

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un peuple-un but-une foi



Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année universitaire 2018 - 2019

Thèse No

**EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES CHEZ LES
PATIENTS HOSPITALISES AU SERVICE DE PSYCHIATRIE DU CHU POINT
G DE BAMAKO DU 1^{er} JANVIER 2014 AU 31 DECEMBRE 2018**

Thèse présentée et soutenue publiquement le **17/01/2020** à la faculté de médecine et
d'odontostomatologie de l'U.S.T.T-B

Par M^{lle} **MALAH NOTUE Cyrielle Alexandra**

Pour obtenir le diplôme d'état de DOCTEUR EN MEDECINE

JURY

Président du jury : Pr Baba KOUMARE

Membre du jury : Dr Housseini DOLO

Codirecteur : Dr Souleymane dit Papa COULIBALY

Directeur de thèse : Pr Arouna TOGORA

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Professeur Baba KOUMARE

- Professeur honoraire de Psychiatrie et de Psychologie médicale à la FMOS
- Ancien Interne des hôpitaux de Dakar
- Ancien chef de service de Neuro-psychiatrie de l'Hôpital National du Point G
- Ancien chef de service de psychiatrie du CHU du Point G
- Ancien chef du Département d'Études et des Recherches (DER) de Médecine et Spécialités Médicales de la FMPOS
- Initiateur du Diplôme d'Études spécialisées de psychiatrie à la FMOS
- Président de la Société Malienne de Santé Mentale (SOMASAM) ; Président de l'Association d'Aide aux Malades Mentaux (AMAMM).
- Secrétaire Général de la Société Africaine de Santé Mentale (SASM)
- Membre du Consortium Human Heredity and Health in Africa
- Chevalier de l'Ordre National du Mali

Cher maître, nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre sympathie, votre humilité et votre rigueur scientifique forcent l'admiration. Permettez-nous de vous exprimer cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et juge

Docteur Housseini DOLO

- Docteur en médecine ;
- Master en santé publique ;
- Candidat au PhD en Sciences Médicales option épidémiologie ;
- Médecin Chargé de recherche à l'Unité de Recherche et de Formation sur les Filarioses ;
- Médecin d'appui au programme National de lutte contre l'onchocercose au Mali, a la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique
- Enseignant-chercheur, Maître-assistant à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Votre disponibilité, votre simplicité, et votre amour pour le travail bien fait nous ont beaucoup impressionnés. La clarté de vos explications, ainsi que votre accueil font de vous un exemple. Permettez-nous cher maître de vous adresser nos sincères remerciements.

A notre maître et Co-directeur

Docteur Souleymane dit Papa COULIBALY

- Ancien Interne des Hôpitaux du Mali
- Maître-assistant à la FMOS
- Praticien Hospitalier au CHU Point G
- Psychiatre
- Membre du consortium Human Heredity and Health in Africa
- Membre de la Société Malienne de la Santé Mentale (SOMASAM)
- Membre de la Société Africaine de Santé Mentale (SASM).

Cher maître, nous sommes honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport de qualité pour l'amélioration de ce travail. Vos qualités scientifiques, votre disponibilité et votre simplicité nous ont marquées dès le premier abord. Vous nous avez accueilli dans le service où vous avez su nous communiquer la rigueur dans le travail et votre amour pour la psychiatrie. Vos conseils et vos critiques nous ont servi de guide dans la réalisation de ce travail. Veuillez trouver cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre très haute considération.

A notre maître et directeur

Professeur Arouna TOGORA

- Maître de conférence à la Faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)
- Psychiatre et pédopsychiatre au Centre Hospitalier Universitaire POINT G (CHU Point G)
- Chef de service de psychiatrie au CHU POINT G
- Coordinateur du DES de psychiatrie à la FMOS
- Membre de la Société Malienne de la Santé Mentale (SOMASAM)

Cher maître, l'opportunité nous est donnée de vous faire part de la grande estime et du respect que nous portons à votre égard. Nous vous remercions pour la confiance que vous nous avez faite en dirigeant ce travail. Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre humanisme, votre respect et votre combat quotidien pour l'amélioration de la qualité du service font de vous un exemple à suivre. Cher Maître, veuillez accepter notre reconnaissance.

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

❖ Dédicaces

✓ A mon Seigneur

Eternel mon Dieu et mon roi, je ne sais comment te dire merci pour tout ce que tu as fait pour moi. Tu m'as gardée depuis mon premier jour ici à Bamako, tu as été avec moi de ma première à ma dernière année universitaire. Je te loue et je confesse que tu es un Dieu de gloire, un Dieu majestueux. Je te supplie de toujours guider mes pas. Merci infiniment.

✓ A mon père : Pr NOTUE Jean-Paul

Je suis triste parce que tu ne seras pas là physiquement pour voir notre rêve se réaliser. Mais je ne peux que te remercier pour m'avoir guidée vers cette voie qui est maintenant la mienne. J'ai pu m'y épanouir et pour cela je te remercie énormément. Merci également pour tes préceptes et l'éducation que tu nous as données qui me guident chaque jour comme une boussole. Tu restes à jamais dans mon cœur et ce, tous les jours de ma vie.

✓ A ma mère : NOTUE Louise née MOKO

C'est le cœur ému, quand je pense à quel soutien tu es pour moi. Tu as toujours été derrière nous en ce qui concerne l'école, nous poussant à l'excellence. Tu as été aussi d'un grand rôle dans la poursuite de cette voie et je ne sais comment te dire merci pour tous les sacrifices que tu fais jour après jour pour moi. Je prie notre Seigneur pour qu'il puisse t'accorder longue vie et qu'il te rende tout ce que tu fais pour nous au centuple.

✓ A ma grande sœur aînée Manuela et sa famille

L'autre pilier de la famille, tu es pour moi un soutien infaillible ; ce modèle et cet exemple. Je remercierai toujours le Très Haut car tu joues le rôle de première à la perfection. Quel que soit les problèmes, je sais que je peux toujours compter sur toi. Tu m'encourages toujours dans mes entreprises et pour cela, je te remercie infiniment. Que le Seigneur continue de te bénir.

✓ A ma grande sœur Fabienne

Ma mère de Bamako, merci d'être là pour moi, même si ce n'est pas toujours facile avec mon caractère parfois difficile. Dans tout ce que j'ai traversé tu as été avec moi et tu m'as soutenu au mieux, même quand parfois je doutais. Dans chaque projet que j'ai réalisé tu m'as été d'un grand appui. Merci énormément pour tout ce que tu fais pour moi, pour les multiples heures à élaborer ce travail mais également pour les fous rires. Que l'Eternel te bénisse davantage !

✓ A ma petite sœur Marlène

Merci de ce soutien malgré la distance, mon ancienne jumelle. Tu es pour moi une oreille attentive, quelqu'un qui sait me donner des conseils justes. Tu sais me motiver même quand le moral n'y est pas. Je te remercie pour tout et je prie également le Très Haut afin qu'il ne t'abandonne jamais.

✓ A la benjamine Anaëlle

Tu es pour moi un exemple de la persévérance, parce que malgré tout tu ne baisses pas les bras et tu gardes toujours cette joie de vivre qui te caractérise. Que l'Eternel continue de te fortifier. Merci pour tous tes conseils et que Dieu te bénisse.

✓ A mes deux grands-mères Maa Albertine et Maa Martine

Vous n'avez jamais cessé de m'encourager à aller le plus loin possible dans mes études et mon plus grand regret est que vous n'ayez pas pu voir l'accomplissement de notre travail. Merci beaucoup.

✓ Tonton Zack

Merci d'être à la fois ce grand frère et cet oncle, tes conseils et ton aide m'ont conduit où je suis. Merci infiniment

✓ A Marcelle et Jessica

Mon « Homo », ma fille je vous remercie pour tout le soutien et les conseils. Que le Tout Puissant veille sur vous où que vous êtes.

❖ Remerciements

✓ A la famille KENTSA

Tata Annette ma marraine et tonton Jean-Pierre, vous êtes des personnes très bienveillantes ; merci pour vos conseils et votre soutien

✓ A la famille FOTSO

Merci pour tout Tonton Calvin, tes conseils ; ton soutien. Que Dieu continue de te bénir.

✓ A la famille SOP

Merci pour tout et d'avoir toujours soutenu notre famille. Grand TA SOP, que Dieu continue de te bénir.

✓ A Maa Cécile, maa Odette et leur famille

Merci beaucoup à vous d'être là pour nous à chaque difficulté, d'être un soutien pour ma mère et notre famille. Que l'Eternel vous fortifie

✓ A Charlène et toute la famille KUATE merci pour tout.

✓ A Mes oncles et tantes : « Meve » ES ; Tonton Abel ; Tonton Alain ; Tata Hermine ; Papa P ; Maa Marie et leur famille respective merci pour tout.

✓ A Mes cousins

Jephté mon partenaire, Bonté, Daddy, Eddy, Steven, Maxime, Vanessa, Toche, Valmère, Tonton Guy et les autres ; merci beaucoup

✓ A mes amis

Gisèle et Dr Marie Marcelle merci parce que j'ai eu la chance de rencontrer deux belles âmes à Bamako. Plus que des amies, j'ai rencontré des sœurs et malgré la distance je sais qu'on pourra toujours compter les unes sur les autres. Que Dieu vous bénisse !

- Artial, Awa Diarra, Ivan, Richie, Narcisse, Loïca, Flavie, Raïssa, Yolande, Michelle, Michèle, Bamiki, Linda, Inès Vérane, Julienne, Bernadette, Hermann, Dariscat, Thaïs et les autres ; merci pour tout votre soutien.

✓ Au service de psychiatrie

Le chef de service, les psychiatres, les étudiants en spécialisations, les internes, les étudiants en master, les infirmiers, les agents de sécurité, les garçons de salles merci d'avoir été pour moi comme une seconde famille et de m'avoir appris les bases de la psychiatrie.

✓ Aux internes du service de psychiatrie : Dr Issiaka, Baba, Hawa, Alou, Almoustapha, Alhousseyni, Marie, Issa, Danté que Dieu nous donne une très belle carrière.

✓ A mes parents, frères et enfants de Bamako : Dr Chancelline, Dr Fabienne, Dr Constant, Dr Dimitri, Dr Thierry, Anicet, Wilson, Junior, Steve, Vanessa, Verdiane, Adhemar (mon grand-frère) merci pour tout.

✓ Au réseau des étudiants en médecine d'Afrique de l'Ouest (REMAO)

En particulier Dr Fabienne, Dr Sollers, Dr Ami, Dr Mountaga, Dr Fatim, Dr Sira, Dr SACKO, Dr Helène, Dr Jean-Paul, Dr Almamy, Dr Vicky, Dr Ould, Dr Van Jules, Awa, FNC, MALLE, Bamiki, Aude, Sira, Dia mal, Bagass et les autres. Merci pour l'intégration ; pour m'avoir initié aux études scientifiques. Que le Tout puissant continue de bénir votre travail.

✓ A l'Association des élèves, étudiants, stagiaires camerounais au Mali (AEESCM).

✓ Au club paranos et la troupe théâtrale de l'AEESCM

✓ Au club live de l'AEESCM

✓ Au bureau exécutif de L'AEESCM 2016 en particulier Cynthia, Dr Stéphane, Dr Anicet S. et Cédric merci pour tout

✓ A Harmony voices : Chorine, Richie, Hermine, Dr Fabienne

Ces quelques moments passés ensemble resteront toujours gravés dans mon cœur.

✓ Au groupe d'étude six étoiles

✓ A la promotion T.R.O.I.E (Tous Réunis Objectivement et Intellectuellement pour l'Excellence) : Notre parrain Dr Daniel, Gisèle, Dr Marie Marcelle, Richie, Ivan, Rachel, Tatiana, I.B, Narcisse, Van Jules, Romeo, Ernest, Eunice et les autres, merci pour tous les moments passés ensemble depuis avril 2011 jusqu'à nos jours. Que le créateur veille toujours sur nous.

✓ A la dixième promotion du numéris clausus

✓ Aux camerounais de la dixième promotion du numéris

- ✓ A la grande chorale ALLELUIA de l'église de Bamako Coura
- ✓ A la chorale francophone de Bamako Coura
- ✓ Au club d'anglais first group
- ✓ A la communauté camerounaise de l'église de Bamako Coura
- ✓ Au grand groupe des communautés de l'église de Bamako Coura
- ✓ A l'église de Bamako Coura
- ✓ Aux habitants du point G et Koulouba
- ✓ A tous ceux qui m'ont aidé de près ou de loin, merci infiniment que Dieu vous bénisse et vous le rende au centuple.

LISTE DES ABREVIATIONS

APA : Association Américaine de Psychiatrie

BDA : Bouffée Délirante Aiguë

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} édition

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DSM-5 : 5^{ème} édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

HTA : Hypertension Artérielle

HBP : Hypertrophie Bénigne de la Prostate

MIDAS : Méthodes d'Amélioration de l'Evaluation et des Services Diagnostiques du Rhode Island

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

I. Introduction	1
II. Objectifs	4
III. Généralités	6
IV. Matériel et méthodes	26
VI. Résultats	35
VII. Conclusion	67
VIII. Discussion	72
VIII. Recommandations	74
IX. Références bibliographiques	76
Annexes.....	81

I. INTRODUCTION

I. Introduction

La 5^{ème} édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-V) définit un trouble mental comme étant « un syndrome caractérisé par des perturbations cliniquement significatives dans la cognition, la régulation des émotions, ou le comportement d'une personne qui reflètent un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques, ou développementaux sous-jacents au fonctionnement mental ».

Ces troubles sont des pathologies courantes qui affectent les femmes et les hommes de toutes les tranches d'âge dans toutes les sociétés (1). Ils sont les plus fréquents parmi les pathologies chroniques au sein de la population générale avec une prévalence sur une vie entière estimée à 50 % et une prévalence sur 12 mois qui varie entre 15 et 25 % de la population (2,3). Par ailleurs, ils représentent un lourd fardeau avec 13 % de la charge totale de morbidité à l'échelle mondiale(4,5).

En France, une personne sur quatre est atteinte d'une pathologie mentale (6). Les troubles mentaux constituent la deuxième cause de morbi-mortalité dans les pays en développement (7). Leur prévalence en population générale marocaine est estimée à plus de 40 %(8).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) accorde une place importante à la santé mentale et déplore l'insuffisance des ressources allouées par les gouvernements (9).

Au Mali, l'insuffisance du système d'information sanitaire (SIS) ne permet pas d'avoir une idée précise sur les populations qui bénéficient des soins de santé mentale. On dispose de peu d'informations sur l'ampleur des troubles mentaux. En 2010, Koumare M. et al rapporte une prévalence élevée des troubles anxieux dans la population des personnes âgées de la maison des aînées de Bamako (10). Diarra Z et al en 2013 rapporte une fréquence de 38,5% de cas de schizophrénie au cours de son étude au service de psychiatrie du Point G (11).

Ces différents travaux donnent un aperçu parcellaire sur les troubles mentaux au Mali, mais renseignent peu sur la situation épidémiologique de la population des hospitalisés dans le service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Point G. C'est ainsi que la présente étude a été initiée pour analyser les typologies des troubles mentaux chez les patients hospitalisés au service de Psychiatrie du CHU Point G du 1^{er} Janvier 2014 au 31 Décembre 2018.

Hypothèse de recherche

Notre hypothèse de recherche étant les caractéristiques sociodémographiques auraient une influence sur la survenue des troubles psychiatriques.

II. OBJECTIFS

II. Objectifs

➤ Objectif général

Evaluer l'épidémiologie des troubles psychiatriques des patients hospitalisés au service de psychiatrie du CHU du Point G.

➤ Objectifs spécifiques

- Décrire le profil sociodémographique et clinique des patients reçus dans le service de psychiatrie du CHU du Point G.
- Déterminer la fréquence des pathologies rencontrées dans la population des patients hospitalisés.
- Déterminer les modalités de prise en charge.
- Mesurer le lien statistique entre les variables sociodémographiques et les entités diagnostiques.

III. GENERALITES

III. Généralités

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social. Elle ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La santé serait donc incomplète sans la prise en compte de la santé mentale.

La santé mentale est définie par l'OMS comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté ». C'est un élément essentiel de la santé. L'OMS rappelle par ailleurs, que comme dans le reste de la médecine, quatre faits principaux sont relatifs à la santé mentale :

- * Elle fait partie intégrante de la santé, en effet, il n'y a pas de santé sans santé mentale ;
- * Elle est plus que l'absence de troubles mentaux ;
- * Elle est déterminée par des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques ;
- * Elle peut bénéficier de stratégies et d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité pour la promouvoir, la protéger et la recouvrer.

Malheureusement, dans la plupart des régions du monde, la santé mentale n'est pas considérée, tant s'en faut, comme aussi importante que la santé physique. De fait, elle a été largement ignorée ou négligée (12).

Le trouble mental quant à lui, c'est « un syndrome caractérisé par des perturbations cliniquement significatives dans la cognition, la régulation des émotions, ou le comportement d'une personne qui reflètent un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques, ou développementaux sous-jacents au fonctionnement mental » (13). Un trouble mental (ou trouble psychiatrique) se définit difficilement par une physiopathologie sous-jacente univoque. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'en psychiatrie le terme de « trouble » est préféré au terme de « maladie ». Pour autant, l'association de signes et de symptômes et leur classification en entités morbides (catégorielles) est importante dans l'étude de l'épidémiologie (14).

Ils affectent une personne sur cinq chaque année et une sur trois si l'on se réfère aux taux de life-time prevalence (15). Ils sont responsables d'une forte mortalité par suicide, à laquelle s'ajoute la surmortalité non suicidaire, et d'une importante morbidité : baisse de productivité, mauvaise

qualité de vie et handicap. Les troubles psychiatriques absorbent 10 % des dépenses de santé et représentent une part considérable de l'offre de soins (16). L'école de santé publique d'Harvard, la banque mondiale et l'OMS en retiennent cinq parmi les dix pathologies entraînant la plus forte morbi-mortalité chez les 15–44 ans : dépression, alcoolisme, troubles auto agressifs dont le suicide, schizophrénie et trouble bipolaire (12,17).

Le modèle catégoriel favorise la prise de décision puisqu'il permet de justifier une thérapeutique qui permet d'influer le pronostic naturel. Il facilite également l'information du patient et de son entourage. Bien que d'autres classifications existent, deux systèmes nosographiques psychiatriques sont traditionnellement utilisés au niveau international (14):

* la CIM-10 (Classification internationale des maladies, 10^{ème} édition), rédigée par l'OMS (Organisation mondiale de la santé) qui classe toutes les maladies, dont les troubles psychiatriques en son cinquième chapitre (18),

* le DSM-5 (5^{ème} édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux), rédigé par l'APA (Association américaine de psychiatrie) qui classe uniquement les troubles psychiatriques (19).

Nous nous intéresserons à la CIM-10.

I- Classification des troubles psychiatriques selon la CIM-10

La CIM 10 comprend en son chapitre 5 qui traitent sur les troubles mentaux les catégories suivantes (18):

- F00-F09 : Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques
- F10-F19 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives
- F20-F29 : Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants
- F30-F39 : Troubles de l'humeur [affectifs]
- F40-F48 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes

- F50-F59 : Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
- F60-F69 : Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte
- F70-F79 : Retard mental
- F80-F89 : Trouble du développement psychologique
- F90-F98 : Trouble du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
- F99-F99 : Trouble mental, sans précision (F99)

1. Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques

Ce groupe réunit un ensemble de troubles mentaux ayant en commun une étiologie organique démontrable, à type de maladie ou de lésion cérébrales, ou d'atteinte entraînant un dysfonctionnement du cerveau. Le dysfonctionnement peut être primaire : c'est le cas des maladies, lésions ou atteintes qui touchent le cerveau de manière directe ou sélective ; il peut également être secondaire : c'est le cas des maladies et des troubles somatiques qui affectent le cerveau au même titre que les autres organes ou systèmes de l'organisme (18).

2. Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives

Ce groupe comprend de nombreux troubles variés, de gravité et de symptomatologie diverses, mais qui sont tous liés à l'utilisation d'une ou de plusieurs substances psycho-actives, prescrites ou non par un médecin. L'identification de la substance psycho-active doit se faire à partir de toutes les sources d'information possibles. Ces dernières comportent : les informations fournies par le sujet lui-même, les analyses de sang, d'urine, etc., les symptômes physiques et psychologiques caractéristiques, les signes et comportements cliniques, les drogues trouvées chez le patient, les renseignements de tierces personnes bien informées. De nombreux sujets consomment plusieurs catégories de substances psycho-actives différentes. Le diagnostic principal se fera, si possible, en fonction de la substance toxique (ou de la catégorie de substances toxiques) qui est responsable du tableau clinique ou qui en détermine les caractéristiques essentielles (18).

2.1 Cannabis

Les psychodysléptiques ont été définis par Delay comme des substances psycho-actives perturbant l'activité mentale. Elles peuvent générer des tableaux d'intoxication et des complications somatiques ou psychiques. La plus consommée étant le cannabis est la plus fréquente chez les sujets jeunes et les sujets schizophrènes (20).

En France, l'Observatoire français des drogues et toxicomanies estime que parmi les 11–75 ans 13,4 millions de personnes ont expérimenté le cannabis au moins une fois dans leur vie et 1,2 million de personnes ont consommé du cannabis au moins dix fois au cours de l'année écoulée.

En 2011, 41,5% des jeunes déclarent avoir expérimenté le cannabis. Ces consommations concernent les plus jeunes et les hommes (21).

2.2 Alcool

Les troubles cognitifs liés à l'alcool sont une conséquence de l'exposition du cerveau à une alcoolisation régulière et/ou excessive d'alcool (22). En Europe, parmi l'ensemble des troubles psychiatriques, les troubles liés à la consommation d'alcool ont été sur l'année 2010, à l'origine du coût le plus important. On dénombre en France, 5 millions de buveurs excessifs (soit 4 à 5% des adultes) et 1,5 à 2 millions d'alcoolodépendants (23,24). Lorsque la consommation de l'alcool relève d'un usage nocif, elle est susceptible d'entraîner un certain nombre de complications sociales, qu'elles concernent la famille et l'entourage (violences domestiques, négligence, voire maltraitance, isolement relationnel), le cadre professionnel (absentéisme, perte de productivité, accidents de travail, chômage) ou la société (accidents, notamment routiers, violences, homicides) (23).

3. Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants

Ce groupe réunit la schizophrénie, catégorie la plus importante de ce groupe de troubles, le trouble schizotypique, les troubles délirants persistants, et un groupe assez large de troubles psychotiques aigus et transitoires (18).

3.1. Epidémiologie

3.1.1. Fréquence

Les taux de prévalence annuelle ou sur la vie des troubles psychotiques délirants sont assez proches puisqu'il s'agit de pathologies chroniques. Ils fluctuent selon les données de la littérature internationale et même au sein d'un même pays comme les Etats-Unis ; soit respectivement :

- sur un an : 0,52 % et sur la vie : 0,70 % dans la National Comorbidity Survey (25).

- sur un an : 0,80 % et sur la vie : 1,30 % dans l'Epidemiologic Catchment Area (26).

Les taux rapportés, en population générale adulte dans le monde, se situent dans une fourchette comparable (0,5 à 1,5 % de life-time prevalence) en utilisant les critères du DSM pour les psychoses délirantes chroniques (troubles schizophrénique, schizophréniforme, schizo-affectif, troubles délirants principalement paranoïaques et autres psychoses délirantes atypiques).

La schizophrénie ne représenterait que la moitié, voire le tiers de ces troubles psychotiques délirants. Les taux d'incidence de la schizophrénie varient, selon les sites de l'étude de l'OMS, entre 0,10 et 0,70 pour mille avec une valeur médiane pour l'Europe de 0,20 pour mille, en population générale(27) . La population à risque est principalement composée de sujets jeunes ou d'âge moyen puisque les troubles schizophréniques débutent entre 15 et 25 ans et que l'espérance de vie de ces sujets est relativement réduite. Donc, prévalence des troubles psychotiques d'environ 1 % (life-time) en population adulte, soit environ 400 000 sujets malades (en phase processuelle ou en rémission) et environ 10 000 nouveaux cas par an (16).

3.1.2. Retentissement

Ces troubles sont une cause importante de surmortalité. La revue des études de mortalité estime qu'environ 10 à 20 % des schizophrènes meurent de suicide et qu'un quart des décès par suicide sont attribuables à un trouble schizophrénique. Ils sont également une cause de mortalité prématurée, principalement par le fait des comorbidités addictives (alcool, tabac, drogues qui concernent respectivement 50, 80 et 30 % des schizophrènes) mais également par comorbidité somatique (plus d'affections cardiovasculaires, infectieuses, le sida...) et iatrogènes (agranulocytose, mort subite, fausses routes...). Il est difficile de chiffrer la mortalité attribuable pour chacun de ces facteurs qui concourent à abaisser globalement l'espérance de vie des schizophrènes d'environ dix ans. La politique de prévention du suicide, menée globalement, a un

effet sur la mortalité suicidaire des schizophrènes, mais des actions spécifiques peuvent réduire ce risque. Le trouble schizophrénique a un retentissement considérable sur la qualité de vie des schizophrènes et de leurs familles. Il débute vers 15–25 ans et dure toute la vie, avec une évolution permettant une bonne autonomie dans 10 % des cas, une autonomie partielle dans 70 % des cas et une perte d'autonomie dans 20 % des cas. Les schizophrènes représentent le plus gros contingent des patients hospitalisés en milieu spécialisé et consultant dans le service public (un tiers des cas) alors qu'ils ne constituent que 11 % des consultations en psychiatrie libérale. L'impact socioéconomique est très important puisque seuls 10 % des patients schizophrènes exercent une activité professionnelle et que le cout moyen de la prise en charge thérapeutique a été évalué il y'a une dizaine d'années à environ 75 000 F/an et par patient, soit au moins 15 000 euros/an en moyenne actuellement. Dans cette étude, on constate que 41 % des schizophrènes reçoivent une Allocation aux adultes handicapés, 13,5 % une pension d'invalidité et 4 % le revenu minimum d'insertion (16).

3.1.3. Evolution

La prévalence des troubles psychotiques est relativement stable dans le monde, même si plusieurs auteurs ont retrouvé une baisse d'incidence depuis 30 ans. Il semble qu'il y ait eu un réel infléchissement de l'incidence de ce trouble entre la fin des années 1950 et des années 1980, puis une remontée dans les années 1990 (16).

3.2. Facteurs déterminants

3.2.1. Déterminants de la fréquence de la schizophrénie

Le déterminisme de la schizophrénie est plurifactoriel et associe les éléments suivants :

- Les prises de toxique ont au moins un rôle précipitant sinon favorisant (pharmacopsychoses ?) ; il s'agit principalement des psychodysléptiques (cannabis notamment).
- Des facteurs endogènes, notamment une prédisposition génétique attestée par les études d'agrégation familiale, de jumeaux et d'adoption ;
- Des facteurs neurodéveloppementaux : les agressions subies pendant la gestation et l'accouchement semblent être déterminantes pour la survenue à l'âge adulte de ce trouble, comme en témoigne la plus grande fréquence d'antécédents d'accidents obstétricaux lors

de la naissance des schizophrènes ; les événements de vie stressants semblent jouer un rôle précipitant le déclenchement de la maladie et des récurrences

- les perturbations du développement affectif, notamment la maltraitance et les perturbations des relations intrafamiliales, mais aussi les problèmes d'identité peuvent participer au déclenchement du trouble à l'adolescence (16);

3.2.2. Déterminant de la gravité de la schizophrénie

De la précocité du diagnostic et du traitement dépend largement la qualité du pronostic. Or, ce trouble débutant à l'adolescence, ses manifestations inaugurales sont souvent attribuées à la crise d'identité juvénile. Le dépistage est loin d'être fait au début des troubles, surtout s'ils sont associés à une toxicomanie. Le caractère préjudiciable du retard au diagnostic est probablement dû à l'aggravation des troubles cognitifs sans traitement mais aussi aux conséquences sur l'insertion sociale ultérieure de gros troubles du comportement, à une période où l'on construit son avenir professionnel et affectif. C'est ainsi que certains expliquent que les femmes schizophrènes, dont le début de la maladie est en moyenne de cinq ans supérieur, ont un bien meilleur pronostic que les hommes. La qualité de la prise en charge, qui associe antipsychotique et mesures psycho-socioéducatives, est capitale pour l'évolution du trouble schizophrénique, que ce soit l'intégration sociale et l'autonomie du patient ou sa symptomatologie et ses récurrences (incluant le nombre et la durée des hospitalisations) (16).

3.3. Clinique

Ces troubles pour la plupart sont des psychoses caractérisées par des « idées délirantes » permanentes comme forme l'essentiel du tableau clinique. Par idées délirantes, il faut entendre non seulement les croyances et les conceptions par lesquelles s'expriment les psychotiques. Thèmes de la fiction délirante (persécution, grandeur, etc.), mais aussi tout le cortège de phénomènes idéo-affectifs dans lequel le délire prend corps (intuitions, illusions, interprétations, hallucinations, exaltation imaginative et passionnelle, etc.) (28).

Ainsi, La classification internationale des délires présente

- Les psychoses délirantes aiguës : L'école psychiatrique française décrit sous le nom de psychoses délirantes aiguës un syndrome clinique caractérisé par un début aigu, l'intensité et le polymorphisme du délire, ainsi que l'évolution favorable (29).

- Psychoses délirantes chroniques :

A. Sans évolution déficitaire

1° Psychoses délirantes systématisées (Paranoïa).

2° Psychoses hallucinatoires chroniques.

3° Psychoses fantastiques.

B. Avec évolution déficitaire : formes « paranoïdes » de la Schizophrénie

Concernant la schizophrénie, Nous grouperons les éléments de la description en deux : d'une part la désagrégation de la vie psychique va donner lieu à une série de traits en quelque sorte négatifs, c'est le mode schizophrénique de déstructuration de la conscience et de la personne, appelé syndrome de dissociation, d'autre part le vide ainsi créé tend à se commuer en une production délirante positive, elle aussi d'un style particulier : c'est le délire autistique. Ces deux pôles de la description sont étroitement complémentaires et ils sont reliés par des caractères communs : ambivalence, la bizarrerie, impénétrabilité, le détachement qui donnent à la symptomatologie une allure si particulière (28).

4. Troubles de l'humeur

4.1. Epidémiologie

4.1.1. Fréquence

La prévalence à un an, en population générale, du trouble de l'humeur se situe dans les études internationales entre 0,1 et 1,7 %, selon les critères du DSM. La prévalence sur la vie est comprise entre 0,2 et 1,6 % (16).

Ces études se focalisent généralement sur le trouble bipolaire de type I (accès maniaques francs alternant éventuellement avec des épisodes dépressifs). La prise en compte du trouble type II (hypomanie) et du trouble cyclothymique aboutit à des taux beaucoup plus élevés (3,15 %) (30). On peut retenir une valeur médiane de 1 à 1,5 % correspondant d'ailleurs aux chiffres des deux grandes études en population générale nord-américaine déjà citées : la National Comorbidity Survey et l'Epidemiologic Catchment Area pour les troubles bipolaires de type I et II, dans la population adulte. Le trouble bipolaire concerne aussi bien les hommes que les femmes, quels que soient leur classe sociale ou leur lieu de résidence ; il débute autour de l'âge de 20 ans, la population

à risque pour le dépistage est de 15 à 25 ans. Les taux d'incidence varient selon les études et surtout les méthodes utilisées. On peut la situer entre 10 et 40 pour 100 000 habitants.

4.1.2. Retentissement

Le taux de mortalité, notamment suicidaire, est généralement évalué avec celui des troubles dépressifs. Globalement, les troubles de l'humeur (uni- ou bipolaire) sont considérés comme responsables d'environ deux tiers des décès par suicide. Le ratio bipolaire/unipolaire étant d'environ d'un sur quatre, on peut estimer la prévalence du suicide des patients bipolaires à 15 %, soit environ 2000 morts par an. Il convient d'y ajouter les décès par accident (les patients bipolaires en phase maniaque y sont plus exposés) ainsi que l'aggravation du pronostic d'autres maladies (en cas de comorbidité) et les accidents iatrogènes. La mortalité suicidaire des bipolaires a baissé depuis l'introduction des sels de lithium en thérapeutique. C'est une des données sur laquelle il y a un relatif consensus international. Les complications majeures du trouble bipolaire sont l'abus et la dépendance à l'alcool et aux drogues et l'aggravation de la maladie par augmentation du nombre de cycles en l'absence de traitement. Après 20 à 30 ans d'évolution, il y a de moins en moins de phases inter critiques chez une majorité de patients, voire des cycles rapides (passage incessant de la manie à la dépression). Le trouble bipolaire, lorsqu'il n'est pas traité, a une importante répercussion sur la qualité de vie ; par exemple, il multiplie par trois le risque de divorce et entraîne une d'insertion professionnelle d'autant plus préjudiciable que les bipolaires traités et équilibrés ont de bonnes capacités d'intégration socioprofessionnelle et familiale (16).

4.1.3. Evolution

La prévalence du trouble bipolaire est assez constante à travers le temps, si ce n'est une diminution sensible de l'âge de début (autour de 30 ans selon les publications de Kraepelin, 20 ans en moyenne dans l'Epidemiologic Catchment Area). La seule tendance qui peut être soulignée est l'intérêt porté depuis une dizaine d'années aux formes mineures (hypomanie, tempérament cyclothymique). Par effet de « halo » autour de la forme typique (le trouble bipolaire de type I), il y a un élargissement sensible de la population considérée comme appartenant au spectre bipolaire. Selon le « père du lithium », le psychiatre scandinave Schou, un tiers des bipolaires a un excellent rapport efficacité/tolérance du traitement par sels de lithium et peut mener une vie quasiment normale, un tiers n'est que partiellement amélioré ou a une tolérance imparfaite du traitement et un tiers est intolérant ou résistant au lithium. Il y a donc actuellement un mouvement de recherche très actif

pour trouver des alternatives thérapeutiques (antiépileptique à effet thymorégulateur, antipsychotique atypique...) (16).

4.2. Facteurs déterminants

4.2.1. Déterminants de la fréquence du trouble bipolaire

Le trouble bipolaire est probablement la maladie mentale où le déterminisme génétique est le plus fort. Les facteurs d'environnement jouent également un rôle, que ce soit la qualité du développement psychoaffectif ou les facteurs de stress socio environnementaux qui précipitent les récurrences. Enfin, la forte association à l'usage pathologique d'alcool ou de drogue chez ces patients pose la question du rôle de l'apport toxique comme facteur déclenchant le début du trouble ou ses récurrences (16).

4.2.2. Déterminants de la gravité

L'avis des experts est unanime pour considérer que la multiplication des récurrences aggrave le pronostic et que le retard à l'institution d'un traitement est particulièrement préjudiciable. La comorbidité avec l'alcool ou la drogue est le facteur aggravant majeur de la maladie et de ses conséquences (par ex. : criminelles).

4.3. Clinique

Ce groupe réunit les troubles dans lesquels la perturbation fondamentale est un changement des affects ou de l'humeur, dans le sens d'une dépression (avec ou sans anxiété associée) ou d'une élévation. Le changement de l'humeur est habituellement accompagné d'une modification du niveau global d'activité, et la plupart des autres symptômes sont soit secondaires à ces changements de l'humeur et de l'activité, soit facilement compréhensibles dans leur contexte (18). La CIM 10 distingue :

*Les épisodes maniaques s'appliquant à un épisode avec une élévation légère, mais persistante, de l'humeur, de l'énergie et de l'activité, associée habituellement à un sentiment intense de bien-être et d'efficacité physique et psychique.

* Trouble affectif bipolaire : caractérisé par plusieurs épisodes au cours desquels l'humeur et le niveau d'activité du sujet sont profondément perturbés, tantôt dans le sens d'une élévation de

l'humeur et d'une augmentation de l'énergie et de l'activité (hypomanie ou manie), tantôt dans le sens d'un abaissement de l'humeur et d'une réduction de l'énergie et de l'activité (dépression).

*Les épisodes dépressifs : sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits « somatiques ».

* Les Troubles dépressifs récurrents

* Troubles de l'humeur persistants

* Autres troubles de l'humeur (18).

5. Troubles névrotiques et anxieux

5.1. Epidémiologie

5.1.1. Fréquence

Le trouble panique (TP) a une prévalence sur la vie de 1,5 % en population générale ; cette évaluation étant assez homogène dans les différentes études internationales. Les troubles phobiques ont une prévalence sur la vie diversement appréciée selon les sous-types (agoraphobie, phobie sociale, phobies simples). L'agoraphobie (A) a des taux compris entre 1 et 7 %, les phobies sociales (PS) entre 0,5 et 4 %. Si l'on exclut les phobies simples (le plus souvent peu invalidantes) et que l'on ne retient que les troubles phobiques handicapants, il apparaît raisonnable de retenir le chiffre de 4 à 5 % pour l'ensemble des phobies. Le trouble « anxiété généralisée » (TAG) souffre également d'une évaluation hétérogène de sa prévalence dans la littérature internationale (3,5 à 10,5 % en population générale). Une valeur médiane de 4 % est une estimation raisonnable. Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) a une prévalence sur la vie d'environ 2 % dans la majorité des études en population générale. L'état de stress post-traumatique (ESPT) concerne environ 0,5

% de la population ; les taux sont, bien entendu, beaucoup plus élevés dans des populations sinistrées. Les troubles névrotiques et anxieux concernent deux fois plus les femmes que les hommes, plutôt les sujets jeunes d'âge moyen, vivant seul(e) et appartenant plutôt aux classes sociales les moins favorisées. Au total : compte tenu de la comorbidité entre troubles névrotiques et anxieux (par ex. : TP + A ou TAG + TP), leur prévalence totale est d'environ 10 % surtout si l'on prend en compte les troubles somatoformes (conversion hystérique, psychalgies, hypochondrie...), soit quatre millions de personnes en France (14).

5.1.2. Retentissement

Le nombre de décès attribuables aux seuls troubles névrotiques et anxieux est difficile à chiffrer car ils agissent plus en augmentant le risque suicidaire lié à d'autres troubles (en cas de comorbidité) que de manière univoque. Par exemple, le risque est multiplié par cinq chez un déprimé souffrant de trouble panique. Les troubles névrotiques et anxieux sont un facteur de baisse de la qualité de vie, que ce soit pour l'agoraphobe qui ne peut plus sortir de chez lui qu'accompagné, le phobique social qui ne peut parler ou manger en public, l'obsessionnel en proie à des obsessions et des rituels plusieurs heures par jour, le paniqueur qui multiplie les crises d'angoisse ou le patient souffrant d'ESPT qui a des nuits hantées par les cauchemars et des journées parasitées par une hyperréactivité au moindre stimulus. En outre, les troubles anxieux non traités se chronicisent et entraînent des conduites addictives ou des troubles dépressifs :

- 27 % de rémissions spontanées (17 % en cas de comorbidité) pour le TAG selon le Harvard Anxiety Research Program ;
- risque de dépression multiplié par 2,6 chez l'adolescent (inférieur ou égal à 20) et 3,9 chez le jeune adulte (20–35 ans) en cas de TAG selon le Early Development Stages of Psychopathology;
- évolution vers l'alcoolisme de 15 % des TAG et vers la toxicomanie de 5 % des TAG dans la National Comorbidity Survey. Les anxieux sont de grands consommateurs de soins, souvent inappropriés. Les « paniqueurs » sont, par exemple, très souvent aux urgences des hôpitaux pour de « pseudo accidents cardiaques » ; les anxieux incitent les médecins à multiplier les examens complémentaires inutiles. En consultation spécialisée, les troubles névrotiques sont diagnostiqués, respectivement, en privé ou dans le secteur public, chez : 11,5 et 3,5 % pour les troubles phobique et panique, 5,5 et 2 % pour le TOC, 19 et 7,9 % pour le TAG (16).

