGORA

Co-directeur :

Dr. Malick TRAORE

Directeur de thèse :

Dr.Souleymane COULIBALY



FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2009-2010

ADMINISTRATION

DOYEN : **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR
1^{er} ASSESSAIRE : **BOUBACAR TRAORE** – MAITRE DE CONFERENCES
2^{ème} ASSESSAIRE : **IBRAHIM I. MAIGA** - MAITRE DE CONFERENCES
SECRETAIRE PRINCIPAL : **IDRISSA AHMADOU CISSE** – MAITRE
ASSISTANT
AGENT COMPTABLE : **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL** –
CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	ophtalmologie
Mr Bocar SALL	orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
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	Medicine Interne
Mr Boukassoum HAIDARA	Legislation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdou Alassane TOURE	orthopédie Traumatologie
Mr Daouda DIALLO	Chirurgie Générale et Minérale
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mme SY Assitan SOW	Gynéco Obstétrique

Mr Salif DIAKITE

Gynéco Obstétrique

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE	Chirurgie Générale, chef de D.E.R.
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
Mr Tièman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie – Réanimation
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Mohamed KEITA	ORL

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gyneco-Obstetrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mme Dieneba DOUMBIA	Anesthésie – Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	orthopédie Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	orthopédie Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MACALOU	orthopédie Traumatologie

Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynéco Obstétrique
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Boureima MAIGA	Gynéco Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie – Réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacar GUINDO	ORL
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr BIRAMA TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Générale
Mr Hamady TRAORE	Odonto Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro- Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie – Réanimation
Mr Alhadji Seydou DEMBELE	Anesthésie – Réanimation
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynéco Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynéco Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koreissy TALL	Anesthésie – Réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie – Réanimation
Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie – Réanimation
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mr Tioukany THERA	Gynécologie
Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Boubacar BA	Odonto Stomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr Seydou BAGAYOKO	Ophtalmologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fatoumata KONANDJI	Ophtalmologie

Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie- Mycologie
Mr Yéniméqué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Sekou F.M. TRAORE	Entomologie Moléculaire Médicale

2 MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie- Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie chef de D.E.R.
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie Virologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie Virologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bourema KOURIBA	Immunologie

Mr Souleymane DIALLO
Mr Cheik Boukadari TRAORE
Mr Guimogo DOLO
Mr Abdoulaye TOURE
Mr Mahamadou DIAKITE
Mr Bakarou KAMATE
Mr Bakary MAIGA
Mr Bokary Y. SACKO

Bactériologie Virologie
Anatomie – Pathologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Immunologie- Génétique
Anatomie – Pathologie
Immunologie
Biochimie

4. ASSISTANTS

Mr Mamadou BA
Médicale

Biologie, Parasitologie Entomologie

Mr Moussa FANE

Parasitologie Entomologie

Mr Blaise DACKOOU

Chimie Analytique

Mr Aldiouma GUINDO

Hématologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPICALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mahamane MAIGA

Néphrologie

Mr Baba KOUMARE

Psychiatrie

Mr Moussa TRAORE

Neurologie

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

Mr Mamady KANE

Radiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdel Kader TRAORE

Medicine Interne

Mr Siaka SIDIBE

Radiologie

Mr Mamadou DEMBELE

Medicine Interne

Mr Saharé FONGORO

Néphrologie

Mr Bakoroba COULIBALY

Psychiatrie

Mr Bou DIAKITE

Psychiatrie

Mr Bougouzié SANOGO

Gastro Entorologie

Mme SIDIBE Assa TRAORE

Endocrinologie

Mr Adama D. KEITA

Radiologie, chef de D.E.R.

Mr Sounkalo DAO
Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mr Daouda K. MINTA
Mr Souleymane DIALLO

Maladies Infectieuses
Pédiatrie
Maladies Infectieuses
Pneumologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Habibatou Diawara
Mr Kassoum SANOGO
Mr Seydou DIAKITE
Mr Arouna TOGORA
Mme Kaya Assetou SOUCKO
Mr Boubacar TOGO
Mr Mahamadou TOURE
Mr Idrissa A. CISSE
Mr Mahamadou B. DIARRA
Mr Anselme KONATE
Mr Moussa T. DIARRA
Mr Souleymane COULIBALY
Mr Cheik Oumar GUINTO
Mr Mahamadoun GUINDO
Mr Ousmane FAYE
Mr Yacouba TOLOBA
Mme Fatoumata DICKO
Mr Boubacar DIALLO
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA
Mr Modibo SISSOKO
Mr Ilo Bella DIALL
Mr Mahamadou DIALLO
Mr Adama Aguisa DICKO
Mr Abdoul Aziz DIAKITE
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO
Mr Salia COULIBALY
Mr Ichaka MENTA
Mr Souseyman COULIBALY

Dermatologie
Cardiologie
Cardiologie
Psychiatrie
Médecine Interne
Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Cardiologie
Hépto Gastro Entérologie
Hépto Gastro Entérologie
PSYCHOLOGIE
Neurologie
Radiologie
Dermatologie
Pneumo Physiologie
Pédiatrie
Médecine Interne
Neurologie
Psychiatrie
Cardiologie
Radiologie
Dermatologie
Pédiatrie
Pneumologie
Radiologie
Cardiologie
Cardiologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACETIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique, chef de D.E.R.
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoit Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Abdoulaye DJIMDE	Microbiologie- Immunologie
Mr Sékou BAH	Pharmacologie
Mr Loseni BENGALY	Pharmacie Hospitalière

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique, chef de D.E.R.
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Massabou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidemiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologies Medicales
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique

2. MAITRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Cheik Oumar BAGAYOKO	Informatique Médecine
Mme Fanta SANGHO	Santé Communautaire

3. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Bio statistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Zoubeirou MAIGA	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématique
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique
Mr Cheik O. DIAWARA	Bibliographie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie
Pr. Pascal BONNABRY	Pharmacie Hospitalière

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail.

A ma grand-mère feu MAGAGNARE dite BAYI.

*Toi qui as été plus qu'une mère, plus qu'un père pour moi durant les premières années de ma vie. Que le bon Dieu te récompense pour tes bienfaits! J'aurais tant voulu que tu sois présente en ce moment, mais la volonté de Dieu reste dominante. Dors en paix.

A mon Père LASSANA SACKO.

Les conseils, le soutien, et l'éducation que tu nous as donnés ont été pour nous des éléments de réussite. Le tout puissant vient d'exaucer tes prières .Puisse-t-il te donner longue vie pour goûter le fruit de ce travail.

Merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui, tu resteras pour tes enfants un exemple.

Soyez rassuré de mon amour et de mon profond attachement.

A ma mère feu KOUMBA SACKO.

Toi qui m'allaita, toi qui essuyais mes larmes, toi qui guidais mes premiers pas. Que de journées et de nuits sans repos pour moi!

Femme battante, autoritaire, vertueuse tu seras pour moi un model à suivre.

La fidélité, la générosité, l'honnêteté, la sagesse voici quelques une de tes qualités humanistes inestimables et font de vous une mère admirable.

Tu m'as abandonné lorsque j'avais encore 2ans dans une nostalgie éternelle et irréparable, j'aurai tant voulu que tu sois présente en ce moment solennel mais le tout puissant a voulu autrement.

Que Dieu te reçoive dans son paradis parmi ses grands. Dort en paix!

A mon épouse AMINATA ISSA MAIGA :

Charmante dame, formidable, fruit de tant de patience et de sacrifice, ce travail n'est qu'un reflet de toute mon affection.

Puisse le bon Dieu nous unir d'avantage pour le pur et le meilleur.

Trouvez à travers cette thèse mon profond amour inestimable.

REMERCIEMENTS

A **Dieu** : créateur des cieux et de la terre.

Toi qui a guidé mes pas de chaque jour, merci pour cette volonté que tu m'as donnée et ce courage. Aides moi par cette formation à sauver des vies afin d'apaiser des cœurs blessés.

A mon oncle **BADIE SACKO**.

Pour tous les sacrifices que tu as consentis pour notre éducation.

Puisse ce travail être pour toi un début de consolation car il est le tien.

A mon ami : **MARY BALLO**.

En plus d'un ami tu as été pour moi un frère.

Tes conseils, tes encouragements, ton avouement, ton esprit de partage m'ont permis à tenir ces moments difficiles.

Je n'oublierai jamais ces moments de complicités, de joie, de peines partagées ensembles qui sont au tant de choses qui nous lient et que nous avons tous vécus intensément.

Cher ami, compagnon de lutte, merci pour tes bienfaits indéfectibles.

Puisse Dieu nous donne la sérénité, et le courage de renforcer nos liens.

A **BAKAYE KEITA** :

La gentillesse, l'honnêteté, la patience, le respect, sont quelques uns de tes qualités personnelles. Puisse ce travail te témoigne toute ma sympathie.

Que Dieu nous donne longue vie et pleine de succès.

A **ma belle famille** : **ISSA MAIGA, SALEYMATOU IDRISSE, HADIZATOU ISSA MAIGA**.

Sincérité, générosité, fidélité, voici quelques unes de tes qualités humanistes indéterminables.

Jamais je ne s'aurai suffisamment vous remercier pour tout ce que vous avez témoigné à mon endroit. Que le bon Dieu fasse les familles **Maïga** et **Sacko** soient de plus en plus unies.

Trouvez ici à travers ce travail l'expression de mon profond respect et toute ma reconnaissance.

-A tous les personnels du cabinet médical DUFLO de Mopti:

LASSANA, DIERETOU, BANGALY, AMADOU, SIDI, LOSSO merci pour l'esprit de famille que nous avons partagé au cabinet et merci pour vos soutiens.

Au Docteur **YAMADOU SIDIBE** : Trouvez à travers ce travail l'expression de mon profond respect et toute ma considération.

.-A la première promotion du numerus clausus (2002-2003), toute ma sympathie.

A mes beaux frères et sœurs : **FARIMA ISSA, HABIBATOU ISSA, TATA ISSA, ALOU ISSA, et MAGNA IDRISSE.**

Sincère remerciement pour tout ce que vous avez consentis pour moi.

A mes frères et sœurs : **MODIBO, MAMADOU, MOUSSA, ASSAFOUNE SACKO.**

Environnement familial que vous avez su crée autour de moi a contribue pour une très grande part à ma réussite.

Votre respect, votre entière disponibilité, votre affection et surtout votre patience à mon égard font de vous des enfants exceptionnels.

Que Dieu renforce notre lien de fraternité et nous réserve longue vie pleine de bonheur.

-A ma tante **Massita sacko** : pour ton courage, ton amour sans partage, ton dévouement, ton esprit de sacrifice. Le tout puissant vient d'exaucer ta prière.

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

-A mes **oncles, tantes, cousine, neveux**: pour remercier les uns et encourager les autres.

-A **Karim Koné** pharmacien au **CSREF** de Banamba:

Ton soutien moral et financier m'ont permis de franchir cette barrière difficile. Que **DIEU** te récompense pour tes bienfaits. Ce travail est le votre.

A tous les personnels de CSREF de Banamba notamment : **Dr SIDI NIARE, Dr MAMADOU DIALLO, Dr YACOUBA SANGARE, L'infirmier MAMADOU TOUNGARA, et SAMAKE** pour la connaissance acquise et surtout le climat familial que nous avons eu a partagé ensemble durant mes séjours de stage.

