

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

Année 1987 - 1988

N° \_\_\_\_\_

Approche épidémiologique des maladies mentales au Mali.  
Enquête réalisée dans le service de psychiatrie de l'hôpital  
du point G Bamako.

# THÈSE

Présentée et Soutenue publiquement le ..... Mars 1989  
devant l'École Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

**Par**

**Souleymane AWANDÉ**

Né le 28 Mai 1950 à Bamako

pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine  
( DIPLOME D'ÉTAT )

## EXAMINATEURS :

**Président :** Professeur Aliou BA

**Membres**

{ Docteur : Madame Evelyne Naci Miquel GARCIA  
Professeur : Hubert BALIQUE  
Professeur : Baba KOUMARÉ

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI  
ANNEE UNIVERSITAIRE 1987 - 1988

Professeur Aliou BA	Directeur Général
Professeur Bocar SALL	Directeur Général Adj.
Docteur Hubert BALIQUE	Conseiller Technique
Monsieur Demba DOUCOURE	Secrétaire Général
Monsieur Philippe SAYE	Economiste

D.E.R. DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1 - PROFESSEURS AGREGES :

Professeur Mamadou Lamine TRAORE	Chef de D.E.R. Chirurgie Générale
	Médecine Légale
Professeur Aliou BA	Ophtalmologie
Professeur Bocar SALL	Orthopédie - Traumatologie
	Secourisme
Professeur Mamadou DEBELE	Chirurgie Générale
Professeur Abdel Karim KOUHARE	Chirurgie Générale - Anatomie
Professeur Sambou SOUFARE	Chirurgie Générale

2 - ASSISTANTS - CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Bénitiéni FOFANA	Gynécologie - Obstétrique
Docteur Aïda SY Aïda SOW	Gynécologie - Obstétrique
Docteur Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Docteur Kalilou OUATTARA	Urologie
Docteur Amadou Ingré DOLO	Gynécologie - Obstétrique
Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA	Odonto - Stomatologie
Docteur Djibril SANGARE	Chirurgie Générale - Soins Infirmiers
Docteur Salif DIAKITE	Gynécologie - Obstétrique
Docteur Massaoulé SALAKE	Gynécologie - Obstétrique
Docteur STEINER	Gynécologie - Obstétrique

3 - ASSISTANTS :

Docteur Abdoul Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Docteur Lassana KOITA	Chirurgie Générale
Docteur Sékou SIDIBE	Orthopédie - Traumatologie

4 - CHARGES DE COURS

Docteur TRUSCHEL	Chirurgie
Mme COUMARE Fanta COULIBALY	T.P. Soins Infirmiers

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1 - PROFESSEURS AGREGES :

Professeur Souleymane SANGARE	Chef de D.E.R. Pneumoph-tisiologie
Professeur: Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Professeur: Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Professeur Mamadou Kouréissi TOURE	Cardiologie
Professeur Mahamane Kalil MAIGA	Néphrologie
Professeur Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie

2 - ASSISTANTS - CHEFS DE CLINIQUE :

Docteur Balla COULIBALY	Pédiatrie
Docteur Issa TRAORE	Radiologie
Docteur Sidi Yaya TOURE	Anesthésie -Réanimation
Docteur Mamadou Marouf KEITA	Pédiatrie
Docteur Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Docteur Moussa TRAORE	Neurologie
Docteur Eric PICHARD	Médecine Interne
Docteur Boubacar DIALLO	Cardiologie

3 - ASSISTANTS :

Docteur Moussa MAIGA	Gastro-Entérologie
Docteur Bah KEITA	Pneumo-phtisiologie
Docteur Hamar Alassane TRAORE	Médecine Interne
Docteur Kader TRAORE	Médecine Interne

4 - CHARGES DE COURS :

Docteur Jean Pierre GOUDRAY	Psychiatrie
Docteur Gérard GROSSETEME	Dermatologie - Léprologie
Docteur Pierre LEROY	Anesthésie - Réanimation
Monsieur Fernand KANOUTE	Psychologie Médicale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1 - PROFESSEURS AGREGES :

Professeur Bréhima KOUMARE	Chef de D.E.R. Microbiologie
Professeur Siné BAYO	Anatomie Pathologie - Histo- Embryologie

2 - ASSISTANTS - CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Docteur Yaya MAIGA	Immunologie
Docteur Abderhamane Sideye MAIGA	Parasitologie

3 - MAITRES - ASSISTANTS :

Docteur Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique
Docteur Hama CISSE	Chimie Générale
Docteur Amadou TOURE	Histo-Embryologie

4 - ASSISTANTS :

Docteur Flabou BOUGOUDOGO	T.P. Microbiologie
---------------------------	--------------------

5 - CHARGES DE COURS :

- DOCTEURS D'ETAT :

Monsieur Yéya Tiémoko TOURE	Biologie
Monsieur Amadou DIALLO	Zoologie-Génétique

.../...-

- DOCTEURS 3ème CYCLE - PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Monsieur Bouba DIARRA	Microbiologie
Monsieur Moussa HARAMA	Chimie-Organique-Minérale
Monsieur Massa SANOGO	Chimie Analytique
Monsieur Yenimegué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Monsieur Bakary Mo CISSE	Biochimie
Mme THIAM Aïssata SOW	Biophysique
Monsieur N'Golo DIARRA	Botanique
Monsieur Niamanto DIARRA	Mathématiques
Monsieur Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Monsieur Souleymane TRAORE	Physiologie Générale
Monsieur Salikou SANOGO	Physique
Monsieur Daouda DIALLO	Chimie minérale
Monsieur Abdoulaye KOUMARE	Chimie Générale
Monsieur Godefroy COULIBALY	T.P. Parasitologie
Monsieur Mamadou KONE	Anatomie-Physiologie humaines
Jacqueline CISSE	Biologie Animale
Monsieur Bakary SACKO	Biochimie
Monsieur Modibo DIARRA	Diététique-Nutrition

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS AGREGES :

Professeur Boubacar CISSE Toxicologie-Chef de D.E.R.

2. MAITRES-ASSISTANTS :

Docteur Boulkassoum HAIDARA Législation et Gestion  
Pharmaceutiques

Docteur Elimane MARIKO Pharmacodynamie

3. ASSISTANTS :

Docteur Drissa DIALLO Matière Médicale

4. CHARGES DE COURS

Docteur Boubacar KANTE Pharmacie Galénique

Docteur Alou KEITA Pharmacie Galénique

Docteur Mme CISSE Aminata GAKOU Pharmacie Galénique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR AGREGE :

Professeur Sidi Yaya SIMAGA Chef de D.E.R. Santé  
Publique.

2. ASSISTANTS-CHEFS DE CLINIQUE :

Docteur Sory Ibrahima KABA	Epidémiologie
Docteur Sanoussi KONATE	Santé Publique
Docteur Moussa MAIGA	Santé Publique
Docteur Georges SOULA	Santé Publique

3. ASSISTANTS :

Docteur Pascal FABRE	Santé Publique
----------------------	----------------

4. CHARGES DE COURS :

Monsieur Cheick Tidiane TANDIA (Ing. Sanit.)	Hygiène du Milieu
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA (Ing. Sanit.)	Hygiène du Milieu

PROFESSEURS MISSINNAIRES :

Professeur Oumar SYLLA	Pharmacie Chimique
Professeur Humbert Gibne-Barber	Pharmacodynamie
Professeur François MORANDA	Biochimie
Professeur Alain GERAULT	Biochimie
Professeur Pierre Jean REYNIER	Pharmacie Galénique
Professeur GENLAUX	C.E.S. Dermatologie
Professeur LAGOUTTE	C.E.S. Ophtalmologie
Professeur Philippe VERIN	C.E.S. Ophtalmologie
Professeur Jean Pierre EISSET	Biophysique
Professeur Mme PAULETTE GIONO-BARBER	Anatomie-Physiologie Humaines.
Docteur Guy BECHIS	Biochimie
Docteur Marie Hélène ROCHAT	Biophysique
Docteur Alai, LAURENS	Pharmacie chimique
Monsieur El Hadj Makhtar WADE	Bibliographie

-----  
-----  
-----

Je dedie ce travail a :

A mes parents

Toujours soucieux de notre bien être et de notre réussite, vous n'avez jamais cessé d'être disponible même pendant les moments les plus critiques. Que Dieu vous donne longue vie.

A ma femme

Ta compagnie, tes conseils ont été pour moi un gage de réussite.

A mon enfant

Pour vous souhaiter une longue vie et d'être un homme exemplaire dans le travail, et la discipline.

A la mémoire de mes grad-Pères

Que votre âme repose en paix.

A mes cousins et cousines

Merci pour vous encouragement.

../.-.



A mes frères et amis d'enfance

Amidou DIAKITE : R A S A Bamako

Mamadou DIAKITE : Professeur au lycée de Bougouni

En souvenir des moments pathétiques vécus ensemble.

A mes Amis et compagnons de lutte

Docteur Moussa DIALLO

Docteur Guidéré TIMBELY

Docteur Felix Théodor TRAORE

Docteur Moussa TERA

puisse ce travail voire se raffermir d'avantage nos relations amicales.

A Messieurs :

Amadou DIAKITE - maître tailleur à Quinzambougou Bamako

Dioncounda SAMABALY = Ministère de l'information

Moussa TRAORE et sa femme à Faladiè

Mahamane CISSE à Faladiè

Mme Aminata SAMAKE Direction Nationale de l'Hygiène Publique

Karamoko TOURE à Banankabougou

Ibrahima TRAORE Direction Nationale de l'Hygiène Publique

Madjou GUIKINE et frères à Banankabougou

Baba LANDOURET Librairie Dèves et Chaumet

Kadio DIARRA Direction Nationale de l'Hygiène Publique

Votre concours moral et matériel ne ma jamais fait défaut.

Ce travail vous revient de droit.

.../..-

A tout le personnel de la psychiatrie de  
l'hôpital du Point-G

Merci pour vos encouragements.

A tout le personnel de la Direction Nationale de l'Hygiène  
Publique et de l'Assainissement.

A tout ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la  
réussite de ce travail.

- Monsieur Vimont Vicary conseiller Technique Française à la  
D.E.P.
- Mr. Pascal Villeret - Information à la D.E.P.
- Mr. Jacques Regene Information à la D.E.P.
- Mr. Malamine CISSE Direction Nationale du Plan et de la  
Statistique.
- Mr. Joseph Miquel - Garcia Professeur de Mathématiques  
Lycée Liberté "A"
- pour les remercier de toute leur aide à la réalisation  
de ce travail.
- A tous les étudiants de l'E.N.M.P. de Bamako (Mali)  
pour la cause commune, courage.
- A tout le corps professoral de l'E.N.M.P. de Bamako  
ma profonde gratitude
- Au personnel de l'E.N.M.P. de Bamako  
pour leur disponibilité et leur gentillesse.

..../-

- A notre président de Jury
- Monsieur le Professeur Aliou BA

Malgré vos multiples occupations, vous avez accepté de présider ce Jury.

Vous êtes pour nous un éminent ophtalmologue, un grand maître dont votre enseignement clair et votre connaissance exceptionnelles du terrain nous ont été indispensable.

Veillez trouver ici l'expression de notre admiration et notre reconnaissance.

- A Monsieur le professeur Hubert Malique

Vous nous faites un grand honneur en acceptant malgré vos multiples tâches de participer à ce Jury.

Veillez trouvez ici l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect./.-

A nos Maîtres

- Madame Evelyne Nasi Miquel Garcia

Ce travail est le résultat de votre concours permanent. Votre esprit didactique et critique tant à la maison qu'à l'hôpital et votre disponibilité tout au long de ce travail nous a comblé.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

- Le Docteur Jean Pierre COUDRAY

Votre ardeur au travail jointe à votre modestie et vos éminentes qualités de psychiatrie et humaine nous valent toute notre admiration.

Veillez trouver là, l'expression de notre sincères reconnaissances et de notre profond respect.

- Le Professeur Baba KOUMARE

Votre expérience, dans la pratique de la psychiatrie " Africaine ", la qualité exceptionnelle de votre enseignement ainsi que vos grandes qualités humaines font que nous sommes très fiers de compter parmi vos élèves.

Soyez assurés de notre profonde reconnaissance.

///---J L A N

1 - Introduction .....	1
1.1. Finalité et méthodologie de l'enquête .....	3
1.2. Méthode .....	4
2 - Le Sexe : .....	5
3 - Le rang dans la fratrie .....	7
4 - L'âge à l'enquête .....	8
5 - La pyramide des âges .....	10
6 - Repartition selon l'Ethnie .....	11
7 - L'origine des malades .....	13
7.1 - Lieu d'éclosion des troubles .....	15
8 - Repartition selon le type de profession .....	17
8.1 - Activités professionnelles des femmes hospitalisées .....	17
8.2 - Activités professionnelles des hommes hospitalisés.....	17
9 - Repartition selon la religion .....	20
10 - Le statut matrimonial .....	20
10-1 - Repartition de la population des femmes hospitalisées en fonction du statut matrimonial .....	20
10-2 - Repartition de la population masculine hospitalisée en fonct. du statut matrimonial.....	22
11 - Etude du niveau de scolarisation des patients hosp. dans l'enquête 1987-88	23
12 - Les modes de placement.....	24
13 - Age de debut des troubles .....	
Age de la première hospitalisation	
Age de la dernière hospitalisation.....	30

13.1	l'âge à la première hospitalisation .....	30
13.2	l'âge à la dernière hospitalisation .....	31
14	- Durée totale de séjour .....	35
15	- La symptomatologie à l'entrée .....	36
16	- Les différentes thérapeutiques .....	42
16.1	- Neuroleptiques retardés .....	42
16.2	- Neuroleptiques incisifs .....	42
16.3	- Neuroleptiques intermédiaires.....	42
16.4	- Neuroleptiques sédatifs .....	43
16.5	- Les anti parkinsonniens.. ..	44
16.6	- Les anti Depresseurs .....	44
16.7	- Les Hypnotiques .....	45
16.8	- Les benzodiazépines.....	46
17	- Les autres abords thérapeutiques.....	46
17.1	- La psychothérapie individuelle.....	46
17.2	- La psychothérapie du groupe.....	46
17.3	- Le Kotèba .....	48
18	- Les prises en charge traditionnelles.....	50
18.1	- La phytothérapie .....	50
18.2	- Le recours au Marabout ou <sup>au</sup> prêtre .....	51
18.3	- Guérisseurs <del>de</del> Marabout ou prêtre .....	51
18.4	- Les cultes de possession .....	52
18.5	- Traitement traditionnel Mixte.....	53
19	- Résultats des traitements traditionnels et conven- tionnels .....	54
19.1	- Résultats traditionnel.....	54
19.2	- Résultats conventionnels.....	54
20	- Devenir des patients hospitalisés.....	55
21	- Diagnostic d'entrée .....	57
22	- Diagnostic de sortie .....	57
23	- La Synthèse .....	64
24	- Conclusion .....	72
25	- Bibliographie .....	73

## INTRODUCTION

Le recueil de données épidémiologiques concernant la maladie mentale pose des problèmes spécifiques par rapport aux autres types d'affection dans les conditions particulières du Mali. Ainsi aucune des enquêtes d'épidémiologie générale menées au Mali n'intègre la psychiatrie. Cela tient à plusieurs facteurs : l'impossibilité d'examen complémentaires pouvant permettre d'affirmer le diagnostic en est un exemple.

Les familles lient la maladie mentale à des représentations traditionnelles bien précises, ce qui leur fait bien souvent imaginer que la médecine conventionnelle n'offre pas de possibilité dans ce domaine. Ainsi le symptôme psychiatrique est-il rarement présenté spontanément au Médecin, ce qui complique l'enquête. Par ailleurs les vignettes cliniques dont nous disposons sont trop centrées sur une sémiologie classique décrite en Occident et qui en tout cas semble identifiée différemment par le milieu qui nous concerne. Ainsi l'enquête épidémiologique psychiatrique au Mali suppose-t-elle la recherche d'une méthodologie spécifique qui n'a pas encore été mise au point.

Dans ce contexte le recueil des données relatives à l'hospitalisation dans le service de psychiatrie de l'hôpital National du Point-G prend une importance particulière, ce d'autant plus qu'il est l'unique structure de soins psychiatrique au Mali, et accueille les patients en provenance de toutes les régions du pays.

Des rares données épidémiologiques dont nous disposons nous sont fournies d'une part par L'Organisation Mondiale de la Santé (1% d'une population quelconque à un moment donné présente des affections psychiatriques graves, 10% si l'on inclut les troubles mineurs et l'épilepsie) et par P. COPPO qui dans son enquête au pays Dogon a recensé les cas de " Kéké " (Folie en Dogon) et de "bambon" (débilité en Dogon). Il trouve pour le "Kéké" une prévalence de 1,76% et 0,61% pour la débilité.

En 1983 P. COPPO s'est proposé d'évaluer la prévalence de la dépression au pays Dogon. Il s'est heurté à de grosses difficultés méthodologiques car il n'existe pas cette fois de termes dans la culture Dogon qui puisse établir une correspondance avec ce qu'à pu appréhender la culture Occidentale derrière le terme de " dépression " - P. COPPO à partir en particulier de l'usage de vignette clinique, de l'observation des patients tout venant d'une consultation, a conclu à l'absence de dépression dans la zone du pays Dogon étudié.

J.P. Coudray et B. KOUMARE à partir de l'observation des patients dans le service psychiatrique de l'Hôpital du Point-G estiment au contraire que la dépression est bien présente au Mali mais quelle revêt des "masques " particuliers qui compliquent son identification par rapport aux repères cliniques classiques. Nous avons vu l'importance du recueil des données épidémiologiques dans le service de psychiatrie de l'hôpital du Point-G. Une première enquête a été menée en 1983 par B. COULIBALY qui nous offre un point de comparaison intéressant nous permettant d'une part de dégager certaines constantes spécifiques de la population hospitalisée et d'autre part de mesurer l'évolution du service. En effet en 1983 l'entreprise de restructuration du service de psychiatrie sous l'impulsion du Docteur J.P. Coudray et du professeur KOUMARE en était à ses débuts.



En 1987 - 88 date de notre enquête l'équipe soignante s'est efforcée des cases susceptibles d'accueillir des patients avec leur accompagnant, d'autres modifications architecturales ont permis une transformation notable des conditions de prise en charge de la maladie mentale. La comparaison des deux enquêtes permettra de préciser la nature des changements intervenus et de mesurer le chemin parcouru.

### Finalité et Méthodologie de l'enquête

A - Il s'agit dans un premier temps de déterminer les paramètres à étudier. Nous avons choisi certains domaines d'exploration.

- Etat civil des patients = données concernant l'âge le sexe, le statut matrimonial mais aussi le rang dans la fratrie.
- La région de provenance du patient
- Certaines données socio-culturelles, ethnique, religion, niveau de scolarisation.
- Des données concernant l'épidémiologie de l'hospitalisation en psychiatrie, nous avons recherché le décalage existant entre la date d'apparition des troubles et la première hospitalisation et d'autre part un reflet de la durée des troubles au travers de l'âge à la première hospitalisation et à la dernière hospitalisation, ainsi que le nombre des rechutes et la durée moyenne de séjour dans le service.
- Nous avons cherché à évaluer l'impact de la médecine traditionnelle sur la population des patients hospitalisés et à préciser quelles sont les modes de recours traditionnels les plus utilisés.

.../...-

- Pour mieux cerner la nature des troubles présentés nous nous sommes intéressé d'une part à la symptomatologie à l'entrée et d'autre part au diagnostic porté à l'issue du premier accès. Pour ce diagnostic, nous avons choisi de retenir les trois principaux axes proposés par le D.S.M. III

- Nous avons analysé les modes de placement - placement volontaire placement d'office, placement libre, précisé les différentes situations qu'ils recourent ainsi que leur fréquence respective.

- Nous avons essayé de cerner le type de prise en charge mis en place dans le service tant au point de vue du traitement chimiothérapeutique que psychothérapeutique. Nous avons précisé la fréquence d'utilisation. \* des différentes catégories de médicaments psychotropes Neuroleptique, anti Dépresseurs anti-parkin sonniens de synchèse, anxiolytiques, hypnotiques mais aussi psychoterapie du groupe, Kotèba.

- Nous avons tenté de préciser la qualité du suivi externe des patients hospitalisés au travers du nombre des consultations.

Enfin l'étude du devenir des malades va nous permettre en particulier de dégager la qualité de l'insertion sociale à l'issue de l'hospitalisation et deux chiffres importants qui sont le taux de mortalité et le taux d'évasion.

#### B - Méthode

Les dossiers des patients hospitalisés entre le 1-2-1987 et le 29-2-1988 ont été dépouillés en fonction des différents paramètres choisis. Pour beaucoup de dossiers, les données étaient incomplètes. Ainsi certains rubriques ont recueilli un nombre de non reponses importants (exemple = âge de début des troubles) tableau clinique à l'entrée imprecis surtout pour les hospitalisations longues).