5.1.3. Evolution

Les inégalités sociales, comme pour les troubles dépressifs, ont surtout un impact sur l'accès aux soins ; la décision de consulter nécessitant une relative conscience de la maladie que facilite un certain niveau socioéducatif. La prévalence des troubles névrotiques et anxieux semble relativement stable dans le temps. La tendance étant à abaisser le seuil de sévérité pour qualifier un syndrome et le reconnaître comme pathologique, les taux de prévalence sont sensiblement plus élevés qu'ils ne l'étaient au milieu du XXe siècle. Par exemple, lorsque l'on se réfère à la classification de l'Inserm (1968) pour les troubles mentaux, on dénombreait 0,2 à 0,5 % de névrose obsessionnelle alors que la prévalence des TOC est de 2 % avec les critères du DSM-III ou -IV (16).

5.2. Facteurs déterminants

Les déterminants des troubles névrotiques et anxieux sont assez comparables à ceux des troubles dépressifs, que ce soient les caractéristiques sociodémographiques, la vulnérabilité biologique ou les facteurs psychosociaux. Soulignons, toutefois, qu'il existe des différences entre ces syndromes névrotiques et anxieux ; par exemple :

- le poids des facteurs génétiques est plus important dans le TP que dans le TAG ;
- les ESPT sont, par définition, induits par un événement traumatique majeur (catastrophe naturelle, attentat, accident industriel majeur...) ;
- des facteurs spécifiques ont été retrouvés pour certaines catégories de troubles (par exemple des antécédents de streptocoques dans le TOC) ;
- les phobies résultent probablement, plus que les autres troubles névrotiques, d'un conditionnement, comme le suggèrent les théories cognitivocomportementales. Comme pour toutes les pathologies mentales, les principaux déterminants de la gravité des troubles névrotiques et anxieux sont le retard au diagnostic et donc à la prise en charge thérapeutique (16).

5.3. Clinique

Il existe sept diagnostics principaux de troubles anxieux chroniques : les phobies (spécifiques, sociales et l'agoraphobie), le trouble panique, le trouble anxieux généralisé, les troubles obsessionnels compulsifs [TOC], et les états de stress post traumatique. En plus de l'anxiété,

présente dans chacun de ces syndromes, des caractéristiques sémiologiques permettent de porter un diagnostic spécifique, comme l'objet de la peur, ses mécanismes, les stratégies mises en œuvre pour la contrôler etc.

Il s'agit d'un concept directement issu des théories psychanalytiques freudiennes, qui fait l'hypothèse de mécanismes psychologiques particuliers (refoulement, déplacement, conflits intrapsychiques, etc.) à l'origine des symptômes anxieux ou dépressifs. On peut citer les troubles de conversion, les troubles somatoformes et les autres troubles névrotiques (31).

6. Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte

6.1. Epidémiologie

6.1.1. Fréquence

Les principales études épidémiologiques en population générale menées depuis lors trouvent une prévalence des troubles de la personnalité variant entre 9 % et 15,7 % avec une médiane à 10,56 % : (32) environ une personne sur 10 présenterait un diagnostic de trouble de la personnalité.

La personnalité borderline, ces études retrouvent une fréquence variant entre 18 % et 42,7 % Ce diagnostic est un des deux plus fréquents troubles de la personnalité diagnostiqués dans la plupart des études. L'étude MIDAS représente la plus vaste étude en population clinique (854 patients) utilisant un entretien semi structuré comme mode d'évaluation. Environ 45,5 % des patients consultant présentent au moins un trouble de la personnalité et plus de 60,4 % de ceux-ci plus d'un trouble de la personnalité, 25,2 % répondant aux critères de deux troubles ou plus. Cette étude fait état de 9 % de personnalité borderline dont 32,5 % seulement sans autre diagnostic de trouble de personnalité associé (14).

6.1.2. Retentissement

La sévérité et la récurrence d'un trouble dépressif majeur et d'un trouble dysthymique sont prédictives de l'existence d'un trouble borderline associé. Ces données sont concordantes avec la notion clinique selon laquelle un trouble dépressif à début insidieux, récurrent et évoluant vers la chronicité et l'aggravation conduit souvent à poser un diagnostic de trouble de la personnalité chez de jeunes adultes (20) .

Les hommes présentant un trouble borderline de la personnalité sont davantage susceptibles de présenter une comorbidité avec l'abus de substance ainsi qu'avec les troubles de personnalité, soit schizotypique, soit narcissique et antisociale tandis que les femmes présenteraient davantage de troubles du comportement alimentaire et de pathologie post-traumatique selon Johnson et al. (16,33)

6.2. Facteurs déterminants

L'importance des facteurs environnementaux dans la compréhension du trouble borderline a été soulignée par de nombreux auteurs et confirmée, à quelques nuances près, par les études épidémiologiques récentes. Environ 90 % des patients rapportent un antécédent d'abus dans l'enfance et/ou de négligence émotionnelle avant 18 ans. Ces antécédents traumatiques sont significativement plus fréquents (en particulier les abus sexuels, notamment dans l'enfance) et surviennent à un âge plus précoce chez les patients borderline que ce que l'on observe dans d'autres troubles de la personnalité. En outre, la sévérité des abus sexuels dans l'enfance et des autres formes de maltraitance est significativement corrélée à la fois à la sévérité de la personnalité. Sur le plan développemental, les patients borderline sont davantage susceptibles de se remémorer des difficultés de séparation que les patients ayant d'autres troubles de la personnalité psychopathologie borderline et au dysfonctionnement psychosocial (16).

6.3. Clinique

Ce groupe comprend divers états et types de comportement cliniquement significatifs qui ont tendance à persister et qui sont l'expression de la manière caractéristique de vivre de l'individu et de sa façon d'établir des rapports avec lui-même et avec autrui. Certains de ces états et types de comportement apparaissent précocement au cours du développement individuel sous l'influence conjointe de facteurs constitutionnels et sociaux, tandis que d'autres sont acquis plus tard dans la vie (18).

II- Principes thérapeutiques en psychiatrie

Les psychotropes peuvent se définir comme « l'ensemble des substances chimiques d'origine naturelle ou artificielle qui ont un tropisme « psychologique », c'est-à-dire susceptible de modifier l'activité mentale, sans préjuger du type de cette modification » (définition de Delay et Deniker). Les principaux psychotropes utilisés en psychiatrie sont :

- * les antipsychotiques,
- * les antidépresseurs,
- * les thymorégulateurs,
- * les anxiolytiques,
- * les hypnotiques,
- * les psychostimulants.

Ils sont régis par des règles de prescriptions

1. les antipsychotiques :

Les antipsychotiques sont des molécules que tout praticien est amené à prescrire ou à reconduire, tant dans des situations aiguës telles que certains troubles du comportement, que dans le traitement de troubles psychiatriques caractérisés comme les troubles psychotiques ou le trouble bipolaire (34). La caractéristique commune de tous les antipsychotiques est d'être antagoniste des récepteurs dopaminergiques de type D2. Les antipsychotiques bloquent aussi d'autres récepteurs pouvant expliquer certains effets indésirables. La monothérapie est à privilégier. Certains antipsychotiques existent sous la forme retard d'action prolongée permettant notamment d'améliorer l'observance.

Le bilan pré-thérapeutique et le suivi reposent sur les éléments suivants : examen clinique, Numération de la formule sanguine (NFS), plaquettes, ionogramme, urémie, créatinémie, bilan hépatique, et bilan métabolique, hormone chorionique gonadotrope humaine bêta (β HCG) chez les femmes, électrocardiogramme ECG (QTc), plus ou moins l'électroencéphalogramme EEG (antécédent épileptique ou clozapine), plus ou moins la prolactine. Les effets indésirables sont les suivants : syndrome métabolique, syndrome parkinsonien, dystonies, dyskinésies, hyperprolactinémie, effets anticholinergiques, effets adrénolytiques, neutropénie pour la clozapine

(NFS régulières), allergie. Le syndrome malin des neuroleptiques est un effet indésirable rare mais grave (14).

2/ Les antidépresseurs :

Les antidépresseurs ont une action sur l'humeur, l'anxiété, la psychomotricité, le sommeil et la douleur. Ses indications thérapeutiques sont multiples : les dépressions, au premier chef, de différentes formes, dysthymie, dépression atypique et dépression du sujet âgé. Ces produits ont d'autres indications en psychiatrie comme les attaques de panique, l'anxiété, la phobie sociale, les troubles obsessionnels compulsifs, le stress post-traumatique et bien d'autres (35). La caractéristique commune de tous les antidépresseurs est d'augmenter les concentrations intra synaptique des monoamines (sérotonine, noradrénaline ou dopamine). Les antidépresseurs bloquent aussi d'autres récepteurs pouvant expliquer certains effets indésirables. Le bilan pré thérapeutique est clinique, et :

- Pour les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRSNA) : pas de bilan paraclinique systématique ;
- Pour les imipraminiques : ECG, bilan ophtalmologique, bilan rénal, bilan hépatique, EEG.

En première intention, ne pas prescrire d'imipraminique ou d'inhibiteurs de la monoamine oxydase de type A (IMAO), préférer les ISRS, ISRSNA. Les effets indésirables des ISRS/ISRSNA sont : majoration des idées suicidaires et de l'anxiété à l'initiation du traitement, virage mixte ou maniaque de l'humeur, effets digestifs, tremblements, irritabilité, céphalées, hyponatrémie (surtout chez le sujet âgé), hypertension artérielle (surtout avec ISRSNA). Les effets indésirables des imipraminiques sont : majoration des idées suicidaires et de l'anxiété à l'initiation du traitement, virage mixte ou maniaque de l'humeur, effets anticholinergiques, effets adrénolytiques, effets antihistaminiques, tremblements, dysarthrie, crise épileptique à dose élevée, effets neurovégétatifs, trouble de la conduction et de la repolarisation, allergie. Le syndrome sérotoninergique est un effet indésirable rare mais grave (14).

3/ les anxiolytiques et hypnotiques :

- Les indications principales des anxiolytiques sont les manifestations anxieuses intenses et/ou invalidantes. Pour les benzodiazépines, les indications sont également le sevrage en alcool et le traitement des crises épileptiques.
- Les indications des hypnotiques sont les insomnies aiguës transitoires.

Les chefs de file de ces classes sont les benzodiazépines et apparentés :

* exemple de benzodiazépine (anxiolytique) : Oxazépam (SERESTA).

* exemple d'apparenté (hypnotique) : Zolpidem (STILNOX).

La caractéristique commune des benzodiazépines et apparentés est de faciliter la transmission GABAergique. Le bilan préthérapeutique est clinique et éventuellement complété d'examen paraclinique en cas de point d'appel. Les contre-indications absolues sont les suivantes : hypersensibilité, insuffisance respiratoire sévère, insuffisance hépatique sévère, syndrome d'apnées obstructives du sommeil, myasthénie. Les effets indésirables sont les suivants : sédation (potentialisée par l'alcool), altérations cognitives, confusion, troubles du comportement favorisés par l'alcool (effet désinhibiteur, réactions paradoxales), actes automatiques amnésiques, pharmacodépendance. La prescription des anxiolytiques et des hypnotiques doit être régulièrement réévaluée et ne doit pas être arrêtée brutalement après un traitement datant de plusieurs semaines. Il n'y a pas lieu dans le traitement de l'anxiété, d'associer deux anxiolytiques

Il n'y a pas lieu d'associer deux hypnotiques. Pour ces molécules il existe un risque de surconsommation, de tolérance et de dépendance. Durées de prescription maximales réglementaires de 4 à 12 semaines pour les anxiolytiques et de 4 semaines pour les hypnotiques (14).

4/ Les thymorégulateurs :

La principale indication de prescription de traitements thymorégulateurs (sels de lithium, anticonvulsivants) concerne les troubles bipolaires (36). Le bilan préthérapeutique repose sur l'examen clinique complété des examens paracliniques suivants :

- Pour le lithium : NFS-plaquettes, Glycémie à jeun, Ionogramme sanguin, Créatininémie, urémie, clairance de la créatinine, protéinurie, glycosurie, Calcémie, Bilan thyroïdien (TSH), β HCG (femme en âge de procréer), ECG.
- Pour les anti-épileptiques : NFS-plaquettes, Bilan hépatique, TP, Bhcg.

Chez une femme en âge de procréer, les sels de lithium sont le traitement de référence. Exemple d'antiépileptique : divalproate de sodium (DEPAKOTE®). Exemple d'antipsychotique utilisé comme thymorégulateur : olanzapine (ZYPREXA®).

Les contre-indications absolues du lithium sont les suivantes : insuffisance rénale, déplétion hydrosodée, hyponatrémie, régime sans sel ou peu salé, coronaropathie sévère, association aux diurétiques, insuffisance cardiaque instable, allaitement. La surveillance de la lithiémie est incontournable lors d'une prescription de lithium. Les effets indésirables du lithium sont les suivants : Tremblements, Prise de poids, Hypothyroïdie, Hyperparathyroïdie, Atteintes rénales, Effets digestifs (diarrhée), Effets cardiovasculaires, Hyperleucocytose, Effets dermatologiques. Les signes de surdosages du lithium sont principalement : tremblements cérébelleux, confusion, somnolence et signes digestifs (diarrhée, vomissement) (14).

5. les psychostimulants (méthylphénidate et modafinil) :

Les indications principales sont pour le méthylphénidate (RITALINE®) le TDAH (trouble de l'attention avec hyperactivité), et pour le modafinil (MODIODAL®) la narcolepsie et l'hypersomnie idiopathique. Le bilan pré thérapeutique a pour objectif de rechercher une cardiopathie. La prescription initiale est faite par un médecin hospitalier puis réévaluée et renouvelée chaque année par un spécialiste hospitalier. La surveillance est clinique (14).

IV. MATERIEL ET METHODES

IV. Matériel et méthodes

✓ Cadre d'étude :

Le service de psychiatrie du centre hospitalier universitaire Point G a constitué notre cadre d'étude.

❖ Centre Hospitalier Universitaire Point G

▪ Situation géographique

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

▪ Historique

Le Point G est une dénomination militaire coloniale de repère géodésique, donnée à une colline située au nord de Bamako et dont l'hôpital porte le nom. La première pierre de l'hôpital fut posée en 1906, les travaux de construction ont duré 6 ans et l'hôpital a été fonctionnel à partir de l'année 1912. Depuis cette date, il y a eu plusieurs travaux d'extension dont :

- La construction du pavillon des indigènes en 1913,

- La construction de l'école des infirmiers, du laboratoire et du service de maintenance en 1950 -
La construction du nouveau bloc opératoire en 1953,

- La construction du service d'urologie, d'une partie du service de cardiologie, du service de pneumo-phtisiologie entre 1956 et 1958,

- La construction de la clôture barbelée en 1960.

Le style architectural de l'hôpital était militaire, de type pavillonnaire. Il fut transformé en hôpital civil par l'arrêté N° 174 de février 1958 portant réforme hospitalière des services de santé du Soudan pour ensuite être érigé en Établissement Public Hospitalier (EPH) par la loi N°02-048 du 22 juillet 2002. À ce jour et ce depuis la signature de la convention hospitalo-universitaire du 14 mars 2007, il est un Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

▪ Missions

Le CHU Point G est une structure sanitaire de troisième référence, sur la pyramide sanitaire du Mali. Il a pour objectif :

- Assurer les soins aux malades,
- Faire de la recherche médicale,
- Assurer la formation théorique et pratique des agents de santé.

➤ Organisation et fonctionnement

Le décret N°03-337 PRM du 7 Août 2003 fixe l'organisation et les modalités de fonctionnement du CHU. Le CHU Point G est placé sous la tutelle du ministère en charge de la santé. Les organes d'administration et de gestion sont : le Conseil d'Administration, la Direction Générale, le Comité de Direction.

• Le Conseil d'Administration

Il est composé de 19 membres :

- Le président du conseil d'administration est un membre élu parmi les membres avec voix délibérative
- Les autres membres du conseil d'administration sont élus avec des voix délibératives et des voix consultatives. Les membres du conseil d'administration sont nommés pour une période de trois (3) ans renouvelables par décret pris en conseil des ministres sur proposition du ministre de la santé.

• La Direction Générale

Le CHU Point G est dirigé par un Directeur Général (DG) nommé par décret pris en conseil des ministres sur proposition du ministre de la Santé ; il est assisté d'un Directeur Général Adjoint (DGA) nommé par arrêté ministériel (qui fixe ses attributions spécifiques) sur proposition du Directeur Général de l'hôpital. Le directeur exerce ses attributions dans les limites des lois et règlements en vigueur conformes aux dispositions des articles 68, 69, et 70 de la loi N°02-050 du 22 juillet 2002 portant la loi hospitalière.

- Le Comité de Direction

Le Comité de direction est chargé d'assister le DG dans ses tâches de gestion. Le Comité de direction comprend le DG (président), le DGA, le président de la Commission Médicale d'Établissement, le président de la Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux, le président du Comité Technique d'Établissement.

- Organes consultatifs

- La Commission Médicale d'Établissement

Son organisation et ses modalités de fonctionnement sont prévus dans les articles 12, 13, 14, 15, 16, et 17 du décret N°03-337 PRM du 7 Août 2003 fixant organisation et modalité de fonctionnement du CHU Point G.

- La Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux

Dont l'organisation et le fonctionnement sont prévus dans les articles 18, 19, 20, 21, et 22 du décret N° 03-337 PRM du 7 Août 2003.

- Le Comité Technique d'Établissement

Son organisation et son fonctionnement sont prévus dans les articles 18, 19, 20, 21, et 22 du décret N° 03-337 PRM du 7 Août 2003. - Le Comité d'Hygiène et de Sécurité dont l'organisation et le fonctionnement sont fixés par les articles 28, 29, 30, 31, 32, et 33 du décret N°03- 337 PRM du 7 Août 2003.

- Services existant au CHU Point G

- L'administration générale

Elle comprend : la Direction, le Secrétariat Général, la Comptabilité, le Contrôle Financier, le Bureau des Entrées, le Service Social, le Service Informatique, le Service des Statistiques, le Service de Maintenance.

- Les services techniques

- L'Anesthésie, Réanimation et Urgences

- Le service de Chirurgie, la Gynéco-obstétrique, l'Urologie et la Coeliochirurgie

- Le service d'Hémo-Oncologie

- Le service de Rhumatologie
- Le service de Médecine Interne
- Le service de Néphrologie et d'Hémodialyse
- Le service de Neurologie
- Le service de Cardiologie
- Le service des Maladies Infectieuses
- Le service de Pneumo-phtisiologie
- Le service de Psychiatrie
- Le service d'Imagerie Médicale et de Médecine Nucléaire
- Le service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques
- Le service de Médecine Légale et Expertise
- Le Laboratoire
- La Pharmacie Hospitalière
- La Maintenance
- La Morgue

❖ Service de psychiatrie

- Présentation du service de psychiatrie du CHU Point G

C'est le premier service de psychiatrie au sein d'un hôpital général et le troisième niveau de référence au Mali. Les bâtiments sont situés au Nord-Est dans la cour de l'hôpital.

➤ Les infrastructures

Schématiquement on distingue :

« **L'ancien service** », appelé communément « **cabanon** » : entouré d'un enclos grillagé, c'est le premier bloc et la première construction du service, remontant au temps colonial. Il est situé à l'entrée du service, construit selon un style carcéral avec une capacité d'accueil limitée de vingt (20) lits, il recevait quatre à cinq fois ce nombre.

Le nouveau pavillon : abritant des salles de consultation, de soins et de garde : Situé en face de la cour grillagée, entre la cafétéria et la première case d'hospitalisation. Il est composé de deux salles de garde pour les internes, et les assistants médicaux, d'une salle de soins, de deux salles de consultation, d'un secrétariat, d'un magasin et deux toilettes.