-A la **famille KEITA de Sikoroni:**

Je me suis toujours senti chez moi; grâce à votre hospitalité, trouvez ici à travers ce travail l'expression de ma profonde reconnaissance. Que le tout puissant vous récompense de ce bien fait.

-A la **famille Sow** de Banamba:

Votre hospitalité, votre souci de l'avancement des fils d'autrui, votre simplicité font de vous une famille exceptionnelle. Vous avez accepté de tolérer mes caprices durant tout mon cycle au lycée, vous m'avez pris comme un fils.

Ma très chère famille Sow, les mots me manquent pour vous témoigner de ma profonde reconnaissance et admiration. Que ce travail soit pour vous un progrès.

-A mon frère **SEKOU KEITA dit Abba:** tu as sacrifié tout ton temps à faire la saisie de ce travail, jamais je ne saurai te remercier suffisamment, que **DIEU** te récompense.

-A **MAMADOU COULIBALY** dit Bagninifa: pour sa collaboration.

-A tous les personnels de la clinique "**CHOALA**" pour leur sympathie.

-Au Docteur **KAMATIGUI DIARRA:** les mots me manquent pour te remercier suffisamment de m'avoir donné de jours de garde dans votre clinique en fin de parvenir à mes besoins. Merci pour la connaissance transmise.

-A madame **DIARRA FATOUMATA** pour sa fraternité.

-A mes confrères **Dr MODIBO SIDIBE, DR SEKOU DEMBELE, interne Diarrah Kanté** pour leurs sympathies.

-A mes amis **OUMAR BELEMOU, DRAMANE KONE**, pour leurs attachements à mon égard.

-A mon cousin **MARI KOMOSSE SACKO**:

Tes conseils, tes soutiens matériels et moraux n'ont pas fait défaut.

Trouvez ici l'expression de mes profonds respects et de ma profonde reconnaissance.

-A mon tuteur **BOURAMA.DIAKITE**:

Tu as pris soin de moi comme un fils.

Acceptez à travers cette thèse l'expression de ma profonde reconnaissance.

-A mon grand frère **MARY SISSOKO** pour ses bienfaits.

-A mon aîné **TALIBE KAMISSOKO**: tu as été la première personne à m'encouragé de choisir la filière médicale après mon baccalauréat dans une de tes lettres.

Merci indéfiniment, trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Au Docteur **OUMAR COULIBALY, LAMINE et ISSA CAMARA** pour leurs sympathies.

A mes jeunes frères **SIDIKI, SINAL et DIOLLO** pour leur respect et leur attachement à mon égard.

HOMMAGES

A notre maître et président du jury.

Professeur Bakoroba COULIBALY,

Maître de conférences, spécialiste en psychiatrie,

Praticien hospitalier au CHU du point G,

Cher maître

Notre joie est immense pour l'honneur que vous nous faites en présidant ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre sagesse, votre capacité d'écoute, et votre expérience professionnelle nous honorent et font de vous un maître de qualité exceptionnelle.

Nous avons été impressionnés par votre sens social et souci du travail bien fait.

Puisse ce travail ne pas vous décevoir.

Veillez accepter cher maître nos sincères remerciements.

A notre maître et juge.

Docteur Arouna TOGORA,

Maître assistant, chef clinique,

**Pédopsychiatre à la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odontostomatologie,**

Cher maître.

Nous sommes ravis que vous ayez accepté de siéger dans ce jury.

Votre sens social, votre ténacité dans le travail et votre simplicité ont su éveiller en nous admiration, et respect.

Cher maître, nous vous prions d'accepter le témoignage de nos sentiments distingués et très respectueux.

A notre maître et directeur de thèse **Souleymane COULIBALY,**
Psychologue clinicien,
Docteur en psychologie clinique au service psychiatrie du CHU du point
G,
Enseignant, maitre assistant titulaire en psychologie médicale à la Faculté
de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie,

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme directeur de thèse.

Votre souci constant de la bonne formation des étudiants, du travail bien fait, votre rigueur scientifique, votre infatigable disponibilité, nous ont marqués et surtout votre modestie font de vous l'un des maitres les plus appréciés.

Soyez rassurée de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.

A notre maître et co-directeur de thèse **Dr Malick TRAORE**

Expert en santé sexuelle et reproductive.

Promoteur du cabinet médical DUFLO de Mopti.

Médecin chef du cabinet Médical DUFLO de Mopti.

Vous avez initié et suivi ce travail avec toute la rigueur scientifique.

Je ne saurai vous remercier suffisamment de m'avoir accepté dans votre structure pour la réalisation de ce travail.

Cher maître, nous garderons de vous un homme passionné pour la recherche et soucieux de l'encadrement de ses élèves.

Votre amour pour le travail bien fait, votre esprit de créativité, votre constante disponibilité et surtout votre honnêteté font de vous un homme respecté et un exemple à suivre.

Au près de vous j'ai appris la rigueur et la constance dans le travail, grâce à vous j'ai commencé à connaître l'homme au delà des symptômes.

Vous nous avez enseigné deux choses capitales pour la vie d'un homme qui sont le savoir- être et le savoir- faire.

En témoignage de notre reconnaissance indéterminée, nous vous prions, cher maître de trouver en cet instant solennel, l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond attachement.

DEFINITIONS OPERATOIRES BAMBARA UTILISES DURANT CETTE ETUDE :

- «Dabali » : envoutement, travail
- « Dabalibana » : maladie due a l'envoutement.
- « Dusukassi » : déception profonde.
- « Dusukun-dimi » : précordialgie.
- «Dusukupampan » : palpitation.
- « Farigan » : fièvre ou sensation de fièvre.
- « Jatige » : anxiété.
- « Jinebanan » : maladie du jine.
- « mori »: marabout.
- « Moribara » : maladie due au maraboutage.
- « Nassi » : liquide obtenu par suite d'un lavage de versets coraniques écrit sur une ardoise.
- « Siran » : peur.
- « Subaga »: sorciers.
- « Sumaya » : état palustre.
- « Mara » : onchocercose, mais en général désigne tout prurit généralisé de la peau pouvant avoir un retentissement oculaire et psychique.
- « Torokojuku » : état de souffrance extrême.
- « Sogo » : rêve.
- « Founou » : nervosité.

SOMMAIRE

I)- <u>Introduction</u>	1
II)- <u>Objectifs</u>	4
III) <u>Généralités</u>	6
IV) <u>Méthodologie</u>	26
4-1) <u>Lieu d'étude</u>	
4-2) <u>Période d'étude</u>	
4-3) <u>Type d'étude</u>	
4-4) <u>critères d'inclusion</u>	
4-5) <u>critères de non inclusion</u>	
V) <u>Résultats</u>	30
VI) <u>Commentaire et discussion des résultats</u>	43
VII) <u>Conclusion</u>	48
VIII) <u>Recommandations</u>	51
IX) <u>Bibliographie</u>	53
X) <u>Annexes</u>	58



INTRODUCTION

I-Introduction:

Les troubles fonctionnels sont très fréquents au cours des consultations médicales, et la plupart du temps ils sont assimilés à des lésions organiques par les patients, car ils se manifestent le plus souvent sous la coupe des plaintes somatiques diverses, nécessitant de nombreux examens cliniques et para cliniques. C'est au terme de plusieurs investigations parfois complexes et coûteuses qu'on s'aperçoit qu'aucune lésion organique n'explique le symptôme.

Plusieurs de ces patients vont faire le tour des médecins dans le but de retrouver une cause organique objectivable [1].

Ces troubles font l'objet de fréquentes consultations, car le plus souvent les différents médecins consultés ne parviennent pas à apporter l'amélioration escomptée par le malade, malgré les dépenses engendrées par les consultations et les multiples ordonnances. Cela est dû au fait que ces médecins accordent peu d'importance aux troubles fonctionnels. Ils ne se représentent pas le fait que les facteurs psychologiques puissent être à l'origine de ces troubles [2].

Depuis longtemps il est signalé dans la médecine psychosomatique le fait que les facteurs psychologiques peuvent engendrer des troubles psychosomatiques dont la prise en charge efficace ne peut se faire sans la psychothérapie, or dans la plupart des cas, les médecins négligent non seulement l'origine affective des pathologies psychosomatiques mais aussi ne perçoivent pas l'importance de la psychothérapie dans le traitement de ces troubles [3].

Ils se livrent le plus souvent à prescrire des ordonnances, et à faire des bilans médicaux très coûteux pour les patients. Ceci entraîne non seulement un épuisement sur le plan économique mais aussi une démoralisation et une démobilitation des patients et leurs familles.

C'est pourquoi dans le but d'attirer l'attention des médecins praticiens sur la nature des troubles fonctionnels et l'importance de la psychothérapie dans leur traitement que nous avons initié cette étude.

Ce travail a pour but de mettre en évidence le caractère psychologique de l'origine des troubles fonctionnels et la nécessité d'introduire la psychothérapie dans leur prise en charge.

Ainsi nous voulons faire prendre conscience au Corps médical de la nécessité de la prise en compte de la dimension psychothérapique dans le traitement des pathologies dites fonctionnelles et psychosomatiques.



OBJECTIFS

II Objectifs

A) Objectif général :

-Situer la place de la psychothérapie dans la prise en charge des malades souffrant des troubles fonctionnels et psychosomatiques.

B) Objectifs spécifiques :

1-Déterminer les principaux motifs de consultation derrière lesquels se cachent les troubles fonctionnels et psychosomatiques.

2-Identifier les principaux facteurs favorisant l'installation des troubles fonctionnels et psychosomatiques.

3-Identifier l'itinéraire thérapeutique des patients.

4-Identifier les stratégies psychothérapeutiques mises en place pour soigner les troubles fonctionnels au cabinet médical Duflo de Mopti.



GENERALITES

III-Généralités :

A-L'expression somatique des émotions :

Bien que dans la pratique médicale courante on retrouve des malades ayant des troubles mentaux sans substratum organiques décelables, des maladies organiques sans facteurs psychologiques déterminant et des malades présentant à la fois des troubles mentaux et somatiques, il est à noter que l'influence des facteurs psychologiques est importante sur l'évolution des maladies dans la plupart des cas [4].

La prise en considération de ces facteurs psychologiques dans un concept global de la médecine est qualifiée parfois de psychosomatique. Il importe cependant de distinguer en dehors des manifestations psychologiques liées à l'état des maladies vues précédemment, un certain nombre de manifestations somatiques où le déterminisme psychologique est important.

1- Troubles et maladies psychosomatiques :

1-1- définition :

-Le terme de **psychosomatique** est employé au cas où des problèmes psychologiques déterminent des lésions anatomo-cliniques objectivables (5). Les pathologies surviennent lorsque le sujet est dans une situation émotionnelle insoluble, pressent un désagrément impossible à éviter ou est dans l'impossibilité de prévoir l'issue. Les différents états émotionnels comme la peur, l'angoisse, la colère, l'anxiété, les frustrations émotionnelles etc....peuvent être des causes potentielles de pathologie psychosomatique.

- **L'anxiété** : est le sentiment pénible d'un danger imminent et mal définissable avec sa composante somatique : l'angoisse.

L'anxiété est un état affectif pouvant se définir comme « un sentiment pénible d'attente », « une peur sans objet » [6] ou comme « le sentiment pénible d'un danger imprécis et mal définissable » [7]. Il existe chez tout homme une certaine anxiété mais à des degrés divers variant de l'anxiété normale à l'angoisse pathologique. L'anxiété est l'un des éléments fondamentaux de la pathologie mentale. Elle peut se présenter au premier plan comme une cause déterminante ou encore elle peut être seulement une manifestation secondaire. Dans tous les cas, elle est presque toujours présente dans les grandes crises évolutives de la personnalité morbide (8).