LE SEXE

SEXE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Masculin	117	75,5%
Feminin	38	24,5%
TOTAL.....	155	100 %

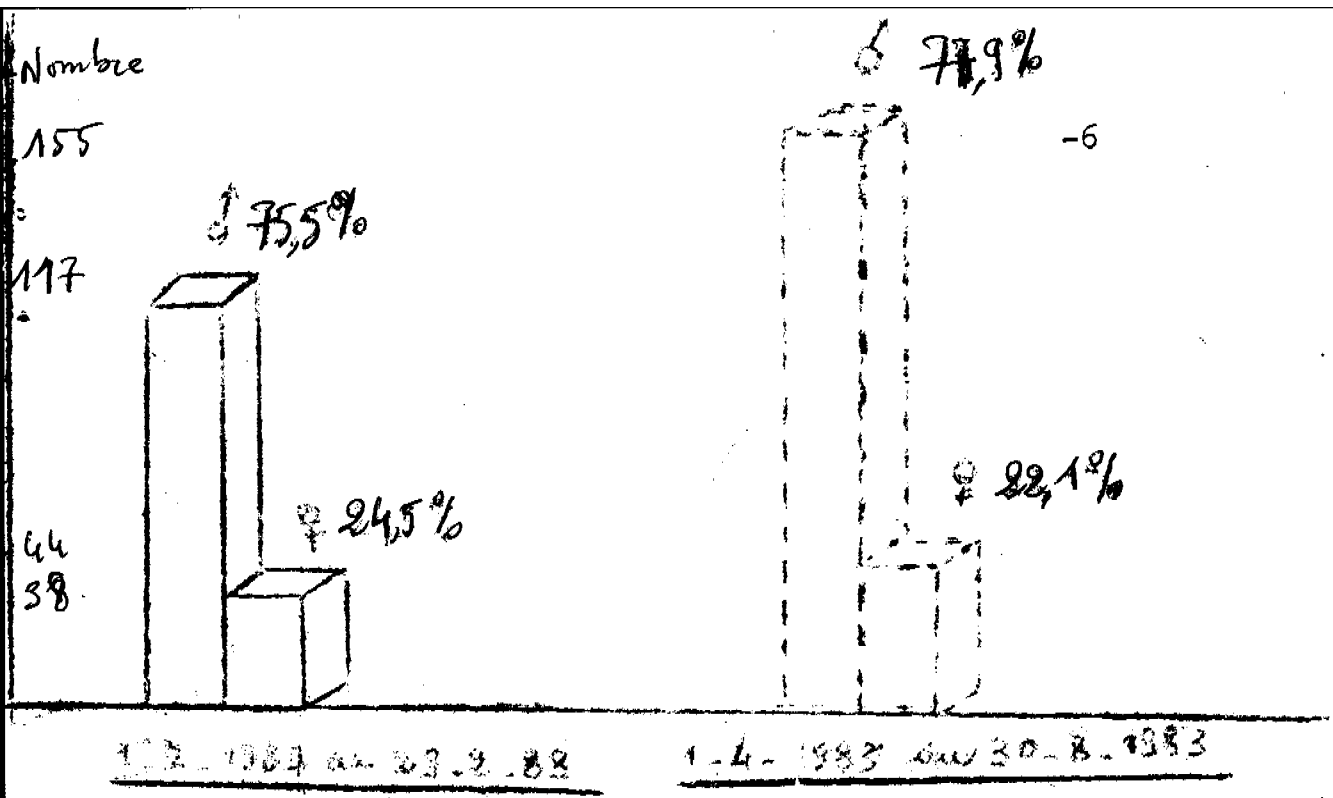
Tableau 1 : Repartition en fonction du sexe des malades hospitalisés dans le service psychiatrique durant l'année 1987 - 1988.

Ce tableau renseigne sur le sexe des patients hospitalisés dans le service psychiatrique durant l'année 1987 - 88 ( 01 - 02 - 1987 au 29 - 02 - 1988) et également sur l'effectif total, puisque à cette question, il n'y a pas eu de non reponses possibles.

Nous remarquons un grand déséquilibre entre le nombre des hommes et celui des femmes (proportion de  $\frac{3}{4}$  /  $\frac{1}{4}$  ).

L'enquête de Bakoroba COULIBALY \* portait sur les patients hospitalisés dans le même service durant la période s'étallant du 1er Avril 1983 au 30 Septembre de la même année. Elle nous donne les mêmes renseignements qui permettent une comparaison.

Bakoroba COULIBALY \* ref bibliographique N° 22



Histogramme N°1 : Comparaison de la repartition par sexe des patients hospitalisés dans le service psychiatrique durant l'année 1987 et l'année 1988.

On constate que l'effectif est moins élevé en 1987 - 88 alors que l'enquête porte sur une période 13mois, tandis que l'enquête de 1983 s'étallait sur six mois.

Par contre la proportion homme/femme reste sensiblement constante :

En 1987-88	= 75,5%	//	24,5%
En 1983	= 77,9%	/	22,1%

Il semble bien que la plus grande fréquence d'hospitalisation masculine soit un phénomène sociologique stable dont il convient d'analyser les raisons. Une hypothèse peut être avancée Les femmes se marient beaucoup plus jeunes et pourraient être de ce fait être protégées par leur statut familial. Par ailleurs elles peuvent peut être continuer à remplir les tâches ménagères tant que les troubles sont modérés, alors que la fonction sociale masculine exigerait des tâches plus diversifiées tournées vers l'extérieur.

.../...-

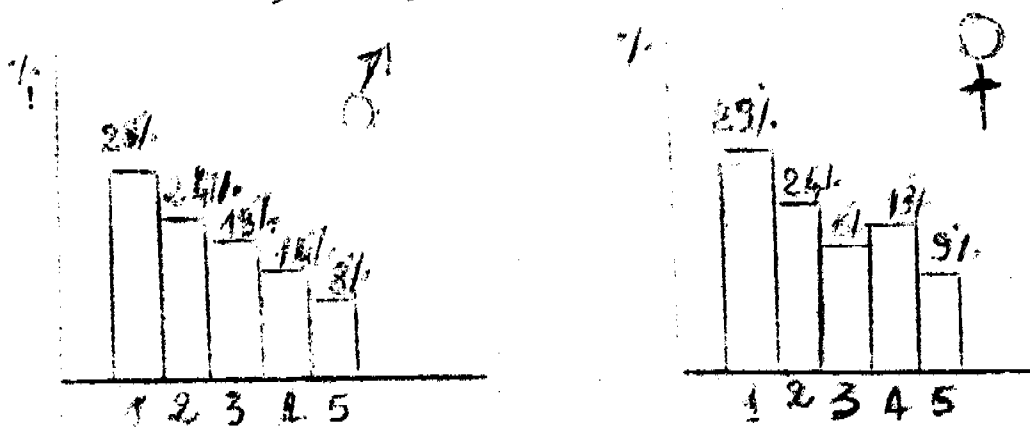
## II Le rang dans la fratrie

Rang dans la fratrie	Hommes	%	Femmes	%
1er enfant	27	27,8	10	29,4
2è enfant	23	23,7	8	23,5
3è enfant	17	17,5	5	14,7
4è enfant	14	14,4	6	17,6
5è enfant	8	8,2	3	8,8

Tableau N°2 : Repartition des patients hospitalisés dans le service psychiatrique en fonction du sexe et du rang dans la fratrie.

### Résultats en Histogramme

- 1 - 1er enfant
- 2 - 2è enfant
- 3 - 3ème enfant
- 4 - 4ème enfant
- 5 - 5ème enfant



### Histogramme N°3

Un peu plus d'un patient hospitalisé sur 4<sup>est</sup> un fils aîné ou une fille aînée. Le risque d'hospitalisation diminue proportionnellement avec le rang dans la fratrie. La place du 1er enfant est donc une place difficile chargée de responsabilité vis à vis des parents et de la fratrie tandis que la relation affective est particulière.

### III L'âge à l'enquête

Nous avons divisé notre série en 10 classes d'âge allant de 5 ans en 5 ans à partir de 15 ans.

Classes d'âge	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
[15 - 19]	1	1,1	2	8	3	2,6
[20 - 24]	8	8,7	1	4	9	7,7
[25 - 29]	21	22,8	2	8	23	19,7
[30 - 34]	15	16,3	-	-	15	12,8
[35 - 39]	11	12	3	12	14	12
[40 - 44]	11	12	4	16	15	12,8
[45 - 49]	13	14,1	5	20	18	15,4
[50 - 54]	6	6,5	5	20	11	9,4
[55 - 59]	2	2,2	3	12	5	4,3
[60 ans et +]	4	4,3	-	-	4	3,4
TOTAL.....	92	100%	25	100%	117	100%

Tableau N°3 : Repartition des patients hospitalisés dans le service psychiatrique durant l'année 1987 - 88 selon les classes d'âge.

#### Analyse des résultats

Dans l'enquête 1987 - 88 nous remarquons un pic d'hospitalisation pour les hommes entre 25 et 30 ans.

- peu d'hospitalisation avant 25 ans
- peu d'hospitalisation après 55 ans

Pour les femmes : Les effectifs sont faibles dans chaque tranche d'âge ce qui rend difficile l'interprétation des résultats. Elles seraient plutôt hospitalisés dans les tranches d'âge plus élevées (40 à 55 ans) que les hommes. Comparons ces données avec les résultats de l'enquête de 1983 ( B. COULIBALY).

.../...-

Comparaison avec les résultats de l'enquête 1983

Pour les hommes : Pour un effectif global plus faible nous remarquons une diminution de la proportion des jeunes hospitalisés (15 à 30 ans) et à l'opposé une augmentation de la proportion des patients plus âgés en particulier entre 45 à 50 ans.

Pour les femmes : Il faut se rappeler que les variations sont plus difficiles à interpréter ici car elles portent sur des effectifs féminins réduits (38 femmes au total en 1987-88 et 44 femmes en 1983).

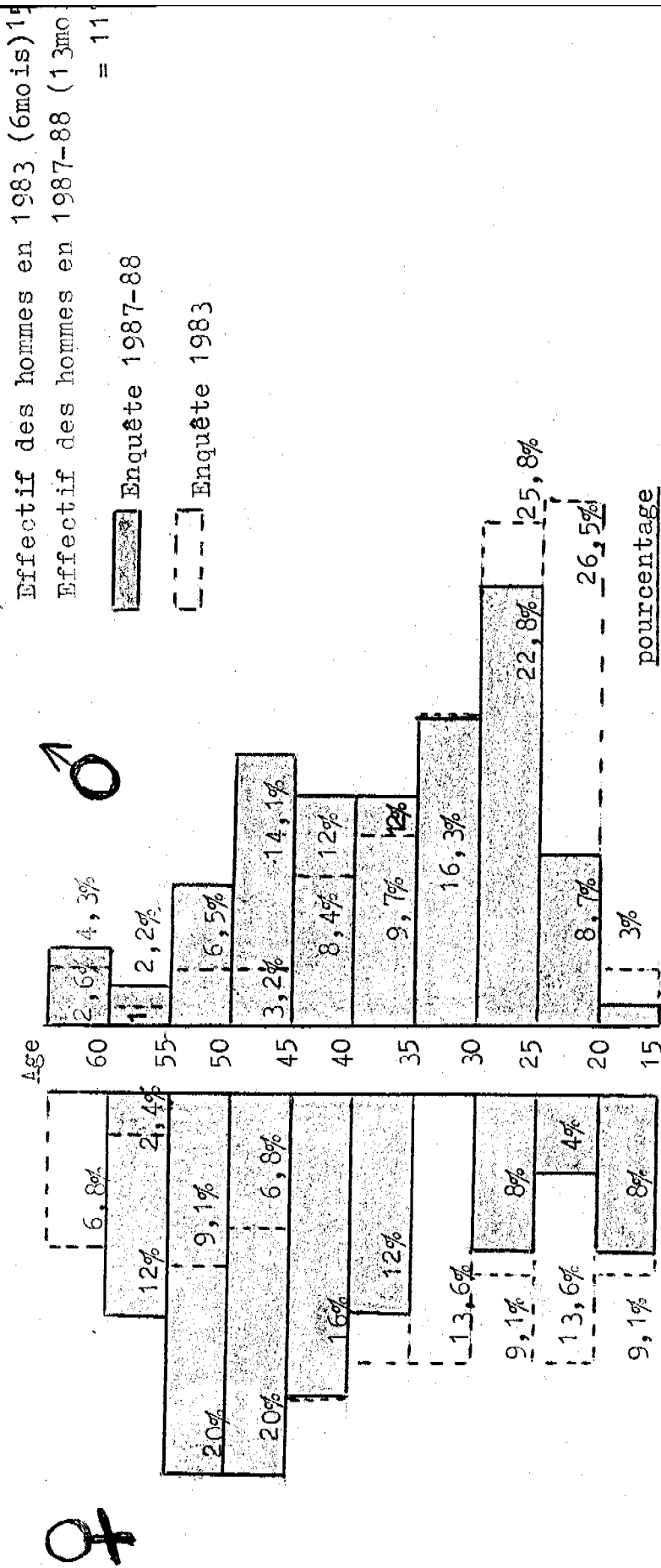
Ce pendant on observe un phénomène parallèle à celui observé chez les hommes baisse de la proportion des patients jeunes (surtout 20 - 25ans et 30 - 35 ans) augmentation de la représentation des tranches entre 45 et 60 ans au sein d'un effectif en diminution.

Interprétation

Il semble que le recours à l'hospitalisation pour les jeunes soit plus rare sans doute du fait à l'augmentation du nombre de prise en charge externes tandis que les patients plus âgés correspondent sans doute d'avantage à un effectif de malades chroniques qui a tendance à vieillir dans le service de psychiatrie. Ceci signifie que la réduction globale de l'effectif se fait plus vite en ce qui concerne les patients jeunes et sans doute "aigus" qu'à ce qui concerne les tranches d'âge 45 à 55 ans qui correspondent d'avantage à une population chronique.

Au total il semble se dégager parallèlement à la réduction de l'effectif, un vieillissement de la population des patients hospitalisés. Ainsi la réinsertion familiale et sociale les placements chez les guérisseurs des patients chroniques entrepris par le service constitue à l'évidence un axe important à poursuivre.

Effectif des femmes en 1983 (6mois) = 44  
 Effectif des femmes en 1987-88 (19mois) = 38



La pyramide des âges : Comparaison des pyramides des âges des patients hospitalisés dans le service en 1987-88 et en 1983 en fonction du pourcentage.



#### IV Repartition selon l'Ethnie

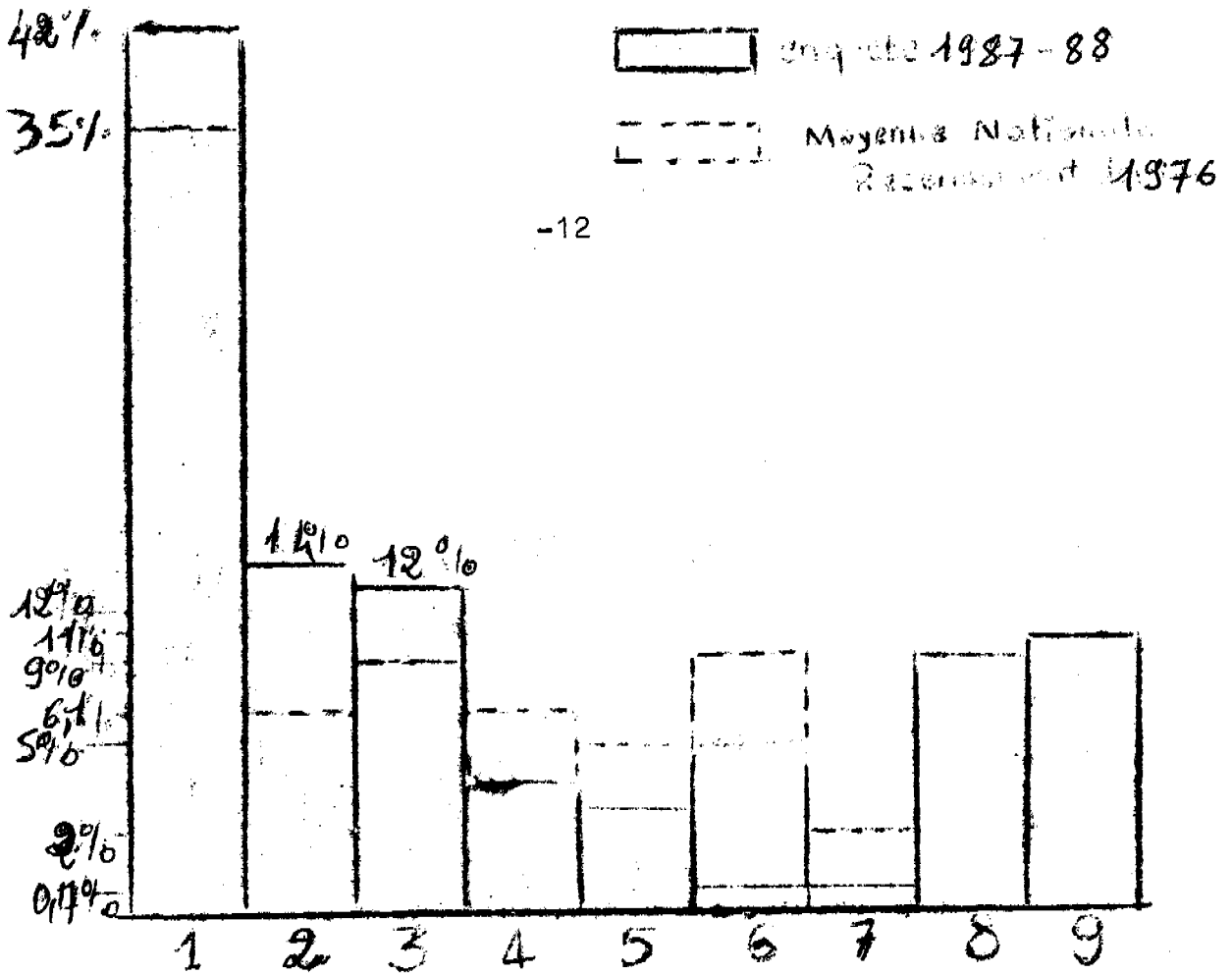
La distinction ethnique en fonction du sexe n'a pas été retenue ici du fait du très faible effectif de femmes dans chaque catégorie ethnique. Les résultats concernant l'ensemble de la population hospitalisée on constate :

! Ethnie	! Nombre	! Pourcentage!	Moyenne nationale	
			! Nombre	! Pourcentage (%)
				! Recensement 76!
! Bambara	! 63	! 42,3	! 2.415.000!	! 34,5%
! Malinké	! 21	! 14,1	! 427.000!	! 6,1
! Sarakolé	! 19	! 12,8	! 602.000!	! 8,6
! Sonrhaï	! 5	! 3,4	! 434.000!	! 5,2
! Dogon	! 4	! 2,7	! 343.000!	! 4,9
! Senoufo et Minianka	! 1	! 0,7	! 630.000!	! 9
! Bobo	! 1	! 0,7	! 140.000!	! 2
! Peulhs	! 17	! 11,4	! 770.000!	! 11
! Autres	! 18	! 12	! -	! -
! TOTAL	! 149	!	! -	! -

Tableau N°4 : Repartition des patients hospitalisés dans le service durant l'année 1987 - 88 selon l'ethnie.

Nous remarquons une sur représentation par rapport à la population générale des patients Bambara et Malinké et dans une moindre mesure de Sarakolé, et une sous-représentation des malades Sénoufo et Minianka et dans une moindre mesure des Sonrhaï et Dogon. Cette observation n'est pas surprenante étant donné l'implantation du Service.

Quant aux patients Sarakolé, ce sont eux qui sont le plus exposés à l'émigration et qui font l'objets de rappatriements sur l'hôpital du Point-G en cas d'apparition à l'étranger de troubles mentaux.



-12

Histogramme N°4 : Repartition des patients hospitalisés dans le service psychiatrique durant l'année 1987-88 selon l'ethnie.

- 1 = Bambara
- 2 = Malinké
- 3 = Sarakolé
- 4 = Sonrhaï
- 5 = Dogon
- 6 = Senoufo et Minianka
- 7 = Bobo
- 8 = Peulh
- 9 = Autres

L'enquête psychiatrique de 1983 concluait = " Il ressort que certaines ethnies comme les Malinkés, Sarakolés semblent plus exposés au risque d'hospitalisation, alors que d'autres telle que les Sonrhaï, Senoufo, Minianka seraient plus protégées " (Reference bibliographique N°22 Citation page 16).

Enquête 1987 - 88		Enquête 1983	
Ethnie	%	Ethnie	%
Malinké	14,1%	Malinké	17,1%
Sarakolé	12,8%	Sarakolé	15,6M
Bambara	42,3%	Bambara	35,7%
Sonrhaï	3,4	Sonrhaï	2%
Dogon	2,7%	Dogon	3%
Peulh	11,4%	Peulh	11,1%
Senoufo et Minianka	0,7%	Senoufo et Minianka	1,5%

Tableau N°5 : Comparaison des pourcentages des patients hospitalisés dans l'enquête 1987 - 88 et celle de 1983 en fonction de l'ethnie.

Les résultats sont assez parallèles entre les deux enquêtes. Cependant la population des Sarakolés et des Malinkés hospitalisés en 1987 - 88 est relativement moins importante que dans la population de 1983.

A l'inverse, on constate une augmentation de la population Bambara hospitalisée.