Le bloc administratif et des hospitalisations, annexé à l'ancien service, il est situé au Nord-Est, et comporte trois parties :

- Le pavillon des hommes : composé de bureaux pour l'administration, de chambres d'isolement qui sont au nombre de quatre (4) et de grandes salles d'hospitalisation pour les malades chroniques abandonnés par leurs familles et les malades de la file active. Ce pavillon à une capacité d'accueil actuelle de vingt (20) lits d'hospitalisation.

- Le pavillon des femmes : il est composé de bureaux pour l'administration et de deux grandes salles pour une capacité actuelle d'hospitalisation de six (6) lits par salle. La terrasse de ce pavillon sert de lieu de spectacle pour les séances de « Kotèba » thérapeutique.

- Le bloc des cases : il est construit en matériaux locaux et prévu pour les hospitalisations de malades avec accompagnants. Ces cases servent de moyens pour intégrer la famille dans la prise en charge du patient. Ce bloc est composé de vingt et une (21) cases de deux places chacune.

Au centre du service, se trouve une coupole construite également en matériaux locaux, sous laquelle se tiennent les séances de psychothérapie de groupe et parfois la visite hebdomadaire des malades.

Le terrain de sport : situé entre la cafétéria et le service de Pneumo-phtisiologie.

➤ Le Personnel

Il est composé de :

- Un chef de service

- Deux (2) Maîtres de conférences dont un Psychologue clinicien et un Pédopsychiatre

- Deux (2) Maîtres Assistants

-Sept (7) Psychiatres praticiens hospitaliers dont une dame.

- Sept (7) Assistants Médicaux spécialisés en psychiatrie

- Sept (7) Techniciens de Santé
- Cinq (5) Techniciens de Surface
- Deux (2) Agents de Sécurité
- Les étudiants en DES
 - Des étudiants hospitaliers, des étudiants stagiaires en médecine, des étudiants des différentes écoles de santé et de l'INFSS (Institut National de Formation en Sciences de la Santé) et les stagiaires-psychologues
 - Un groupe d'animateurs en art dramatique, contractuel, vient tous les Vendredi à partir de 8 heures pour des représentations artistiques du « Kotèba » thérapeutique.

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

Le service fonctionne sur le mode de « psychiatrie de type communautaire » et les activités qui y sont menées sont :

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

Tous les jours la garde est assurée par une équipe constituée d'un médecin, d'un assistant médical, d'un étudiant faisant fonction d'interne, d'un technicien de surface, et de deux agents de sécurité. Une visite hebdomadaire (tous les jeudis) aux malades, est effectuée par l'ensemble du personnel médical et paramédical.

✓ **Type d'étude :**

Il s'agissait d'une étude transversale.

✓ **Période d'étude :**

Elle s'est déroulée sur une période allant de Janvier 2014 à Décembre 2018 soit une durée de 5 ans.

• **Période d'enquête**

Elle s'est étendue de Novembre 2018 à Novembre 2019.

✓ **Population d'étude :**

Cette étude avait porté sur tous les patients reçus dans le service de psychiatrie du CHU point du Point G durant la période pré décrite.

✓ **Critères d'inclusion :**

De ce fait, nous avons recensé tous les dossiers des patients ayant été hospitalisés après consultation et qui aurait bénéficié d'une prise en charge dans le service de psychiatrie du CHU Point G entre Janvier 2014 et Décembre 2018.

✓ **Critères de non inclusion :**

Les dossiers ayant des insuffisances d'information n'ont pas été inclus. Au total 44 dossiers n'ont pas été pris en compte.

✓ **Critères de jugement :**

La classification internationale des maladies 10 (CIM 10) nous a permis de classifier les maladies répertoriées.

✓ **Echantillonnage:**

Dans le service de psychiatrie du CHU point G, durant la période de janvier 2014 à décembre 2018, nous avons comptabilisé 10636 patients consultation de routine et hospitalisation y compris. Nous avons colligé 1105 patients hospitalisés dans le cadre de cette étude.

✓ **Collecte des données :**

Nous avons collecté nos données à l'aide d'une fiche d'enquête, des registres de consultations et registres de soins hospitaliers ; des registres et dossiers d'hospitalisations.

✓ **Saisies et traitement de texte :**

Ces données ont été saisies et traitées à l'aide du Pack office 2016 et du logiciel SPSS version 22.0. Le logiciel zotero a également été utilisé pour les références bibliographiques. Après avoir observé certains résultats, nous avons conduit une étude analytique.

- **Notre test de validité** a été le test de χ^2 avec une probabilité inférieure à 0,05 et lorsque l'effectif théorique était inférieur à 3 nous avons utilisé le test de Fisher

✓ **Considérations éthiques :**

Nous avons obtenu l'accord du chef de service avant de réaliser notre enquête. La confidentialité et l'anonymat du patient ont été respectés.

V. RESULTATS

V. Résultats

Sur cinq ans, nous avons recensé 1149 dossiers d'hospitalisations, dont 1105 ont été retenus et 44 dossiers ont été rejetés pour insuffisances d'information. La fréquence des hospitalisations était de 10,4% (1105/10636).

A/ Résultats descriptifs

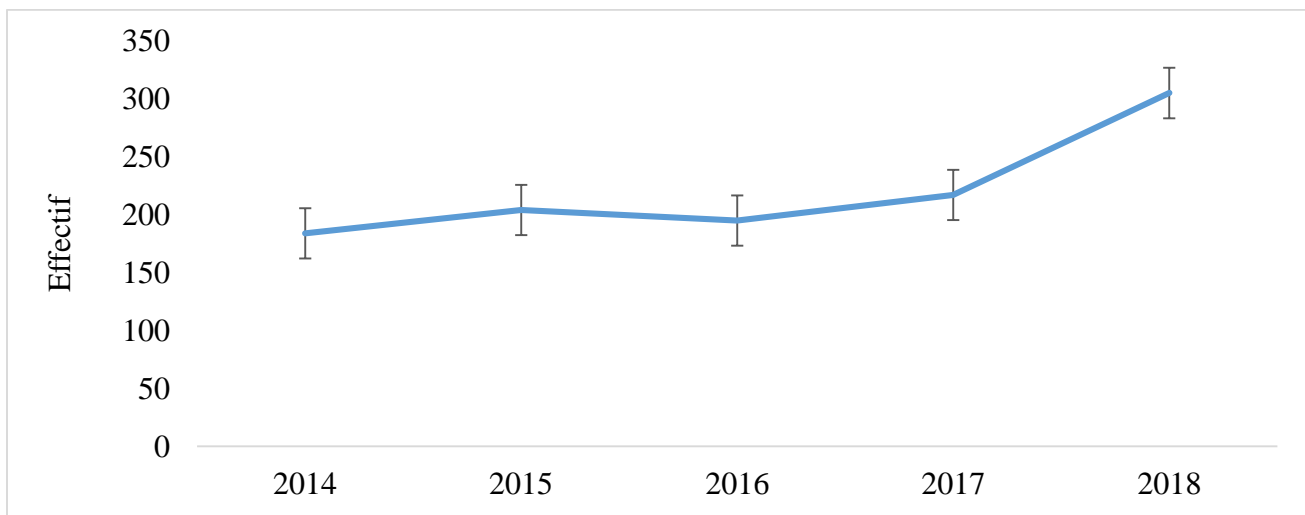


Figure 1 : Répartition des patients selon l'année d'admission

- ✓ L'année 2018 a enregistré plus d'admission soit 27,6%.

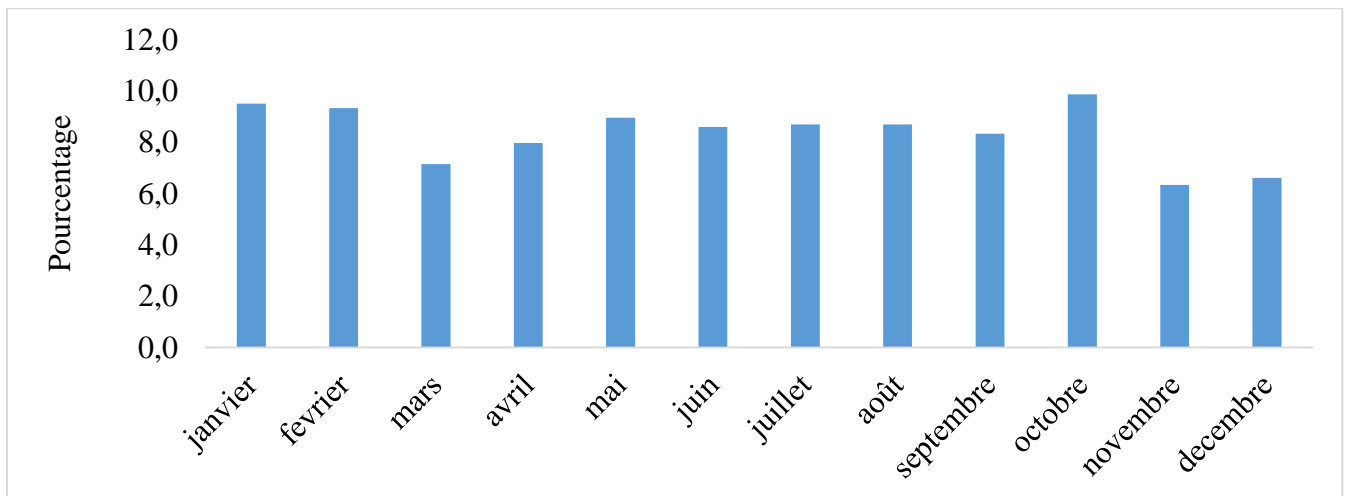


Figure 2 : Répartition des patients selon le mois d'admission

- ✓ Les mois d'Octobre, Janvier et Février étaient ceux où il y'avait le plus d'admission soient avec des pourcentages respectifs de 9,9% ; 9,5% et 9,3 %.

Caractéristiques sociodémographiques

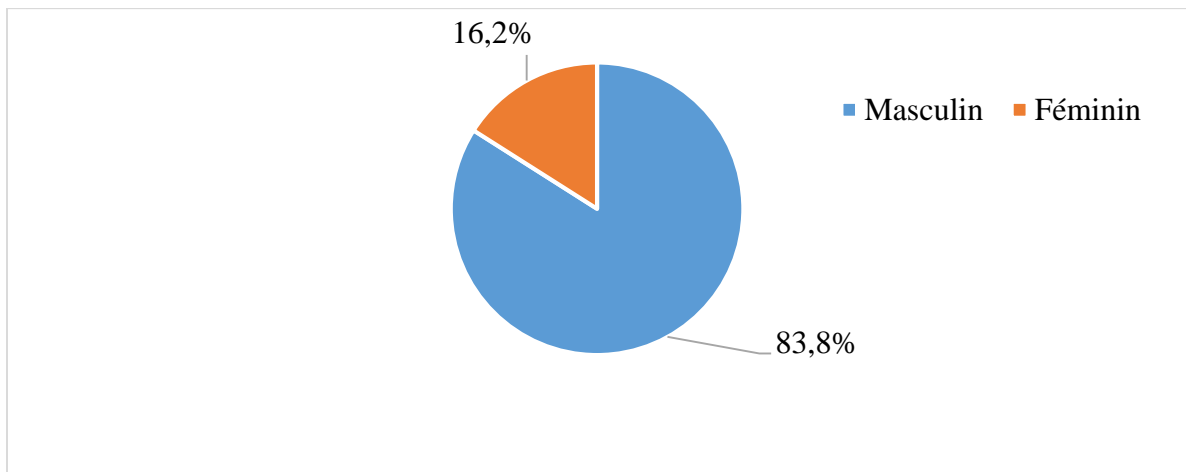


Figure 3 : Répartition des patients selon le genre

- ✓ Le genre masculin était le plus représenté à 83,8% avec un sex-ratio de 5,17.

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge en année	Effectif	Pourcentage
11-20	102	9,2
21-30	462	41,8
31-40	329	29,8
41-50	130	11,8
Plus de 50	82	7,4
Total	1105	100,0

- ✓ La tranche d'âge de [21-30] ans était la plus représentée ; la moyenne d'âge était de 32,67 ans et la médiane d'âge était de 30,00 ans ± 11,13 avec des extrêmes (13-82) ans.

Tableau II : Répartition des patients selon le rang dans la fratrie utérine

Rang dans la fratrie utérine	Effectif	Pourcentage
Non précisé	450	40,7
Premier	184	16,7
Deuxième	123	11,1
Troisième	105	9,5
Quatrième	91	8,2
Cinquième	50	4,5
Sixième	40	3,6
Septième	30	2,7
Huitième	14	1,3
Neuvième	9	0,8
Dixième	7	0,6
Onzième	1	0,1
Treizième	1	0,1
Total	1105	100,0

✓ Le rang premier dans la fratrie était le plus représenté soit 16,7%.

Tableau III : Répartition des patients en fonction de la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Agriculteur	154	13,9
Eleveur	17	1,5
Commerçant	152	13,8
Ouvrier	74	6,7
Travailleur du secteur informel	162	14,7
Fonctionnaire	57	5,2
Salarié du secteur privé	49	4,4
Femme au foyer	103	9,3
Elève / étudiant	120	10,9
Sans emploi / chômeur	208	18,8
Retraité	6	0,5
Non précisé	3	0,3
Total	1105	100,0

✓ Les sans-emploi / chômeur représentaient 18,8% des enquêtés.

Tableau IV : Répartition des patients selon la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Urbaine	631	57,1
Rurale	474	42,9
Total	1105	100,0

✓ La résidence urbaine a été représentée à 57,1%.

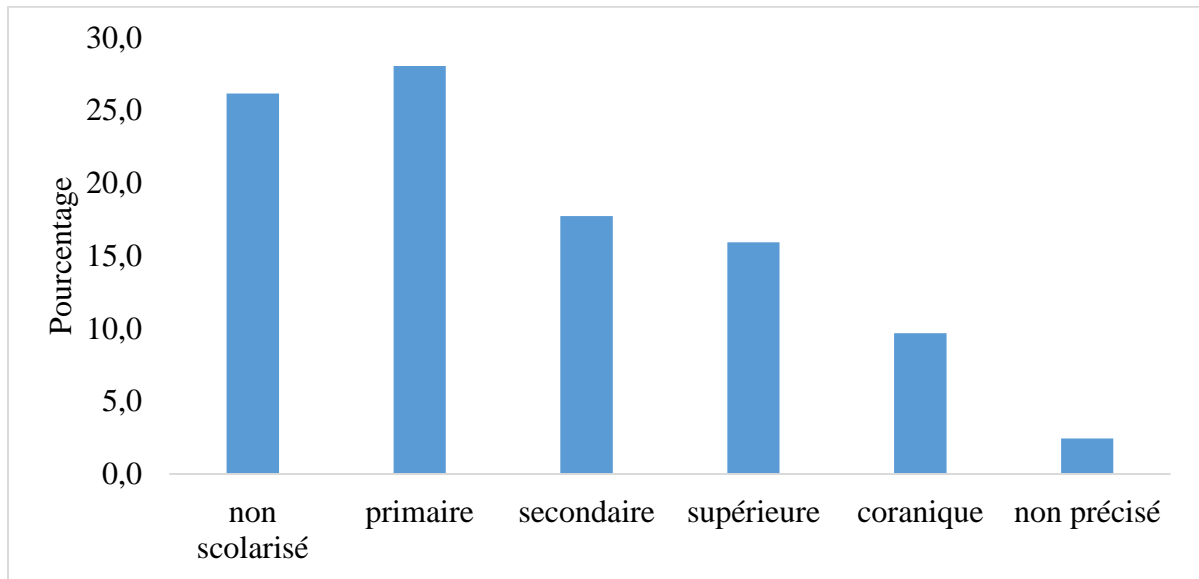


Figure 4 : Répartition des patients selon le niveau d'instruction

- ✓ Les patients avaient pour la plupart un niveau d'instruction primaire soit 28,1%.

Tableau V : Répartition des patients selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Célibataire	574	51,9
Marié(e)	419	37,9
Divorcé(e)	51	4,6
Veuf/veuve	26	2,4
Séparé	21	1,9
Autres*	14	1,3
Total	1105	100,0

* Fiancé, non précisé

- ✓ Les célibataires étaient les plus retrouvés soit 51,9%.

Tableau VI : Répartition des patients en fonction de la religion

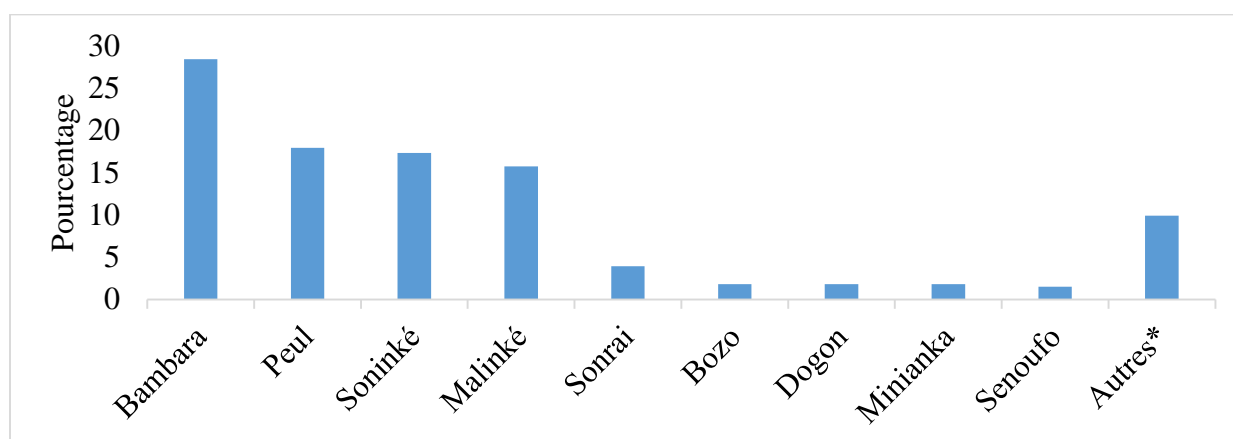
Religion	Effectif	Pourcentage
Musulman	1064	96,3
Chrétien	33	3,0
Sans religion	5	0,5
Animiste	3	0,3
Total	1105	100,0

✓ La religion musulmane a été représentée à 96,3%.

Tableau VII : Répartition des patients en fonction de la nationalité

Nationalité	Fréquence	Pourcentage
Maliennne	1052	95,2
Non maliennne	53	4,8
Total	1105	100,0

✓ La nationalité maliennne a été la plus retrouvée soit 95,2%.



* Arabe, maure, tamasheq, bow, haoussa, non précisé.

Figure 5 : Répartition des patients selon l'ethnie

✓ L'ethnie bambara a été la plus retrouvée avec 28%.