Le terme de troubles fonctionnels est employé pour désigner des maladies qui n'ont pas de supports lésionnels. On parle de phénomène de conversion c'est-à-dire de traduction sur le plan somatique d'une émotion. Cette conversion peut s'expliquer par l'histoire du patient qui peut avoir "dupliqué" une maladie psychologiquement. Si ce trouble fonctionnel se répète indéfiniment, il peut en parallèle créer une lésion anatomique, et dans ce cas, entraîner une maladie psychosomatique [9].

1-2- Niveau d'expression psychologique et somatique des émotions :

Les troubles psychosomatiques doivent être situés dans le contexte général de l'expression des affects. Les émotions s'accompagnent de manifestations somatiques endocriniennes et neurovégétatives. Dans les conditions normales, ces manifestations somatiques sont passagères, mais dans certains cas, les affects et l'état de tension, engendrés par des situations conflictuelles ont des conséquences somatiques durables soit parce que l'état de tension psychique est intense et se prolonge, soit parce que le sujet qui l'éprouve est incapable de la métaboliser de façon satisfaisante [10]. La réponse se fait simultanément à deux niveaux :

-Niveau psychologique : la situation déclenche une réaction émotionnelle (anxiété, colère, tristesse etc. ...) [11]

- Niveau somatique : le stress active le système nerveux autonome provoquant un changement dans le fonctionnement (par exemple : spasmes, hypersécrétion des bronches, hyperventilation...) qui, s'il persiste, peut entraîner dans certains cas des changements dans la structure des organes (par exemple : ulcère, colite) [12].

L'expression des affects peut se traduire selon des degrés variables soit au niveau fonctionnel ou somatique. Le premier degré des manifestations émotionnelles sur le plan somatique correspond aux troubles psychosomatiques (troubles fonctionnels) tandis que le second degré correspond aux maladies psychosomatiques proprement dites (troubles lésionnels).

1.3. Types de manifestation psychosomatique :

a) Le trouble psychosomatique :

On parle de troubles psychosomatiques, lorsqu'un individu exposé à une situation stressante ou pénible répond par le biais de son corps, cela provoque des troubles fonctionnels qui se manifestent avant tout par des modifications de certaines fonctions (par exemple : spasme, hypersécrétion gastrique etc....) [13]. Les troubles ne sont pas organisés ou « organicisés ». Les symptômes présentés par le sujet ne permettent pas de les ramener à un cadre nosographique connu ; l'examen clinique ne révèle pas de lésions causales [14]. A ce niveau fonctionnel, des troubles correspondent aux manifestations émotionnelles banales et bien connues au niveau des appareils suivants :

-Appareil cardio-vasculaire : palpitations cardiaques, syncope hyper ou hypotension temporaire.

-Appareil respiratoire : dyspnée, oppression thoracique.

-Appareil digestif : anorexie, boulimie, diarrhée, constipation, spasme.

-Appareil urinaire : pollakiurie, énurésie.

-Appareil locomoteur : lombalgie, asthénie.

A un degré plus profond se situent des troubles fonctionnels qui sont des réponses plus élaborées par l'organisme.

Ces troubles fonctionnels accablent beaucoup de malades, on parle de dystonie végétative ou de troubles vago-sympathiques.

b) Les maladies psychosomatiques :

Si le refoulement émotionnel se poursuit on aboutit à de véritables syndromes lésionnels, objectivables cliniquement, on parle alors des maladies psychosomatiques. Ainsi le terme de maladie psychosomatique est réservé au cas où des problèmes psychologiques déterminent des lésions anatomo-cliniques objectivables. Tous les appareils peuvent servir de support pour les maladies psychosomatiques et le symptôme sert à exprimer un langage souvent inconscient. Cliniquement, pour chaque appareil on peut décrire des affections psychosomatiques [15].

-Au niveau de l'appareil cardio-vasculaire : l'infarctus du myocarde et l'hypertension artérielle chronique sont d'origine affective et par conséquent la psychothérapie est ici plus efficace que le régime alimentaire.

-Au niveau de l'appareil digestif : deux grands syndromes ont été étudiés : l'ulcère gastroduodéal et la rectocolite hémorragique.

L'ulcère d'estomac survient particulièrement chez les personnalités anxieuses, il a aussi pour cause l'immaturation, les troubles de la vie conjugale, le besoin d'indépendance [16].

-Au niveau de l'appareil respiratoire, il s'agit de l'asthme.

-Au niveau de la peau se manifestent des troubles allergiques des neurodermites dont la survenue est liée à des facteurs émotionnels et affectifs.

2-L'hystérie et les symptômes de conversion hystérique :

2-1- Les symptômes de conversion hystériques :

Les symptômes de « conversion » hystériques s'opposent aux manifestations psychosomatiques. Ils correspondent à l'expression symbolique d'un contenu psychologique, d'un conflit dans le système de relation. Ils sont l'expression d'un corps sexué ; le conflit est d'ordre Œdipien [17].

L'étude des symptômes hystériques a joué un grand rôle dans l'histoire de la psychanalyse. **Freud** a montré la signification symbolique inconsciente de la conversion dans le corps ; à la suite d'un conflit œdipien, une formation de compromis exprimant le désir refoulé et l'interdit, s'exprime [18].

Des formes de passage peuvent exister entre l'hystérie et la psychosomatisation. On passerait de l'hystérie à la somatisation complète à la suite d'un refoulement progressif.

2.2. Manifestations hystériques : Elles sont théâtrales et se passent dans une atmosphère parfois dramatique. Elles se déroulent en public et attirent l'attention des autres, car le patient à travers ses crises, cherche inconsciemment à mobiliser leur attention. Les manifestations cliniques peuvent être : des paralysies, des troubles de la sensibilité, des contractures, des troubles sensoriels ou des grandes crises paroxystiques d'aspect épileptoïde, des attaques cataleptiques où le malade paraît endormi. Ces manifestations miment généralement d'autres maladies et il s'agit de les différencier de ces maladies : crise d'épilepsie, coma, perte de connaissances, troubles de l'équilibre, paralysies et contractures réelles, crises d'agitation, états confusionnels, tableaux psychiatriques, mutisme, cécité, impossibilité d'effectuer certains mouvements.

2.3. Différence des symptômes hystériques avec les tableaux organiques :

Les symptômes hystériques ressemblent à ceux de la maladie organique mais certains signes ne concordent pas :

-Aucune lésion organique n'est constatée, les paralysies constatées expriment plus l'imagination du patient que la réalité neuroanatomique, elles ne respectent pas la topographie habituellement rencontrée dans les affections neurologiques (exemple : hémiplégie etc....). Les contractures sont inhabituelles et expressives, les crises épileptiformes sont atypiques.

- La suggestion peut influencer le symptôme : par exemple, le patient réagit à l'injection avant même que le produit injecté ne fasse effet.

-Le contexte de survenue est bien particulier : réaction à un choc émotionnel, un conflit et surtout recherche de bénéfice secondaire.

C'est lorsqu'on perçoit que le symptôme du patient est une manière pour lui d'exprimer quelque chose, d'obtenir quelque chose de son entourage, que le diagnostic de manifestation hystérique doit être envisagé. Ces manifestations peuvent être des réactions à des situations émotionnelles intenses. Elles peuvent être uniques ou nombreuses dans la vie d'une personne.

Certaines cultures favorisent l'expression des conflits et des émotions sur un mode hystérique plus que d'autres.

Dans d'autres cas, la vie de la personne est émaillée d'accidents hystériques où un symptôme peut s'installer durablement. Ces cas se rencontrent chez des individus qui présentent des difficultés psychologiques plus durables (névrose hystérique). Dans ce cas, les sujets ont des traits de personnalité évocateurs.

2.4. La personnalité hystérique : Cette personnalité est caractérisée par :

-le besoin de plaire, d'attirer l'attention, le besoin d'être au centre de l'attention des autres, la coquetterie extrême, le théâtralisme, la séduction, la quête affective, le manque de stabilité dans les relations affectives. Le caractère influençable de la personne qui change en fonction de l'environnement (suggestibilité), la tendance à la mythomanie (à raconter des histoires).

B- Compréhension psychopathologique :

1. Genèse de la médecine psychosomatique : On parle de médecine psychosomatique pour désigner des aspects de la pathologie générale qui sont en relation avec la vie psychique consciente et surtout inconsciente [19]. Cette démarche s'est développée au cours du XIX^e siècle.

Pour la pathologie neurologique par exemple, tout a commencé par la recherche par les neurologues d'un signe objectif d'atteinte du système nerveux lorsqu'ils se trouvaient face à des manifestations neurologiques telles que la paralysie, des contractures, des mouvements anormaux, ou de l'hypertonie. Ils devaient ainsi différencier, parmi les plaintes, lesquelles étaient ou non rattachées à une maladie précise du système nerveux [20].

Le Docteur CHARCOT a essayé de réaliser des tableaux cliniques pour dépister les symptômes qui pouvaient faire penser que les troubles n'avaient pas de support anatomique.

Plus tard, Babinski a décrit un signe qui permettait de caractériser et de différencier les patients ayant une lésion anatomique, de ceux qui n'en ont pas : le [Signe de Babinski](#) qui se produit en cas de lésion du faisceau pyramidal. Babinski crée un terme pour caractériser les patients n'ayant pas de lésion anatomique : le Pithiatisme, symptôme réversible par persuasion. Parmi les pithiatiques, il y a aussi bien les simulateurs (patient faisant semblant consciemment d'avoir une paralysie) et les hystériques (symptômes liés à une

problématique inconsciente). Il est à noter que, les simulateurs ne sont pas considérés comme des individus souffrant de troubles fonctionnels.

Au cours du XXe siècle, la multiplication et l'efficacité croissante des examens complémentaires, ont permis plus aisément que dans le passé, de retrouver des lésions en rapport avec le symptôme. Par conséquent, l'absence de lésions dépistées devient encore plus suspecte, mais on a vu l'essor des groupes BALINT, en référence Michael BALINT qui sont des groupes de médecins généralistes se réunissant pour essayer de comprendre le sens des symptômes. Ils ont mis en évidence la fréquence avec laquelle les malades présentent le trouble [21].

Pour Marty P., pour pouvoir dire qu'une maladie est psychosomatique on doit pouvoir établir « la relation précise qui existe entre la situation conflictuelle du malade et sa maladie» [22]. Cependant certaines maladies ont acquis le statut de maladies psychosomatiques telles que l'asthme, l'ulcère gastroduodéal, l'eczéma etc.... pour lesquels le rôle des facteurs psychiques est généralement admis.

Certaines personnalités sont apparues comme plus exposées aux décompensations psychosomatiques et la notion de structure psychosomatique a été développée. Les sujets psychosomatiques présenteraient une certaine forme d'immaturité dans laquelle le psychisme paraît insuffisamment armé pour éloigner les conflits et canaliser dans des conduites caractéristiques de la vie de relation. Les conflits se déchargent alors sur l'appareil viscero- végétatif.

La pensée opératoire a été décrite par certains auteurs pour rendre compte de la personnalité psychosomatique : il s'agit d'une pensée collée à la réalité et au concret, dépourvue de capacité de fantasmatisation et de fantaisie.