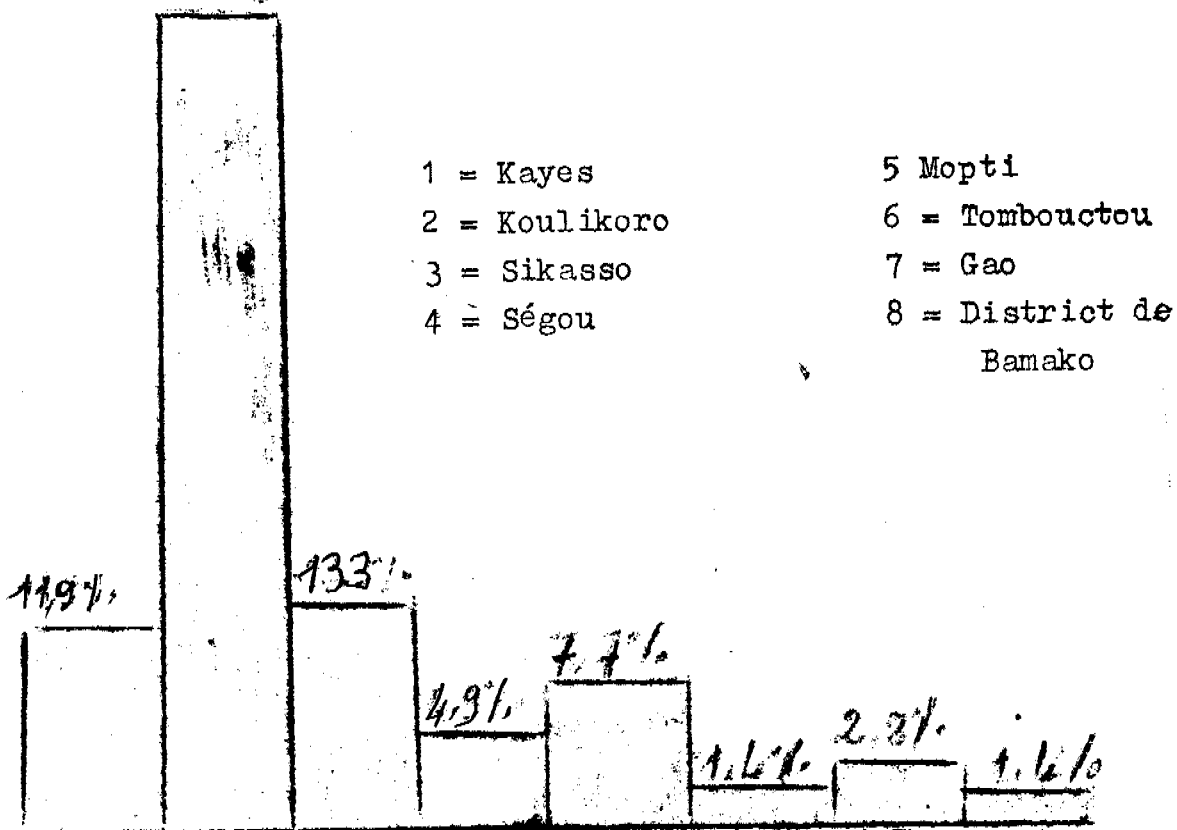
#### V L'origine des malades

Notons ce qui a été défini comme lieu d'origine est le lieu de vie habituel du patient, il ne correspond pas forcément aux lieux d'éclosion des troubles.

.../...-

REGIONS	HOMMES		FEMME		ESEMBLE	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Kayes	8	7,5	9	25	17	11,9
Koulikoro	65	60,7	16	44,4	81	56,6
Sikasso	14	13,1	5	13,9	19	13,3
Ségou	5	4,7	2	5,6	7	4,9
Mopti	9	8,4	2	5,6	11	7,7
Tombouctou	2	1,9	-	-	2	1,4
Gao	4	3,7	-	-	4	2,8
District de Bamako	-	-	2	5,6	2	1,4
TOTAL	107	100	36	100	143	100

Tableau N°6 : Repartition des patients hospitalisés dans le service durant l'année 1987 - 1988 selon l'origine.



Histogramme N°5 : Repartition des patients hospitalisés dans le service psychiatrique durant l'année 1987 - 88 selon leur origine.

.../...-

On trouve les patients venant majoritairement de Koulikoro. Cependant on remarque que ces malades proviennent très peu du District de Bamako (1,4%) mais plutôt de la partie rurale de la première région. 42% des malades hospitalisés viennent des autres régions que de la région de Koulikoro. Les chiffres illustrent le fait que les malades vivant dans les régions même éloignées ne sont souvent pas pris en charge sur place, mais soit évacués de leur région, soit venus d'eux même pour recevoir les soins à Bamako. Ainsi la diminution de l'effectif des malades hospitalisés et l'amélioration de conditions de soins à l'hôpital du Point-G, passe par le Développement des moyens de prise en charge au niveau des régions.

#### Lieu d'écllosion des troubles

Le lieu d'écllosion des troubles n'a pas été précisé pour chaque patient. Nous avons seulement relevé le taux des patients tombés malades en situation d'émigration. 17% des hommes hospitalisés soit 20 patients sur 117 sont tombés <sup>malade</sup> à l'étranger, 3% des femmes soit une patiente. Parmi les hommes, 12 sont tombés malades République de Côte d'Ivoire 2 en France, 2 en Lybie, 1 en Gambie, 1 en Guinée Conakry, 1 au Congo et 1 en Arabie Saoudite. Une femme est tombée malade au Sénégal. On mesure ici l'importance de la situation d'émigration parmi les facteurs étiologiques de la décompensation psychiatrique. L'observation clinique nous a permis de dégager deux situations types à l'origine des compensations.

1°) La première situation survient lorsque le patient est en échec par rapport à son idéal de réussite. Le retour sans argent lui semble impossible. La décompensation semble la seule possibilité de retour.

...../...-

2°) La lutte pour l'enrichissement passe par le dopage (café, amphétamine et...) ce qui amène à la décompensation secondaire du patient sans doute liée à l'effort dépuisement et à l'effet propre du toxique.

#### Comparaison avec l'enquête de 1983

Dans l'enquête de 1983, on retrouvait 17% des patients tombés malades en République de Côte d'Ivoire, 5% en France, 1% en Lybie, 1% au Nigeria, et 6% dans d'autres pays étrangers pour les hommes.

Pour les femmes, 7% sont tombées malade en République de Côte d'Ivoire et 9% rentrent dans la catégorie autres pays étrangers définis ci-dessus. Au total aussi bien que chez les hommes que chez les femmes il semble que les taux de patients dont les troubles ont débute à l'étranger sont supérieurs dans l'enquête de 1983 par rapport à l'enquête 87-88. On peut s'interroger sur les causes de cette évolution qui nous semble t-il tiendrait plus de l'augmentation de prise en charge externe que de la diminution des cas de décompensations survenus à l'étranger. Dans tous les cas on constate la prépondérance de l'apparition des troubles en République de Côte d'Ivoire. Les pourcentages sont-ils simplement en rapport avec la population d'immigré dans chacun des pays. Il nous manque les chiffres officiels pour le préciser. On peut se demander si les conditions de vie des travailleurs Maliens en République de Côte d'Ivoire tout particulièrement dans les plantations ne sont pas les plus pathogènes.

../.-

VI Répartition selon le type de Profession

Professions	1987 - 88		Ensemble		1983	
	Hommes	%	Femmes	%	Nbre	%
Elèves - Etudiants	8	7,2	-	-	8	5,5
Agricul. Eleveurs Pê.	59	55,2	-	-	59	40,5
Commerçants	11	9,9	4	11,4	15	10,3
Artisans -Ouvriers	15	13,5	-	-	15	10,3
Corps d'arme	-	-	-	-	-	-
Menagère-sans autres Prof.	7	6,3	31	88,6	38	26
Cadres scolarisés	11	9,9	-	-	11	7,5
TOTAL.....	111	100	35	100%	146	100

Tableau N°7 ! Comparaison des patients hospitalisés dans le service psychiatrique dans l'enquête 1987-88 et celle de 1983 selon la profession.

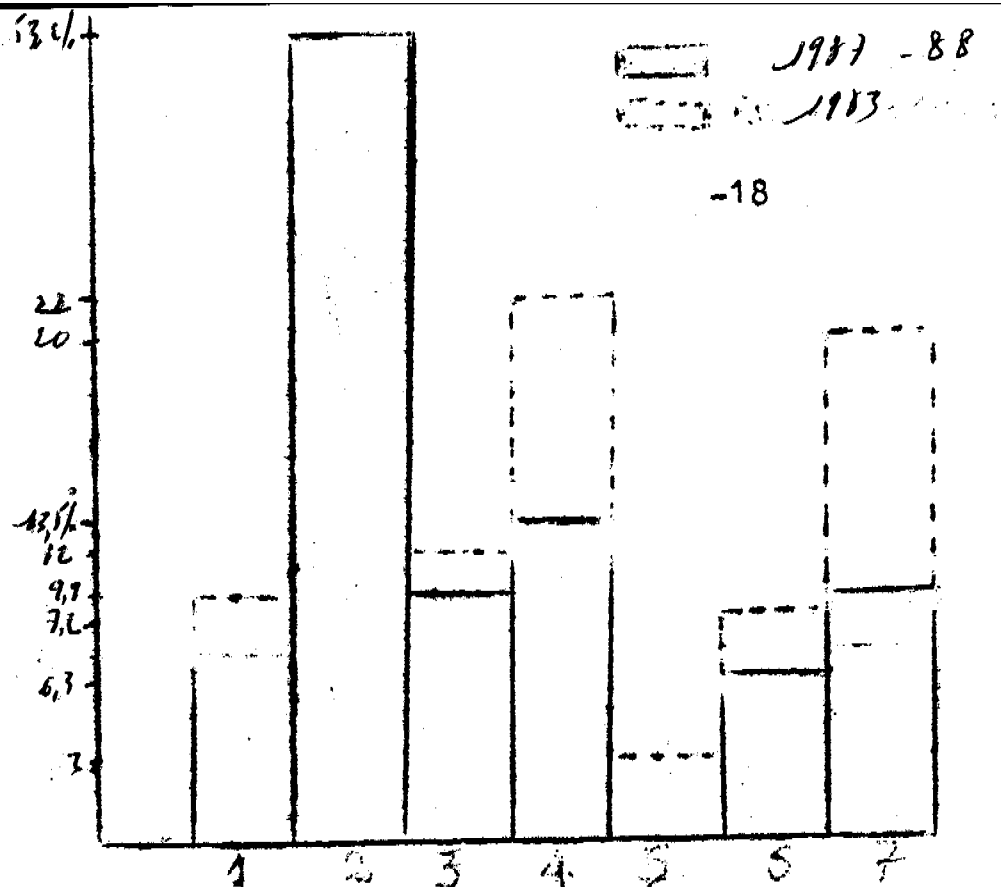
Malheureusement nous ne disposons pas des données relatives à la profession concernant la population générale.

Activités Professionnelles des femmes hospitalisées

Dans l'enquête de 1988, 88,6% des femmes étaient sans profession, 11,4% des commerçants.

Dans l'enquête de 1983, 82% des femmes étaient sans profession. Les autres catégories professionnelles représentées étaient "élèves - étudiants" et les "lettres". La variation portant sur de petits nombres on retiendra surtout de ces chiffres la constance du taux des " sans professions ".

Activités professionnelles des hommes hospitalisés



Histogramme N°6 : Comparaison des professions des patients hospitalisés dans l'enquête 1987 - 88 à celle de 1983.

- 1 = Elèves - Etudiants
- 2 = Agriculteurs-Éleveurs - Pêcheurs
- 3 = Commerçants
- 4 = Artisans - Ouvriers
- 5 = Corps d'arme
- 6 = Sans profession
- 7 = lettrés

Analyse des résultats de l'enquête 1987 - 88

53,2% des patients hospitalisés appartiennent à la catégorie "agriculteur - éleveur - pêcheur". Ce chiffre peut être considéré comme élevé et confirmé l'origine rurale de nos patients constatée précédemment (cf histogramme N°5 repartition des patients en fonction de leur lieu d'origine).

..../-



Analyse Comparative de la repartition professionnelle  
des malades hospitalisés recensés dans l'enquête de  
1987 - 88 et celle de 1983.

On constate une évolution de la population hospitalisée avec :

- une nette augmentation relative des "agriculteurs, éleveurs, pêcheurs".
- une diminution relative de la population " d'artisan ouvrier " (22% en 1983 à 13,5% en 1988).
- une diminution relative des chomeurs (19,4% en 1983 à 6,3% en 1988). Les catégories "artisans ouvriers" et chomeurs sont avant tout des catégories " urbaines ". A l'opposé nous avons la catégorie "agriculteurs éleveurs, pêcheurs". Ces chiffres vont dans le sens des conclusions antérieures concernant l'origine de nos patients. Nous avons vu que les patients d'origine strictement urbaine (en provenance de Bamako) constituaient un très faible pourcentage (1,4%) dans l'enquête de 1987-88. L'évolution de la repartition professionnelle en 1983 et 1987-88 illustre une modification du fonctionnement du service avec un recours beaucoup moins important à l'hospitalisation des patients urbains qui sont pris en charge de plus en plus sur un mode externe alors que le taux d'hospitalisation des patients ruraux diminue beaucoup moins vite, la prise en charge externe étant impossible du fait des distances et les possibilités de prise en charge locales insuffisantes.

VII Repartition selon la religion

RELIGIONS!	1 9 8 8			1 9 8 3		
	! Hommes !	! Femmes !	! Ensemble !	! Homme !	! Femme !	! Ensemble !
	! Nbre !	! % !	! Nbre !	! % !	! Nbre !	! % !
! Musulmane	! 113 !	! 96,6 !	! 37 !	! 100 !	! 150 !	! 97,4 !
! Chrétienne	! 3 !	! 2,5 !	! - !	! 3 !	! 12 !	! 5 !
! Animiste	! - !	! - !	! - !	! - !	! - !	! - !
! Sans Religion	! 1 !	! 0,9 !	! - !	! 1 !	! 2,6 !	! 8 !
! TOTAL....	! 117 !	! 100 !	! 37 !	! 154 !	! 100 !	! 155 !

Tableau N°8 : Comparaison des patients hospitalisés dans le service psychiatrique dans l'enquête 1987 - 88 à celle de 1983 selon la religion.

On constate entre l'enquête de 1983 et 1987-88 une lég\_re augmentation du taux d'Islamisation de la population hospitalisée, et une baisse des taux des " sans religions " variations faibles et difficiles à interpréter.

VIII Le Statut matrimonial

Repartition de la population des femmes hospitalisées en fonction du statut matrimonial

Comparaison des résultats de l'enquête de 1987-88 et de 1983

Même si nous ne disposons pas des chiffres de la moyenne nationale le taux des femmes mariées semble faible (53%) et ce sont les femmes seules qui sont les plus exposées à l'hospitalisation.

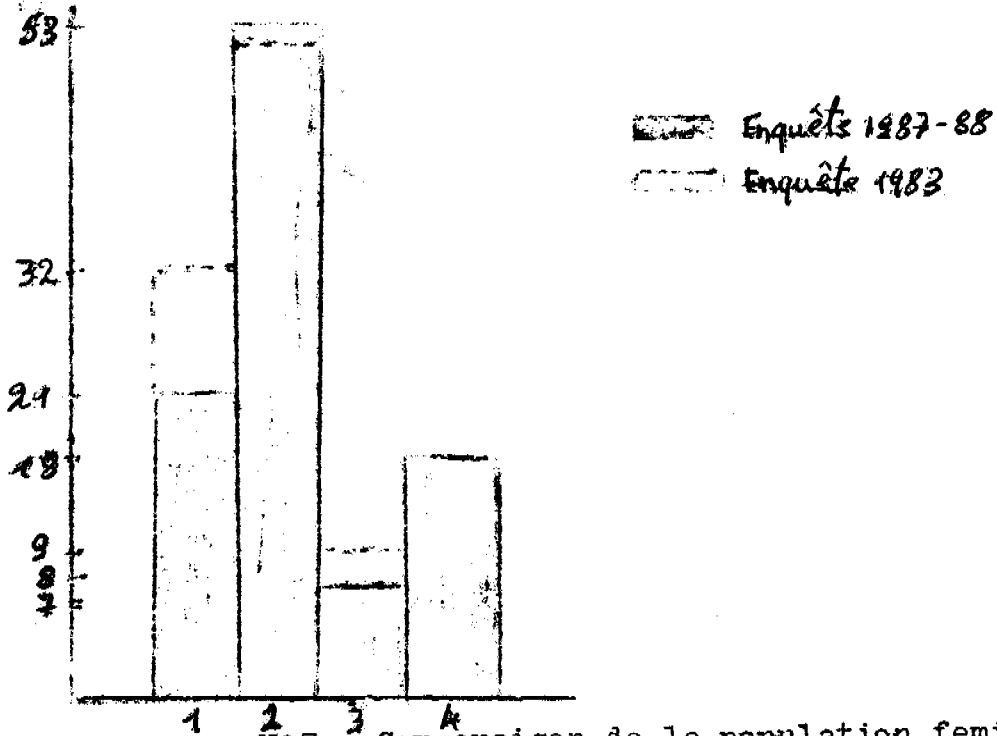
On trouve en 1988 - autant de femmes mariées qu'en 1983 à l'hospitalisation.

- moins de femmes célibataires ( - 11%)
- plus de veuves soit ( + 9%)

Ceci peut s'expliquer par le vieillissement constaté de la population des femmes hospitalisées entre l'enquête de 1983 et celle de 1988.

.../...-

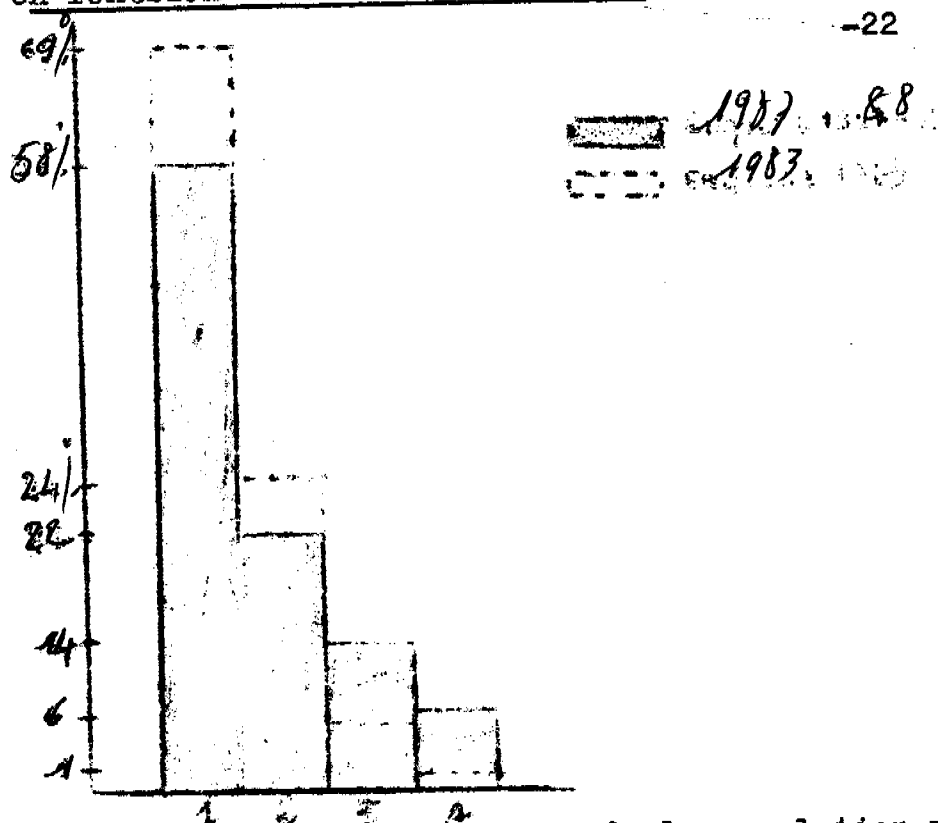
(cf pyramide des âges page 10) - Cependant l'effectif global féminin étant restreint (44 femmes dans l'enquête de 1983, 38 dans celle de 1987 - 88, ces variations sont difficiles à interpréter.



Histogramme N°7 : Comparaison de la population féminine hospitalisée dans le service psychiatrique dans l'enquête 1987-88 à celle de 1983 selon le statut matrimonial.

- 1 = Célibataires
- 2 = Mariées
- 3 = Divorcées
- 4 = Veuves

Repartition de la population masculine hospitalisée  
en fonction du statut matrimonial



Histogramme N°8 : Comparaison de la population masculine hospitalisée dans le service psychiatrique dans l'enquête 1987-88 et celle de 1983 selon le statut matrimonial.

- 1 = Célibataires
- 2 = Mariés
- 3 = Divorcés
- 4 = Veufs

Dans l'enquête de 1987-88 . On constate les faits suivants.

La population masculine hospitalisée est caractérisée par la massivité du taux de célibat. 85%. Ce qui en fait une population tout à fait spécifique par rapport à la population générale. D'autant plus que l'on sait que la population des patients hospitalisés étudiée en 1987-88 se situe essentiellement dans les tranches d'âge supérieures à 25 ans. On peut faire les hypothèses suivantes :

..../....-

- le mariage est facilement refusé à un homme ayant présenté des troubles mentaux.

- les hommes non mariés sont plus facilement hospitalisés que les autres. On sait que la population hospitalisée est essentiellement masculine (75,5%) d'hommes). On peut avancer l'hypothèse suivante = Le mariage qui a lieu plus précocement chez les femmes, leur assure une insertion socio-familiale qui les protège mieux de l'hospitalisation en cas de troubles mentaux que les hommes pour lesquels, le début d'apparition des troubles se situe plus fréquemment avant l'âge du mariage. Le statut matrimonial apparaît donc comme un élément majeur de l'insertion socio-familiale.

Comparison avec les resultats de 1983

Le taux de célibat est plus faible en 1987-88 (58% qu'en 1983 69%. Ces variations sont compensées par les variations du taux des divorcés 14% en 1987-88 contre 4,5% en 1983)

Là encore le vieillissement de la population peut expliquer cette modification.

IX Etude du niveau de Scolarisation des patients hospitalisés recensés dans l'enquête de 87-88

! Scolarisation!	! Hommes		! Femmes		! Ensemble	
	! Nombre	! %	! Nombre	! %	! Nombre	! %
! Analphabète	! 48	! 43,6	! 21	! 61,8	! 69	! 47,9
! Médersa *	! 2	! 1,8	! 2	! 5,9	! 4	! 2,8
! Ecole Coranique	! 18	! 16,4	! 5	! 14,7	! 23	! 15,9
! Alphabét. Sup.	! 4	! 3,6	! -	! -	! 4	! 2,8
! Alphabét. Secon	! 8	! 7,3	! -	! -	! 8	! 5,6
! Alphabét. Prim.	! 27	! 24,5	! 6	! 17,6	! 33	! 22,9
! Autres *	! 3	! 2,7	! -	! -	! 3	! 2,1
! T O T A L	! 110	! 100%	! 34	! 100%	! 144	! 100%

Tableau N°9 : Repartition des patients hospitalisé dans le service psychiatrique durant l'année 1987-88 selon la scolarisation.