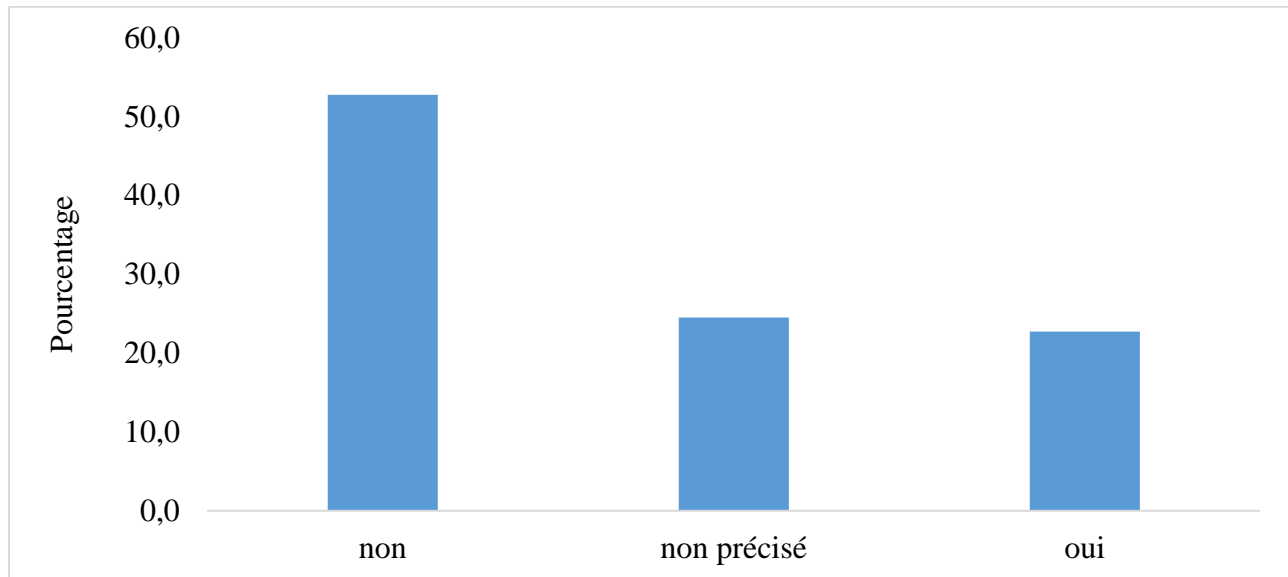


Figure 6 : Répartition des patients selon la notion d'union consanguin des parents

- ✓ La notion d'union de non consanguinité des parents représentait 53,0% contre 23,0% de cas d'union de consanguinité.

Tableau VIII : Profil socio démographique du patient hospitalisé par ordre de fréquence.

Profil	Effectif	Pourcentage
Homme	926	83,8
Résidence urbaine	631	57,1
Célibataire	574	51,9
21-30 ans	462	41,8
Bambara	314	28,4
Niveau primaire	310	28,1
Premier dans la fratrie utérine	184	28,0
Sans emploi	176	15,9

Données cliniques

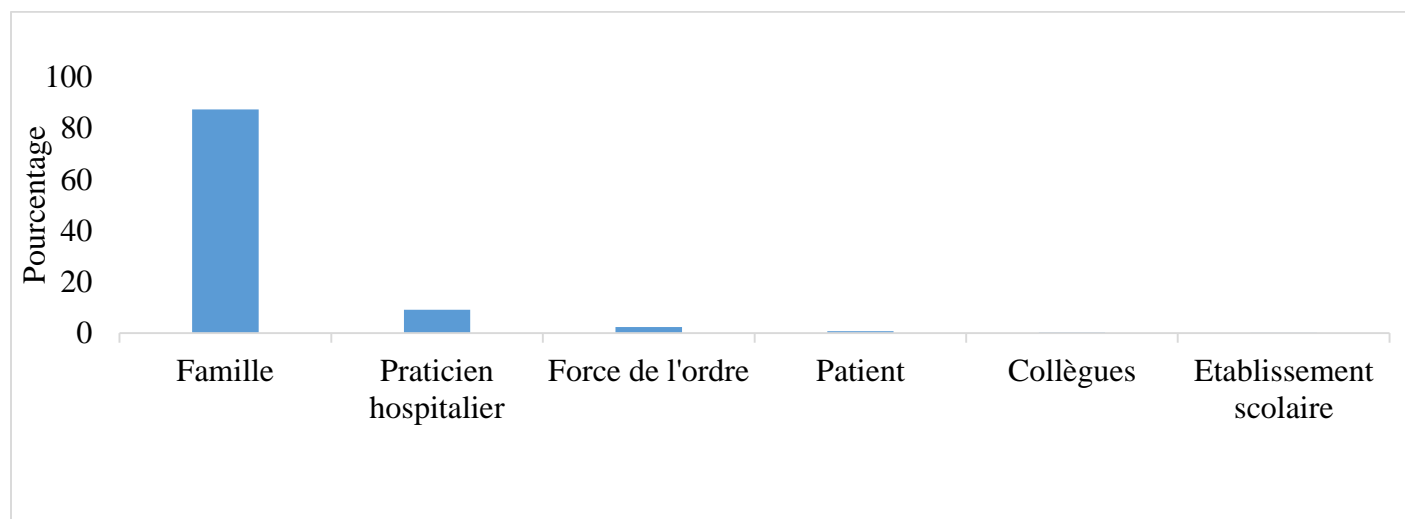


Figure 7 : Répartition des patients selon l'origine de la demande d'hospitalisation

- ✓ La demande d'hospitalisation venait de la famille dans 87,5%.

Tableau IX : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Fréquence	Pourcentage
Agressivité (Auto et hétéro agressivité)	490	44,3
Agitation / instabilité	248	22,5
Autres*	164	14,8
Trouble du comportement	68	6,1
Propos incohérents	66	6,0
Consommation de toxique	35	3,2
Fugue	34	3,1
Total	1105	100,0

* Amnésie, attaque de panique, attitude catatonique, BDA, collectionnisme, confusion mentale, délire chronique, dépression, hallucination, rétention urinaire et dyskinésies, tentative de fugue, crise épileptiforme, errance, menace de mort, tentative de suicide dénudation, retrait social, trouble psychiatrique, conduites antisociales (vol, homicide, pyromanie, abus sexuel, infanticide), anxiété, cris, incurie, rechute, logorrhée, soliloque, bizarrerie, refus alimentaire, insomnie, mutisme, rupture thérapeutique.

- ✓ L'agressivité était le premier motif de consultation retrouvé soit 44,3%.

Tableau X : Répartition des patients selon les antécédents

Antécédents	Fréquence	Pourcentage
psychiatrique personnel	253	22,9
psychiatrique familial	240	21,7
chirurgical	14	1,3
Médical	16	1,4
psychiatriques personnel et familial	252	22,8
psychiatrique personnel et personnel médical	19	1,7
psychiatrique personnel et personnel chirurgical	12	1,1
psychiatriques personnel, familial et personnel médical	24	2,2
Aucun	229	20,7
traumatisme crânien/AVP	7	0,6
non spécifié	22	2,0
psychiatriques personnel, familial et personnel chirurgical	8	0,7
psychiatrique familial et personnel chirurgical	2	0,2
Psychiatrique familial et personnel médical	3	0,3
Traumatisme crânien/AVP et psychiatrique personnel	2	0,2
Traumatisme crânien/AVP , Psychiatriques personnel et familial	1	0,1
Traumatisme crânien/AVP et psychiatrique familial	1	0,1
Total	1105	100,0

- ✓ L'antécédent psychiatrique personnel et l'association antécédents psychiatriques personnel et familial étaient les plus retrouvés avec des pourcentages respectifs de 22,9% et 22,8%. 20,7% des enquêtés ne présentaient aucun antécédent.

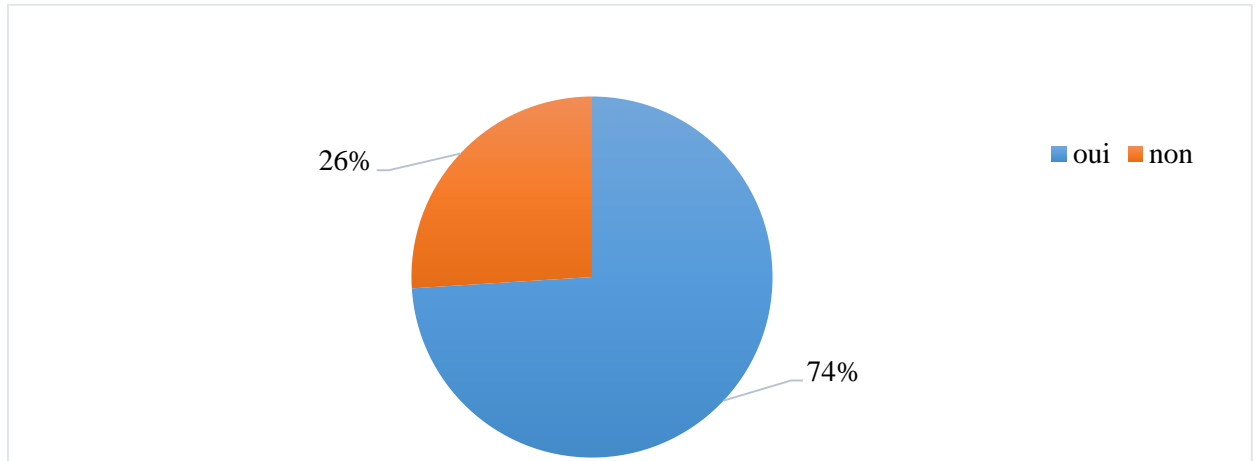


Figure 8 : Répartition des patients selon l'existence d'antécédent psychiatrique

✓ L'antécédent psychiatrique était retrouvé chez 74,0%.

Tableau XI : Répartition des patients selon l'existence d'antécédent psychiatrique familial.

Antécédent psychiatrique familial	Fréquence	Pourcentage
Oui	531	48,1
Non	574	51,9
Total	1105	100,0

✓ L'antécédent psychiatrique familial était retrouvé chez 48,1%.

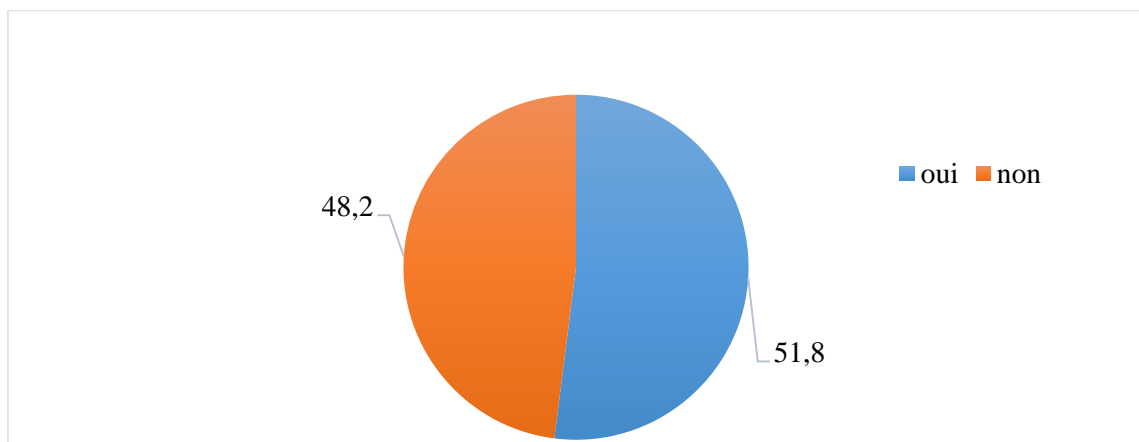


Figure 9 : Répartition des patients selon l'existence d'antécédent psychiatrique personnel

✓ L'antécédent psychiatrique personnel était retrouvé chez 51,8% des patients.

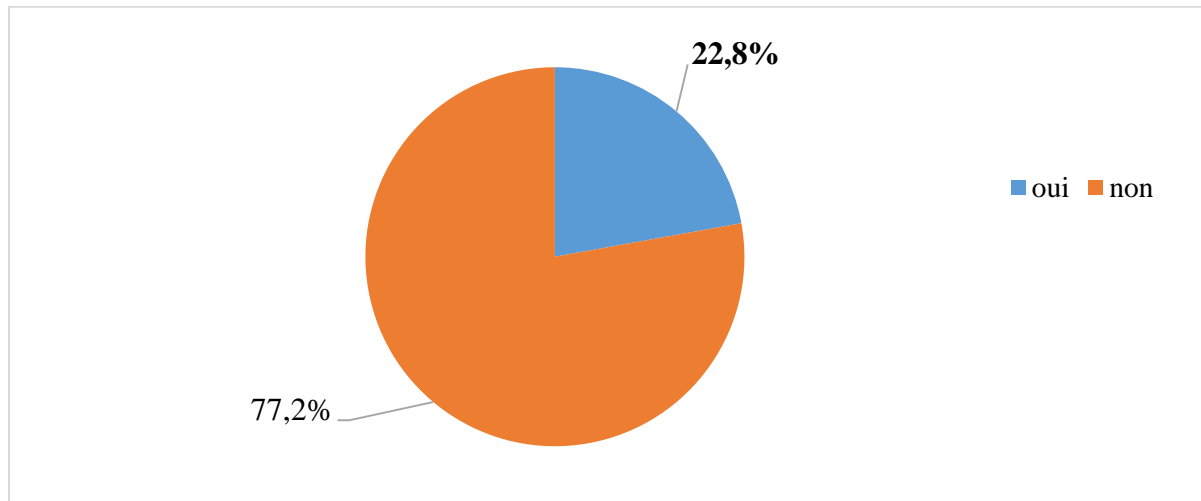


Figure 10 : Répartition des patients selon l'antécédent de rupture thérapeutique

✓ L'antécédent de rupture thérapeutique était répertorié chez 22,8%.

Tableau XII : Répartition des patients selon la notion de consommation de substances addictives

Notion de consommation	Fréquence	Pourcentage
Tabac	134	12,1
Cannabis	48	4,3
Alcool	13	1,2
Tramadol	8	0,7
Cocaïne	1	0,1
Tabac + cannabis	76	6,9
Tabac + alcool	25	2,3
Tabac + tramadol	3	0,3
Tabac + cocaïne	1	0,1
Cannabis + alcool	26	2,4
Cannabis + tramadol	3	0,3
Cannabis + cocaïne	1	0,1
Alcool + tramadol	1	0,1
Héroïne + cocaïne	1	0,1
Tabac + cannabis + alcool	74	6,7
Tabac + cannabis + tramadol	10	0,9
Tabac + cannabis+ cocaine	2	0,2
Tabac + tramadol + héroïne	1	0,1
Tabac + héroïne + cocaïne	1	0,1

Cannabis + alcool + tramadol	1	0,1
Cannabis + tramadol + héroïne	1	0,1
Cannabis + héroïne + cocaïne	3	0,3
Tabac + cannabis + alcool + tramadol	13	1,2
Tabac + cannabis+ alcool + héroïne	4	0,4
Tabac + cannabis + alcool + cocaïne	4	0,4
Tabac + cannabis + cocaïne + héroïne	8	0,7
Tabac + alcool + héroïne + cocaïne	1	0,1
Cannabis + tramadol + héroïne + cocaïne	1	0,1
Tabac+ cannabis + tramadol + héroïne+ cocaïne	1	0,1
Aucun	631	57,1
Tabac + cannabis + alcool + tramadol +héroïne + cocaïne	5	0,5
Tabac + cannabis + alcool + héroïne + cocaïne	3	0,3
Total	1105	100,0

- ✓ Les consommations du tabac et de l'association tabac + cannabis étaient les plus retrouvés avec respectivement 12,1% et 6,9%.

Tableau XIII : Répartition des patients selon fréquence de consommation de chaque substance addictive

Substances addictives	Oui	Non	Total
Tabac	361(32,7%)	744(67,3%)	1105(100%)
Cannabis	286(25,9%)	819(74,1%)	1105(100%)
Alcool	172(15,6%)	933(84,4%)	1105(100%)
Tramadol	51(4,6%)	1054(95,4%)	1105(100%)
Héroïne	30(2,7%)	1075(97,3%)	1105(100%)
Cocaïne	33(0,3%)	1072(99,7%)	1105(100%)

- ✓ Le Tabac, le cannabis et l'alcool étaient les substances les plus représentées avec respectivement 32,7%, 25,9% et 15,6%.

Tableau XIV : Répartition des patients selon la notion de consommation d'autres substances addictives

Autres toxiques	Fréquence	Pourcentage
Almoukaikai (Datura metel)	2	0,2
Amphétamine et thé	1	0,1
Artane	1	0,1
Café	5	0,5
Café et cola	2	0,2
Café et diclofenac	1	0,1
Café et thé	12	1,1
Chicha	5	0,5
Ciramougou	2	0,2
Cola	1	0,1
Cola et ciramougou	2	0,2
Cola et thé	7	0,6
Colle	1	0,1
Comprimé	4	0,4
Dérivé morphinique, amphétamine, benzodiazépine	1	0,1
Non	949	85,9
Thé	104	9,4
Thé et ciramougou	2	0,1
Thé, fatokéni	1	0,1
Valium	1	0,1
Valium, barbituriques	1	0,1
Total	1105	100

- ✓ Parmi les autres conduites addictives, la notion de consommation du thé seul était le plus retrouvé à 9,4%.

Tableau XV : Répartition des patients selon le diagnostic psychiatrique.

Diagnostic psychiatrique	Fréquence	Pourcentage
accès maniaque	74	6,7
BDA	173	15,7
Comitialité	61	5,5
Dépression	15	1,4
mode d'entrée à la schizophrénie	32	2,9
Paranoïa	45	4,1
Psychose hallucinatoire chronique	20	1,8
Trouble bipolaire	111	10,0
Trouble lié à la consommation de substance(s) toxique(s)	59	5,3
Schizophrénie	455	41,2
stress post traumatique	8	0,8
Autres*	52	4,7
Total	1105	100,0

*Confusion mentale, démence, psychopathie, psychose d'origine organique, psychose puerpérale, trouble anxio-dépressif.

- ✓ La schizophrénie était le diagnostic le plus retrouvé à 41,2%.

Tableau XVI : Répartition des patients selon le diagnostic d'après CIM10.

Diagnostic d'après CIM10	Fréquence	Pourcentage
Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques (F00-F09)	82	7,4
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (F10-F19)	62	5,6
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29)	749	67,8
Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39)	201	18,2
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-F48)	8	0,7
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-F69)	3	0,3
Total	1105	100,0

✓ Le groupe diagnostique schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants étaient le plus retrouvé à 67,8%.

Tableau XVII : Répartition des patients selon les comorbidités somatiques

Comorbidités somatiques	Oui	Non	Total
Paludisme	31(2,8%)	1074(97,2%)	1105(100,0%)
Typhoïde	18(1,4%)	1087(98,6%)	1105(100,0%)
Toxoplasmose	13(1,2%)	1092(98,8%)	1105(100,0%)
VIH	6(0,5%)	1099(99,5%)	1105(100,0%)
HTA	2(0,2%)	1102(98,8%)	1105(100,0%)
Hépatite	4(0,4%)	1101(99,6%)	1105(100,0%)
Syphilis	4(0,4%)	1101(99,6%)	1105(100,0%)
Diabète	1(0,1%)	1104(99,9%)	1105(100,0%)
Autres*	32(2,9%)	1073(97,1%)	1105(100,0%)

*Autres : sinusite, rectite érythémateuse, abcès, adénome de la prostate, Hypertrophie bénigne de la prostate, infection urinaire, dysenterie amibienne, bronchite chronique, tuberculose, BPCO,

fibrose, hémorroïde, hypertrophie ventriculaire gauche, péricardite, syndrome de brugada, neuropathie, œdème cérébral, ulcère gastroduodéal.

✓ La comorbidité somatique la plus retrouvée a été le paludisme à 2,8%.