Plusieurs écoles se sont illustrées dans les recherches psychosomatiques modernes ce sont :

-l'**école américaine** avec des auteurs comme : ALEXANDER, DUMBAR, WEISS et ENGLISCH, COBB, DEUTSCH, GRINKER et SPIEGEL etc. qui sont d'inspiration psychanalytique ;

-l'**école russe** avec comme auteurs BYKOV d'inspiration réflexologique.

-l'**école allemande** avec comme auteurs SCHWARTZ, KREHL, WEIZSACKER, BERGMAN d'inspiration biologique et philosophique ;

-l'**école française** avec des auteurs comme MARTY, M'UZAN, DAVID qui dans une perspective psychanalytique sont attachés à l'étude du fonctionnement mental des malades présentant des affections somatiques ;

2. Approches théoriques de la pathologie psychosomatique :

Les approches théoriques sont multiples, pour expliquer la pathologie psychosomatique. Le plus souvent, le mot psychosomatique s'applique à tout symptôme ou syndrome fonctionnel ou lésionnel dans lequel le médecin rencontre à la fois une expression physiologique et une expression psychologique manifestement coordonnées [23].

Dans une perspective neurophysiologique les théories du stress cortico-viscérales à la suite de Pavlov, montrent qu'expérimentalement des altérations peuvent survenir lorsque le sujet est dans une situation insoluble, pressent un désagrément impossible à éviter, ou est dans l'impossibilité de prévoir l'issue.

Pour la théorie de la communication, le malade se sert du corps, étant resté à un stade infantile et ne pouvant pas comprendre le langage symbolique. Sociologiquement on note l'augmentation de ces maladies dans les sociétés

industrialisées fortement médicalisées rejetant la folie et le sacré, la maladie est un message, expression du triomphe de la médecine [24].

Les phénoménologues dans une optique, ont envisagé le sens du vécu de la maladie sans se préoccuper de l'étiologie ou du mécanisme.

Pour les psychanalystes, la maladie psychosomatique n'a pas pour but d'exprimer une émotion, mais une réponse physiologique des organes viscéraux à un retour constant ou périodique des états émotionnels. Elle se situe au niveau du système nerveux végétatif. Les conflits émotionnels sont en rapport avec les conflits affectifs prégénitaux de l'enfant où la dépendance joue un grand rôle.

Le symptôme psychosomatique n'a pas de signification symbolique, il est l'expression directe dans le corps du conflit par rapport à l'organisation libidinale, quelque chose dans l'histoire apporte une contradiction rendant le fantasme impossible. La maladie psychosomatique est l'expression d'une contradiction avec la cohérence du mode du sujet. Par exemple, l'agressivité qui est une des émotions fondamentales est bien canalisée dans les conditions normales dans la société. Dans ces cas les pulsions et les sentiments agressifs peuvent s'exprimer dans une activité soit réelle (travail, jeux, sport, activité sexuelle, etc.) soit imaginaire (rêves), soit encore par des procédés de défense comme la projection (aspect clés de violences : boxes, films etc...), tout au moins chaque fois que la décharge verbale est impossible et que le sujet doit garder sa contenance. Mais ces activités qui se substituent à l'agressivité brutale peuvent ne plus être suffisantes pour neutraliser les frustrations croissantes. L'agressivité peut alors rester intérieure et se décharger directement dans une réponse, symbole fonctionnel ou organique à des étapes différentes. C'est à dire de la pulsion à l'organisme sans passer par les modulations et les fantasmes de l'inconscient [25].

C- Importance et rôle de la psychothérapie dans la prise en charge des troubles fonctionnels et psychosomatiques :

1- Définition de la psychothérapie : On désigne sous le nom de psychothérapie toutes méthodes de traitement des désordres psychiques ou corporels qui utilisent les moyens ou procédés psychologiques. La psychothérapie est une branche de la psychologie. Etymologiquement le mot psychologie dérive du grec (psukhe) - âme et logos - science [26]. Elle est la science qui étudie les lois de la formation, des développements et du fonctionnement du psychisme ; par psychisme on comprend comme étant une fonction du cerveau dont le rôle consiste à refléter la réalité objective [27].

Théoriquement, la psychothérapie est faite de l'ensemble des interventions qui modifient le malade sans action directe sur le corps. Elle n'agirait que par la signification psychologique des moyens employés alors que les thérapeutiques somatiques agiraient par leurs propriétés physiques.

C'est un acte par lequel un esprit vient au secours d'un autre dans une rencontre à base de compréhension et de restauration. Cette action sur le psychisme de l'autre s'établit dans une relation d'homme à homme.

L'instrument essentiel du psychothérapeute est le langage qui est un puissant moyen d'action sur le patient. La parole du thérapeute libère, réconcilie et resocialise, elle n'est point un simple instrument de communication. L'apport de la psychanalyse a été fondamentale pour les psychothérapies soit une méthode de traitement connue : Le terme psychanalyse érigé par Freud laisse place à de nombreuses catégories de psychothérapies: psychothérapies psychanalytiques, individuelles mais aussi les psychothérapies analytiques groupales [28]. Ces thérapies sont basées sur les relations d'objets, la psychologie du Moi et du Self. Mais aussi sur l'analyse de la relation transférentielle entre les membres du groupe et entre celui-ci et le thérapeute.

C'est avec les outils issus de la psychanalyse que les progrès vont être les plus remarquables dans la psychothérapie de groupe. En 1905 Pratt est le premier à établir la thérapie de groupe comme méthode de traitement. Pratt en 1956 présentait ses travaux sous le nom de psychothérapie de groupe. C'est entre ces deux dates et notamment à partir de la deuxième guerre mondiale que l'avancée de la psychothérapie de groupe a été fulgurante. Burrow introduit le terme analyse de groupe en 1918. En 1931, L. G. Marsh utilise la méthode de refoulement de l'inspiration et de théorie du milieu. Suivront d'importants apports comme ceux de Bion: la situation émotionnelle du groupe était semblable aux premières étapes du développement du Moi (dans la lignée de Klein), De Schill en 1973, et d'autres encore, issus de la psychosociale (LE BON) ont joué un rôle important dans l'établissement de la (et des) psychothérapie(s) de groupes telles qu'on les connaît aujourd'hui.

2) Prise en charge psychothérapeutique des troubles fonctionnels :

2.1. Rôle du psychologue clinicien :

A la différence des maladies organiques, les troubles fonctionnels sont beaucoup plus marqués par l'enfance du malade et les influences de son milieu de vie (éducation, culture...). C'est pourquoi les aspects psychologiques de ces maladies et la personnalité du malade intéressent le psychologue.

Dans la santé mentale, le psychologue clinicien est le spécialiste des maladies mentales comme les névroses, les psychoses, les troubles de la conduite du comportement, du caractère, de la personnalité etc....

Son travail s'articule essentiellement autour de deux éléments fondamentaux qui sont : le diagnostic, le traitement de la souffrance psychique quelque soit son origine.

• **Le diagnostic** : le diagnostic signifie reconnaissance d'un état. «En psychologie clinique, comme ailleurs, le diagnostic doit permettre de décrire un sujet et les problèmes qu'il présente, de classer le problème et de définir sa forme spécifique ainsi que ce dont il se différencie (diagnostic différentiel), d'étudier le développement, l'origine et les mécanismes des problèmes, de faire un pronostic et de poser une indication [29].

Selon Huber W, le diagnostic est le résultat final d'un processus complexe au cours duquel, le psychologue clinicien cherche des informations sur une personne et les élabore en vue de cerner les problèmes de celle-ci et leurs causes, de décider s'il y a lieu d'intervenir et comment, et d'évaluer les interactions et leurs effets [30].

• **Le traitement psychothérapeutique des troubles fonctionnels** : la psychothérapie peut s'expliquer non pas par son objet, mais par les moyens ou les techniques qu'elle utilise.

« La psychothérapie est un traitement non de l'esprit, mais par l'esprit » [31].

C'est une « façon d'utiliser les relations humaines à des fins thérapeutiques ».

Selon J.L. Pedielli, la psychothérapie est d'abord née « des pratiques religieuses (chamanisme par exemple), populaires savantes (hypnose, traitement moral) au XIXe siècle qui visaient à produire un changement dans les pensées, les comportements ou les discours des sujets malades mentaux et ce par les moyens principalement psychologiques (non exclusivement chimique, ou physiques) » [32].

La psychothérapie permet au psychothérapeute de manier le plus efficacement possible la relation soignant- malade, c'est-à-dire la relation thérapeutique. Elle est une partie de la médecine (psychiatrie) et les problèmes intermédiaires entre

la médecine et la psychologie et s'intéresse à des malades au sens général du terme [33].

« La psychothérapie suppose un échange de communication entre le sujet et le psychothérapeute. Le premier exprime ce qu'il ressent et le second a comme devoir d'accomplir un travail d'informations notamment, qui vise à mieux faire percevoir, mieux comprendre par le sujet ses difficultés » [34].

Le psychothérapeute doit savoir par son attitude, stimuler la communication à un niveau propice. Sa participation doit être modeste et attentive. Une telle relation mérite un accueil chaleureux, une attitude à la fois neutre, bienveillance et compréhensive du thérapeute, qui doit d'abord écouter le patient avant toute intervention.

« Dans leurs indications, les psychothérapies s'appliquent aux conflits psychiques, à la souffrance qui en résulte et à leur effet pathogène sur l'organisation de la personnalité. Elles se font en fonction de trois conditions : état psychologique du sujet, l'entourage familial et les possibilités pratiques de réalisation de la psychothérapie » [35].

Le rythme des séances de psychothérapie dépend des possibilités de l'emploi du temps des parents, du malade (son état) et du psychothérapeute.

2.2. Différents types de psychothérapies rencontrées :

On distingue plusieurs types de psychothérapies fréquemment utilisés par les psychothérapeutes parmi lesquels nous avons : l'hypnose et la suggestion, les psychothérapies d'inspiration psychanalytique, les psychothérapies de soutien, les psychothérapies brèves, la relaxation, la psychothérapie de groupe, les psychothérapies cognitivo-comportementalistes, et les psychothérapies humanistes....

Ces psychothérapies accompagnent le traitement médical.

• **L'hypnose et la suggestion :**

***L'hypnose** est un sommeil artificiel provoqué par la suggestion hypnotique.

* « **La suggestibilité** est la disposition mentale qui permet d'obéir trop facilement et sans discussion aux ordres donnés » [36].

La suggestion est l'influence acceptée d'autrui sans raisonnement et discussion. Elle se fonde sur l'inconscience que le thérapeute cherche à activer pour faire comprendre et éclairer le sujet, tout en le libérant de sa souffrance psychique.

L'hypnose et la suggestion sont des psychothérapies utilisées dans les névroses hystériques, d'angoisse, phobique, obsessionnelle et dans les tics, la frigidité, l'insomnie...

•**Les psychothérapies d'inspiration psychanalytiques** permettent au psychologue de comprendre la formation et l'évolution de l'homme. En effet, la psychanalyse étudie les stades du développement de l'être vivant depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte, tout en faisant ressortir les difficultés (troubles fonctionnels) qu'elle cherche à résoudre. La psychanalyse est alors une science dynamique et thérapeutique de l'homme. C'est à ce titre que le père fondateur de la psychanalyse Freud dira que «Ce sont les contraintes ou les événements survenus dans l'enfance qui sont à l'origine des névroses» [37].