Medersa \* = Ecole arabe

Autres \* = Alphabétisation fonctionnelle, cours du soir, enseignement Biblique.

Pour les hommes :

35,4% des hommes ont été scolarisés. Ce qui est nettement supérieur à la moyenne nationale = taux d'alphabétisme dans la population de plus de 15 ans étant 9,4%.

Pour les femmes : Le taux d'alphabétisation est nettement plus faible que pour les hommes, le taux de scolarisation aussi, le niveau de scolarisation moins élevé, toute fois si l'on compare à la population générale, les chiffres restent au dessus de la moyenne.

Au total il semble que un taux d'alphabétisation et de scolarisation supérieures à la moyenne nationale caractérise la population des patients hospitalisés. Comment interpréter ce phénomène?

- La scolarisation peut influencer sur le choix de la médecine moderne par rapport à la médecine Traditionnelle.

- La scolarisation pourrait elle être un facteur direct ou indirect de fragilisation, soit psychologique ou plutôt sociologique ?

- Les scolarisés résident pour la plupart dans les zones urbaines.

- On pourrait se demander si la fréquence des troubles n'est pas en rapport avec le degré d'aculturation.

X Les modes de placement

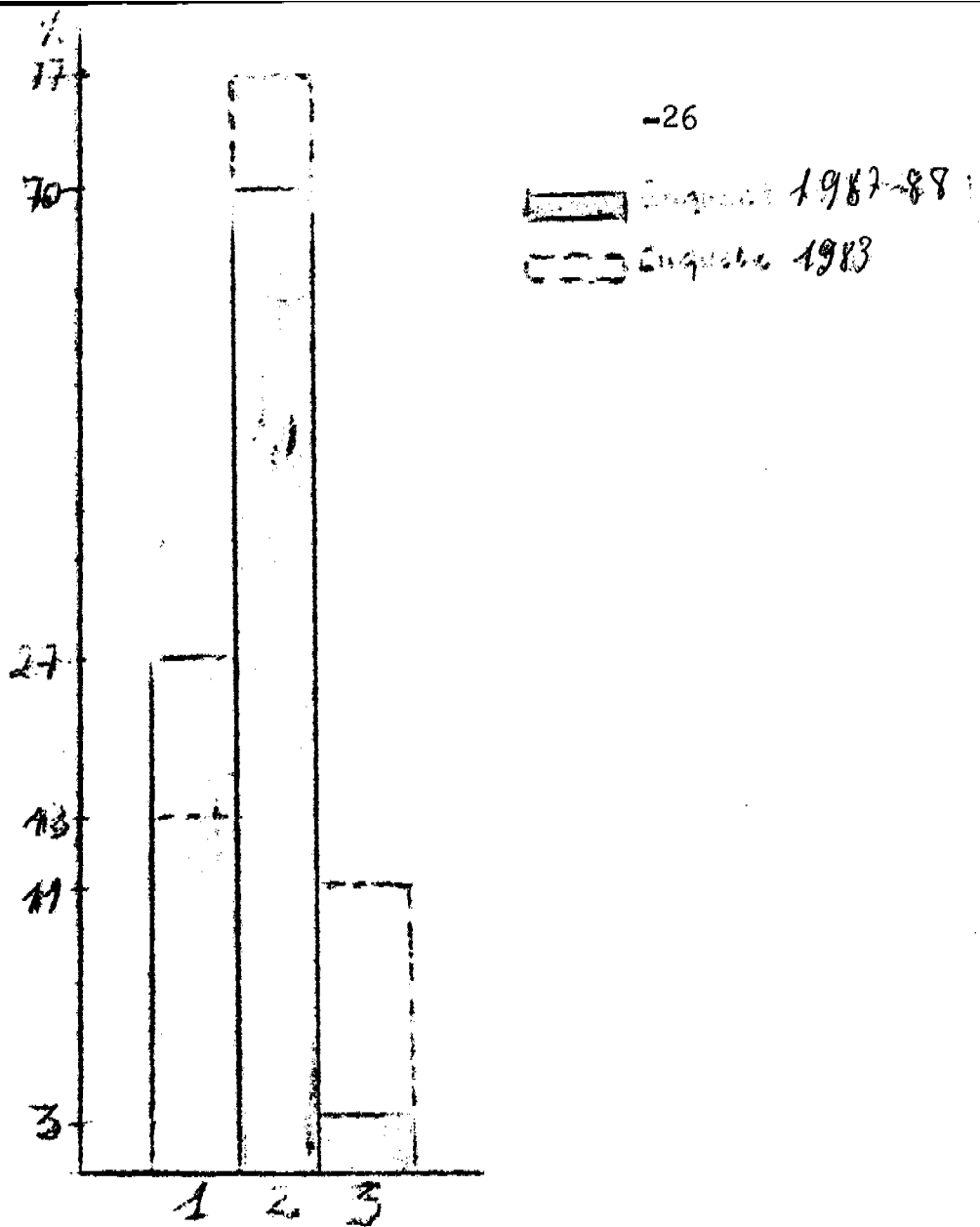
Les termes de placement d'office et de placement volontaire sont empruntés à la Française du 30 juin 1938. Cette loi n'a pas été promulguée au Mali. L'Arrêté du Gouverneur général N° 2123 S S M du 28 Juin 1938 créant en Afrique Occidentale Française un service d'assistance psychiatrique individualisé deux situations.

.../...-

- Un premier degré = L'assistance médicale et de soins aux " psychopathes en périodes aigus " .

- Un deuxième degré = de contention et d'assistance aux psychopates chroniques d'emblée ou passée à la chronicité, malades dangereux pour l'ordre public ou la sécurité des personnes pendant une période dont la durée ne peut être déterminée.

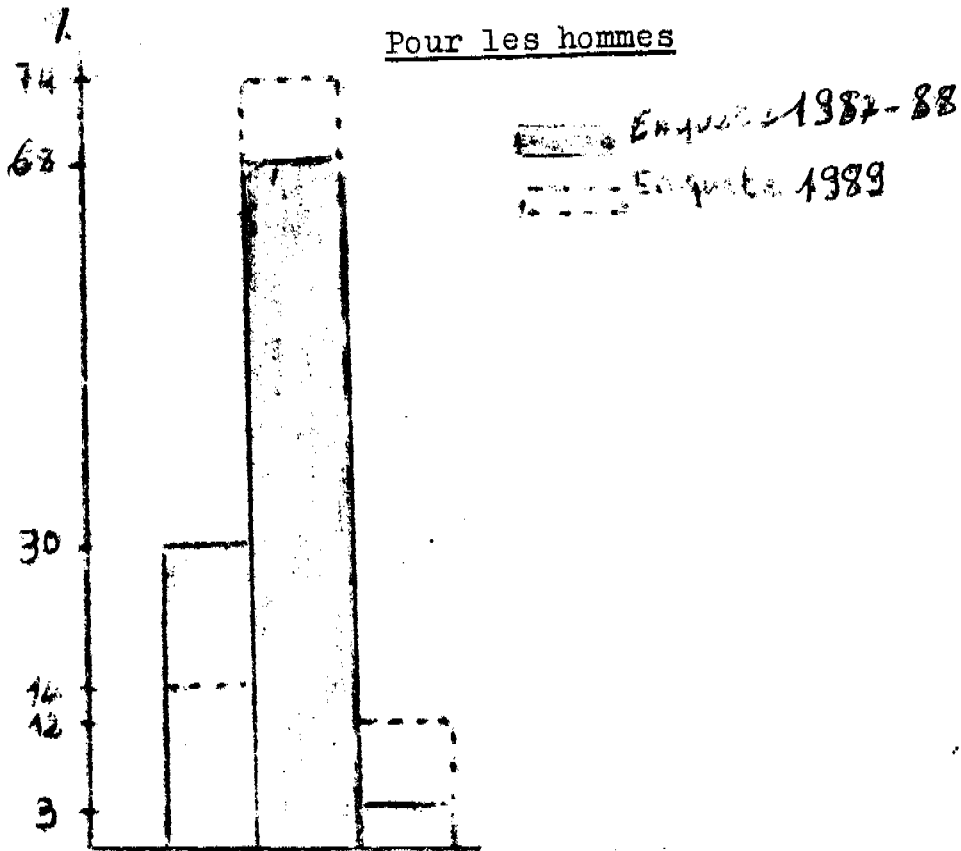
Les termes de placement d'office, placement volontaire utilisés ici correspondent à des situations de demande d'hospitalisation particulière. Pour le "placement d'office" = la demande d'hospitalisation provient des autorités judiciaires (patients incarcérés) et policières; le plus souvent à la suite d'actes délictueux ou de trouble de l'ordre public. A l'exception des prisonniers qui sont remis à la justice lorsque les troubles ont cédé, les autres patients sortent dès que leur état le leur permet en fonction de l'avis médical. Pour le "placement volontaire" = la famille sollicite l'hospitalisation d'un patient le plus souvent réticent. Pour le "placement libre" = le patient sollicite lui même l'hospitalisation.



Histogramme N°9 : Comparaison des modes de placement pour l'année 1987 - 88 à celle de 1983.

- 1 = Placement d'Office
- 2 = Placement Volontaire
- 3 = Placement Libre





Histogramme N°10 : Comparaison de la population masculine hospitalisée dans le service psychiatrique selon le mode de placement.

- 1 = Placement d'office
- 2 = Placement Volontaire
- 3 = Placement Libre

La fréquence des placements d'office

Ceci est lié au rôle des troubles du comportement (agitations, agressivité physique et verbale) dans la motivation de la demande de soins hospitaliers. Ainsi souvent les familles s'adressent spontanément le plus souvent au système traditionnel, jusqu'au jour où elles n'arrivent plus à " contenir le malade ".

Cependant la progression des placements d'office entre 1983 et 1987-88 est difficile à interpréter. Parfois, les familles demandent aux forces de l'ordre de les aider à amener à l'hôpital un patient réticent. Signalons la modification en cours de la pratique de la collaboration forces de l'ordre/hôpital, les premiers participent de plus en plus à la convocation des familles afin que l'hospitalisation avec accompagnement puisse avoir lieu, le patient se retrouvant alors dans les conditions d'un placement volontaire.

- Le placement volontaire est le placement le plus souvent appliqué

Ceci signifie que c'est la famille qui est demandeuse souvent devant un malade difficile à contenir et / ou reticent. Le service de psychiatrie, appelé encore aujourd'hui souvent " Cabanon " a hérité auprès de la population d'une image qui est celle d'un lieu où on " dépose les fous ". Dans ces conditions on comprend le refus des patients. La pratique de l'accompagnement par un membre de la famille permet de dépasser cette image en rassurant le patient sur le fait qu'il n'est plus délaissé mais soigné par sa famille. La pratique de l'hospitalisation avec accompagnant sollicite un consensus familial autour de l'hospitalisation.

- Le placement libre

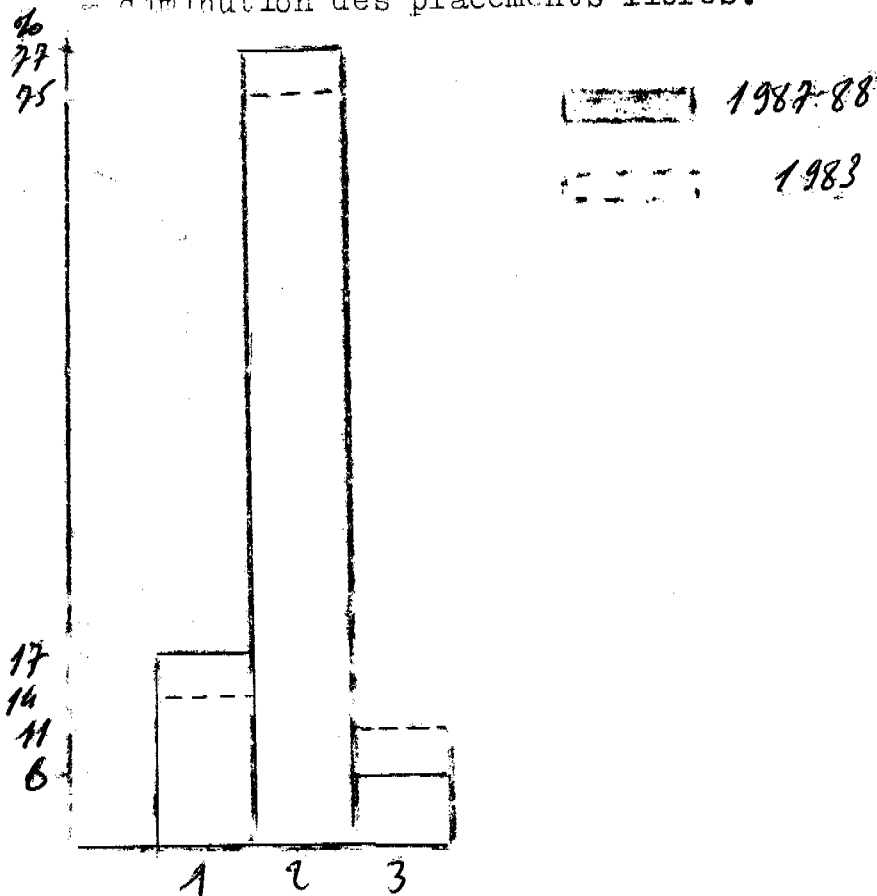
Il correspond à la demande individuelle du patient, il est rare et comme disait B COULIBALY en 1983 où le taux de placement libre était encore supérieur " il comprend en majorité les malades psychiatisés depuis un certains temps. Nous avons également constaté qu'il s'agit de ces malades rejetés par leur famille qui viennent échercher refuge à l'hopital, ou de ces personnalités névrotiques qui au fond semblent chercher un bénéfice secondaire à l'hospitalisation. La baisse des placements libres peut s'expliquer par l'effort du service pour impliquer les familles dans l'hospitalisations la réinsertion du patient par exemple auprès des guerisseurs traditionnels ou dans les familles avec un accompagnant. Le patient se retrouve alors en fait dans les conditions d'un patient hospitalisé en placement volontaire.

.../...-

Pour les femmes :

On retrouve les mêmes phénomènes que pour la population masculine :

- augmentation des placements d'office entre 1983 et 1987-88
- placement volontaire largement majoritaire
- diminution des placements libres.



Histogramme N°11 : Comparaison des modalités de placement pour la population féminine hospitalisées dans le service psychiatrique dans l'enquête 1987-88 à celle de 1983.

- 1 = Placement d'office
- 2 = Placement volontaire
- 3 = Placement Libre

Age de début des troubles

Age de la première hospitalisation

Age de la dernière hospitalisation

Le taux de non reponses est très élevé pour l'âge de début des troubles : 42 reponse chez les hommes pour un effectif de 117,7 reponses, chez les femmes pour un effectif de 38.

Le nombre de reponses chez les femmes ne permet pas une étude statistique chez les hommes se dégage nettement un pic dans les pourcentages d'âge de debut des troubles.

- Pour 50% des patients hospitalisés qui ont répondu les troubles ont débute avant l'âge de 20 ans .

- Pour 76% avant l'âge de 30 ans.

- Seulement 12,5% après l'âge de 35 ans.

Pour l'âge à la première hospitalisation

Le nombre des reponse pour les femmes est trop faible pour pouvoir être analysé (8 réponse). Cette fois on a 60 reponses chez les hommes.

- Pour 55%<sup>des</sup> patients qui ont repondu, la 1ère hospitalisation a eu lieu avant l'âge de 30 ans. On note si l'on compare cette courbe à la courbe précédente = un decallage entre l'âge de debut des troubles et l'âge de la première hospitalisation se traduisant par un certain étalement de la courbe et un écrasement du pic identifié précédemment.

Le decallage entre l'âge de debut des troubles et la date de la première hospitalisation, montre une certaine variabilité du delai entre ces deux variables. L'existence de ce delai illustre le fait que les familles n'ont pas recours les plus souvent, d'emblée à l'hospitalisation ou aux soins conventionnels, mais au circuit traditionnel. Toute fois l'âge de la première hospitalisation reste jeune.

L'âge à la dernière hospitalisation

Cette fois l'effectif des reponses est plus élevé, y compris chez les femmes (25 reponses sur 38).

Nous étudierons d'abord, par souci de comparabilité l'âge de la dernière hospitalisation chez les hommes.

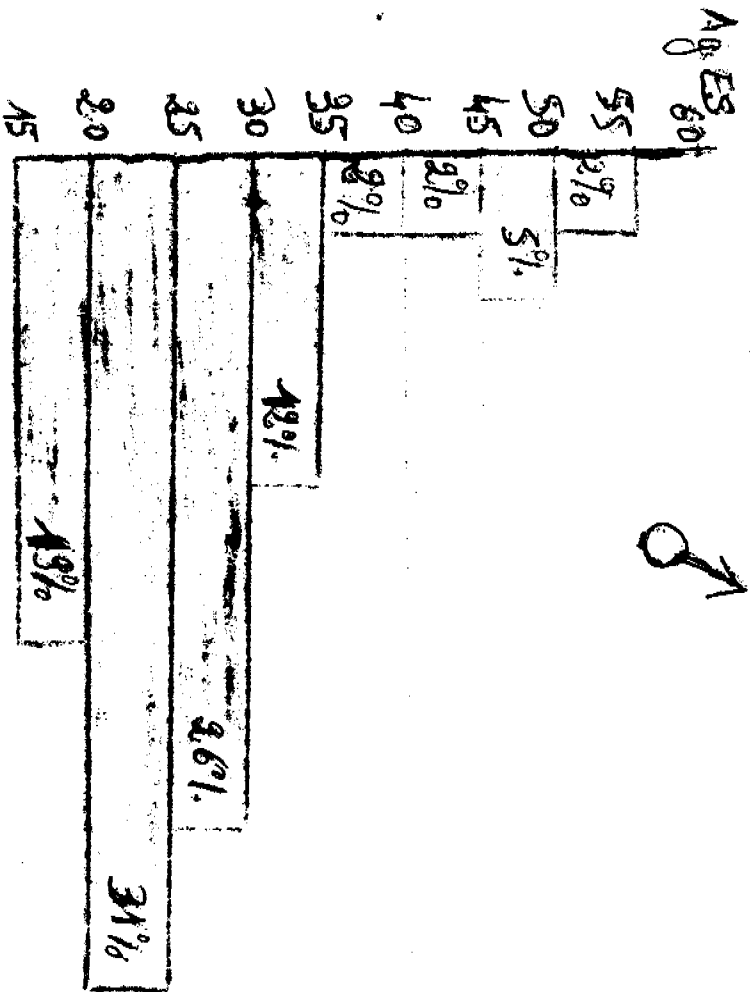
On constate un écrasement et un étalement de la pyramide des âges. L'effectif des patients âgés s'accroît proportionnellement par rapport à celui des patients jeunes. Cette modification de la courbe par rapport aux précédentes illustre le poids des patients aux hospitalisations multiples par rapport à celui des patients qui en sont à leur première hospitalisation.

Deux sous populations semblent s'individualiser sur la courbe traduites par 2 pics, une population centrée sur les patients âgés de 25 à 30 ans pour lesquels l'âge de la dernière hospitalisation et de la première sont proches, un autre centré sur les patients âgés de 45 - 50 ans pour lesquels l'écart entre les deux dates d'hospitalisation est élevé.

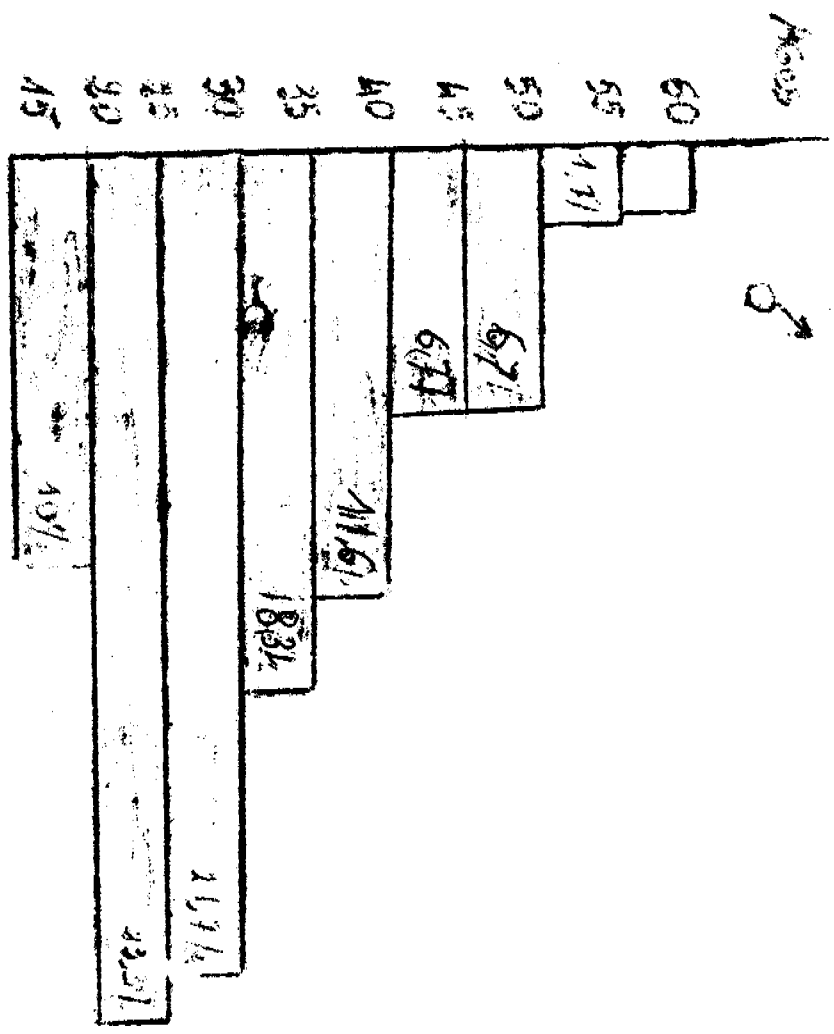
Le nombre de réchutes moyens dans le service est de 2,5 par patient, le minimum étant 0 et le maximum 20. Nous rappelons les conclusions faites à partir de la comparaison de l'âge des patients hospitalisés en 1987-88 et celui de la population étudiée en 1983 : on observe une chute des hospitalisations pour les patients jeunes d'avantage suivis en externe, une diminution beaucoup moins rapide de l'effectif des patients âgés et chroniques, ce qui va dans le sens d'un vieillissement relatif de la population du service.