Il existait des patients ayant eu plusieurs comorbidités somatiques à la fois ; chaque comorbidité étant prise à part

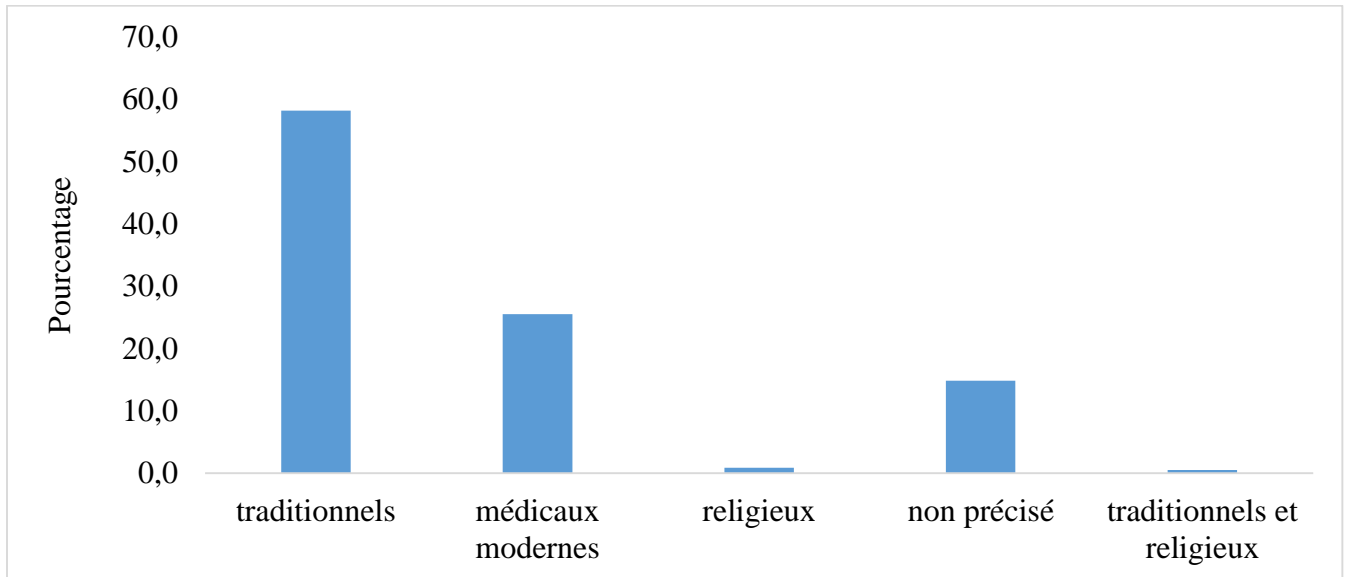


Figure 11 : Répartition des patients selon la première option de soin

✓ La première option de soin était le traitement traditionnel à 58,2%.

Modalités de prise en charge

Tableau XVIII : Répartition des patients selon les molécules utilisées

Molécules utilisées	Oui	Non	Total
Antidépresseur	67(6,1%)	1038(93,9%)	1105(100%)
Antiépileptique	66(5,9%)	1039(94,1%)	1105(100%)
Antihistaminique	907(82,1%)	198(7,9%)	1105(100%)
Antiparkinsonien de synthèse	886(80,2%)	219(19,8%)	1105(100%)
Anxiolytique	226(20,4%)	879(79,6%)	1105(100%)
Hypnotique	23(2,0%)	1082(98,0%)	1105(100%)
Neuroleptique	1087(98,4%)	18(1,6%)	1105(100%)
Normo thymique	214(19,4%)	891(80,6%)	1105(100%)
Autres*	169(15,3%)	936(84,3%)	1105(100%)

*Anti-inflammatoire, antipaludéen, antalgique, antispasmodique, antihypertenseur, antirétroviral, antibiotique, acide folinique, vitamine, fer, vasodilatateur et anti ischémique, pansement gastrique, antipyrétique, anti reflux, myorelaxant, laxatif, antiseptique buccal, anti hypnotique, anti fongique, anti hypotenseur, calcium, diurétique, antispasmodique, psychostimulant et nootropique, solution de lavage nasal.

✓ Les molécules les plus utilisées étaient les neuroleptiques à 98,4%.

Il existait des patients ayant reçu pour traitement l'association de plusieurs molécules à la fois ; chaque molécule ayant été prise à part

B/ RESULTATS ANALYTIQUES

Tableau XIX : Répartition des patients en fonction du mois d'admission et du diagnostic

Mois	diagnostic CIM10						Total
	F00-F09	F10-F19	F20-F29	F30-F39	F40-F48	F60-F69	
Janvier	7 (6,7%)	6 (5,7%)	70 (66,7%)	18 (17,1%)	2 (1,9%)	2 (1,9%)	105(100,0%)
Février	8 (7,8%)	10 (9,7%)	61 (59,2%)	24(23,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	103(100,0%)
Mars	11 (13,9%)	3(3,8%)	46(58,2%)	19(24,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	79(100,0%)
Avril	10 (11,4%)	3(3,4%)	56(63,6%)	19(21,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	88(100,0%)
Mai	6 (6,1%)	4(4,0%)	71(71,7%)	17(17,2%)	0 (0,0%)	1 (1,0%)	99(100,0%)
Juin	2 (2,1%)	5(5,3%)	70(73,7%)	16(16,8%)	2 (2,1%)	0 (0,0%)	95(100,0%)
Juillet	4(4,2%)	5(5,2%)	71 (74,0%)	15(15,6%)	1 (1,0%)	0 (0,0%)	96(100,0%)
Août	8 (8,3%)	6 (6,3%)	58(60,4%)	23(24,0%)	1 (1,0%)	0 (0,0%)	96(100,0%)
Septembre	12 (13,0%)	4(4,3%)	62(67,4%)	13(14,1%)	1 (1,1%)	0 (0,0%)	92(100,0%)
Octobre	3(2,7%)	10 (9,2%)	79(72,5%)	17(15,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	109(100,0%)
Novembre	6 (8,6%)	3(4,3%)	51(72,9%)	9 (12,8%)	1 (1,4%)	0 (0,0%)	70(100,0%)
Décembre	5(6,8%)	3(4,1%)	54(74,0%)	11(15,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	73(100,0%)
Total	82(7,4%)	62 (5,6%)	749(67,8%)	201(18,2%)	8 (0,7%)	3(0,3%)	1105(100,0%)

✓ **Fisher, $p= 0,159$.** Il n'existait pas de lien statistique entre le mois d'admission et le diagnostic retenu

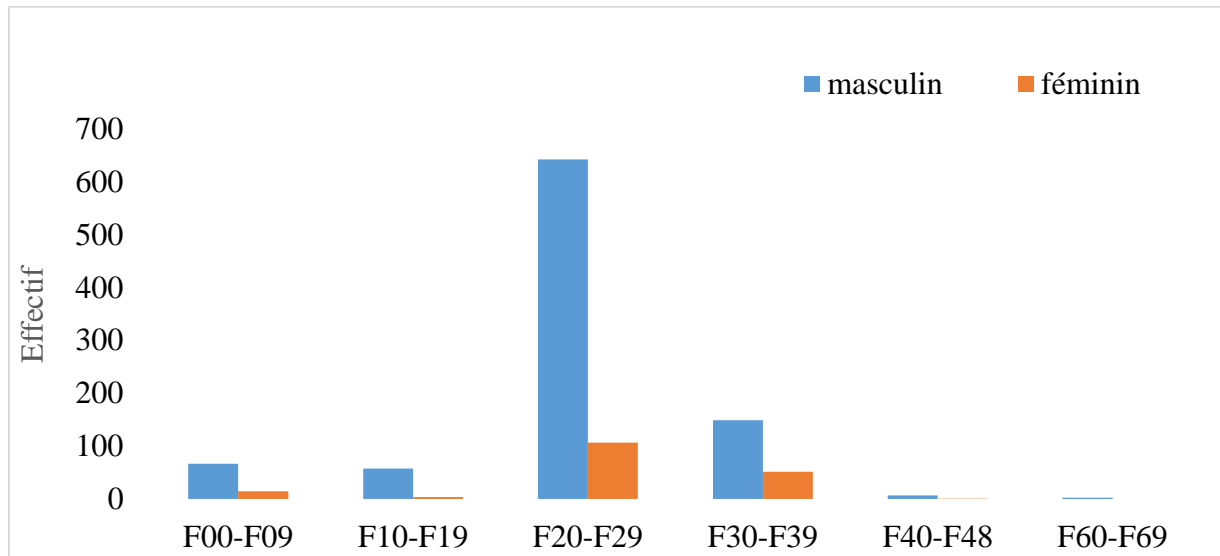


Figure 12 : Répartition des patients en fonction du diagnostic CIM 10 et du genre

- ✓ **Fisher, $p=0,01$.** Il existait un lien statistique entre le sexe et le diagnostic. En effet, le sexe masculin était le plus représenté quel que soit le diagnostic ; en particulier dans le groupe des schizophrénie, troubles schizotypiques et schizo-affectif [F20-F29] où les hommes représentaient 85,71% (642/749) de ce groupe. Les hommes souffrant de schizophrénie représentaient 44,8% de tous les patients de genre masculin hospitalisés (415/925) et les femmes 22,3% (40/179) avec un sex-ratio de 10,4.

Tableau XX : Répartition des patients en fonction du diagnostic CIM 10 et la tranche d'âge

Diagnostic CIM 10	Tranche d'âge					Total
	11-20	21-30	31-40	41-50	Plus de 50	
F00-F09	15(18,3%)	21(25,6%)	26(31,7%)	10(12,2%)	10(12,2%)	82(100,0%)
F10-F19	10(16,1%)	35(56,5%)	13(20,9%)	4(6,5%)	0(0,0%)	62(100,0%)
F20-F29	66(8,9%)	331(44,2%)	219(29,2%)	82(10,9%)	51(6,8%)	749(100,0%)
F30-F39	11(5,5%)	69(34,3%)	68(33,8%)	34(16,9%)	19(9,5%)	201(100,0%)
F40-F48	0(0,0%)	5(62,5%)	1(12,5%)	0 (0,0%)	2(25,0%)	8(100,0%)
F60-F69	0(0,0%)	1(33,3%)	2(66,7%)	0(0,0%)	0(0,0%)	3(100,0%)
Total	102(9,2%)	462(41,8%)	329(29,8%)	130(11,8%)	82(7,4%)	1105(100,0%)

✓ **Fisher, $p < 0,001$.** Il existait un lien statistique entre la tranche d'âge et la survenue des troubles. Quel que soit les tranches d'âge, le groupe des schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants [F20-F29] était les plus représenté. Dans ce groupe, la tranche 21-30 représentait 44,2% (331/749) et celle-ci baissait au fil des âges pour atteindre 6,8% (51/749) chez les plus de 50 ans.

Tableau XXI : Répartition des patients en fonction du rang dans la fratrie utérine et le diagnostic

Fratrie	Diagnostic CIM10						Total
	F00-F09	F10-F19	F20-F29	F30-F39	F40-F48	F60-F69	
Premier	13(7,1%)	10(5,4%)	125(67,9%)	33(17,9%)	2(1,1%)	1(0,5%)	184(100,0%)
Deuxième	7(5,7%)	7(5,7%)	85(69,1%)	21(17,1%)	2(1,6%)	1(0,8%)	123(100,0%)
Troisième	11(10,5%)	6(5,7%)	70(66,6%)	16(15,2%)	1(1,0%)	1(1,0%)	105(100,0%)
Quatrième	5(5,5%)	4(4,4%)	67(73,6%)	15(16,5%)	0(0,0%)	0(0,0%)	91(100,0%)
Cinquième	5(10,0%)	4(8,0%)	33(66,0%)	8(16,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	50 (100,0%)
Sixième	0(0,0%)	0(0,0%)	31(77,5%)	9(22,5%)	0(0,0%)	0(0,0%)	40(100,0%)
Septième	1(3,3%)	31(10,0%)	20(66,7%)	6(20,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)
Huitième	1(7,1%)	1(7,1%)	10(71,4%)	2(14,3%)	0(0,0%)	0(0,0%)	14(100,0%)
Neuvième	0(0,0%)	3(33,3%)	5(55,6%)	1(11,1%)	0(0,0%)	0(0,0%)	9(100,0%)
Dixième	0(0,0%)	0(0,0%)	5(71,4%)	2(28,6%)	0(0,0%)	0(0,0%)	7(100,0%)
Onzième	0(0,0%)	0(0,0%)	1(100,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(100,0%)
Treizième	0(0,0%)	0(0,0%)	1(100,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(100,0%)
Non précisé	39(8,7%)	24(5,3%)	296(65,8%)	88(19,5%)	3(0,7%)	0(0,0%)	450(100,0%)
Total	82(7,4%)	62(5,6%)	749(67,8%)	201(18,2%)	8(0,7%)	3(0,3%)	1105(100,0%)

✓ *Fisher, p= 0,981*. Il n'existait pas de lien statistique entre le diagnostic et le rang dans la fratrie utérine.

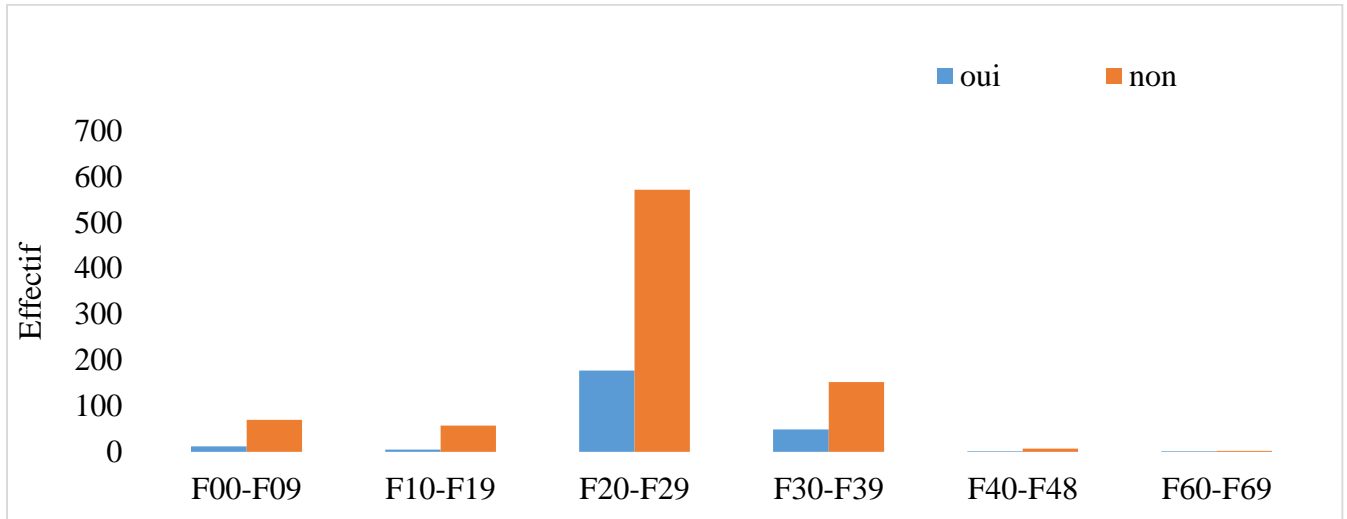


Figure 13 : Répartition des patients en fonction du diagnostic CIM 10 et l’antécédent de rupture thérapeutique.

✓ **Fisher, $p=0,016$** . Il existait un lien statistique entre le diagnostic et la rupture thérapeutique. La fréquence des ruptures thérapeutiques était plus élevée chez les patients du groupe de trouble de l’humeur [F30-F39] soit 24,4 % (49/201) et celui des schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants [F20-F29] soit 23,6% (177/749).

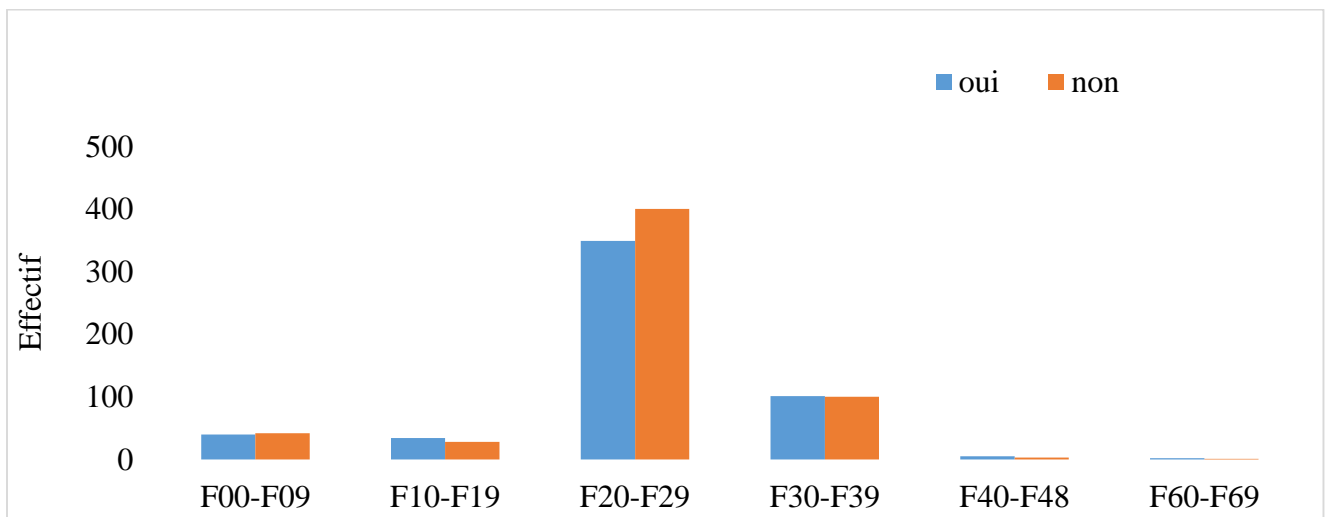


Figure 14 : Répartition des patients en fonction du diagnostic CIM 10 et l’antécédent psychiatrique familial.

✓ **Fisher $p= 0,663$** . Il n’existait pas de lien statistique entre le diagnostic et l’antécédent psychiatrique familial.

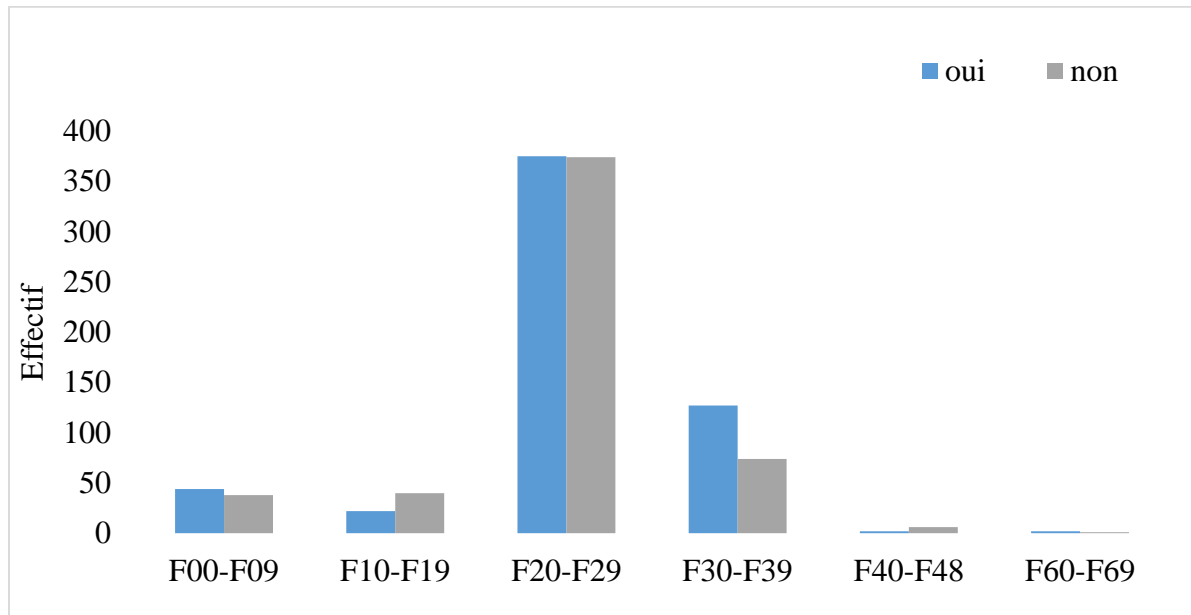


Figure 15 : Répartition des patients en fonction du diagnostic CIM 10 et l'antécédent psychiatrique personnel.

- ✓ *Fisher, $p < 0,001$* . Il existait un lien statistique entre les antécédents personnels et le diagnostic. En effet, la fréquence des antécédents personnels était plus élevée dans les groupes des troubles de l'humeur [F30-F39] 63,2% (127/201) et des schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants [F20-F29] 50,0% (375/749).