•**Les psychothérapies de soutien** ont pour but de renforcer les capacités adaptatives du sujet et une meilleure efficacité de ses mécanismes de défense. Grâce à la communication établie entre le thérapeute et le sujet, elles libèrent et soulagent ce dernier qui va exprimer ses difficultés.

« Elles peuvent viser une amélioration des symptômes, l'augmentation de la tolérance aux frustrations, la capacité de faire face aux difficultés, l'aide dans un passage douloureux (deuil, maladie grave, période de crise...). Le soutien

est en quelque sorte le terrain de base à partir duquel se constituent les psychothérapies plus élaborées et spécifiques » [9].

•**Les psychothérapies brèves** aident à définir la durée de la cure, de réduire la fréquence hebdomadaire. Dans ce cas et selon J.L Pardinielli « l'attitude du thérapeute va de l'empathie (capacité de se mettre à la place d'autrui pour le comprendre) à la neutralité et de la passivité à une forme d'activité dans les interventions » [38].

•**La relaxation** est un ensemble de techniques qui visent à produire un état de relâchement musculaire et de détente, la prise de conscience des phénomènes corporels, le contrôle du tonus musculaire ayant des effets sur la vie émotionnelle.

•**Les psychothérapies de groupe** sont formées de plusieurs techniques d'inspiration psychanalytiques dont « certains visent à intervenir sur un groupe (groupe de dysfonctionnement) ou dans un groupe, mais en centrant l'action sur un sujet. Elles analysent la dynamique des relations à l'intérieur d'un groupe » [9].

•**Le psychodrame** qui s'appuie sur les concepts psychanalytiques d'inconscient et de transfert est différent de celui de J.L Moreno.

« Le psychodrame et le sociodrame d'après Moreno sont des méthodes de psychothérapie avec lesquelles un groupe d'individus dirigés par un meneur de jeu, qui doit être un clinicien devient l'instrument essentiel de traitement » [15]. Le psychodrame et le sociodrame visent à faire prendre conscience au sujet des aspects de la situation sociale qui ont une influence sur eux et de leur permettre de s'en libérer pour atteindre la spontanéité créatrice fondamentale.

-**Les psychothérapies cognitivo-comportementalistes** : elles se fondent sur les conceptions comportementalistes et cognitivistes et considèrent les

symptômes comme des comportements appris et maintenus par des renforcements. Elles cherchent à modifier les comportements pathologiques ou les modes de pensée (dépression, obsession) par des techniques très codifiées reposant sur un apprentissage. Elles sont utilisées dans les cas d'agoraphobie, d'attaque de panique, d'anxiété généralisée, les réactions au stress, les troubles obsessionnels, les troubles du sommeil, les troubles sexuels [16].

Chacune de ces psychothérapies est appliquée selon l'histoire de la maladie, l'histoire personnelle du malade et de son âge. Ainsi à l'enfance, les troubles psychologiques sont corporelles chez le jeune et sont le plus souvent déterminés par le contact ou la qualité de la relation (mère-enfant).

En effet la relation mère-enfant est à l'origine de la formation de la personnalité de l'individu et sa résistance ultérieure aux troubles psychiques.

A l'adolescence, ces troubles sont dues aux changements rapides des conditions sociales et familiales de l'adolescent et se manifestent par des crises liées à la recherche d'autonomie et de liberté.

A l'âge adulte, ces troubles psychologiques de l'enfant peuvent se réveiller et s'installer suite aux problèmes sociaux. C'est à ce titre qu'on affirme que : « les besoins psychologiques de l'enfance sont à la santé mentale, ce qui est la satisfaction des besoins physiologiques à la santé physique » [39].

La thérapie par le « kotèba » : cette thérapie en plus des méthodes classiques de psychothérapie est utilisée au service de psychiatrie du CHU du point G.

Le « **kotèba** » thérapeutique est une adaptation du « **kotèba** » traditionnel à des fins thérapeutiques. Il est mis sur pieds dans les années 1980.

De nos jours cette méthode fait partie intégrante dans la prise en charge des malades mentaux.

Le « **kotèba** » contribue à favoriser les contacts entre les malades et le monde extérieur .Il constitue un moyen de divertissement qui extrait les patients internés de leur situation d'isolement, et contribue ainsi à la resocialisation du malade mentale et humanisation de la prise en charge des malades mentaux.

Le « kotèbathérapie »et le psychodrame tel décrit par Moreno sont très proches.

D'autres formes de psychothérapies comme la thérapie par repos, la thérapie par l'isolement, celle par l'activité, l'éducation, et la rééducation ne sont pas à négliger.

L'analyse des dossiers de prise en charge psychothérapeutique nous a permis de faire une classification des dessins en groupe et de faire leur interprétation psychologique.

3-L'Interprétation :

-Le dessin : sur le plan psychologique se définit comme un moyen d'expression par l'individu de ce qu'il voit ou imagine.

Les différents dessins faits par les patients au cours des différentes consultations représentent autant de significations symboliques sur le plan psychique. L'interprétation de ces dessins porte sur leurs formes et leurs contenus :

-La fleur : indique une déception amoureuse.

-La case vide: signifie une vie solitaire c'est-à-dire un manque d'affection familiale, des difficultés conjugales, un manque de sécurité, un désir de mariage.

-L'arbre : est désigné par des malades qui ont la crainte d'être malade comme d'autres parents de la même lignée.

-Un pilon, banane, crayon... : désignent un trouble sexuel qui peut être soit une éjaculation précoce, une baisse de libido, une impuissance sexuelle, une frigidity, ou un désir sexuel caché.

-Un mortier, bol, sceau ... : représente un trouble au niveau des organes génitaux féminins plus généralement : abstinence trop longue, frigidity, insatisfaction sexuelle.

-Un moyen de déplacement (engins motorisés) : oriente vers un désordre sexuel.

-Une personne : ce dessin représente le souci des patients de ne pas être victime par la maladie d'autrui.

-Le bébé : signifie le désir d'enfant, ou un souvenir lié à un enfant

-L'arme légère : représente un choc psychique chez les patients suite au décès d'un père, d'une mère, d'une sœur, d'un frère ou autres personnes qui lui sont chères dans une guerre ou un accident de la voie publique...

-Les étoiles, la lune, le soleil, le miroir, la mosquée ou l'église : représentent un désir sexuel réel caché chez les grands croyants religieux, qui risquerait d'entraîner un symptôme psychique.

Après certains chocs psychiques, une couleur peut avoir une signification dans le dessin d'un individu. Par exemple :

• **le Rouge** : peut symboliser l'agressivité, le conflit ...

• **le Bleu** : la tranquillité, la paix ...

• **Leblanc** : la sagesse, et tout enfant sage est un enfant malade sur le plan psychologique.

• **le Jaune** : la vie

• **le Noir** : colère

• **le Vert** : la nature



METHODOLOGIE

IV METHODOLOGIE:

1- Type et période d'étude : Il s'agissait d'une étude retro-prospective qui s'est déroulée de novembre 2008 à octobre 2009.\

2-Lieu d'étude: L'étude s'est déroulée à partir des dossiers des patients suivis au cabinet médical DUFLO de Mopti. Le cabinet Duflo se trouve dans la ville de **Mopti**, qui est le chef lieu de la cinquième région du Mali, dont sa population s'élève à environ 100000 habitants. La ville est divisée en deux parties, Mopti ville (78000 habitants) au bord du fleuve Niger et Sevaré (14000 habitants), situé à 13km de Mopti sur l'axe Bamako- Mopti- Gao.

Les ethnies dominantes sont : les peulhs, Dogons, Bozos, Sonrhaïs, Bambaras.

La langue Peulh, et Bambara, servent de langues de communication.

Mopti ville est composée de 7 quartiers : "Toguel", "Gangal", "Wayakin", "Madina coura", Komoguel" et "Bougoufié". Il faut noter que la ville de Mopti compte 5 centres de santé, il s'agit de : du CSCOM, du CSREF, de l'hôpital somino Dolo, du Cabinet médical du Docteur DIARRA, et enfin le cabinet médical DUFLO.

Le cabinet médical Duflo se trouve implanté à "bougoufié" au niveau de l'ancienne Boulangerie. Il est la première structure sanitaire privée de Mopti.

L'infrastructure: le cabinet médical Duflo est constitué :

- D'une grande salle d'accueil ayant en son sein un secrétariat,
- Un laboratoire d'analyse biomédicale,
- Une salle réservée pour l'échographie et l'électrocardiogramme,
- Une salle d'observation contenant 5 lits,
- Une salle d'accouchement,
- Un bureau de consultation pour les internes et médecins,

-Une salle de pansement,

-5 toilettes dont 3 pour les patients et 2 pour le personnel.

•**Le personnel** : il est composé

-du médecin promoteur, spécialiste en santé sexuelle et reproductive.

-5 internes thésards faisant la rotation pendant cette période.

-Un infirmier permanent chargé également du secrétariat.

-Deux laborantins.

-Un médecin vacataire chargé de faire les consultations le samedi et dimanche.

-Un gardien.

•**Les activités du cabinet médical DUFLO** : Elles se résument en :

-la formation théorique et pratique des thésards.

-la consultation externe : elle est payante et la majorité des malades viennent d'eux-mêmes en consultation. D'autres par contre sont référés à partir des autres centres de santé de la ville de Mopti et villages périphéries. Les consultations commencent à 6 heures du matin, avec un temps de repos (14-15h 30mn) et prennent fin à 21heures, les urgences sont assurées par l'équipe de garde.

Les gardes sont assurées par les thésards.

Une réunion ordinaire est tenue à la fin de chaque mois en vue d'apprécier les comportements de tout un chacun dans le but d'une bonne formation continue.

3-Matériel d'étude : il s'agissait d'un ordinateur portable, d'un appareil photographique, des feuilles Blanches, des crayons de papier, une gomme, les registres de consultation, des anciennes ordonnances des patients, de leur fiches d'analyses antérieurs (biochimiques et imageriques), et des fiches d'enquête.

4- Echantillonnage : L'échantillonnage a été exhaustif à partir des dossiers des patients examinés au cabinet DUFLO pendant la période indiquée sur 153 patients, 90 ont été retenus.

5-Critères d'inclusion : ont été inclus dans cette étude tous les patients ayant été suivi au cabinet médical DUFLO de Mopti et bénéficié d'une psychothérapie pendant la période indiquée.

6-Critères de non inclusion : patients n'ayant pas bénéficié de psychothérapie, ou ayant un dossier incomplet.

7- Conditions éthiques : le consentement éclairé des patients était la base de leur participation à l'étude.

8-Stratégies thérapeutiques : au cours de cette étude nous avons adopté les stratégies suivantes :

-L'accueil : tous les malades ont été bien accueillis et bien rassurés. C'est ainsi qu'on demande le motif de consultation.

-l'interrogatoire : C'était le temps capital de cette technique.

Dans le cadre de la mobilisation des vécus des patients nous avons proposés aux patients de dessiner un objet quelconque au choix .Pour cela une feuille un crayon et une gomme étaient donnés aux patients.Les dessins réalisés ont été utilisés comme un moyen de médiation permettant de mobiliser les vécus à travers un discours .Ce qui nous permet de faire une psychothérapie de soutien, et de prodiguer des conseils aux différents malades.La valeur symbolique des différents éléments était fonction de la problématique vécue par les malades, par exemple le dessin d'un pilon peut orienter vers un problème sexuel. Le dessin d'un bébé oriente vers un désir d'enfant.

-L'examen physique : un examen somatique complet était effectué.