On retrouve chez les femmes deux population, le déséquilibre en faveur des patientes chroniques semble encore plus net.

../.-



Âges de début de la maladie : des patients hospitalisés dans le service psychiatrique en 1987-88 en fonction du pourcentage.

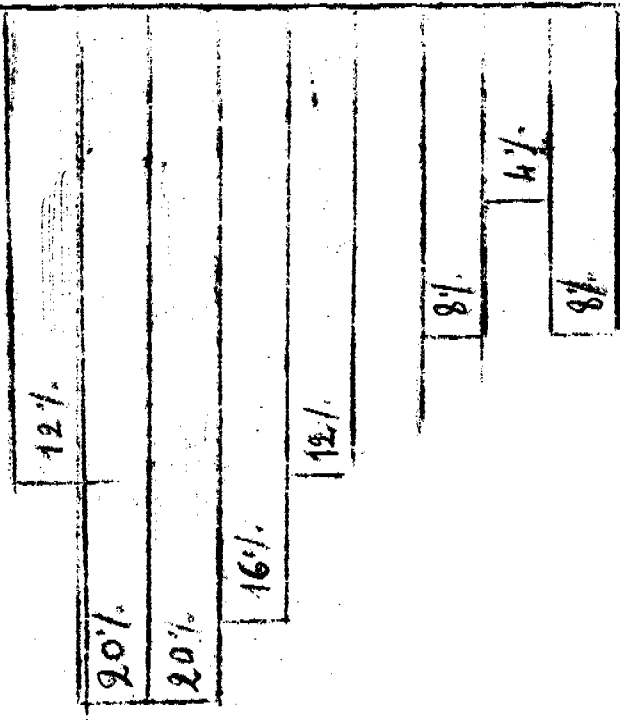


Agés lors de la première hospitalisation : dans le service psychiatrique en 1987 en fonction du sexe et du %

AGES

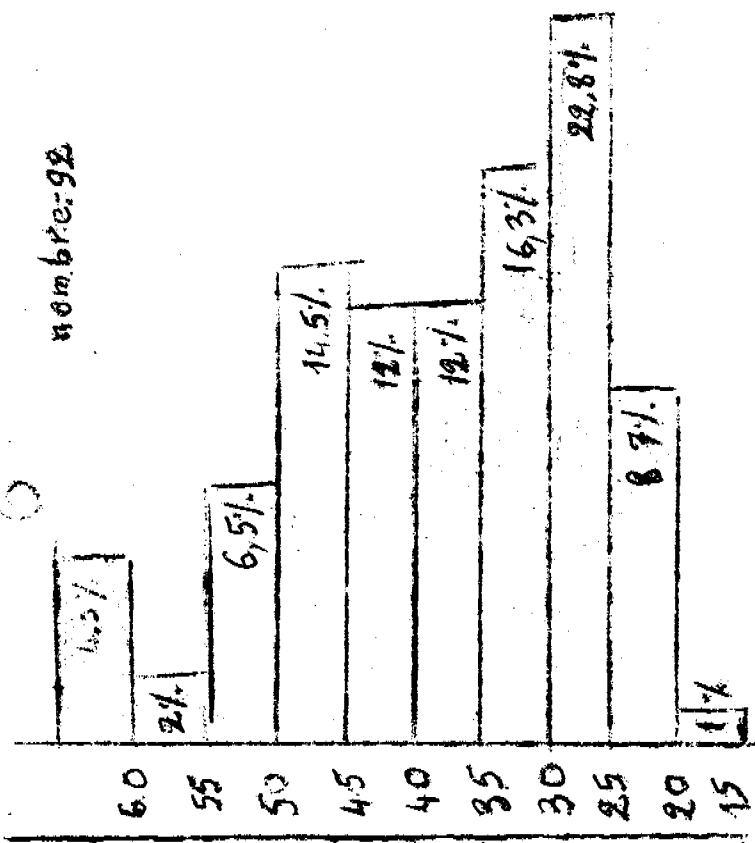
nombre = 25

♀



nombre: 92

♂



âges lors de la dernière hospitalisation : des patients hospitalisés dans le service psychiatrique en 1988 en fonction du sexe et du %



XII La durée total de séjours

Pavillons	Minimum	Maximum	Moyenne
Cases	0	80 jours	33 jours
Autres Pavillons	11	116 86 jours	1947 jours

Tableau N°10 :

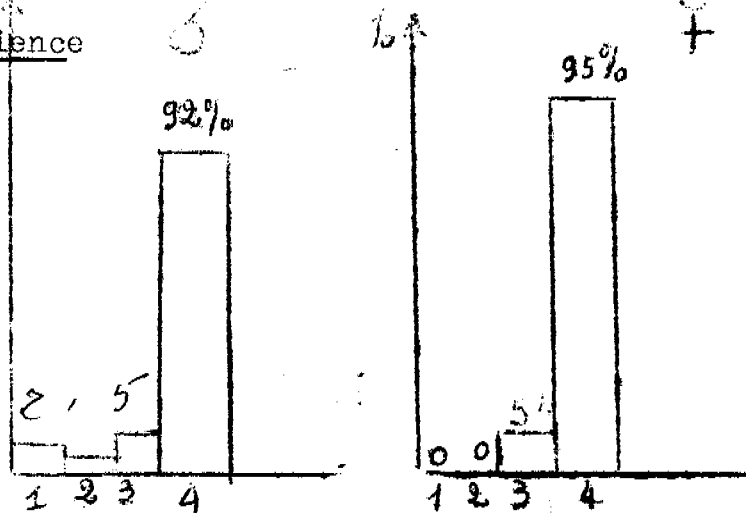
Les cases accueillent avec leur accompagnant les patients aigus. On voit que la durée moyenne d'hospitalisation est d'environ un mois ce qui constitue une rotation relativement rapide.

Par contre les autres parties du service accueillent des longs séjours. Ces données confirment bien, ce qui ressortait précédemment, c'est à dire la présence de deux sous groupes au sein des patients hospitalisés.

Presentation des resultats: (histogramme N°12)

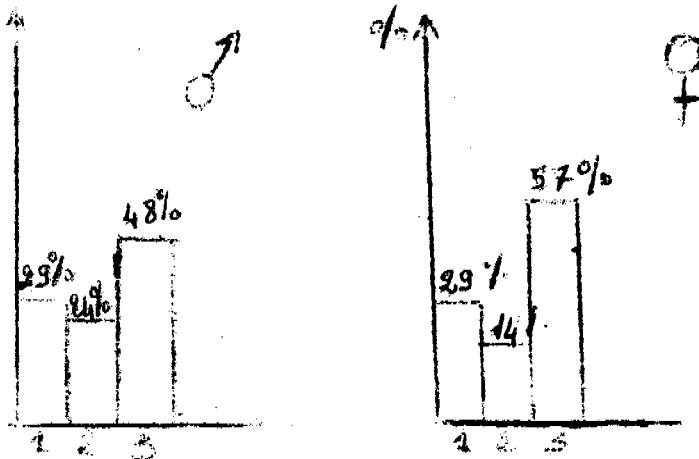
Troubles de la conscience

- 1 = obnubilation
- 2 = Hebetude
- 3 = confusion
- 4 = aucun



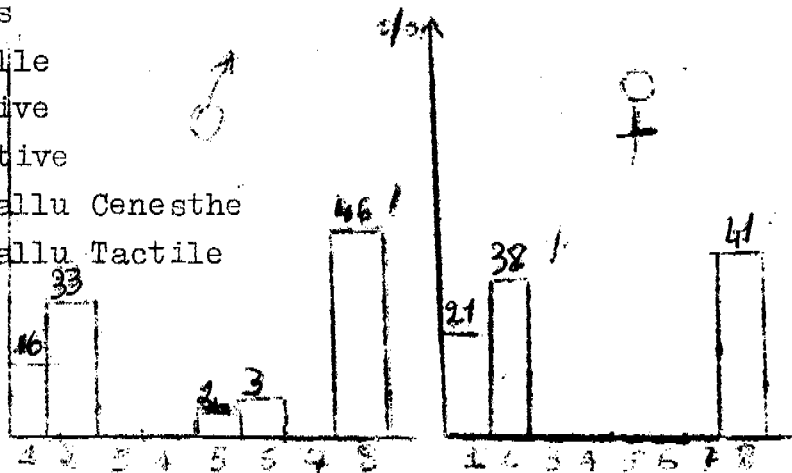
Troubles de l'humeur

- 1 = Depressive
- 2 = Expansive
- 3 = Aucun



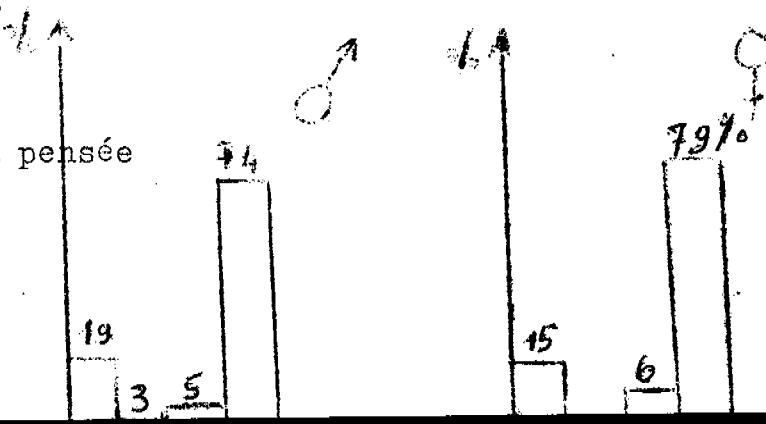
Troubles des perceptions

- 1 = Hallucination visuelle
- 2 = Hallucination auditive
- 3 = Hallucination olfactive
- 4 = Hallu gusta : 5 = Hallu Cenesthe
- 6 = Hallu psych. 7 = Hallu Tactile
- 8 = Aucun



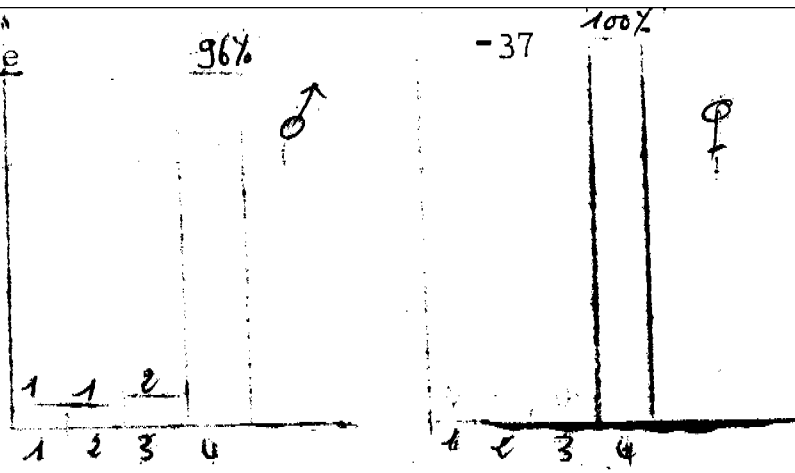
Troubles de la pensée

- 1 = fuite des idées
- 2 = bradypsychie
- 3 -discontinuité de la pensée
- 4 = Aucun



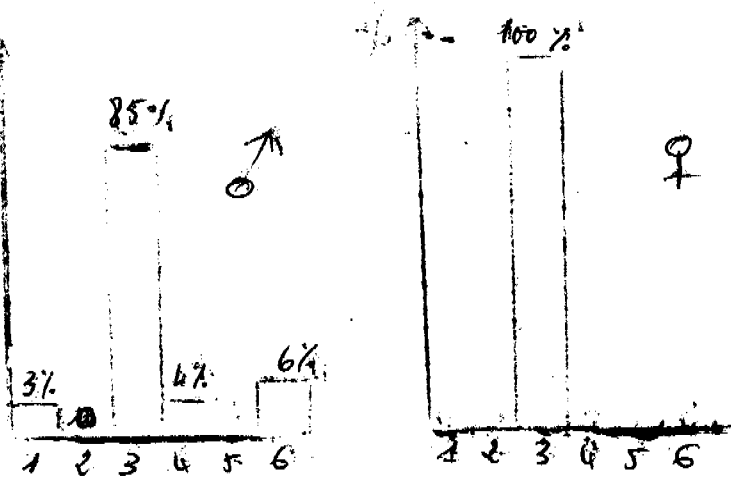
Troubles de la mémoire

- 1 = amnesie enterieure
- 2 = amnesie retrograde
- 3 = Dysmnésic
- 4 = Aucun



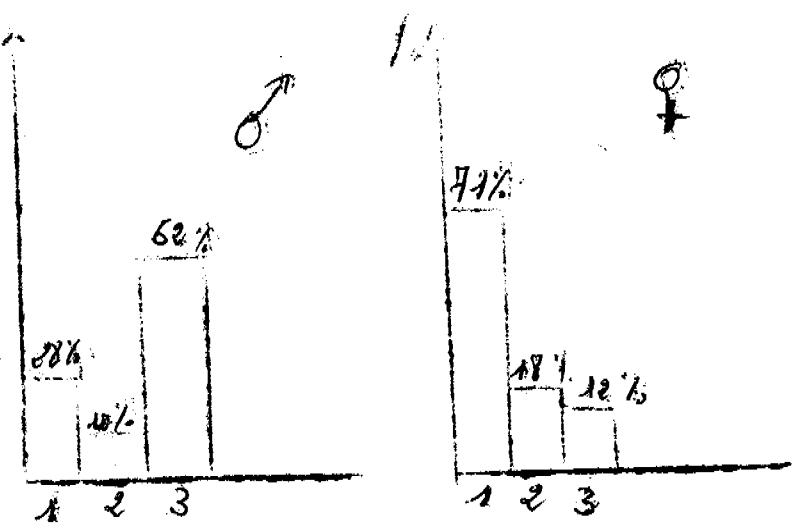
Troubles psychomoteurs

- 1 = crise épileptique
- 2 = crise hysterique
- 3 = Agitation
- 4 = Catatomie
- 5 = impulsions
- 6 = Aucun



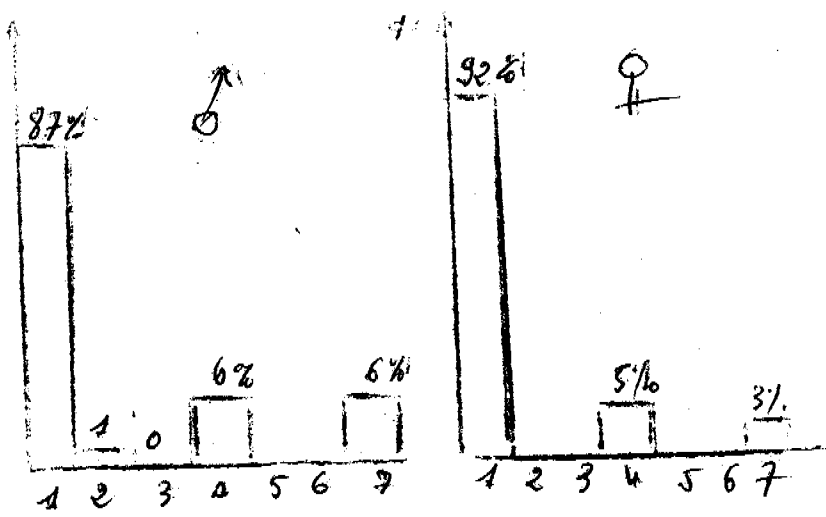
Troubles du langage

- 1 = Logorrhée
- 2 = Mutisme
- 3 = Aucun

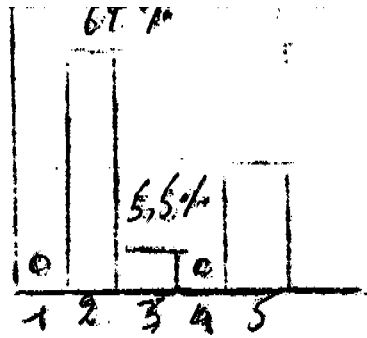
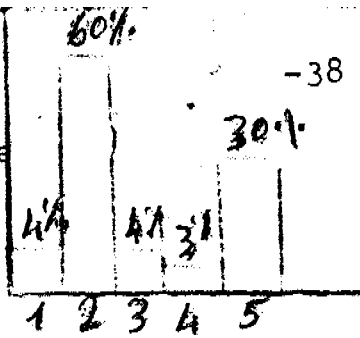


Troubles instinctuels

- 1 = insomnie
- 2 = Hypersomnie
- 3 = Somnolence
- 4 = Refus alimentaire
- 5 = Anorexie
- 6 = Boulimie
- 7 = Aucun

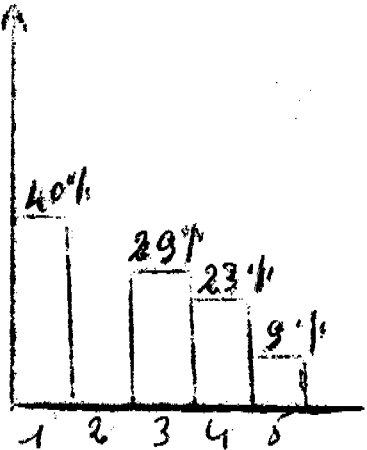
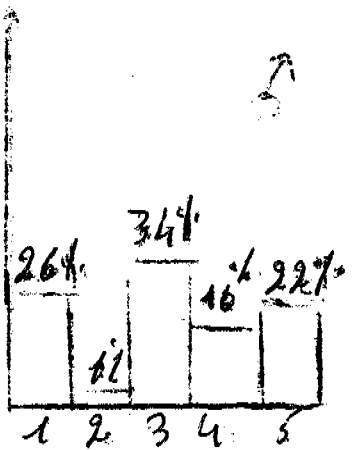


- 1 = vol
- 2 = fugue
- 3 = Tentative de suicide
- 4 = Homicide
- 5 = Aucun



Symptomes Somatiques

- 1 = Cephalée
- 2 = Fièvre
- 3 = Algies
- 4 = Asthénie
- 5 = Aucun



Conclusion concernant cette symptomatologie

- On note la fréquence particulière de :

- Lagitation : 85% chez les hommes et 100% chez les femmes hospitalisées.

- de l'insomnie : 87% chez les hommes et 92% chez les femmes hospitalisées.

- la logorrhée : est surtout un symptôme féminin 71% contre 28% pour les hommes.

- des fugues : 60% chez les hommes et 69% chez les femmes.

- les plaintes somatiques : 77% chez les hommes et 92% chez les femmes hospitalisées, avec prédominance des céphalées (40%) contre 26% chez les hommes.

Une légère prédominance des algies chez les hommes (34% contre 29% chez les femmes.

De l'asthénie chez les femmes (23% contre 16% chez les hommes)

A l'inverse on note la rareté de certains symptômes :

- les troubles de la conscience

- les troubles de la mémoire

- les troubles du cours de la pensée sont rares

aussi lorsqu'ils existent, il s'agit le plus souvent d'accélération du cours de la pensée (tachypsychie) plutôt que de discontinuité (4% chez les hommes et 6% chez les femmes).

- Les hallucinations sont présentes dans 50% des cas chez les hommes et dans 59% des cas chez les femmes.

Il s'agit avant tout d'hallucinations auditives 33% pour les hommes, 38% chez les femmes, et visuelles 16% chez les hommes et 21% chez les femmes. Les autres hallucinations sont de nature cenesthésiques ou psychiques.

- Les troubles de l'humeur sont présents chez 53% des hommes et 43% des femmes. Il s'agit plus souvent des troubles de l'humeur de nature dépressive = (29% pour les hommes et les femmes)

.../...-

L'expansivité de l'humeur est plus fréquente chez les hommes (24% et 14% pour les femmes).

Le mutisme est rencontré dans un pourcentage de cas non négligeables 10% pour les hommes, 18% chez les femmes.

On note la rareté des crises épileptiques (3% pour les hommes et 0% chez les femmes).

- des crises hystériques (0% homme et 0% pour les femmes).
- de la catatonie et des impulsions (43%, 2% pour les hommes) (0%, 0% pour les femmes).
- des troubles de l'alimentation :
  - Anorexie : 0% chez les hommes; 0% chez les femmes
  - Boulimie : 0% chez les hommes, 0% chez les femmes
- des tentatives de suicide : 4% chez les hommes et 55% chez les femmes des vols 4% chez les hommes et 0% chez les femmes.
- de la fièvre : 1% chez les hommes et 0% chez les femmes.

La fréquence de l'homicide 3% reste à comparer à la fréquence dans les autres populations psychiatriques.

CONCLUSION : se dégage ici, la fréquence d'un tableau clinique bien spécifique : fait d'agitation, insomnie fugue voire logorrhée.