Tableau XXII : Répartition des patients en fonction de l'ethnie et du diagnostic CIM 10

Ethnie	Diagnostic CIM10						Total
	F00-F09	F10-F19	F20-F29	F30-F39	F40-F48	F60-F69	
Bambara	30(9,5%)	13(4,1%)	220(70,1%)	48(15,3%)	3(1,0%)	0(0,0%)	314(100,0%)
Soninké	11(5,8%)	10(5,2%)	138(72,3%)	29(15,2%)	1(0,5%)	2(1,0%)	191(100,0%)
Peul	14(7,1%)	12(6,1%)	138(69,7%)	31(15,6%)	2(1,0%)	1(0,5%)	198(100,0%)
Dogon	2(10,0%)	5(25,0%)	9(45,0%)	4(20,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	20(100,0%)
Senoufo	2(11,8%)	1(5,9%)	8(47,0%)	6(35,3%)	0(0,0%)	0(0,0%)	17(100,0%)
Sonrai	3(7,0%)	6(13,9%)	26(60,5%)	8(18,6%)	0(0,0%)	0(0,0%)	43(100,0%)
Bozo	1(5,0%)	1(5,0%)	13(65,0%)	5(25,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	20(100,0%)
Minianka	0(0,0%)	1(5,0%)	14(70,0%)	5(25,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	20(100,0%)
Malinké-kassonké	8(4,6%)	7(4,0%)	115(66,5%)	41(23,7%)	2(1,2%)	0(0,0%)	173(100,0%)
Autres	11(10,1%)	6(5,5%)	68(62,4%)	24(22,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	109(100,0%)
Total	82(7,4%)	62(5,6%)	749(67,8%)	201(18,2%)	8(0,7%)	3(0,3%)	1105(100,0%)

✓ *Fisher, p=0,194*. Il n'existait pas de lien statistique entre l'ethnie et le diagnostic.

Tableau XXIII : Répartition des patients en fonction du diagnostic CIM 10 et du statut matrimonial

Situation matrimoniale	Diagnostic CIM10						Total
	F00-F09	F10-F19	F20-F29	F30-F39	F40-F48	F60-F69	
Célibataire	40(7,0%)	46(8,0%)	411(71,6%)	71(12,3%)	5(0,9%)	1(0,2%)	574(100,0%)
Marié(e)	37(8,8%)	11(2,6%)	259(61,8%)	108(25,8%)	3(0,7%)	1(0,2%)	419(100,0%)
Divorcé(e)	3(5,9%)	2(3,9%)	36(70,6%)	9(17,6%)	0(0,0%)	1(2,0%)	51(100,0%)
Veuf/veuve	2(7,7%)	0(0,0%)	19(73,1%)	5(19,2%)	0(0,0%)	0(0,0%)	26(100,0%)
Séparé(e)	0(0,0%)	1(4,8%)	14(66,6%)	6(28,6%)	0(0,0%)	0(0,0%)	21(100,0%)
Autres	0(0,0%)	2(14,3%)	10(71,4%)	2(14,3%)	0(0,0%)	0(0,0%)	14(100,0%)
Total	82(7,4%)	62(5,6%)	749(67,8%)	201(18,2%)	8(0,7%)	3(0,3%)	1105(100,0%)

- ✓ **Fisher, $p < 0,001$.** Il existait un lien statistique significatif entre le diagnostic et le statut matrimonial. Dans la plupart des pathologies, les patients étaient célibataires. Dans le groupe des célibataires ; les schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants [F20-F29] représentaient 71,6%.

Tableau XXIV Répartition des patients en fonction du diagnostic CIM 10 et le niveau d'instruction.

Diagnostic CIM10	Niveau d'instruction						Total
	Non scolarisé	Primaire	Secondaire	Supérieure	Coranique	Non précisé	
F00-F09	25(30,5%)	19(23,2%)	14(17,1%)	7(8,5%)	15(18,3%)	2(2,4%)	82(100,0%)
F10-F19	2(3,2%)	13(21,0%)	19(30,6%)	23(37,1%)	4(6,5%)	1(1,6%)	62(100,0%)
F20-F29	202(27,0%)	217(29,0%)	138(18,4%)	111(14,8%)	66(8,8%)	15(2,0%)	749(100,0%)
F30-F39	55(27,4%)	58(28,9%)	24(11,9%)	34(16,9%)	22(10,9%)	8(4,0%)	201(100,0%)
F40-F48	5(62,5%)	1(12,5%)	1(12,5%)	1(12,5%)	0(0,0%)	0(0,0%)	8(100,0%)
F60-F69	0(0,0%)	2(66,7%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(33,3%)	3(100,0%)
Total	289(26,2%)	310(28,1%)	196(17,7%)	176(15,9%)	107(9,7%)	27(2,4%)	1105(100,0%)

- ✓ **Fisher, $p < 0,001$.** Il existait un lien entre le diagnostic CIM 10 et le niveau d'instruction. Le niveau d'instruction primaire était le plus retrouvé et sa fréquence était plus élevée dans les groupes de trouble de la personnalité et du comportement [F60-F69] soit 66,7% ; schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants [F20-F29] soit 29% et 28,9% chez les troubles de l'humeur [F40-F48].

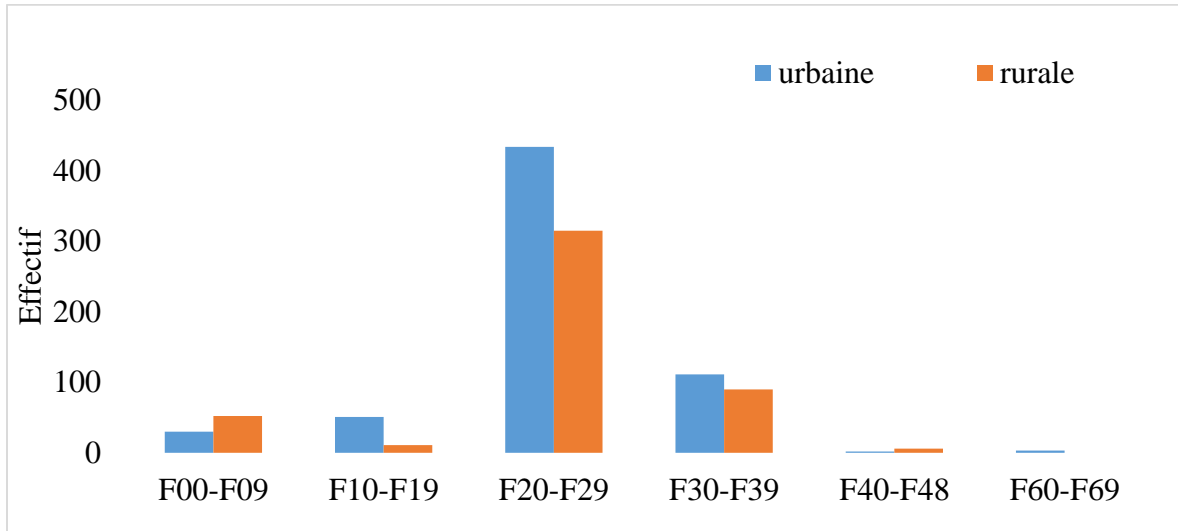


Figure 16 : Répartition des patients en fonction du diagnostic CIM 10 et le lieu de résidence.

- ✓ *Fisher, $p < 0,001$* . Il existait un lien entre le lieu de résidence et diagnostic. La résidence urbaine était la plus représentée et sa fréquence était la plus élevée dans les cas de trouble de la personnalité et du comportement [F60-F69] (100%) ; de troubles liés aux substances psychoactives [F10-19] (82,2%) et les schizophrénies, troubles schizotypiques et troubles délirants [F20-F29] (57,9%).

Tableau XXV : Répartition des patients selon la profession et le diagnostic

Profession	diagnostic CIM10						Total
	F00-F09	F10-F19	F20-F29	F30-F39	F40-F48	F60-F69	
Agriculteur	19(12,3%)	0(0,0%)	114(74,1%)	19(12,3%)	2(1,3%)	0(0,0%)	154(100,0%)
Eleveur	2(11,8%)	1(5,9%)	12(70,5%)	2(11,8%)	0(0,0%)	0(0,0%)	17(100,0%)
Commerçant	11(7,2%)	6(3,9%)	97(63,8%)	37(24,4%)	0(0,0%)	1(0,7%)	152(100,0%)
Ouvrier	6(8,1%)	4(5,4%)	45(60,8%)	17(23,0%)	2(2,7%)	0(0,0%)	74(100,0%)
Travailleur du secteur informel	10(6,2%)	8(4,9%)	113(69,8%)	31(19,1%)	0(0,0%)	0(0,0%)	162(100,0%)
Fonctionnaire	2(3,5%)	6(10,5%)	29(50,9%)	17(29,8%)	2(3,5%)	1(1,8%)	57(100,0%)
Salarié du secteur privé	3(6,1%)	6(12,2%)	36(73,5%)	4(8,2%)	0(0,0%)	0(0,0%)	49(100,0%)
Femme au foyer	8(7,8%)	0(0,0%)	65(63,1%)	29(28,1%)	1(1,0%)	0(0,0%)	103(100,0%)
Elève/étudiant	9(7,5%)	14(11,7%)	82(68,3%)	15(12,5%)	0(0,0%)	0(0,0%)	120(100,0%)
Chômeur/sans emploi	11(5,3%)	16(7,7%)	151(72,6%)	29(13,9%)	0(0,0%)	1(0,5%)	208(100,0%)
Retraité	1(16,7%)	0(0,0%)	4(66,6%)	0(0,0%)	1(16,7%)	0(0,0%)	6(100,0%)
Autres	0(0,0%)	1(33,3%)	1(33,3%)	1(33,3%)	0(0,0%)	0(0,0%)	3(100,0%)
Total	82(7,4%)	62(5,6%)	749(67,8%)	201(18,2%)	8(0,7%)	3(0,3%)	1105(100,0%)

✓ **Fisher, $p < 0,001$** . Il existait un lien significatif entre le diagnostic et la profession au cours de notre étude. La population des chômeur/sans-emploi était plus représentée chez les schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants [F20-F29] soit 72,6%.

Tableau XXVI : Répartition des patients en fonction de la notion de consommation de substance toxique et le diagnostic

Consommation de substances addictives*	diagnostic CIM10						Total
	F00-F09	F10-F19	F20-F29	F30-F39	F40-F48	F60-F69	
Oui	17(3,6%)	60(12,7%)	315(66,5%)	75(15,8%)	4(0,8%)	3(0,6%)	474(100,0%)
Non	65(10,3%)	2(0,3%)	434(68,8%)	126(20,0%)	4(0,6%)	0(0,0%)	631(100,0%)
Total	82(7,4%)	62(5,6%)	749(67,8%)	201(18,2%)	8(0,7%)	3(0,3%)	1105(100,0%)

*La notion de consommation a été prise en compte pour ceux qui consommaient au moins une de ces substances addictives : tabac, alcool, cannabis, cocaïne, héroïne, tramadol.

- ✓ **Fisher, $p < 0,001$.** Il existait un lien significatif entre le diagnostic et la notion de consommation de substance toxique. 66,5% des consommateurs étaient des patients souffrant de Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants [F20-F29].

VI. DISCUSSION

VI. Discussion

Cette étude s'est intéressée à l'épidémiologie des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés au CHU Point G pendant la période allant du 1^{er} Janvier 2014 au 31 décembre 2018, soit une durée de cinq (05) ans et portait sur les dossiers des patients hospitalisés dans le service de psychiatrie durant cette période d'étude. Nous avons mené une analyse descriptive et analytique des données collectées. Ainsi nous avons colligé 1105 dossiers. Au cours de ce travail, nous avons été confrontés à des difficultés telles que :

- Le mauvais archivage des dossiers,
- Les dossiers insuffisamment renseignés,
- L'inexistence dans certains dossiers de diagnostics retenus et l'absence de codification.

L'une des limites de cette étude est le fait qu'elle ne prend pas en compte les patients suivis en ambulatoires qui représentent une proportion importante dans le service.

Cependant, ce travail a le mérite de produire : une prévalence des troubles mentaux chez les patients en hospitalisation au CHU Point G sur une période de 5ans.

1. Année d'admission et nombre de patient

La moyenne de patient reçu par an au cours des années 2014 à 2018 est d'environ 221 cas. On remarque une augmentation du nombre de patients reçus pendant ces 5 ans. Au total, nous avons reçu 1105 patients durant ces années. Au cours d'une étude, au Maroc en 2016, **BELGHAZI D.** (16) retrouvait 4033 patients hospitalisés sur une période de 11 ans. Au Burkina, **OUEDRAOGO A. et al** en 2006 (1) retrouvait dans son étude menée sur 11 ans dans le service de Psychiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, capitale du Burkina Faso, 1420 cas de patients hospitalisés.

Cette différence entre l'étude malienne et celles pré citées pourrait s'expliquer par le fait que :

- Au Burkina il existe deux services de psychiatrie celui du CHU YALGADO et celui BOBO-DIOULASSO tandis que le service de psychiatrie du CHU point G est le seul service spécialisé au Mali d'où une plus grande admission par rapport au nombre d'années dans notre étude.
- Au Maroc le centre psychiatrique universitaire de Casablanca est un service doté de 250 lits d'hospitalisation donc il est capable de recevoir beaucoup plus de patient que le service de

psychiatrie du CHU Point G qui n'est doté que de 103 lits environ. Par ailleurs la population marocaine est à peu près le double de celle du Mali à savoir : 35,277,000 (trente-cinq millions deux cent soixante-dix-sept mille) d'habitants au Maroc (37) contre 17,995,000 (dix-sept millions neuf cent quatre-vingt-quinze mille) d'habitants au Mali (38).

2. Diagnostic psychiatrique

D'après la littérature, les schizophrènes représentent le plus gros contingent des patients hospitalisés en milieu spécialisé et consultant dans le service public alors qu'ils ne constituent que 11 % des consultations en psychiatrie libérale (16).

Les schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants constituaient le groupe diagnostique le plus retrouvé à 67,8% au cours de cette enquête. Au cours de son étude sur les patients hospitalisés au CHU de Casablanca, **BELGHAZI D. MAROC 2016** (39) quant à lui, retrouvait les troubles schizophréniques dans 55,4% des cas.

Dans une étude en France dans plusieurs services de psychiatrie du pays, **COLDEFY M. FRANCE 2003** (40) retrouvait que les schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants constituaient le groupe diagnostique le plus retrouvé à 37,6%.

Par contre, l'étude **DAOUDI D.** faite en population générale au MAROC 2017 (7) retrouvait plus la dépression névrotique à 34,7 % et la schizophrénie paranoïde dans 10,5 % des cas.

Ainsi que celle de **KHALEGHI A.** menée en ISRAEL 2018 (41) retrouvait les troubles anxieux à 21,9% et aucun trouble schizophrénique.

Bien que les 3 études malienne, marocaine (BELGHAZI D.) et française aient toutes retrouvées les schizophrénie et trouble schizotypique comme pathologies prédominantes, il existe une différence entre les résultats de ces 3 études. Ceci s'expliquerait par le fait qu'en Afrique, en particulier au Mali ; ce sont les cas les plus graves qui sont hospitalisés.

Par ailleurs, nous constatons que les résultats des séries réalisées au sein de la population générale diffèrent de ceux des séries réalisées en milieu hospitalier En effet, contrairement à ces dernières, les études marocaine et israélienne retrouvent respectivement la dépression névrotique et les troubles anxieux prédominants : d'où l'intérêt de la réalisation d'une enquête en population générale dans notre pays.

4. Diagnostic et la tranche d'âge

Il existait un lien statistique entre la tranche d'âge et la survenue des troubles psychiatriques. Quel que soit les tranches d'âge, le groupe des schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants était le plus représenté. Leur fréquence était plus significative dans la tranche 21-30 ans soit 44% et on remarquait que cette dernière baissait au fil des années pour atteindre environ 7% chez les plus de 50 ans. Dans une étude en France en 2003, **COLDEFY M. et al** (40) retrouvait également que quel que soit l'âge, les diagnostics principaux les plus fréquents appartenaient au groupe des schizophrénie, troubles schizo typiques et troubles délirants. La part de ces pathologies diminuait aussi chez les patients âgés. Ces affections concernaient 44%-45% des patients de 20 à 35 ans, et 27% chez les patients âgés de 65 ans et plus.

La similarité entre ces résultats pourrait s'expliquer par la mortalité plus élevée des patients schizophrènes qui est le trouble le plus représenté dans ce groupe. En effet, **LOAS G. en 2009** évoquait une mortalité trois fois supérieure à celle de la population générale (42).

5. Diagnostic et l'antécédent rupture thérapeutique

Il existait un lien statistique entre le diagnostic et l'antécédent de rupture thérapeutique au cours de notre étude. La fréquence des ruptures thérapeutiques était plus élevée chez les patients des groupes de trouble de l'humeur (24,4 %) et des schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (23,6%).

Ceci pourrait s'expliquer par le coût élevé des neuroleptiques pour une prise en charge au long cours ; les croyances des populations qui viennent juste calmer la crise et retournent chez les tradithérapeutes quand l'urgence est passé (39) ou tout simplement par la difficulté d'observance thérapeutique dans les troubles chroniques.

6. Diagnostic et résidence

Il existait un lien entre le lieu de résidence et le diagnostic. La résidence urbaine était la plus représentée et sa fréquence était la plus élevée dans les cas de trouble de la personnalité et du comportement (100%); de troubles liées aux substances psychoactives (82,2%) et les schizophrénies, trouble schizotypique et troubles délirants (57,9%).

Ceci est en conformité avec la littérature qui stipule que l'urbanisation peut être un facteur de risque des troubles mentaux en particulier des psychoses ainsi **DALERY et al en 2012** confirme en relatant que l'incidence de la schizophrénie est plus élevée en milieu urbain par rapport au milieu rural. Le risque de développer une schizophrénie est corrélé au degré d'urbanisation et au temps de vie en milieu urbain (43).

7. Diagnostic et profession

Tout environnement social (en particulier professionnel) source de stress (par exemple environnement professionnel délétère, chômage, etc.) peut entraîner des troubles psychiatriques (14) ; de plus plusieurs ouvrages qualifient la schizophrénie de maladie invalidante (44,45).

Il existait un lien significatif entre le diagnostic et la profession au cours de notre étude. La population des chômeur/sans-emploi était plus représentée chez les schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants soit 72,6%.

Dans l'étude de **COLDEFY M.** et al. en FRANCE en 2003 (40), les personnes sans activité, ou au chômage souffrait dans environ 40% des cas de schizophrénie ou d'un trouble apparenté. Bien que les données de ces 2 études soient conformes à celles de la littérature, nous constatons une différence significative entre ces dernières. Elle pourrait s'expliquer par le plus large échantillon dans l'étude française qui s'est déroulé dans plusieurs centres psychiatriques du pays.

VII.CONCLUSION

VII. Conclusion

En somme, cette étude montre que le patient hospitalisé était pour la plupart un homme âgé entre 21 et 30 ans, le premier né de la mère ; célibataire, bambara, résidant en milieu urbain et ayant fait des études primaires sans profession. C'était la famille qui demandait l'hospitalisation et l'agressivité était le motif le plus rapporté. Les patients avaient pour la plupart un antécédent psychiatrique. Trois produits étaient fréquemment retrouvés dans les notions de consommation (le tabac, le cannabis et l'alcool). Les schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants étaient l'entité pathologique la plus retrouvée. Au titre des comorbidités somatiques, le paludisme était le plus retrouvé. Les patients allaient d'abord chez le tradithérapeute avant d'être emmenés en psychiatrie. La prise en charge de ces troubles passaient par les neuroleptiques pour la majorité. Il existait un lien statistique significatif entre ; le genre, l'âge, le niveau d'instruction, la profession, la résidence, le statut matrimonial, l'antécédent psychiatrique personnel et le diagnostic CIM 10. Cette étude nous a donné un aperçu du profil épidémio-clinique des patients en hospitalisation, cependant la situation des patients suivis en ambulatoire reste à explorer.