Au cours de cette étude, nous avons remarqué que le patient dessinait une image qui représente la pathologie psychique dont il souffrait, et qui n'était révélée ni par un examen physique ni par un examen para clinique. Alors un rendez- vous était donné au patient, sans ordonnance tout en lui rassurant pour sa guérison. Le nombre de séances était de 1 à 2 fois par semaine et la durée moyenne des séances était de 30 minutes.

9-Saisie des données : la saisie a été faite sur logiciel word 2007 et SPSS.



RESULTATS

V- RESULTATS :

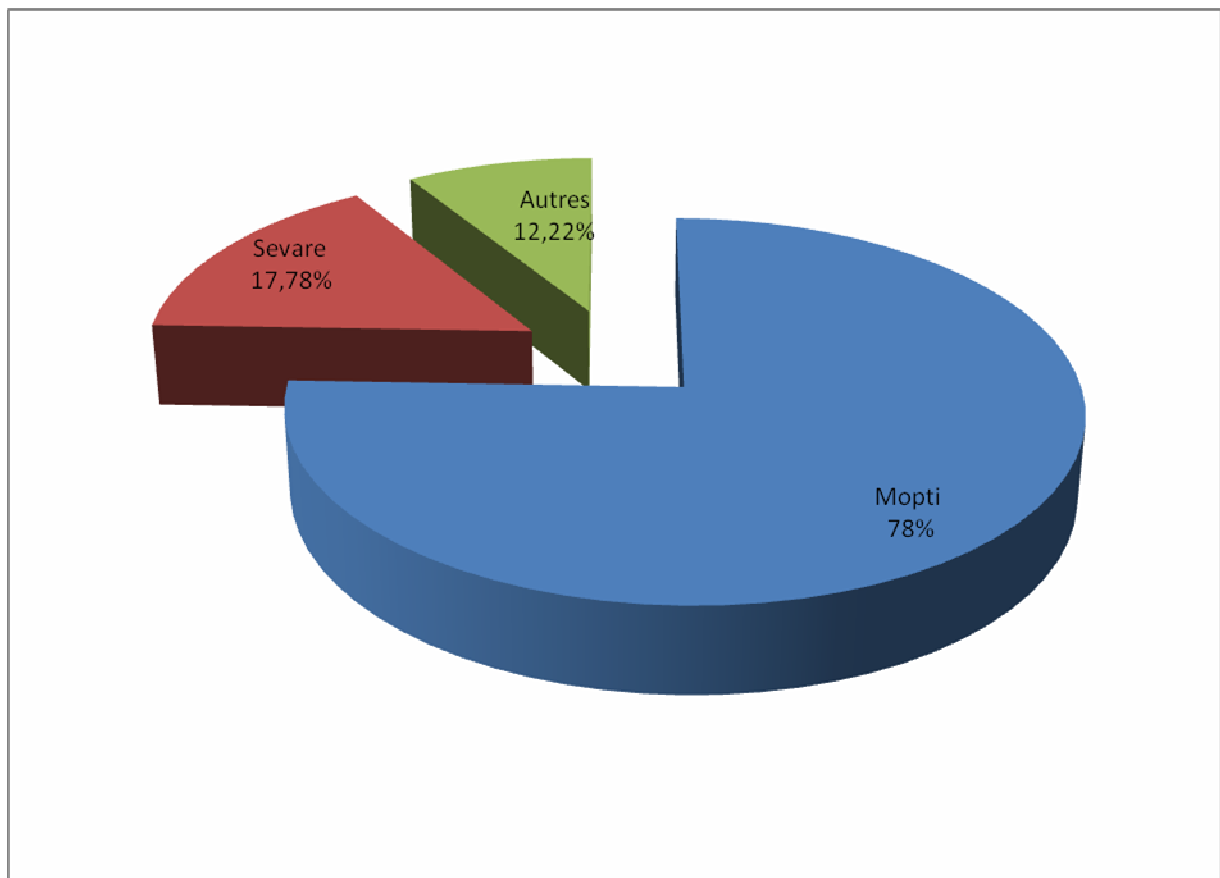
Au cours de cette étude, **90** dossiers ont été retenus parmi **153**.

Tableau I : Répartition des malades selon le sexe et la tranche d'âge.

Sexe	Masculin		Féminin		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
20-34	15	16,67	35	38,89	50	55,56
35-50	7	7,78	22	24,44	29	32,22
Plus de 50	5	5,55	6	6,67	11	12,22
Total	27	30,0	63	70	90	100

Le sexe féminin représentait **70%** de l'échantillon.

Figure 1 : repartition des patients selon leur provenance



Soixante dix pour cent de nos patients provenaient de Mopti.

Tableau II : Répartition des malades selon la catégorie socioprofessionnelle.

Catégorie socio professionnelle	Effectif absolu	Pourcentage
Ménagère	40	44,44
Salarié	33	36,67
Profession libérale	11	12,22
Elèves-Etudiant	6	6,67
Total	90	100

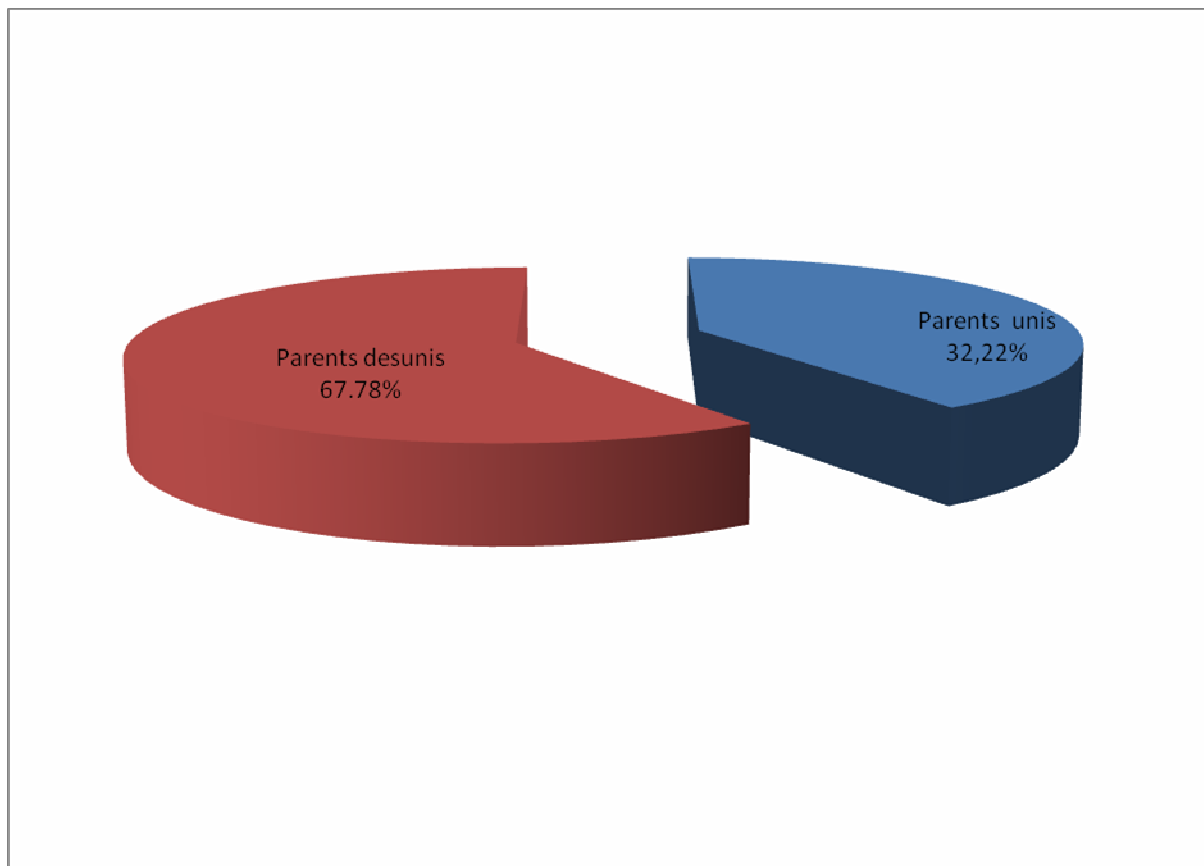
Les ménagères représentaient **44,44%** de notre échantillon.

Tableau III : Répartition des malades selon la place dans la fratrie.

Place dans la Fratrie	Effectif absolu	pourcentage
Aine (e)	29	32,22
2^{ème} enfant	9	10,00
3^{ème} enfant	8	8,89
4^{ème} enfant	5	5,56
5^{ème} enfant	7	7,78
6^{ème} enfant	8	8,89
7^{ème} enfant	6	6,67
8^{ème} enfant	9	10,00
9^{ème} enfant	7	7,77
Autres	2	2,22
Total	90	100,00

Les aînés représentaient **32,22%** de l'échantillon.

Figure 2 : Répartition des patients selon le statut familial.



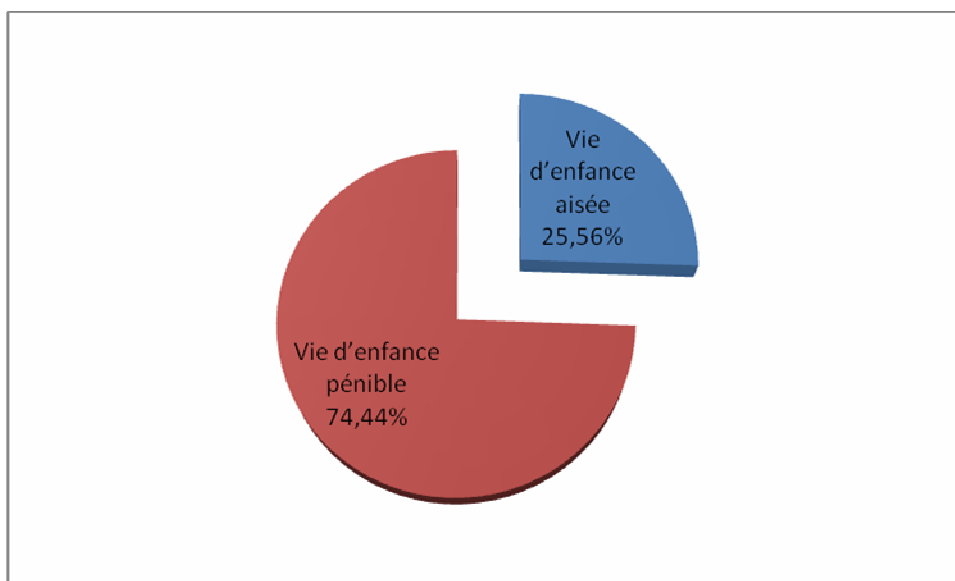
La majorité de nos patients avait des parents désunis soit **67,78%**

Tableau IV: Répartition des patients selon le contexte d'éducation dans l'enfance.

Contexte d'éducation de l'enfant	Effectif absolu	Pourcentage
Elevé par les 2 parents	15	16,67
Elevé par le père seul	9	10
Elevé par la mère seule	20	22,22
Elevé par un autre parent	46	51,11
Total	90	100

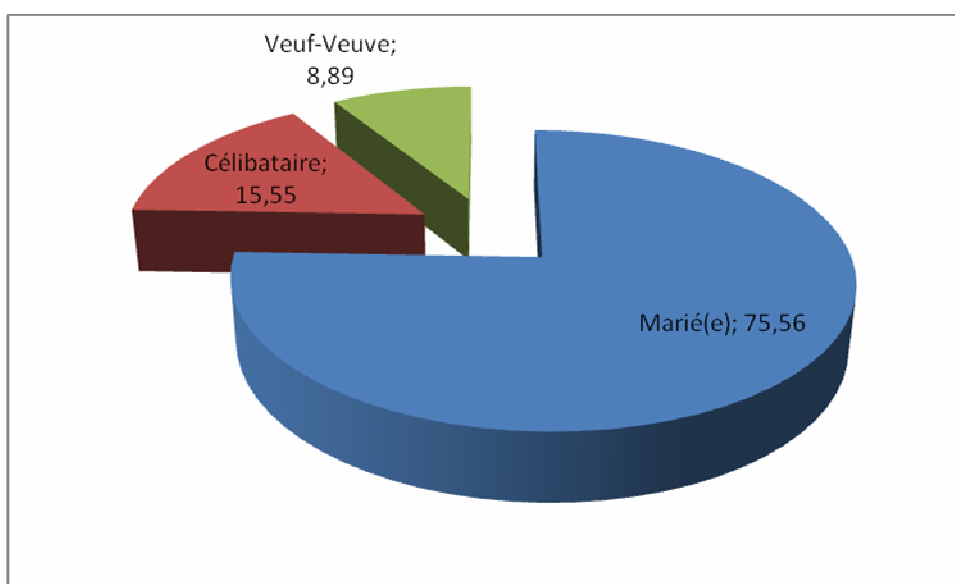
Les patients élevés par un autre parent représentaient **51,11%**.

Figure 3 : répartition des patients selon la qualité de vie dans l'enfance.



Les patients ayant subi une vie d'enfance pénible représentaient **74.44%**

Figure 4 : Répartition des patients selon le statut matrimonial.



La majorité de nos patients était mariés soit **75,56%**.

Tableau V : Répartition des patients selon les mariés.

Climat conjugal	Effectif absolu	Pourcentage
Bon	8	11,77
Mauvais	60	88,23
Total	68	100

Dans notre étude **88,23 %** des patients vivaient dans un climat conjugal délétère.

Tableau VI : Répartition des malades selon les motifs de consultation.

Motif de consultation	Effectif absolu	Pourcentage
Anorexie	16	17,78
anxiété,	30	33,33
Céphalée	19	21,11
Asthénie	4	4,44
Epigastralgie	5	5,56
Insomnie	2	2,22
perte de poids	14	15,56
Total	90	100

L'anxiété a été le motif de consultation le plus représenté avec **33,33%**.

Tableau VII : Répartition des patients selon les antécédents.

Antécédents du malade	Effectif absolu	Pourcentage
Personnels		
Médicaux	5	5,56
Chirurgicaux	2	2,22
Familiaux	10	11,11
Pas d'antécédent	73	81,11
Total	90	100

Les patients n'ayant pas d'antécédents particuliers connus représentaient **81,11%**.

Tableau VIII : Répartition des patients selon la durée de la maladie avant la première consultation au cabinet Duflo.

Durée de la maladie	Effectif absolu	Pourcentage
Moins de 1 mois	6	6,67
1 Mois-3 ans	69	76,66
4Ans-6 Ans	6	6,67
7Ans et plus	9	10,00
Total	90	100

Les patients qui ont consulté entre **1 mois-3 ans**, représentaient **76,66 %**.

Tableau IX : Répartition selon le diagnostic retenu par les tradithérapeutes.

Diagnostic retenu	Effectif absolu	Pourcentage
"Dabali"	52	57,77
"Jine Bana"	14	15,56
"Kounafing"	10	11,11
"Marra"	9	10,00
Autres	5	5,56
Total	90	100

La notion de "dabali" représentait **57,77%**.

Tableau X : Répartition des patients selon l'intégration socioprofessionnelle post-psychothérapeutique.

Intégration Socioprofessionnelle	Effectif absolu	Pourcentage
Bonne	81	90,00
Passable	7	7,78
Mauvaise	2	2,22
Total	90	100

La majorité de nos patients a eu une bonne intégration socioprofessionnelle soit **90%**.



***COMMENTAIRE ET
DISCUSSION***

VI- COMMENTAIRE ET DISCUSSION DES RESULTATS :

Cette étude comporte cependant certaines difficultés que nous voulons porter à votre connaissance.

-Le refus de certains patients de venir au rendez-vous, ce qui a rendu l'échantillonnage moins représentatif. Ce qui s'explique par le caractère fonctionnel de la maladie, ou aussi par un moyen financier.

-le problème de communication car la plupart de malades communiquaient en peuhl.

Ce travail peut ne pas être transposé dans d'autres études, car l'interprétation que nous avons fait n'est pas universelle, elle varie selon les races, les ethnies, le lieu...

A notre connaissance, il n'existe pas une étude typique sur la psychothérapie au niveau de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie ce rendait l'étude comparative difficile.

L'attitude privilégiée adoptée a été de ne pas insister sur le bilan somatique par crainte de ne pas trop médicaliser notre approche mais à l'inverse nous avons tenté d'éviter l'absence de bilans para cliniques chez les patients pour que ces derniers n'interprètent pas cette attitude comme une certaine négligence dans la prise en charge de leur pathologie.

En fait, l'attitude à prendre face aux troubles fonctionnels apparaît très délicate dans la pratique courante.

- Selon l'âge et le sexe, les jeunes représentaient une proportion importante car la tranche d'âge 20-34ans étaient de 55,56% des cas.

Ce résultat est comparable à celui de **Souckho D.A.** [39], qui a trouvé dans sa série une prédominance de la tranche d'âge **16-35** ans avec un taux de **53,3%**.

Ce pourcentage élevé peut être expliqué par le fait que les jeunes ont le souci de l'avenir, de projet de mariage, ou sont confrontés au problème de déception amoureuse. C'est la période la plus difficile de leur vie, ils sont soumis parfois à une véritable compétition professionnelle pour conserver un poste ou gravir des échelons. En effet la jeunesse est une période idéale pour apprendre à maîtriser le stress. C'est la période où l'homme doit s'affirmer pour se forger une situation à la hauteur de ses ambitions.

-La prédominance féminine de notre échantillon est frappante avec **70%** des cas.

Ce résultat est similaire à celui de **Souckho D.A.** qui a trouvé **70%** de sexe féminin lors d'une étude portant sur la contribution à l'étude des plaintes somatiques masquant les troubles psychiques en Médecine interne à l'hôpital du point G en 1989 [39].

Ce taux élevé peut être expliqué par le fait que la plupart de ces femmes sont sous le régime polygamique, mais aussi par le fait que celles-ci se sentent marginalisées par leur mari. Ces femmes ont aussi le souci de l'avenir de leurs enfants. Ces facteurs peuvent être à l'origine de l'éclosion des troubles fonctionnels, pouvant se compliquer secondairement pour aboutir à un trouble somatique en absence d'une psychothérapie adéquate et à temps.

-La provenance de **70%** de nos patients de Mopti confirme l'origine de notre lieu d'étude.

- Selon la catégorie socioprofessionnelle, les ménagères viennent en tête avec **44,44%** de l'échantillon.

Ce résultat est similaire à celui de **Souckho D.A.** [39] qui a trouvé **43,3%** des ménagères dans sa série.

Cela nous montre que la profession de ménagères laisse sous entendre, que ces femmes sont pour la plupart des cas dépendantes de leur mari sur le plan financier ce qui pourrait être une source de mésentente entre les conjoints, et entraîner l'apparition des troubles fonctionnels.

- Selon le rang dans la fratrie, le statut d'aîné a été le plus représenté avec un taux de **32,22%**.

Cette donnée est comparable à celles de **SOUKHO D.A.** [39] qui a trouvé une représentation de **40,74%**, des **aînés** dans son étude.

La prédominance des aînés peut s'expliquer par le fait que ces derniers assument une lourde responsabilité familiale, soit à cause de l'inexpérience des jeunes parents dans l'éducation de leur premier enfant, ou bien encore parce qu'on attend généralement d'eux une exemplarité sans faille et une réussite à tout point de vue. Ce constat nous permet d'évoquer avec **BouceBCI .M** « qu'être aîné est un facteur de risque », pouvant entraîner le souci incessant, et devenir « l'épine irritative » de la maladie.

- Selon les motifs de consultation, l'**anxiété** a été le motif de consultation le plus représenté avec **33,33%**.

Ceci montre que l'**anxiété** est l'un des éléments fondamentaux des troubles fonctionnels, il peut se présenter au premier plan comme une cause déterminante ou encore seulement une manifestation secondaire, et entraîner une fréquence élevée de consultation chez les médecins généralistes ainsi que chez les tradithérapeutes.

- un taux de **34,44%**.de nos patients ont subi une vie d'enfance pénible.

Cette donnée nous permet de dire que la qualité de l'éducation familiale joue un rôle important dans le développement psychique de l'individu, et par conséquent pendant l'enfance, les parents doivent instaurer un climat de

confiance et d'échange avec l'enfant afin d'éviter de créer des sentiments de culpabilité ou d'échec dans son esprit.

- Dans notre étude **88,23%** de nos patients vivaient dans un climat conjugal délétère. Ces données concordent avec celles des recherches des études menées dans le cadre des conflits au sein du couple, les mésententes au niveau des familles en générales sont à l'origine des troubles du comportement, et plus particulièrement les troubles fonctionnels. Ce qui nous permet de dire qu'un climat conjugal déséquilibré, non serein peut être à l'origine d'une vie solitaire, un manque d'affection, des conflits incessants, de divorce au sein du couple.

- La répartition de la population des malades en fonction de la durée de la maladie avant la première consultation au cabinet Duflo, nous montre que **76,57%** des cas ont trainé entre 1 mois et 3 ans avec leur maladie avant de consulter au cabinet DUFLO de Mopti. Durant cette période nos patients ont été consultés par plusieurs thérapeutes traditionnels et d'autres agents de santé dont les différents traitements prescrits n'ont pas entraîné une nette amélioration des troubles.

Cela s'explique par la méconnaissance des troubles fonctionnels par les agents de santé et des voies et moyens de leur prise en charge thérapeutique, car le plus souvent les médecins praticiens essaient toujours de rechercher une cause objectivable c'est-à-dire une organicité à travers des bilans multiples.

- Selon le diagnostic retenu par les tradithérapeutes, la notion de « **dabali** » a été la plus représentée avec **57,77%**. Ce résultat s'explique par la représentation mystique des troubles fonctionnels, maladies qui mettent en cause les forces surnaturelles, d'où l'impossibilité pour le médecin de pouvoir les soigner avec les méthodes classiques ce qui montre la nécessité d'introduire la psychothérapie dans la prise en charge des troubles fonctionnels.



CONCLUSION

VII- CONCLUSION :

Les troubles fonctionnels font l'objet des fréquentes consultations du fait que la plupart des médecins accordent peu d'importance à ces troubles.

C'est ainsi que nous avons choisi ce thème.

Elle a traité des généralités sur les troubles fonctionnels et les maladies psychosomatiques, l'hystérie et les symptômes de conversion hystériques, les approches théoriques de la pathologie psychosomatique, l'importance et le rôle de la psychothérapie dans la prise en charge des troubles fonctionnels et psychosomatiques.

La méthodologie utilisée est celle de l'étude retro prospective qui s'est déroulée de Novembre 2008-2009 au niveau du cabinet médical Duflo de Mopti. La taille de l'échantillon était de 90 dossiers des patients ayant fait l'objet d'une observation clinique complète et d'une psychothérapie, parmi 153 dossiers.

L'analyse des dossiers étudiés a permis de faire ressortir les constats suivants :

-Une prédominance des jeunes de sexe féminin dans la prévalence des troubles fonctionnels avec un taux de **70%**.

-Le rang d'aîné a été le plus représenté avec un taux de **32,22%**.

-L'anxiété a été le motif de consultation le plus représenté avec **33,33%**.

-selon la provenance, **70%** de nos patients étaient de Mopti ville.

-Selon la catégorie socioprofessionnelle, les ménagères viennent en tête avec **44,44%** de l'échantillon.

-Certains de nos patients ont subi une vie d'enfance pénible avec un taux de **34,44%**.

-Selon le diagnostic retenu par les tradithérapeutes, la notion de « **dabali** » a été la plus représentée avec un taux de **57,78%**.

-L'amélioration de l'état de santé après le suivi psychothérapeutique a été constaté, car **90%** de nos patients ont bénéficié une bonne intégration socioprofessionnelle.

Le constat que nous avons fait durant cette étude de psychothérapie sera résumé par :

« Ce qui ne se dit pas par les mots, risque un jour de s'exprimer par des maux ».



RECOMMENDATIONS

VIII Recommandations:

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

-Ministère de la santé :

Assurer la formation continue au personnel médical dans le domaine de psychologie médicale et psychopathologie ainsi que dans la maîtrise des techniques de psychothérapie.

-Médecins praticiens :

Considérer toutes les plaintes des patients comme réelles.

De prendre en compte l'homme malade dans sa globalité biopsychosociale afin de ne pas négliger l'aspect psychosociale au profil de l'aspect biologique.

-Etudiants :

Attirer l'attention des étudiants sur l'importance des cours de psychologie médicale dans leur formation de base.



BIBLIOGRAPHIE

IX-Bibliographies.

1-**Adama K** : Fonctions du psychologue clinicien dans le traitement de certaines maladies mentales comme les névroses : cas du service de psychiatrie de l'hôpital national du point « G » de Bamako .Mémoire de maitrise, école normale supérieure, **DER Philo-Psycho-Pédagogie**.1998-1999.

2-**Aubin H** : Introduction à la psychiatrie, chez les noirs, annale Médico-psychologique Paris 1939, P 97,1-29 et 181-210.

3- **BECACHE A** : Malades psychosomatiques-psychologie pathologique (2^{ème} édition) Paris-Masson, 1976, P 204-210.

4- **BOUCEBCIM** : Rang d'aîné dans la fratrie et risque psychopathologique : syndrome d'aîné. Inf. psychiatre, 1994, P7-583-592.

5-**Boyer P.et Guelfi J-D** : Trouble somatique et états dépressifs, Annale médico-psychologique Paris 1976, P136, 1147-1182.

6- **Buchet-C** : Profession Psychothérapeute Paris, Masson, 1996 P65.

7-**Bucher R** : La différenciation-dépression-mélancolie à la lumière des recherches transculturelles. Psychopathologie Africaine 1975, XI, 2,217-237.

8-**Carothers J.C** : Psychologie normale et pathologie de l'Africain, Etude ethno psychiatrique-monographie série OMS numéro 17 Geneve1954.

9-**Collomb H** : Assistance psychiatrique en Afrique : Expérience Sénégalaise de psychopathologie Africaine 1965, P1-2-11-84.

10-**Collomb H** : Psychiatrie et culture (quelques considérations générales) psychopathologie africaine 1966, II, 2,259-273.

11-**Coulibaly B** : Approche épidémiologie de la demande des soins psychiatriques au Mali. Thèses Med. Bamako 1984 n°83-M-10.P20.

12-**Coudray J.P et Koumaré B** : "Jine bana : un concept opératoire ?"

Psychologie médicale XXVIII^{ième} colloque de la société de psychologie médicale de langue française, 1986, 18,12 :184-1813.

13- **Daco P** : Les prodigieuses victoires de la psychologie, Paris, collection marabout, 1988 ; p.103.

14- **DIABATE M.M.K** : Demande de soins psychiatriques chez les élèves et étudiants dans le service de psychiatrie de l'hôpital national du point-G, Thèse de médecine, Bamako Mali, 2006, P 63.

15-**Parot F, Michelle M** : Introduction générale à la psychologie et méthodes, Paris PUF, 1992.P33-76.

16-**Diop M** : La dépression chez le noir africain-psychopathologie africaine 1967, III, 2183-194.

17- **Feller J** : La sociologie, tome III à znaniecki (suite) U, les dictionnaires marabout, Paris université savoir moderne ; 1972, p1.

18- **Freud S** : La psychanalyse.

19-**Gode Froid J** : Psychologie, science humaine et science cognitive de Bock Université. 2007.

20- **Guyotat J., Deniker P; Lemperiere TH**: Précis de psychiatrie de l'adulte, Paris, 1990, (2eme édition) P750.

21- **Haynal A., Pasini W.** : Médecine psychosomatique, Paris 1978,292P.

22- **Marty P.** La dépression essentielle in rev. France, Masson 1980, P53-76.

23- **Lasegue C.** De l'anorexie hystérique. In « Ecrits psychiatriques. Textes choisis et représentés par J. CORRAZE. 135-150 ». Toulouse 1971,1ere édition P145-156.

24-**Lieury A** : Manuel de psychologie générale, Paris, Dunod 1990, P 96-107.

25-**Losier A** : Changer pour le bonheur !

26- **Dictionnaire fondamentale** de la Psychologie : Larousse.1968,P65-69.

27-**Marcel D** : L'homme du XXe siècle et son esprit volume V, Paris e.d.i.e.c1972 ; p81.

28- **Ouedrago. A, Siranyan .S, Ouedrago. T.L** :

Morbidité psychiatrique chez les enfants et adolescents. Etude rétrospective sur cinq ans des données hospitalières du service de psychiatrie du C.H.N.Y.O Ouagadougou (Burkina-Faso). Neuropsychiatrie. Enf. Adol. , 1998, P 46 -135

29- **Huber W** : L'homme psychopathologique et la psychologie clinique, Paris, PUF, 1993, p123.

30- **Sivadon. P** : Traité de psychologie médicale. Tome2 : La rencontre psychothérapeutique Paris P.U.F 1973. P76.

31-**pH. Jet et D.Houzel** : Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Paris Editeur Maloin SA, 1975 volume II 3^e tirage, Maloin, p.239, 1975.

32-**Palmade G** : La psychothérapie que sais-je ? Paris PUF, 1973, p5.

33- **Portail de la médecine** :

« http://fr.wikipedia.org/wiki/Trouble_fonctionnel ».

Catégorie : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes le 10-02-2010.

34-**Reuchlin M** : psychologie, Paris PUF, 1984 P55-86.

35- **Roulier G** : La santé sexuelle masculine.

36-**Salvatti E, Souetre E, Belugon J.L., Darcourt G.** Anxiété dépression et sommeil. Psychologie médicale Paris.1987, P19, 12,2245-2248.

37-**Sinelikoff N** : Dictionnaire critique des psychothérapies ESF 2006
Nathalie.

38- **Pedenielli J.L** : Introduction à la psychologie clinique, Paris Nathan, 1978
université, p85.

39- **SOUKHO A.D**: Contribution à l'étude des plaintes somatiques masquant les troubles psychiques en médecine interne à l'hôpital du point G; thèse de médecine, Bamako, école nationale de médecine et de pharmacie, 1989-P1-2-89.

ANNEXES

Fiche d'enquête

I) Identification :

1- N° du dossier : ___\

2-Nom et prénoms :.....

3-Age :.....

4-Sexe : a) masculin : b) féminin :

5-Profession :.....

6-Provenance :.....

7-Fratrie :.....

8-Statut familial : a) parents unis ___\ b) parents désunis ___\

c) élevés par les deux parents : oui ___\ non ___\

9-Statut matrimonial : a) marié(e) ___\ b) célibataire ___\

c) veuf (Ve) ___\ d) divorcé(e) ___\ e) monogame ___\

f) polygame ___\

10-Climat conjugal : a) bon ___\ b) mauvais ___\

II) Motifs de consultation les plus fréquemment rencontrés :

1-Nervosité ___\ 2-)oubli très vite ___\ 3-) Anxiété ___\ 4)

cauchemars ___\

5-)Sensation de quelque chose qui bouge dans tout le corps ___\

6)Céphalée ___\

7-)Epigastralgie ___\ 8-)Douleur abdominale ___\ 9-)Insomnie ___\
10)Anorexie ___\

11-)Autres à préciser :.....

III) Antécédents du malade

1-)Antécédent personnel :

a)Antécédents médicaux :.....

b) Antécédents chirurgicaux :.....

c)Antécédents gynéco- obstétricaux :

2-)Antécédents familiaux :.....

IV) Histoire de la maladie :

1) Le début de la symptomatologie :.....

2) Quels sont les différents bilans antérieurs réalisés :.....

3) Les ordonnances déjà prescrites :.....

4) Avez-vous été consulte par un omni thérapeute oui ___\ non ___\
-Si oui quel diagnostic a été retenu : a) Dabali ___\ b) « Fah » ___\
c) «Djinebana» ___\
d) Autres à préciser :.....

5) Avez-vous reçu un traitement : Si oui lequel ? a) « Nassi» ___\
b) Décoction ___\ c) « Woussoula » ___\ d) Pierre ___\
e)Autres à préciser :.....

6) Ce traitement a-t-il entraîné une amélioration oui ___\ non___\

V) Evolution et suivi du traitement :

1) votre maladie a-t-elle été sensible aux :

a)Médicaments ___\

b) entretien minutieux et confidentiel entre soignant et patient par des mots ___\

c)Marginalisations ___\

2) Intégration familiale et socioprofessionnelle post-psychothérapeutique :

a)Bonne ___\ b) Mauvaise ___\ c)Passable ___\

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : Sacko

Prénom : Maciré

Tel : 75157264.

Titre de la thèse : Place de la psychothérapie dans la prise en charge des troubles fonctionnels chez les patients au cabinet médical DUFLO de Mopti.

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.

Secteurs d'intérêt : Santé publique, psychiatrie, psychologie médicale, socio-en tropologie.

RESUME : Notre étude de type retro-prospective portant sur 90 dossiers s'est réalisée de Novembre 2008-Novembre 2009 au cabinet Médical DUFLO de Mopti. Cette étude intitulée « Place de la psychothérapie dans la prise en charge des troubles fonctionnels chez les patients au cabinet médical Duflo de Mopti », porte sur l'analyse des troubles fonctionnels et leur prise en charge psychothérapeutique au cours des consultations médicales au cabinet médical Duflo de Mopti.

L'analyse des résultats a permis de faire ressortir :

-une prédominance des jeunes de sexe féminin dans la prévalence des troubles fonctionnels avec un taux de **70%**.

-Le rang d'aîné a été le plus représenté avec un taux de **32,22%**.

.-l'**anxiété** à été le motif de consultation le plus représenté avec **33,33%**.

-La qualité de la vie d'enfance a été pénible chez **34,44%**.

-La notion de « dabali » a été retenue par les tradithérapeutes dans **57,78%**.

-L'amélioration de l'état de santé après le suivi psychothérapeutique a été constatée chez **90%** des cas.

Mots clés : Troubles fonctionnels, médecine psychosomatique, psychothérapie, cabinet Duflo de Mopti, Patients, anxiété.

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