- la fréquence de plaintes somatiques
- on note la rareté de symptômes évoquant
  - Un tableau dissociatif
  - Un tableau confusionnel
  - Un tableau de détériorisation intellectuelle

ce qui ne nous étonne pas étant donné la faible fréquence déjà observé de l'hospitalisation des personnes âgées.

La rareté des tableaux rattachés à une étiologie organique (cf thèse syphilis et tripanosomiase). Référence bibliographique N° 25 et 26 la rareté de l'épilepsie, de la fièvre.

Les hallucinations et les troubles de l'humeur sont bien représentés.

.... / ...-

Le tableau dépressif : se manifeste :

- 1 - au travers de plaintes somatiques (dépression masquée)
- 2 - de l'humeur dépressive
- 3 - on trouverait peu de ralentissement : bradypschie  
3% homme et 0% femme.  
Mutisme = 10% hommes et 18% chez les femmes, mais plutôt l'agitation 85% homme et 100% chez les femmes, la logorrhée 71% chez les femmes et 28% pour les hommes.
- 4 - peu de troubles alimentaires : Anorexie 0% hommes et 0% femmes.  
Boulimie 0% chez les hommes, 0% chez les femmes
- 5 - Les troubles du sommeil insomnie = 87% hommes, 92% chez les femmes, 1% d'hypersomnie chez les hommes et 0% cf les femmes.
- 6 - peu de tentatives de suicide.

# IV Les différentes thérapeutiques

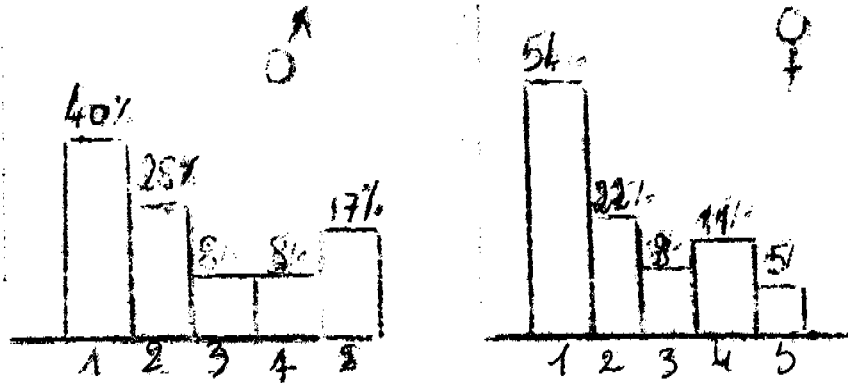
## A - Les neuroleptiques

-42

### Présentation des résultats

#### a) Neuroleptiques Retards :

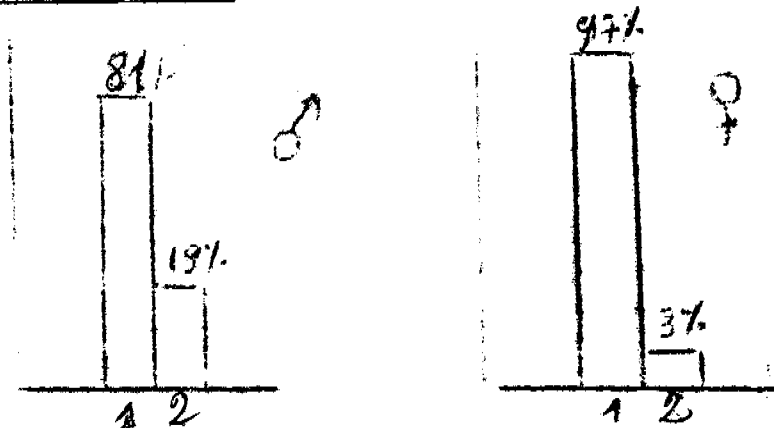
- 1 = Fluanxol
- 2 = Piportil
- 3 = Moditen
- 4 = Modécate
- 5 = Aucun



Histogramme N°13

#### b) Neuroleptiques incisifs

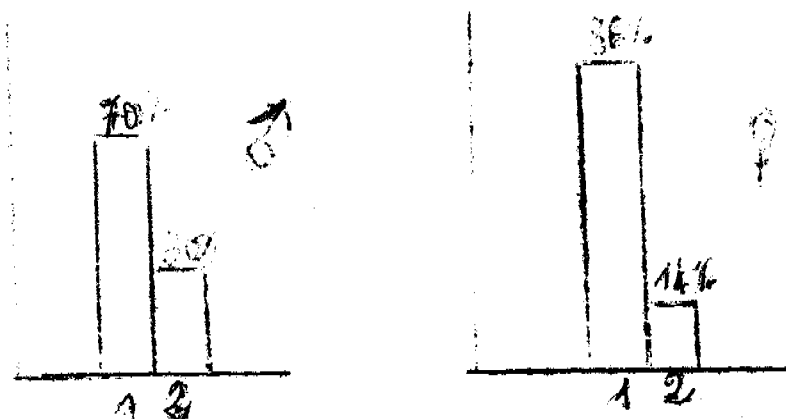
- 1 = oui
- 2 = non



Histogramme N°14

#### c) Neuroleptiques intermédiaires

- 1 = oui
- 2 = non



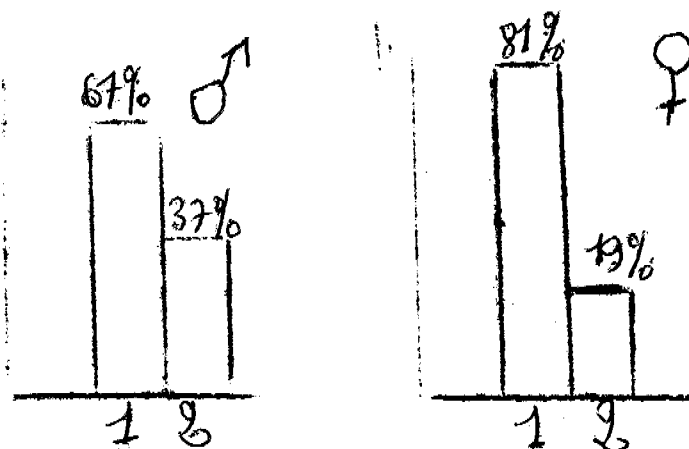
Histogramme N°15



d) Neuroleptiques Sédatifs :

-43

1 = Oui  
2 = Non



Histogramme N°16 :

Les neuroleptiques les plus utilisés sont les neuroleptiques retards,

84% des hommes

95% des femmes

et les neuroleptiques incisifs (81% des hommes, 97% des femmes) viennent ensuite avec des pourcentages proches.

- les neuroleptiques intermédiaires = 70% hommes 86% femmes.

- les neuroleptiques sédatifs 67% pour les hommes et 81% pour les femmes.

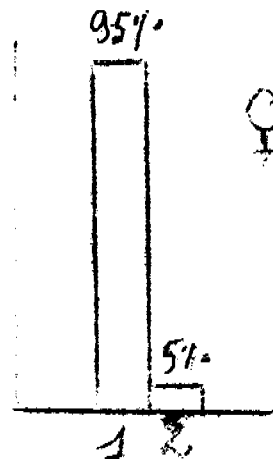
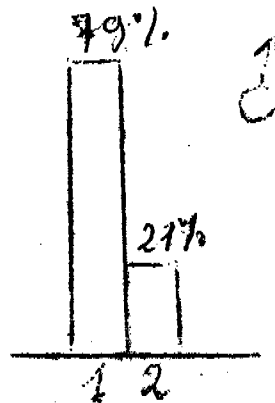
On remarque la fréquence des traitements neuroleptiques, tout particulièrement des traitements à action prolongée. Cette fréquence est surprenante chez les femmes quelle que soit la catégorie neuroleptique utilisée. Enfin il semble que l'association des neuroleptiques soit fréquente.

B - Les neuroleptiques retards

Le fluaxol est le plus utilisé : il est perçu comme le neuroleptique retard entraînant le moins d'effets parkinsoniens, ensuite vient le piportil, tandis que Moditen et Modécate viennent en 3<sup>e</sup> position. (cf histogramme N°13).

C) Les anti parkinsonniens

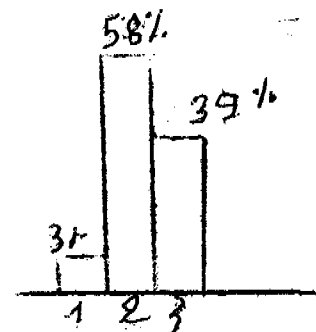
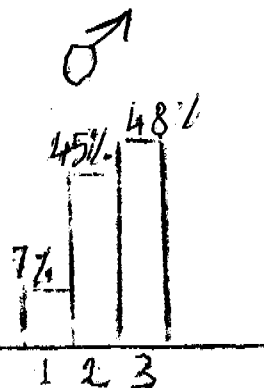
1 = oui  
2 = non

Histogramme N°17

U Ils sont plus utilisés chez les femmes et semblent prescrits de manière presque systématique en cas de traitement neuroleptiques. Cette étude ne permet pas de préciser s'ils sont utilisés de façon continue ou non.

D) Les anti dépresseurs

1 = désinhibiteur  
2 = sédatif  
3 = aucun

Histogramme N°18:

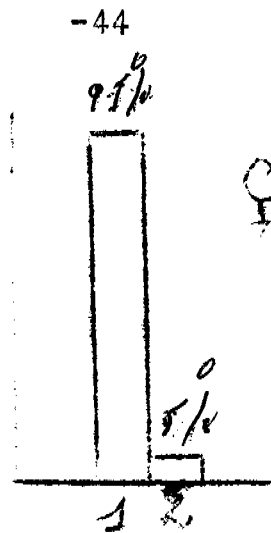
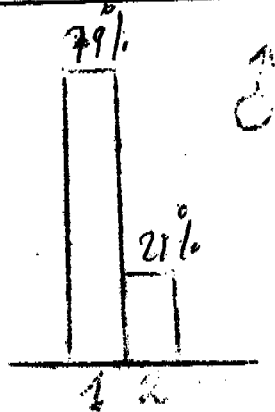
52% des hommes et 61% des femmes reçoivent des traitements anti dépresseurs, soit environ un patient sur deux. Ceci montre que les anti dépresseur sont les plus souvent associés (en même temps ou dans des temps différents) aux neuroleptiques.

Ceci s'explique par le fait que l'agitation, nous l'avons vue (85% des hommes, 100% des femmes) fait partie des tableaux dépressifs au Mali (-cf tableaux à l'entrée trouble psychomoteurs) comme l'ont écrit B. KOUMARE et J.P. COUDRAY ref bibliographique) N°11 et 12 et de Arwata (cf bibliog. N°2).

C) Les anti parkinsonniens

1 = oui

2 = non



Histogramme N°17

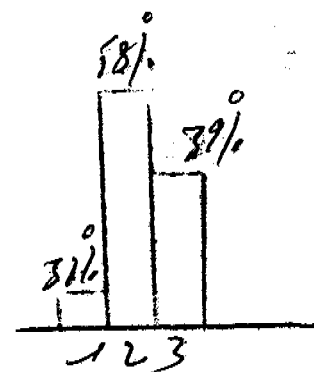
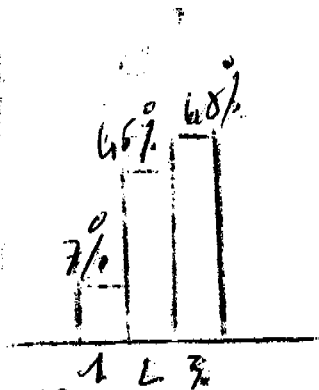
U Ils sont plus utilisés chez les femmes et semblent prescrits de manière presque systématique en cas de traitement neuroleptiques. Cette étude ne permet pas de préciser s'ils sont utilisés de façon continue ou non.

D) Les anti dépresseurs

1 = désinhibiteur

2 = sédatif

3 = aucun



Histogramme N°18:

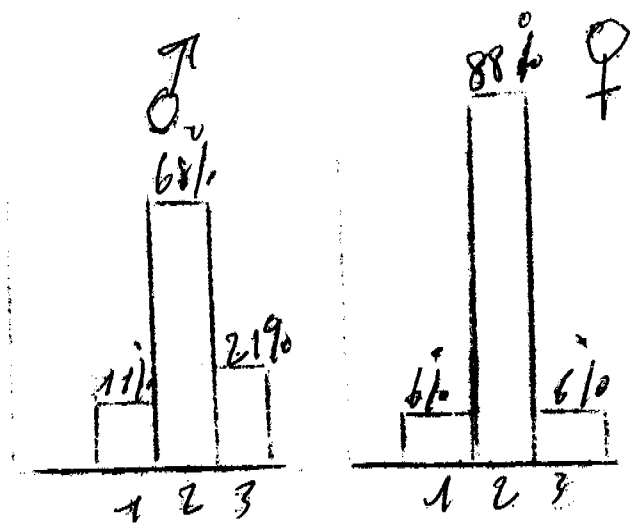
52% des hommes et 61% des femmes reçoivent des traitements anti dépresseurs, soit environ un patient sur deux. Ceci montre que les anti dépresseur sont les plus souvent associés (en même temps ou dans des temps différents) aux neuroleptiques.

Ceci s'explique par le fait que l'agitation, nous l'avons vu (85% des hommes, 100% des femmes) fait partie des tableaux dépressifs au Mali (-cf tableaux à l'entrée trouble psychomoteurs comme l'ont écrit B. KOUARE et J.P. COUDRAY ref bibliographique) N°11 et 12 et de Arwata (cf bibliog. N°2).

La prescription des neuroleptiques retardés y compris dans le cas où la nature dépressive sous-jacent des troubles a été mise en évidence montre que la prévention des <sup>rechutes</sup> recherches est d'avantage menée à partir de ces produits, plutôt que par l'utilisation des sels de lithium ou d'autres thymorégulateurs qui ne sont pas prescrits. Ceci tient aux difficultés d'un suivi régulier. Le traitement neuroleptique retard est facile à administrer et motive la consultation de contrôle du patient. L'observance du traitement par les sels de lithium est plus problématique impliquant les prises quotidiennes, la continuité du traitement et un coût supérieur pour les patients. Les neuroleptiques à action prolongée sont prescrits à faible dose. Leur utilisation met plutôt l'accent sur la stratégie thérapeutique du service que la recherche d'un effet chimiothérapique spécifique.

E = Les hypnotiques

- 1 = barbituriques
- 2 = non barbituriques
- 3 = Aucun



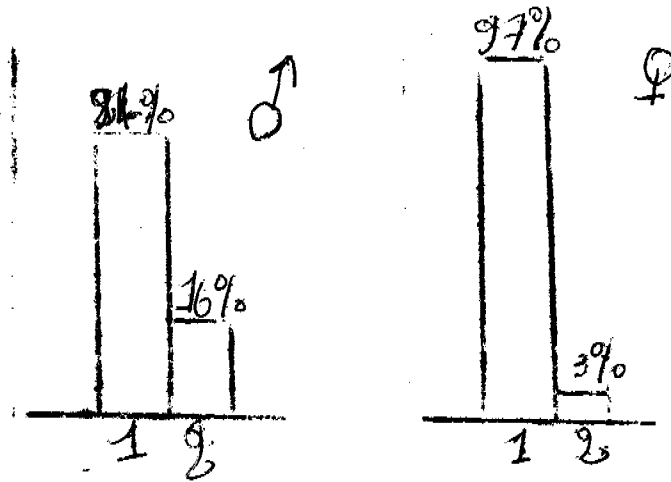
Histogramme N°19 :

Les hypnotiques sont fréquemment associés aux traitements, essentiellement des hypnotiques non barbituriques. Ils sont plus fréquemment prescrits chez les femmes. Rappelons que les troubles du sommeil sont invoqués par 87% des hommes et 92% des femmes.

F Les benzodiazépines :

Elles sont prescrites avec une très grande fréquence.

- 1 = benzodiazepine
- 2 = Aucun



Histogramme N°20

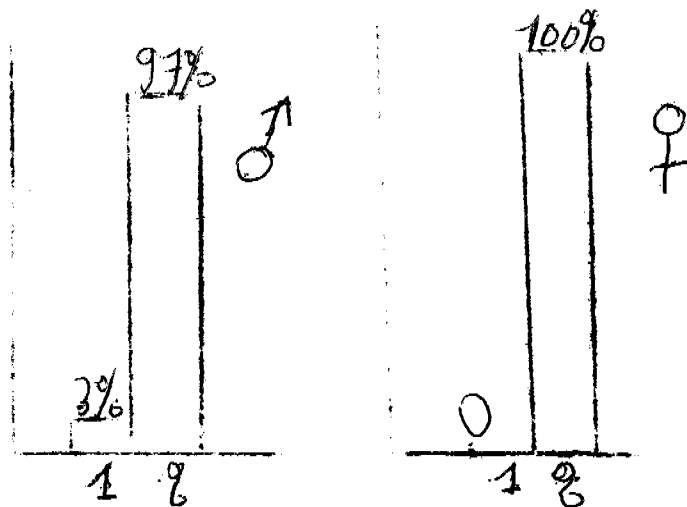
XV Les autres abords thérapeutiques

A - Les psychothérapies individuelles et de groupe

1 - La psychothérapie individuelle

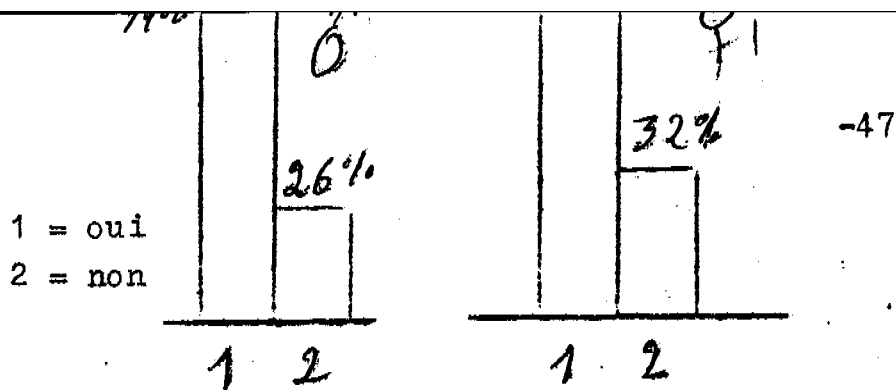
Elle a lieu dans le service. On voit ici quelle reste exceptionnelle.

- 1 = oui
- 2 = non



Histogramme N°21

2 La psychothérapie du groupe



Histogramme N°22 :

Le groupe a lieu une fois par semaine. Le groupe est formé par les patients hospitalisés, leur famille, le personnel soignant et les visiteurs. On voit que d'abord psychothérapique se fait d'avantage au sein du groupe thérapeutique que de la psychothérapie individuelle.

Le groupe qui se déroule dans le service de psychiatrie de l'hôpital du Point-G obéit à des modalités de fonctionnement bien particulières. La participation du groupe fait l'objet d'une prescription médicale. Elle concerne tous les malades hospitalisés à un moment de l'hospitalisation. Le groupe est ouvert. Chacun va et vient au cours de la séance. La parole est toujours donnée dans un premier temps au malade. Ce temps permet donc la prise de contact avec le patient et l'accès à son vécu personnel. La famille assiste à cet échange durant lequel elle prend conscience de l'attitude de compréhension du groupe vis à vis du malade ce qui a pour effet de désarmorcer les tensions qu'ont pu susciter les difficultés rencontrées en famille pendant la période précédente.

Dans un 2<sup>e</sup> temps, l'accompagnant est invité à apporter son propre éclairage. A tout moment d'autres malades, d'autres accompagnants peuvent apporter un point de vue différents de celui de la famille ou du patient qui sera d'autant mieux accepté, qu'il discute et diversement apprécié au sein du groupe.

.../...-

Ces échanges peuvent permettre l'assouplissement de certaines attitudes des familles et des patients. Ainsi le groupe par les possibilités d'identifications multiples qu'il offre permet de dépasser plus facilement la dimension agressive et persécutive qui peut se manifester au cours de l'entretien duel et élargit les possibilités de portage, favorisant la communication. Dans l'espace du groupe, ce qui est dit par le malade comme par la famille peut être entendu et partagé = l'écoute ici est privilégiée. La technique de " la chaise retournée " Voir les jeux de rôles empruntés au psychodrame morenien, permettent un meilleur abord du patient mutique reticent et opposant.

Le groupe enfin, grâce à la présence de tous les acteurs impliqués dans la dynamique thérapeutique, facilite l'élaboration du projet thérapeutique.

#### B - Le Kotèba

Le kotèba est une technique d'animation villageoise de tradition Bambara basée sur des manifestations qui comportent une partie dansée et une deuxième partie sous forme de sketches qui reprennent de façon humoristique et licencieuse diverses situations sociales caractéristiques mettant en scène les divers conflits de la vie villageoise. Une adaptation thérapeutique a été développée au Point-G, des acteurs musiciens venant tous les 15 jours animer le kotèba. Les tam - tams attirent les malades, les familles ainsi que les gens de passage. La danse apparaît comme un moyen privilégié d'expression corporelle accessible à toute sorte de patients aigus ou chroniques, stabilisés ou au contraire pris dans leur expérience pathologique. La danse réalise une sorte d'échauffement qui prépare la phase des sketches. Certains patients participent en battant le tam-tam, ou en chantant.

.../..-

Ensuite les patients sont invités à participer à une improvisation à partir d'un thème donné choisi par les animateurs et dont l'idée a souvent germé au cours de la participation au groupe thérapeutique. Les malades peuvent jouer le rôle d'un protagoniste particulier ou encore d'un arbitre traditionnel de la vie du village : Le Dougoutigui (Chef de village) et la Moussou Kountigui (Chef des femmes). L'assistance elle-même est sollicitée par le rire, les petites chansons qui émaillent les scènes que le public reprend et enfin pour donner un avis sur la situation qui se déroule devant eux.