VIII.RECOMMANDATIONS

VIII. Recommandations

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes :

1) AU MINISTERES DE LA SANTE ET DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

- Initier de plus grandes études afin de déterminer la fréquence des maladies mentales chez les patients suivis en ambulatoire.
- Réaliser des campagnes de sensibilisation sur les troubles mentaux et les opportunités de soins.
- Créer d'autres services spécialisés pour renforcer le travail de notre structure
- Promouvoir la réinsertion professionnelle des patients souffrant des troubles mentaux plus précisément des schizophrènes
- Financer de plus grandes études afin de déterminer la fréquence des troubles psychiatriques chez les patients suivis en ambulatoire et en population générale.
- Subventionner les psychotropes.
- Réaliser des campagnes de sensibilisation afin que les gens aient moins recours au traitement traditionnel.
- Lutter contre la consommation de substances psycho-actives chez les jeunes comme le cannabis
- Promouvoir la réinsertion professionnelle des patients souffrant des troubles mentaux plus précisément des schizophrènes

2) AUX PERSONNELS SOIGNANT DU SERVICE DE PSYCHIATRIE

- Faire un bon remplissage des dossiers

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Références bibliographiques

1. Ouedraogo A, Ouedraogo TL, Traore A, Sawadogo G, Nebie K, Yougbare JM. Caractéristiques de la population prise en charge au Service de Psychiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso) de 1990 à 2000. Encéphale. Août 2006 ;32(4) :437-43.
2. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève [internet]. OMS. 2001. [Cité 20 Février 2019]. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42391>
3. Organisation mondiale de la santé. Investir dans la santé mentale. Genève [Internet]. OMS. 2004. [Cité 20 Février 2019]. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42896>
4. Ouedraogo A, Ouango JG, Karfo K, Goumbri P, Nanema D, Sawadogo B. Prévalence des troubles mentaux en population générale au Burkina Faso. Encéphale. Avr 2018; 1-4.
5. Chisholm D, Johansson KA, Raykar N, Megiddo I, Nigam A, Strand KB and al. Universal Health Coverage for Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: An Extended Cost-Effectiveness Analysis. In: Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME. Disease control priorities. 4. 3rd ed. Washington (DC): World Bank Group;2015. p. 237-52.
6. Falissard B. L'épidémiologie psychiatrique en question. IReSP. Déc 2010;(11):1-4.
7. Daoudi D, Tazi MA, Asouab F, Harrag M, Meski FZ, Khattabi A. Epidémiologie des troubles psychiatriques dans la Province de Kénitra, Maroc : une étude rétrospective sur 11 années. Rev Épidémiol Sante Publique. Mai 2017 ;65 Suppl 2 : S94.
8. Kadri N, Agoub M, Assouab F, Tazi MA, Didouh A, Stewart R, et al. Moroccan national study on prevalence of mental disorders: a community-based epidemiological study: prevalence of mental disorders in moroccan population. Acta Psychiatr Scand. Jan 2010 ;121(1) :71-4.
9. Organisation mondiale de la santé. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. Genève [internet]. OMS. 2013. [Cité 2 Mars 2019]. Disponible sur : https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/
10. Koumare M. Approche épidémiologique-clinique de la demande de soins en santé mentale chez les personnes âgées à la « maison des aînés » du district de Bamako. [Thèse]. Médecine : Bamako 2011. 91 p.
11. Diarra Z. Prise en charge des troubles psychotiques par les neuroleptiques atypiques au service de psychiatrie du CHU du Point-G de Bamako. [Thèse]. Médecine : Bamako 2013. 68 p.

12. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2001 la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève [internet]. OMS. 2001. [Cité 20 Septembre 2019]. Disponible sur : <https://www.who.int/whr/2001/fr/>
13. Crocq M-A, Guelfi JD, Boyer P, Pull C-B, Pull-Erpelding M-C, éditeurs. Mini DSM-5® : critères diagnostiques. Issy-les-Moulineaux : Publié par Elsevier Masson SAS, [2016] ; 2016. 347 p.
14. ECN-Referentiel de Psychiatrie et Addictologie. Paris; PUF, 2016; 583 p.
15. Narrow WE, Rae DS, Robins LN, Regier DA. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. Arch Gen Psychiatry. Feb 2002 ;59(2) :115-23.
16. Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. Ann Med Psychol. Fév 2008 ;166(1) :63-70.
17. Vanelle J-M. La crise suicidaire : repérer et prendre en charge. [En ligne]. 29 Octobre 2000 [Cité le 4 Mai 2019]; 1p. Disponible sur: <http://193.49.126.9/conf&rm/conf/confsuicide/vanelle.html>
18. OMS (Organisation Mondiale de la Santé) Classification internationale des maladies. 10ème éd. (Cim-10) [Consulté le 02/02/2019]. Disponible à partir de URL : <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>
19. Crocq M-A, Guelfi JD. DSM-5 ®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson SAS; 2016.
20. Laqueille X, Cohen J, Pflieger C. Autres toxicomanies (haschich, solvant, LSD). EMC-psychiatrie. Juil 2014 ;11(3) : 1-9.
21. Le Nézet O. Cannabis. Ofdt [Internet]. 2010. [Cité le 27 Mai 2019] ; 214-25. Disponible sur : www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/da13can.pdf
22. Vabret F, Lannuzel C, Cabe N, Ritz L, Boudehent C, Eustache F, et al. Troubles cognitifs liés à l'alcool : nature, impact et dépistage. Presse Med. Déc 2016;45(12):1124-32.
23. Limosin F. Mésusages d'alcool : les signaux d'alarme de l'épidémiologie. Encéphale. Avr 2014;40(2):129-35.
24. Rehm J, Shield K, Rehm M, Gmel G, Frick U. Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence. APA [En ligne]. 2012 [cité le 25 Juin 2020]. Disponible sur: <http://doi.apa.org/get-pe-doi.cfm?doi=10.1037/e506502014-001>

25. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. Jun 2005;62(6):617-627.
26. Eaton WW, Regier DA, Locke BZ, Taube CA. The Epidemiologic Catchment Area Program of the National Institute of Mental Health. *Public Health Rep*. Jul-Aug;96(4) :319-325.
27. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures A World Health Organization Ten-Country Study. *Psychol Med Monogr Suppl*. 1992; 20:1-97.
28. Ey H. Les psychoses délirantes chroniques. Dans : Ey H, Bernard P, Brisset CH. *Manuel de psychiatrie*. Paris: Masson. 1989. p. 446-73
29. Weibel H, Metzger J-Y. Psychoses délirantes aiguës. *EMC - Psychiatrie*. 1 Janvier 2005;2(1):40-61.
30. Piver A, Yatham LN, Lam RW. Bipolar spectrum disorders. *Can Fam Physicians*. May 2002 ;48(5) :896-904.
31. Pelissolo A. Troubles anxieux et névrotiques. *EMC -Traité Médecine AKOS*. Juillet 2012;7(3):1-11.
32. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2001 Jun;58(6):590-6.
33. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood Maltreatment Increases Risk for Personality Disorders During Early Adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 1991 Jul;56(7):600-6.
34. Tebeka S, Airagnes G, Limosin F. Antipsychotiques : quand et comment les prescrire ? *Rev Médecine Interne*. 1 mai 2017;38(5):328-36.
35. Lôo H, Olié J-P. Effets thérapeutiques et indications des antidépresseurs. *EMC - Psychiatrie*. Octobre 2004;1(4):273-83.
36. Gramond A, Consoli A, Maury M, Purper-Ouakil D. Les thymoregulateurs chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. Jan 2012;60(1):5-11.
37. Organisation Mondiale de la Santé. OMS | Maroc [Internet]. OMS. 2016. [Cité 29 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/countries/mar/fr/>
38. Organisation Mondiale de la Santé. OMS | Mali [Internet]. OMS. 2016. [Cité 29 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/countries/mli/fr/>

39. Belghazi D, Moussaoui D, Kadri N. Spécificités épidémiologiques, cliniques et culturelles des patients hospitalisés au centre psychiatrique universitaire Ibn-Rochd de Casablanca. *Ann Med Psychol.* mars 2016 ;174(2) :100-4.
40. Le Fur P, Lorand S, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. La morbidité des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale. Dans : Coldefy M. *La prise en charge de la santé mentale.* Paris : Collection Etudes et Statistiques. 2007. p. 145-171.
41. Khaleghi A, Mohammadi MR, Zandifar A, Ahmadi N, Alavi SS, Ahmadi A, et al. Epidemiology of psychiatric disorders in children and adolescents; in Tehran, 2017. *Asian J Psychiatr.* Oct 2018; 37:146-53.
42. Loas G. Mortalité et surmortalité dans la schizophrénie. *Ann Med Psychol.* août 2009 ;167(6) :446-9.
43. Soler C, Andlauer, Sechter S. Qualité de vie et troubles schizophréniques. Dans : Dalery J, d'Amato T, Saoud M. *Pathologies schizophréniques.* Paris : Médecine sciences publications Lavoisier. 2012. p. 58-66
44. Llorca P-M. Schizophrénie et prévention. *VST-Vie sociale et traitement.* 2007;94(2):47-52.
45. Crocq M-A. La schizophrénie – histoire du concept et évolution de la nosographie. Dans : Dalery J, d'Amato T, Saoud M. *Pathologies schizophréniques.* Paris : Médecine sciences publications Lavoisier. 2012. p. 5-17

ANNEXE

ANNEXE

FICHE D'ENQUETE

I- Caractéristiques sociodémographiques

1- N° du dossier /...../

2- Date /...../

3- Année d'arrivée/...../

4- Mois /...../

5- Noms et prénoms /...../

6-Sexe /..../ 1- masculin 2-féminin

7-Âge / /

8-Tranche d'âge /.... / 1- [0-10] 2- [11-20] 3- [21-30] 4- [31-40] 5- [41-50] 6- Plus de 50

9- Rang dans la fratrie : Mère /...../

10-Profession /.... / 1-Agriculteur 2-Eleveur 3-Commerçant 4-Ouvrier 5-Travailleur du secteur informel 6-Fonctionnaire 7-Salarié du privé 8-Femme au foyer 9- Élève/étudiant 10-Chômeur/sans emploi 11- Retraité 12-Autres

11-Résidence / / 1- Urbaine 2- Rurale

12-Niveau d'instruction /.... / 1- Non scolarisé 2- Primaire 3- Secondaire 4- Etude supérieure 5- Etude coranique 6- Non précisé.

13-Situation matrimoniale /.... / 1- Célibataire 2- Marié(e) 3-divorcé(e) 4- Veuf/veuve 5-Séparé(e) 6-Autres.

14-Religion /.... / 1- Musulman 2- Chrétien 3- Sans religion 4- Autres

15-Nationalité /.... /1- Malienne 2- non malienne

16-Ethnie /.... / 1- Bambara 2- Soninké 3- Peulh 4- Dogon 5- Sénoufo

6-Sonrai 7-Bozo 8-Mianka 9-Autres 10-Malinké-kassonké

II- Données clinique

17- Origine de la demande : /.... / 1-Patient 2- Famille 3-Centre de santé 4- Entreprise

5- Etablissement scolaire 6- forces de l'ordre 7-praticien hospitalier 8-Autres.

18- Motifs de consultation /...../

Antécédents

19-Antécédents : /... / 1-Psychiatrique personnel 2-psychiatrique familial 3- Chirurgical 4-Médical 5- Psychiatriques personnel et familial 6-Psychiatrique personnel et personnel médical 7-Psychiatrique personnel et personnel chirurgical 8- Psychiatriques personnel, familial et personnel médical 9- Aucun 10-Traumatisme crânien/AVP 12-non spécifié 13-Psychiatriques personnel, familial et personnel chirurgical 14- Psychiatrique familial et personnel chirurgical 15-Psychiatrique familial et personnel médical 16-Traumatisme crânien/AVP et psychiatrique personnel 17- Traumatisme crânien/AVP, psychiatriques personnel et familial 18- Traumatisme crânien/AVP, psychiatrique familial.

20-Antécédent psychiatrique : /... / 1-Oui 2-Non

21- Antécédent psychiatrique familial : /... / 1-Oui 2-Non

22- Antécédent psychiatrique personnel : /... / 1-Oui 2-Non

23-Antécédent de rupture thérapeutique : /.../ 1- oui 2-non

Conduites addictives

24- Notion de consommation de substances addictives : /.../ 1-Tabac 2-Cannabis 3-Alcool 4-Tramadol 5-Cocaïne 6-Tabac + cannabis 7-Tabac + alcool 8-Tabac + tramadol 9-Tabac + cocaïne 10-Cannabis + alcool 11-Cannabis + tramadol 12-Cannabis + cocaïne 13-Alcool + tramadol 14-Héroïne + cocaïne 15-Tabac + cannabis + alcool 16-Tabac + cannabis + tramadol 17-Tabac + cannabis+ cocaïne 18-Tabac + tramadol + héroïne 19-Tabac + héroïne + cocaïne 20-Cannabis + alcool + tramadol 21-Cannabis + tramadol + héroïne 22-Cannabis + héroïne + cocaïne 23-Tabac + cannabis + alcool + tramadol 24-Tabac + cannabis+ alcool + héroïne 25-Tabac + cannabis + alcool + cocaïne 26-Tabac + cannabis + cocaïne + héroïne 27-Tabac + alcool + héroïne + cocaïne 28-Cannabis + tramadol + héroïne + cocaïne 29-Tabac+ cannabis + tramadol + héroïne+ cocaïne 30-Aucun 31-Tabac + cannabis + alcool + tramadol +héroïne + cocaïne 32-Tabac + cannabis + alcool + héroïne + cocaïne

25- Consommation de l'alcool : /...../ 1-Oui 2-Non

26- Consommation du tabac : /...../ 1-Oui 2-Non

27- consommation du cannabis : /...../ 1-Oui 2-Non

28- consommation de la cocaïne : /...../ 1-Oui 2-Non

29- consommation de l'héroïne : /...../ 1-Oui 2-Non

30- Consommation du tramadol : /...../ 1-Oui 2-Non

31- Autres conduites addictives : /...../

32- Notion d'union de consanguinité chez les parents : /...../

III-Pathologies rencontrées :

33-Diagnostic psychiatrique : /...../

34-Diagnostic CIM10 : /...../

1-Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques 2-Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives 3-Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants 4-Troubles de l'humeur (affectifs) 5-Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes 6-Syndromes comportementaux associées à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques 7-Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte 8-Retard mental 9-Troubles du développement psychologique 10-Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou à l'adolescence 11-Trouble mental sans autre indication

Comorbidité somatique

35-Paludisme : /...../ 1-oui 2-non

36-Diabète : /...../ 1-oui 2-non

37- Hypertension artérielle : /...../ 1-oui 2-non

38- VIH : /...../ 1-oui 2-non

39-Cancer : /...../ 1-oui 2-non

40-Insuffisance rénale : /...../ 1-oui 2-non

41-Insuffisance cardiaque : /...../ 1-oui 2-non

42-Hyperthyroïdie : /...../ 1-oui 2-non

43-Toxoplasmose : /...../ 1-oui 2-non

44-Syphilis : /...../ 1-oui 2-non

45-Hepatite : /...../ 1-oui 2-non

46-Typhoïde : /...../ 1-oui 2-non

47-Autres comorbidité somatique : /...../

IV- Modalités de prise en CHARGE :

48-Premier recours au soin /...../ 1-traditionnels 2-médicaux modernes 3-religieux

4-non précisé 5-traditionnel et religieux

Prescription médicale en cours

49-Anxiolytique : /...../ 1-oui 2-non

50-Neuroleptique : /...../ 1-oui 2-non

51-Hypnoptique : /...../ 1-oui 2-non

52-Antidépresseur : /...../ 1-oui 2-non

53-Normothymique : /...../ 1-oui 2-non

54-Antiépileptique : /...../ 1-oui 2-non

55-Antihistaminique : /...../ 1-oui 2-non

56-Antiparkinsonien de synthèse : /...../ 1-oui 2-non

57-Autres prescriptions médicales : /...../

FICHE SIGNALETIQUE

NOM : MALAH NOTUE

PRENOM : Cyrielle Alexandra

TITRE : Epidémiologie des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés au service de psychiatrie du CHU Point G de Bamako du 1^{er}Janvier 2014 au 31 Décembre 2018

PAYS : Mali

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

ANNEE DE SOUTENANCE : 2020

SECTEUR D'INTERET : Psychiatrie, santé publique

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS).

RESUME

INTRODUCTION : Les troubles mentaux sont fréquents parmi les pathologies chroniques au sein de la population générale avec une prévalence sur une vie entière estimée à 50 %. Au Mali, l'insuffisance du système d'information sanitaire (SIS) ne permet pas d'avoir une idée précise sur les populations qui bénéficient des soins de santé mentale.

HYPOTHESE DE RECHERCHE : Les caractéristiques sociodémographiques auraient une influence sur la survenue des troubles psychiatriques.

OBJECTIF : Evaluer l'épidémiologie des troubles psychiatriques des patients hospitalisés au service de psychiatrie du CHU Point G.

METHODOLOGIE : Etude transversale, s'étendant sur 5 ans (De Janvier 2014 à Décembre 2018), sur 1105 dossiers de patients admis dans le service pour troubles psychiatriques.

RESULTATS : La fréquence des hospitalisations dans le service était de 10,4%. Le profil socio démographique du patient hospitalisé était le suivant : Homme, résident en milieu urbain, célibataire, entre 21 et 30 ans, sans emploi, de niveau d'instruction primaire, premier né de la mère. Les pathologies les plus rencontrées au sein de la population d'étude étaient : la schizophrénie (41,2%) suivie des BDA (15,7%) et des Troubles bipolaires (10,0%). L'âge, la profession, le statut matrimonial, la résidence et le niveau d'instruction avaient un lien significatif avec le diagnostic

retenu. L'agressivité était le motif de consultation le plus fréquent (44,3%) et l'antécédent psychiatrique personnel le plus fréquemment retrouvé (51,8%). Le traitement reposait essentiellement sur les neuroleptiques (98,4%).

CONCLUSION : Bien qu'au terme de cette étude nous avons un aperçu du profil, du diagnostic et du traitement reçu par les patients hospitalisés, force est de constater que tel n'est pas le cas pour les patients suivis en ambulatoire qui reste la majorité des patients consultés dans notre service. D'où la nécessité de mener des études plus poussées.

Mots clés : troubles psychiatriques, psychiatrie, profil, hospitalisation, CHU Point G...

ABSTRACT

INTRODUCTION: Mental disorders are common among chronic conditions in the general population with a lifetime prevalence estimated at 50%. In Mali, the inadequacy of the health information system (SIS) does not provide a clear data of the populations receiving mental health care.

RESEARCH HYPOTHESE: Socio-demographic characteristics would have an influence on the onset of psychiatric disorders.

OBJECTIVE: Assess the epidemiology of psychiatric disorders of hospitalized patients in the Department of Psychiatry in the University Hospital of Point G.

METHODOLOGY: Cross-sectional study, covering 5 years (January 2014 to December 2018), on 1105 patient records admitted to the mental disorder ward.

RESULTS: The frequency of hospitalizations for mental disorders in the ward was 10.4%. The socio-demographic profile of the hospitalized patient was as follows: Male, urban resident, single, between 21 and 30 years of age, unemployed, of primary education, first of uterine siblings. The most common pathologies in the study population were: schizophrenia (41.2%) followed by BDA (15.7%) bipolar disorder (10.0%). Age, occupation, marital status, residence and level of education were significantly related to the diagnosis of mental illness. Aggressiveness was the most common reason for consultation (44.3%) and the most frequently found personal psychiatric history (51.8%). The treatment was based mainly on neuroleptics (98.4%).

CONCLUSION: Although at the end of this study we have an overview of the profile, diagnosis and treatment received by inpatients, it is clear that this is not the case for patients followed in outpatient which remains the majority of patients consulted in our department. Hence the need for further studies.

Keywords: *mental disorders, psychiatry, profile, hospitalization, CHU Point ...*

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !