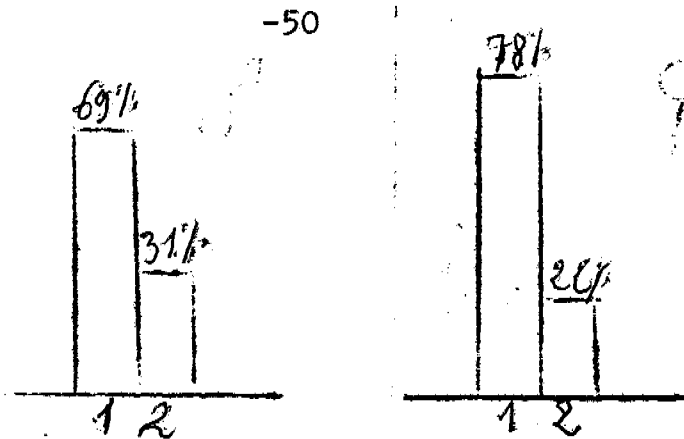
Le rôle thérapeutique du Kotèba dépasse largement l'aspect occupationnel et folklorique. Il se rapproche des techniques psychodramatiques qui offrent aux patients une grande liberté d'expression, une occasion de libérer des affects au sein d'un groupe qui permet le partage et en même temps protège le malade grâce à la distance introduite par le rire et le jeu. Enfin le kotèba restitue au patient un rôle valorisant qui pourra éventuellement contribuer à modifier son insertion dans l'institution. Il est un facteur important d'intégration des patients dans le service.

Le kotèba associe donc de nombreux patients, tous ne participent pas en tant qu'acteurs. Les femmes sont plus représentées car le kotèba se déroule devant le pavillon des femmes.

.../..-



1 = oui  
2 = non



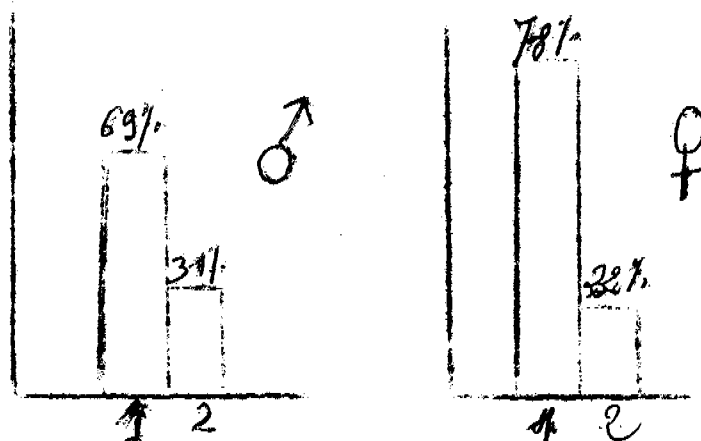
Histogramme N°23 :

XVI Les prises en charge traditionnelles

La consultation des guérisseurs a lieu en dehors du service à l'initiative des familles. Les traitements peuvent se dérouler avant pendant ou après l'hospitalisation.

1 - La phytothérapie

1 = oui  
2 = non

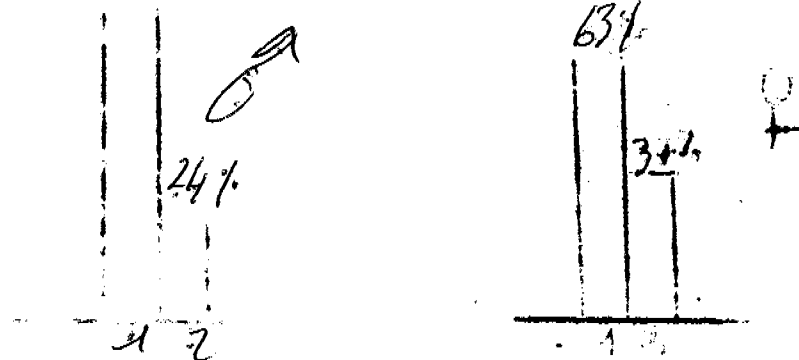


Histogramme N°24 :

Les plantes peuvent être prescrites par un simple herboriste, être de simples recettes de familles, faire partie du traitement administré par le guérisseur à côté du rituel. Il s'agit le plus souvent de décoctions administrées soit per os, soit en ablutions ou en lavage. L'utilisation des plantes relève plutôt de la tradition animiste, les marabouts utilisent le " Nassi " (liquide détenu après lavage de l'encre ayant servi à écrire des versets du courant) et la prière. On voit la fréquence de l'usage de la pharmacopée traditionnelle. Cette fréquence est plus grande chez les femmes.

Le recours au marabout ou au prêtre  
76%

1 = oui  
2 = non

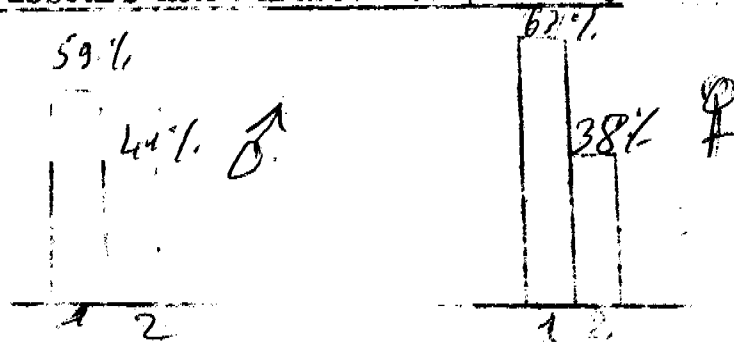


Histogramme N°25.:

Cette fois, on voit que ce sont les hommes qui sont plus nombreux à avoir recours aux marabouts. Les hommes sont souvent au sein de la famille les garants de la religion soit islamique soit chrétienne tandis que les femmes restent plus proches d'une tradition animiste et ont plus facilement recours aux cultes de possession aux plantes, aux guérisseurs Bamanans.

3 - Guérisseurs non Marabout ou prêtres:

1 = oui



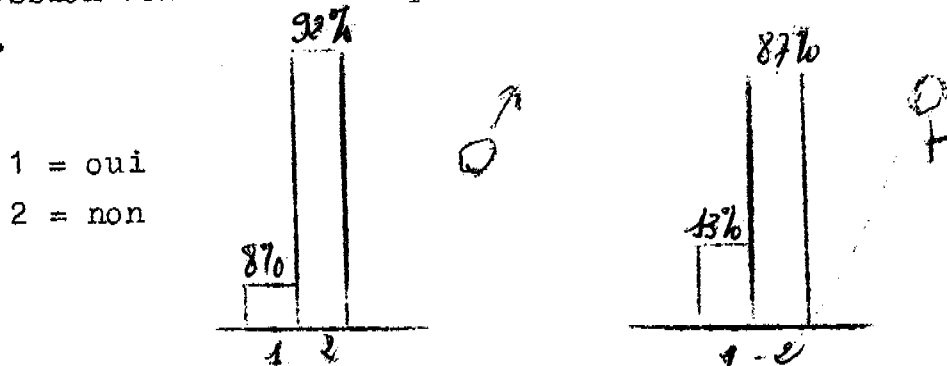
Histogramme N° 26 :

Plus de la moitié des patients et leur famille disent avoir recours aux guérisseurs non marabouts ni prêtres. Les taux sont moins élevés ici que pour ces derniers et après la phytothérapie le recours le plus fréquent semble le marabout (plus rarement les prêtres).

../.-.

4 - Les cultes de possession

Au Mali on trouve essentiellement deux sortes de cultes de possession qui sont le jinèdon et le <sup>Holley Horey</sup> Holley Horey. Le jinèdon concerne les ethnies Bambara, Malinké et Soninké d'autres ethnies peuvent cependant y avoir recours. Il est surtout développé dans la région des Kayes, Koulikoro et Bamako. Le Holley Horey appartient à la tradition Sonrhaï. Il est pratiqué surtout au nord du pays. Les malades traités par ces cultes présentent des troubles qui sont attribués à la présence d'un jinè ou d'un Holley à côté d'eux. Ces jinè ou ces Holley appartiennent à un panthéon précis et ont chacun des caractéristiques propres. Ils s'expriment à travers leurs "possèdes" au cours des trances. Le traitement consiste en l'identification du jinè ou du Holley et la négociation avec ce dernier avec lequel il s'agit de faire alliance. Les patients hospitalisés dans le service provenant plus rarement du nord du pays le culte de possession dont il est le plus souvent question ici est le jinèdon.



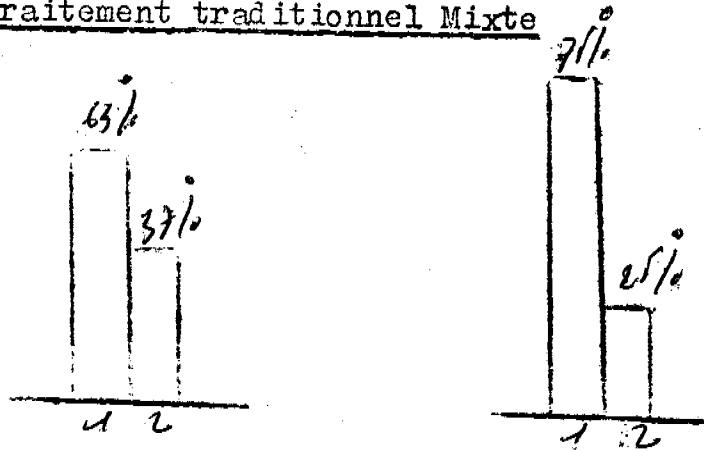
Histogramme N°27

On voit que les cultes de possession sont beaucoup plus rarement sollicités que les autres thérapeutiques traditionnels. Ils sont plus facilement par les femmes. Il faut dire que ces cultes sont actuellement en voie de marginalisation et sont très mal vus en particulier par le milieu Islamique.

../-.-

5 - Traitement traditionnel Mixte

1 = oui  
2 = non



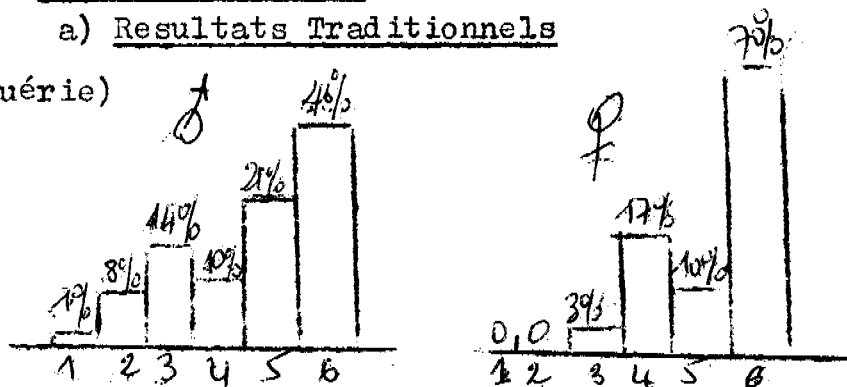
Histogramme N°28 :

On voit que l'association est de règle et que la démarche est la suivante " tout mérite d'être essayé " Le taux légèrement inférieur chez les hommes correspond au fait que l'on rencontre chez eux plus facilement une attitude intégriste qui exclue certains abords traditionnels.

**XVII Resultats des traitements traditionnels et Conventionnels**

**a) Resultats Traditionnels**

- 1 = stabilisé (guérie)
- 2 = satisfait
- 3 = amélioré
- 4 = acceptable
- 5 = Déterioré
- 6 = Echee

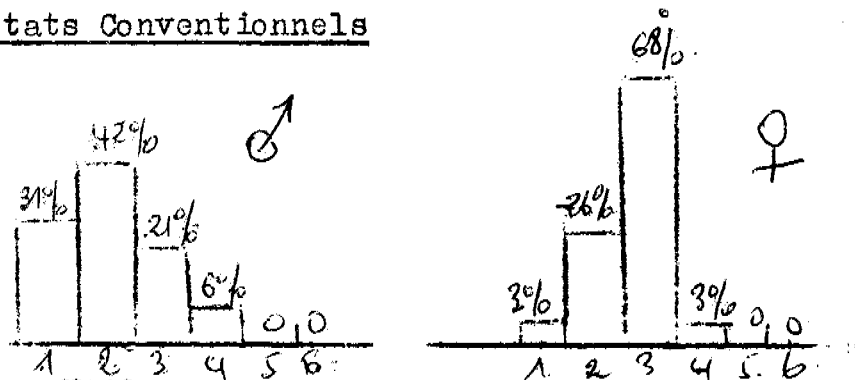


**Histogramme N°20**

On voit que les patients suivis dans le service correspondent le plus souvent à des échecs de la thérapie traditionnelle.

**b - Résultats Conventionnels**

- 1 = guéris
- 2 = satisfait
- 3 = amélioré
- 4 = Accepte
- 5 = Déterioré
- 6 = Echee



**Histogramme N°30**

- Sont considérés comme guéris, les patients bien inserés sur le plan familial, social et professionnel.
- Sont considérés comme satisfaits, les patients présentant quelques troubles résiduels bien tolerés compatibles avec une bonne insertion.
- Sont considérés comme améliorés, les patients chez lesquels persiste une symptomatologie en dépit de l'amélioration ayant accédé à un degré d'autonomie acceptable.
- Sont considérés comme acceptables ceux qui ont bénéficié d'une légère amélioration qui leur permet d'être relativement autonome.

.../...-

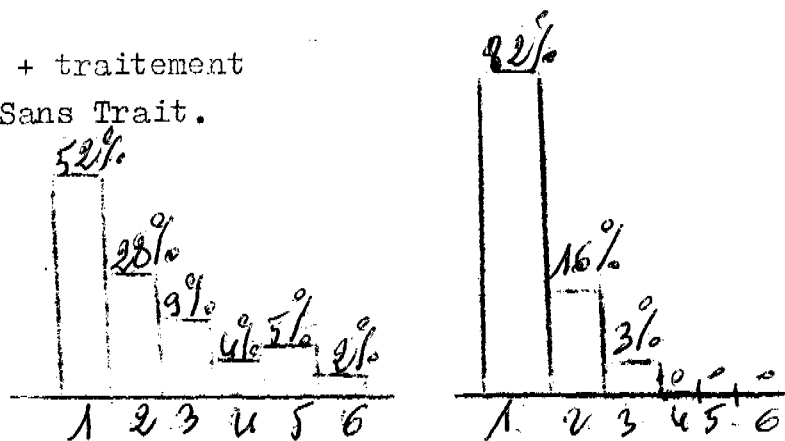
un patient homme sur trois traités dans le service peut être considéré comme guéri. Dans les groupes "satisfaits" "améliorés" "acceptables" où subsistent à des degrés divers une pathologie, on trouve les 2/3 restant des patients. Parmi eux les 2/3 sont satisfaits. Au total on peut dire que la psychiatrie conventionnelle a un taux d'efficacité élevé. En effet, ces chiffres repondent à l'impression clinique : des tableaux le plus souvent d'allure psychotique ont finalement un pronostic assez favorable.

XVII Le devenir des patients hospitalisés

devenir des malades	Hommes	%	Femmes	%
Hospitalisés	61	52,1	31	81,6
Sortis	33	28,2	6	15,8
Décédés	10	8,5	1	2,6
Mise en Obser. avec Tr.	5	4,3	-	-
Mise en Ob. sans trait	6	5,1	-	-
Evadés	2	1,7	-	-
TOTAL.....	117	100%	38	100%

Tableau N°11 : Repartition des patients hospitalisés dans le service de psychiatrie selon le devenir des patients.

- 1 = hospitalisés
- 2 = sortis
- 3 = Décédés
- 4 = Mis en observ. + traitement
- 5 = mis en obser. Sans Trait.
- 6 = Evadés



Histogramme N° 31 :

Patients encore hospitalisés à la fin de l'enquête

Il s'agit d'hospitalisations longues, on voit qu'un patient homme sur deux relève d'une hospitalisation longue, alors que c'est le cas pour 8 femmes sur 10. Si les femmes sont plus rarement hospitalisées (cf effectif en fonction du sexe) on voit que leur hospitalisation a tendance à se prolonger comme si l'hospitalisation venait témoigner du degré de la désinsertion sociale.

- Patients sortis :

Patient qui est définitivement guéri sans aucun trouble psychique et qui a intégré sa famille et repris sa profession. 28% des patients constituent la " file active ".

- Patients décédés :

Le taux <sup>des</sup> patients décédés est de 9% pour les hommes et 3% pour les femmes. Dans l'enquête de 1983 le taux de mortalité générale du service était 23,5%. On constate donc une baisse très, significative du taux de mortalité qui témoigne de l'amélioration des soins et du suivi des patients hospitalisés.

- Patients mis en observation secondairement traités :

Il s'agit des patients entrés tout d'abord mis en observation puis secondairement mis sous traitement. Il s'agit le plus souvent d'hospitalisation des cas sociaux. Ils représentent 4% de l'effectif chez les hommes.

- Patients mis en observation sans traitement :

Cet effectif recoure essentiellement les patients placés chez les guérisseurs et quelques patients en observations. Ils représentent 5% de l'effectif chez les hommes.

- Les Evasions : Seuls 2% des patients et 0% des patientes sortent par évasion. Dans l'enquête de 1983, 23,5% des sorties se faisaient par l'évasion. Là encore on constate une traduction directe de l'amélioration des conditions d'hospitalisation et de la pratique de l'accompagnement sur le taux d'évasion. Le nombre d'évasion par malade oscille entre 0 et 5 avec une moyenne de 0,5.

IXX Diagnostic d'entrée

- 1 . troubles mentaux 1%
- 2 . troubles psychiques 14,6%
- 3 . troubles du comportement 22,9%
- 4 . Autres 61,5%

Le diagnostic d'entrée reste souvent flou dans nos dossiers. C'est toutefois surtout le cas des anciens dossiers. Dans 61,5% un diagnostic plus précis semble avoir été porté d'emblée.

XX Diagnostic de sortie

Le diagnostic a été établi en référence aux 3 principaux axes du DSM III (ouvrage Américain concernant les troubles psychiques ) que nous rappelons.

Axe I : Syndrome clinique - situation non attribuable à un trouble mental, motivant examen ou traitement.

Axe II : Troubles de la personnalité

Axe III : Troubles des affections physiques

Concernant l'axe 1 ; sont évalués ici :

- a) les troubles schizophréniques
- b) les troubles paranoïaques
- c) les troubles affectifs
- d) Syndrome cérébro organique
- e) troubles liés à la prise des substances toxiques.
- f) troubles psychiques de la puerperalité.

a) Les troubles schizophréniques : 4 catégories ont été utilisées ici.

1 - Type désorganisé : forme schizophrénique dominé par :

- une incohérence fréquente
- une absence d'idées " délirantes systématisées
- un affect émoussé, inapproprié ou niais.

.../...-

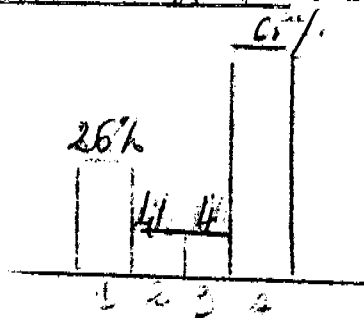


- 2 - Type Catatonique : dont nous rappellerons les signes
  - Stupeur catatonique ou mutisme
  - négativisme
  - rigidité
  - excitation catatonique
  - ← position catatorique

3 - Type paranoïde : où s'expriment des idées délirantes de persécution, de jalousie, de grandeur.

4 - troubles schizophréniques atypique : regroupent les autres catégories.

- 1 = désorganisé
- 2 = catatonique
- 3 = Paranoïde
- 4 = Atypique



Histogramme N° 32 :

Les résultats : Le diagnostic de schizoPhrenie a été retenu pour 21,4% des patients hommes et 5,3% des femmes. Dans l'enquête de 1983 le taux de patients schizophrènes était de 8%. Ceci peut s'expliquer en partie par l'augmentation du poids relatif des patients chroniques dans le service. Dans 68% des cas de disgnostic de schizo, la forme a été " atypique ". Dans 24% du cas il s'agit des formes désorganisées. Les formes catatoniques et paranoïdes sont rares ici et constituent 4% des cas pour chaque forme.

b - Les troubles paranoïaques : 2 catégories de paranoïaques s'individualisent ici le paranoïaque classique et les troubles paranoïaques partagés.

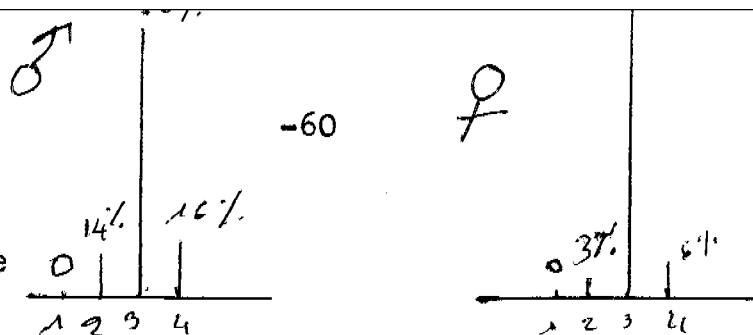
Seuls 3% des patients sont paranoïaques. Dans l'enquête de 1983 5% des patients presentaient des troubles paranoïaques (délire de relation, de sensitif).

70 - Troubles affectifs : 4 catégories sont retenues ici

- Troubles Bipolaires ou mixtes
- Dépression majeure
- Episode maniaque
- dépression atypique

Les troubles affectifs sont trouvés chez 63% des hommes et 87% des femmes. Dans l'enquête 1983 on trouve des troubles maniaco-dépressifs chez 42% des patients. Cependant existait une catégorie : raptus excito moteur qui représentait 19% des patients et qui a pu cette fois être comptabilisé au sein des états maniaques.

- 1 = Bipolaire
- 2 = Dépression Majeure
- 3 = Episode maniaque
- 4 = Dépression atypique



### Histogramme N° 33

70% des troubles affectifs chez les hommes hospitalisés correspondent à des épisodes maniaques, 91% chez les femmes.

13,5% des troubles affectifs chez les hommes et 3% chez les femmes correspondent à des dépressions majeures.

Enfin 16,2% des troubles affectifs chez les hommes sont des dépressions atypiques et 6% chez les femmes.

Les formes bipolaires sont inexistantes. Ici on note donc la très grande fréquence des troubles dysthymiques et parmi eux particulièrement des états maniaques. Ce qui semble spécifique. Ceci tendait à démontrer qu'on trouve peu d'états dépressifs au Mali, si l'on se préfère aux données cliniques classiques, mais par contre que les troubles affectifs se manifestent plutôt au travers d'un état maniaque.

d - Syndrome Cérébro organique : on distingue ici 3 catégories.

- Délirium
- démence avant 65 ans
- Demence après 65 ans

Seuls 1% de la population des hommes et 0% de la population des femmes hospitalisées, présentent une démence après 65 ans. Les autres catégories ne sont pas retrouvées. Les résultats confirment ce que nous avons déjà signalé auparavant que les personnes âgées sont très peu hospitalisés et que les démences seniles donnent rarement lieu à des hospitalisations. L'absence de délirium tient à la rareté de l'alcoolisme.

.../..-

C - Troubles liés à l'absorption des substances toxiques

Les gens qui s'adonnent à des produits toxiques cherchent à découvrir un certain plaisir de la vie. Quelques paysans les utilisent dans le but d'augmenter leur rendement de travail (Doping).

Ont été comptabilisés ici les patients pour lesquels le diagnostic de toxicomanie a été avancé par la famille et / ou constaté par le service.

Le diagnostic de Toxicomanie a été avancé pour 7% des patients hommes (soit 8 hommes). La Toxicomanie a été confirmée dans 4 cas <sup>seulement</sup>. Une seule femme sur 36 a présenté une toxicomanie.

Dans aucun cas un syndrome de sevrage n'a été observé. Dans 7 cas sur 9 le produit utilisé est le Yamba (dérivée du Cannabis). Dans un cas il s'agit d'amphétamines, dans un autre de Barbi turiques. Au total on voit donc que les hospitalisations pour toxicomanie sont plutôt rares. Les Toxicomanies avérées restent bénignes (prédominance de Yamba) absence de syndrome de sevrage). On ne trouve pas de polytoxico-manes graves ni l'usage des drogues dures (morphines, Cocaïnes etc...). Dans l'enquête 1987, le taux de toxicomanie retrouvé dans le service était tout à fait comparable = 9,5% des patients.

Que penser de tel , chiffres ?

Peut on parler de la rareté des toxicomanes du Mali ? Il semble plutôt à partir d'information dont nous disposons (enquête I.F.L.D. = Institut Francophone de lutte contre la drogue enquête épidémiologique sur la toxicomanie à paraître). que la toxicomanie soit d'avantage assimilée à un délit qu'à une " maladie " et que l'on retrouve le plus grand nombre de toxicomanes en prison.

Signalons qu'un seul patient hospitalisé présentait un alcoolisme . La rareté de l'alcoolisme est liée au fait que le Mali est un pays musulman où l'usage de l'alcool est interdit.

.../...-

f) Troubles psychiques liés à la puerperalité

Une femme sur 38 hospitalisées a présenté une psychose puerperale. La rareté de cette affection serait due au fait qu'elle serait prise en charge plus facilement en milieu traditionnel, la tolérance étant plus élevée?

AXE II - Troubles de la personnalité

Ont été individualisées les catégories suivantes :

- |   |              |                   |
|---|--------------|-------------------|
| - | Personnalité | anti sociale      |
| - | "            | compulsive        |
| - | "            | dépendante        |
| - | "            | hystérique        |
| - | "            | limite            |
| - | "            | Narcissique       |
| - | "            | Paranoïque        |
| - | "            | passive agressive |
| - | "            | schizoïde         |
| - | "            | schizotypique     |
| - | "            | Autres            |

On trouve un trouble de la personnalité chez 97% des hommes et 100% des femmes. 94% des troubles de la personnalité chez les hommes et 97% chez les femmes sont regroupées dans la catégorie " autres " ce qui semble indiquer que lorsque les troubles de la personnalité sont identifiés, ils sont difficilement classables en fonction des critères classiques.

- 2% des hommes ont une personnalité paranoïaque
- 2% des hommes ont une personnalité anti sociale
- 1% des hommes ont une personnalité passive agressive
- 1% des hommes ont une personnalité hystérique chez les femmes.
- 1% des hommes ont une personnalité compulsive.

On trouve très peu de concordance entre ces résultats et ceux de l'enquête de 1983. Peut être les troubles de la personnalité sont -ils insuffisamment précisés au niveau du diagnostic porté dans le service.

AXE III - Affection physiques

38% des hommes hospitalisés et 39,5% des femmes ont présenté une affection physique.

Les troubles physiques sont multiple et multifôrmes. Aucune affection ne semble prédominée dans le lot et avoir un rapport direct avec les troubles psychotiques observés.

XXI - SYNTHESE

Nous reprenons dans ce chapitre , non pas les résumés du corps du travail, mais les éléments significatifs qui nous ont semble importants à retenir.

A - Cette étude nous permet de dégager certaines caractéristiques de la population hospitalisée dans le service de psychiatrie de l'hôpital du Point-G.

1°) On constate aussi bien dans l'enquête 1983 que celle de 1987-88 une large prédominance de l'hospitalisation masculine sur l'hospitalisation féminine. Proportion d'environ  $3/4$  /  $1/4$ . Les hommes sont donc beaucoup plus facilement hospitalisés que les femmes.

2°) En ce qui concerne le statut matrimonial, on constate aussi bien chez les hommes que chez les femmes une nette sur représentation par rapport à la population générale des célibataires, Veufs et divorcés. L'enquête de 1983 donnait des résultats comparables. Il semble donc que ce soit là un autre constante caractéristique de la population psychiatrique au Mali.

Ainsi le mariage pourrait être un élément déterminant de l'insertion socio-familiale. Les femmes mariées plus jeune, pourraient être en cas de maladie mentale, moins facilement hospitalisées, que les hommes pour lesquels l'apparition des troubles précèdera souvent l'âge de mariage. Bien entendu le mariage est plus difficile lorsque les troubles sont déclarés et sans doute le divorce plus fréquent.

3°) Le rôle du rang dans la fratrie a été mis en évidence dans notre enquête. L'idée d'introduire . Ce paramètre est partie d'une impression clinique concernant la fragilité liée à la situation d'ainesse.

..../-

Les résultats de l'enquête confirment largement l'impression clinique. Ils introduisent en plus l'idée que le risque serait pratiquement inversement proportionnel au rang dans la fratrie.

4°) Le niveau de scolarisation de la population hospitalisée est nettement supérieur à la moyenne nationale aussi bien chez les hommes que chez les femmes, et qui nous a amené à émettre l'hypothèse d'un rapport entre le degré d'aculturation et la fréquence de la demande d'hospitalisation d'une part, éventuellement d'une fragilisation de l'individu d'autre part.

5°) Cette étude nous a permis d'établir contrairement aux idées reçues que l'origine des patients est avant tout rurale et paysanne. Les patients hospitalisés proviennent surtout des zones rurales de la 2<sup>ème</sup> Région (Koulikoro), de la 3<sup>ème</sup> Région (Sikasso) et de la 1<sup>ère</sup> Région (Kayes).

6°) Le rôle de l'émigration comme facteur de risque apparaît nettement ici. Les patients tombés malades en Côte d'Ivoire semblent de loin les plus nombreux.

#### B - L'évolution de la population psychiatrique hospitalière entre 1983 et 1988

La comparaison avec l'étude menée en 1983 par B. COULIBALY nous permet d'évaluer les différents paramètres qui se sont modifiés.

1°) La baisse de l'effectif est considérable. Le nombre des hospitalisations sur 13 mois en 1987-88 est inférieur à celui de l'enquête de 1983 effectué sur 6 mois.

2°) La baisse des effectifs des hospitalisés touche particulièrement certaines catégories. Il s'agit surtout tout des femmes des cas aigus, des patients vivant à Bamako.



On constate ici directement l'influence du développement des consultations externes. On voit donc que la prise en charge externe permet d'éviter de nombreuses hospitalisations. Le développement des consultations rend indispensable l'intégration de données statistiques concernant cette catégorie de suivi dans le cadre d'une prochaine enquête épidémiologique dans le service de psychiatrie.

3°) La baisse globale de l'effectif porte avant tout sur des patients aigus tandis que l'effectif de patients chroniques diminue moins vite créant un vieillissement relatif de la population hospitalisée. On voit à quel point la réinsertion sociale des patients en particulier pour le placement chez le guérisseur est un objectif primordial pour le service de psychiatrie. Le poids relatif des malades chroniques dans le service (environ 2/3 de l'effectif en permanence soit en 1987-88 environ 100 patients) et au sein de l'hospital tout entier (effectif 534 malades au 15-2-1989) est un facteur de déséquilibre qui pose des problèmes aussi bien de gestion financière de condition d'accueil ( en effet ces patients sont rarement nourris par leur famille ~~et~~ l'hôpital n'est pas en mesure de fournir des rations alimentaires suffisantes) et celui subséquent de la mendicité des patients dans les allées de l'hôpital. A l'intérieur du service psychiatrique un équilibre entre l'effectif de patients aigus et chroniques est souhaitable pour favoriser un climat thérapeutique. Signalons le rôle extrêmement positif de la présence de malades stabilisés dans le service qui contribuent à l'animation de la vie du service (cuisine, jardinage, chantiers etc...) et à l'intégration des nouveaux patients. Ces malades stabilisés compensent dans une certaine mesure la carence en personnel du service.

Ainsi ce n'est pas la présence de patients chroniques désocialisés en elle même qui pose problème mais bien la lourdeur actuelle de l'effectif .

.../...-

On mesure ici l'importance de la prévention de la désinsertion socio familiale des patients sous peine d'avoir à faire face à des situations ingérables. La prévention de cette désinsertion est effectuée dans le service de façon efficace sur les nouvelles populations traitées par : le développement des consultations externes, la pratique de l'hospitalisation avec accompagnement ce qui garantit l'insertion familiale, raccourcit la durée de l'hospitalisation désormais conçu comme un temps particulier du traitement.

4°) L'enquête illustre au travers des durées moyennes d'hospitalisation dans les cases susceptibles d'accueillir un accompagnant (33 jours) et dans le reste du service (1947 jours) la division de fait du service en deux parties : le service d'hospitalisation à proprement parler et une structure d'accueil des patients chroniques désocialisés.

5°) La baisse considérable du taux d'évasion (23,5% à 2/ et du taux de mortalité ( ce dernier reste encore sans doute assez élevé (23,5% en 1983 à 9% en 1987-88) témoignent de l'amélioration de la prise en charge thérapeutique des patients.

En outre la baisse des évasions montre que l'hôpital est désormais ressenti comme un lieu de soins et non plus un lieu d'enfermement. La pratique de l'accompagnement par un membre de la famille a beaucoup contribué à l'insertion des patients y compris des patients réticents. L'attention de la famille permet d'éviter la contention du malade tout en le rassurant.

.../..-

D) - Les données cliniques fournies par l'enquête

1°) Nous avons vu que la symptomologie la plus fréquemment rencontrée à l'entrée est la suivante :

Agitation, logorrhée - fugue - insomnie - plaintes somatiques - La fréquence des états d'agitation semble en effet caractéristique de l'expression clinique du désordre mental au Mali. Nous le reперons d'autant plus facilement dans le service que l'urgence induite par ces troubles, est souvent le motif pour lequel la famille s'est adressé à l'hôpital plutôt qu'aux tradipraticiens.

2°) Les diagnostics posés dans le service montrent que ce sont les troubles dysthymiques qui sont au premier plan dans la population hospitalisée.

3°) On constate tout particulièrement la fréquence des états maniaques tandis-que les états dépressifs francs correspondent au description classiques sont beaucoup moins souvent repérés.

4°) Apparaît la difficulté actuelle à préciser la personnalité sous jacente des patients à partir des données recueillies dans le dossier. Il faut bien dire que le repérage névroses psychose par exemple est singulièrement compliqué par les particularités semiologiques des tableaux rencontrés.

5°) L'utilisation du D S M III (ouvrage Américain concernant les malades mentales) n'a pas pu éviter la difficulté de classification des maladies. 65% des troubles schizophréniques ont été jugé atypiques 16,2% des troubles affectifs.

Ainsi la semiologie Africaine des maladies mentales constitue-t-elle à poser des problèmes en dépit des nouveaux instruments de classification.

6°) En ce qui concerne la toxicomanie, c'est la faible fréquence de l'hospitalisation que nous retiendrons (dont il reste à savoir si elle est proportionnelle à la faible fréquence de l'usage des toxiques dans la population générale); l'absence de syndrome de sevrage en rapport avec des produits induisant surtout une dépendance psychologique (Yamba) et les doses relativement faibles si on les compare aux toxicomanies observées en Occident et enfin l'absence de drogues dures (cocaïne, héroïne). Le diagnostic de toxicomanie semble avancé par les familles y compris dans des cas où la prise de toxique est peu probable. L'expérience clinique nous a montré que ce diagnostic était évoqué par la famille lorsque le jeune patient s'éloigne des normes de comportement traditionnel. Ce qui se produit dans les familles où une carence d'autorité est évidente.

D - Les moyens thérapeutiques utilisés dans le service psychiatrie

1°) Le moyen de recueil des données favorise l'indifférentiation des traitements puisque la répartition dans le temps des différentes prescriptions n'est pas prise en compte. Dans une enquête ultérieure on pourrait proposer de différencier par exemple le traitement à l'entrée et à la sortie, les doses de médicaments pourraient alors être prises en compte.

2°) On voit que l'abord thérapeutique dans le service se fait selon deux axes essentiels celui de la chimiothérapie d'une part, celui de thérapie de groupe d'autre part (groupe et Kotèba).

.../...-

### 3°) L'abord chimiotherapique

-70

a) L'association des neuroleptiques aux traitements anti Depresseurs semble qu'assiment de règle. Ceci tient aux particularités cliniques que nous avons déjà soulignées en particulier la fréquence de l'agitation . Il peut s'agir d'une association d'emblée ou de l'instauration d'un traitement anti Depresseur après la disparition de l'agitation.

b) Toutes les catégories de médicaments semblent largement utilisés. Ce resultat nous a quelque peu surpris. dans la mesure ou le service dispose généralement de très peu d'hypnotiques et d'anxiolytiques. Ainsi nous pensons que ces deux dernières categories sont prescrites plutôt de façon ponctuelle, la technique de recueil déformant leur importance.

c) Les neuroleptiques sont les plus largement prescrits, l'utilisation des neuroleptiques à action prolongée dans le cadre d'une stratégie de suivi thérapeutique dans des indications très larges en particulier les indications habituelles des thymo regulateurs dont l'usage pose de difficiles problèmes au Mali, est tout à fait originale.

4°) L'abord psychotherapique est pratiqué essentiellement à travers le groupe (groupe therapeutique, Kotèba). Là encore on voit apparaître une spécificité de la prise en charge qui semble mieux tenir compte des particularités culturelles.

### E-Les thérapeutiques traditionnelles - La place l'hospitalisation dans le circuit thérapeutique.

1°) Le delais entre le début de l'apparition des troubles et la demande d'hospitalisation illustre la place " en premier " occupée par le circuit traditionnel.

..../-

2°) On voit chez les patients hospitalisés la grande fréquence de l'échec des thérapeutiques traditionnelles. Ceci ne nous permet pas d'affirmer l'inefficacité des guérisseurs mais indique plutôt que la population, pour l'instant n'envisage l'hospitalisation que lorsque les thérapies traditionnelles se sont révélées inefficaces.

3°) La deuxième raison qui décide une famille à solliciter l'aide de la psychiatrie conventionnelle en nous l'avons vu la situation d'urgence. Ainsi nous voyons que le recours conventionnel occupe une place limitée et bien définie dans le circuit thérapeutique.

4°) Le fait que le taux de patients scolarisés soit particulièrement élevé dans le service peut faire penser que les catégories de population les plus cultivées auraient peut être plus facilement recours aux systèmes de soins conventionnels.

5°) L'usage de la pharmacopée traditionnelle est très important.

6°) A peu près au même niveau que les recours aux Marabouts. L'enquête ne permet pas ici de dissocier les remèdes de la famille, les remèdes fournis par les herboristes, de l'usage du médicament traditionnel au sein de l'approche thérapeutique du "Doma" (féticheur). Dans ce dernier cas, le médicament n'est qu'un élément au sein d'une chaîne signifiante.

7°) On voit que les cultes de possession sont moins souvent sollicités que les autres pratiques thérapeutiques dont nous venons de parler. Ceci tient sans doute à la marginalisation sociale de ces groupes.

8°) On voit que l'association des différents traitements traditionnels entre eux est la situation la plus fréquente.

9°) Enfin à partir des données dont nous disposons concernant la clinique, il semble que certaines affections soient plutôt prise en charge dans le réseau traditionnel = Ce pourrait être en particulier le cas de l'hystérie et des psychoses puerpérales, très peu représentées dans le service.

## XXII CONCLUSION

Les données statistiques recueillies au cours de ce travail nous ont permis de clarifier certains points relatifs à la stratégie que nous devons mener.

L'objectif primordial est d'effectuer la prise en charge du patient dans son milieu d'origine. On donne ainsi à ce dernier la meilleure chance de guérir et de conserver une insertion socio-familiale. L'hospitalisation ne doit être qu'une étape du traitement intégrant la famille dans la dynamique thérapeutique par la pratique de l'accompagnement. C'est de la qualité de la relation établie avec la famille que dépendra la qualité du suivi ultérieur et donc la possibilité de prévenir les rechutes.

Les soins devront s'effectuer beaucoup plus dans le cadre d'un suivi externe que de l'hospitalisation.

Un tel objectif passe nécessairement par la décentralisation des soins de santé mentale.

La préservation du lien familial est un élément pronostic déterminant. Dans le cas où la rupture est consommée, nous sommes amené à envisager des structures de substitution Centre d'accueil ou village d'accueil du tradi praticien. Enfin l'importance prise par le réseau traditionnel dans la prise en charge des malades mentaux nous incite à aller dans le sens d'une collaboration dont le placement des patients chroniques constitue une première étape.

../.-.



-----

- 1 - Andrade A-S - La demande d'assistance psychiatrique au Sénégal (apport statistique sur 1742 consultations d'une année). Thèse Méd. 1979 -Dakar N°56.
- 2 - Baba A - Contribution à l'étude des états dépressifs au Mali Thèse Méd. 1984 - Bamako.
- 3 - Beiser M. - Epidemiologie psychiatrique dans un pays sous développé acta-psychiat - Belg, 1975 75 221-236.
- 4 - Collomb H - Assistance psychiatrique en Afrique (expérience Sénégalaise). Psychopath - Afr. 1965, i, 1, 11-84.
- 5 - Collomb H - Les programmes d'assistance psychiatrique dans les pays en voie de développement Soc.Sa and Med. 1978, 12.
- 6 - Coppo P. et Pisani L - Evolution des cas observés au cours de l'enquête sur les maladies mentales et l'épilepsie dans une communauté Africaine (80-81). Rapport définitif Déc. 1983, Bamako, Mali.
- 7 - Coppo P. et Pisani L. - Syndromes dépressifs et retard mental dans une communauté rurale africaine enquête épidémiologique - Rapport définitif Décembre 1983, Bamako, Mali.
- 8 - DIOP B., Collignon R. et Gueye M. - Présentation de l'étude concentrée de l'OMS pour l'extension des soins de Santé mentale - psychopath Afr. 1976, XII, 2, 173 - 188

.../...-



- 9 - DIOP B, Collignon R. et Coll. - symptomatologie et diagnostic psychiatrique dans une region rurale du Sénégal - psychopath, Afr. 1980, XVI, 1, 5 - 20
- 10 - Duguay R. Ellenberger H.F. et Coll - Précis pratique de psychiatrie - Paris 1981, 693.
- 11 - KOUMARE B. et Coudray J.P. - Problematique de la Santé mentale au Mali (1ère partie) - Mali Med. 1983 - VI, N°1, 17 - 18.
- 12 - KOUMARE B. et Coudray J.P. - Problematique de la Santé Mentale au Mali (2è partie) - Mali Méd. 1983, VI, N°2, 5 - 10.
- 13 - Leuckx R. - - Perspective d'avenir de la psychiatrie en Afrique noire à partir d'une réflexion sur l'évolution de l'assistance psychiatrique au Sénégal - Th. Med. Dakar, 1975, 6.
- 14 - Lin T.M. et Standley c.c. - Place de l'épidémiologie en psychiatrie - cahiers de santé publique N°16, Genève, OMS 1963.
- 15 - Murphy H.B.M. - Méthodologie de recherche en socio-psychiatrie et ethnopsychiatrie.- EMC psychiatrie, Folio 37720, A 10, 1 - 14, 1965.
- 16 - OLATAWURAM M. O.S. - Epidemiology of mental disorders in Africa. Conférence on social science and mental health in Africa - Ibadan, Nigéria 7, 11, Dec. 1980.
- 17 - O.M.S. - Comité d'experts de la santé mentale - Epidémiologie des troubles mentaux - serie des Rapp. Techn, 1960, 185.
- 18 - O.M.S. - Organisation des soins de santé mentale dans les pays en voie de développement- Rapp. Techn. N° 564, Genève 1975.