

Ministère de l'Education Nationale



Université de Bamako



République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

**Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odontostomatologie de Bamako, Mali**

Année universitaire 2005 – 2006

Thèse N° :

TITRE

**DEMANDE DE SOINS PSYCHIATRIQUES
CHEZ LES ELEVES ET ETUDIANTS DANS
LE SERVICE DE PSYCHIATRIE DE
L'HOPITAL NATIONAL DU POINT-G**

**Thèse présentée et soutenue publiquement le...../2006
Devant la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie par**

M. Mahamadou Kodiougou DIABATE

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

JURY :

Président de Jury :

Pr. Amadou DIALLO

Membres :

Dr Modibo SISSOKO

Dr Cheick Oumar GUINTO

Directeur de thèse :

Pr. Bakoroba COULIBALY

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2005 - 2006**

ADMINISTRATION

DOYEN : **ANATOLE TOUNKARA** - PROFESSEUR
1^{ER} ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
2^{EME} ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE** - MAITRE DE CONFERENCES.
SECRETAIRE PRINCIPAL : **YE MENIGUE ALBERT DEMBELE** - PROFESSEUR.
AGENT COMPTABLE : **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL** – CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie-Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie

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

D.E.R DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

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

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie -Traumatologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie - Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie

Demande de soins psychiatriques chez les élèves et étudiants dans le service de Psychiatrie de l'hôpital National du Point-G

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie générale et thoracique
Mr Issa DIARRA	Gyneco-obstétrique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr Samba Karim TIMBO	O.R.L
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie – Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie – Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie-Obstétrique
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Aly TEMBELY	Gynécologie Obstétrique
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	O.R.L
Mr Bouaïma MAIGA	Gynécologie Obstétrique

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie–Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie chef de D.E.R
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr.Massa SANOGO	Chimie Analytique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr. Flabou Bougoudogo	Bactériologie-Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie - Virologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie

Demande de soins psychiatriques chez les élèves et étudiants dans le service de Psychiatrie de l'hôpital National du Point-G

Mr Souleymane DIALLO
Mr Cheik Bougadari TRAORE
Mr Lassana DOMBIA
Mr Mounirou BABY
Mr Mahamadou A. THERA

Bactériologie-Virologie
Anatomie-Pathologie
Chimie Organique
Hématologie
Parasitologie

5. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOGO
Mr Guimogo DOLO
Mr Abdoulaye TOURE
Mr Djibril SANGARE
Mr Mouctar DIALLO
Mr Boubacar TRAORE
Mr Bakary Y SACKO

Entomologie moléculaire
Entomologie moléculaire
Entomologie moléculaire
Entomologie moléculaire
Biologie parasitologie
Immunologie
Biochimie

D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY
Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAIGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Mamadou M. KEITA
Mr Hamar Alassane TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y MAIGA
Mr Somita KEITA

Médecine Interne
Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie, **Chef de DER**
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-entérologie-Hépatologie
Dermato-Léprologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE
Mr Bah KEITA
Mr Boubacar DIALLO
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Mamadou DEMBELE

Pédiatrie
Pneumo-Phtisiologie
Cardiologie
Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamady KANE
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO

Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie
Psychiatrie
Gastro-entérologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme Tatiana KEITA
Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mr Adama D. KEITA
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mme Habibatou DIAWARA
Mr Daouda K. MINTA

Pédiatrie
Pédiatrie
Radiologie
Endocrinologie
Dermatologie
Maladies infectieuses

Demande de soins psychiatriques chez les élèves et étudiants dans le service de Psychiatrie de l'hôpital National du Point-G

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou Soucko	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hepato-gastro-Entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-Entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr SounKalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique Chef de D.E.R.

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie
Mr Alou KEITA	Galénique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

5. ASSISTANTS

Mr Saïbou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique, Chef de D.E.R.
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique
--------------------	----------------

Demande de soins psychiatriques chez les élèves et étudiants dans le service de Psychiatrie de l'hôpital National du Point-G

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A DICKO	Santé publique

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP	Anthropologie médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Oumar THIERO	Biostatistique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

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

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Eric PICHARD	Pathologie Infectieuse
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail:

A DIEU: Créateur des cieux et de la terre

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

A ma Grand-mère feu **Tènin GUINDO dite Batènin;**

Toi qui a été plus qu'une mère, plus qu'un père pour moi durant les premières années de ma vie. Que le Bon Dieu te récompense pour tes bienfaits !

J'aurais tant voulu que tu sois présente en ce moment, mais la volonté de DIEU reste dominante. Dors en paix.

Papa : **Mr. Kodiougou DIABATE;**

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

Reçois ici, père, l'expression de notre amour et de notre grande admiration.

Père puisse ce travail être pour toi un début de consolation car il est tien.

A mon autre père **Adama TRAORE ;**

Merci de tous le soutien et les encouragements que vous m'avez témoignés.

Que le bon Dieu vous récompense pour vos bienfaits.

A ma Mère **Djénébou KONE;**

Tes conseils, tes soutiens et l'éducation que tu nous as donnés, ont été pour nous des éléments de réussite. Ce travail est la preuve de ta patience.

A mes frères et sœurs de la famille **DIABATE : Rahamatou, Djéssira (1), Djigui, Sékou, Ousmane, Mariam, Bakary, Djéssira (2), Aïssata;**

A mes frères et sœurs de la famille **TRAORE : Batoma, Hawa, Fousseyni, Sitanfounè, Youssouf;**

Vous m'avez été d'un grand soutien. Je n'oublierai jamais ces moments de complicité, de joie, de peine, partagés ensemble, qui sont autant de choses qui nous lient et que nous avons tous vécus intensément.

Que dieu renforce nos liens !

A ma mère **Korotoumou COULIBALY;**

Chère mère, les sacrifices consacrés à notre éducation, les conseils ne nous ont jamais manqué.

Acceptez l'expression de notre profonde reconnaissance.

A ma mère **Fanta KANTE;**

Chère mère, les sacrifices consacrés à notre éducation, les conseils ne nous ont jamais manqué.

Acceptez l'expression de notre profonde reconnaissance.

A mon oncle **Seydou Nourou DIABATE ;**

Cher tonton, les mots me manquent pour témoigner de la fraternité que vous partagez avec Papa. Vous nous servez de meilleur exemple.

Que le Bon Dieu fasse en sorte que la famille DIABATE soit de plus en plus unie.

A mon ami et camarade de classe **Dr Gaoussou FANE ;**

Mon frère, compagnon de lutte, merci pour ton soutien infailible.

A mon ami **Moustapha Allassane DIABY ;**

En plus d'un ami, tu as été pour moi un frère. Puisse Dieu nous donner la sérénité et le courage de renforcer nos liens.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

A mon tuteur **M. DIARRA Zoumana**;

Homme sincère, généreux, voici quelques unes de vos qualités. Vous avez pris soin de moi, comme un fils. Acceptez l'expression de ma profonde gratitude.

A toute la famille **Kouyaté** de **Lafiabougou**;

Je me suis toujours senti chez moi, grâce à votre hospitalité. Que le TOUT PUISSANT vous récompense de ce bienfait.

. A toute la famille **Sissoko** de **Bagadadji**.

Je me suis toujours senti chez moi, grâce à votre hospitalité. Que le TOUT PUISSANT vous récompense de ce bienfait.

A mes enseignants de **l'école Fondamentale et secondaire**, particulièrement à **M. Moussa SACKO**;

Vous nous avez enseigné les règles sociales de conduite. Merci tout ce que vous avez fait pour nous.

Puisse DIEU vous donner longévité et vous bénisse.

A tous **les enseignants** de la FMPOS;

Merci pour les connaissances transmises.

Au **Dr JOSEPH TRAORE**;

Nous avons apprécié le concours inestimable que vous nous avez apporté dans l'élaboration de ce travail;

Merci pour votre apport dans ce travail.

Au Professeur **Baba KOUMARE, chef du service de Psychiatrie de l'hôpital du Point-G :**

Vos qualités humaines inestimables nous ont émerveillés durant toute la durée de ce travail. Vous êtes un chef aimé et envié de ses collègues.

Merci de nous avoir accepté dans votre service.

Aux médecins du service de psychiatrie : **Bou DIAKITE, Souleymane COULIBALY, Modibo SISSOKO, Arouna TOGORA**

Merci pour la transmission des connaissances, la compréhension et la tolérance. Plus que des maîtres, vous avez été des pères pour nous.

Que DIEU vous donne une longévité !

A tous les assistants médicaux du service de Psychiatrie : **Diamayiri Samaké, Sidy Samaké, Zantigui Keita, Mamby Keita, Jean Marie Dougnon, M^{me} Bagayogo, Oumou Namogo, M^{me} Sidibé Coumba Diawara, Aboubacar Sissoubaly, M^{me} Dansogo Mariam Sacko, M^{me} Cissé Mariétou Dabo et Massama Troaré.**

Merci pour l'esprit de famille qu'on a partagé au service et vos soutiens.

A la secrétaire : **Mme Traoré Adam Konaté .**

Merci chère tante .

*HOMMAGE
AUX MEMBRES
DU JURY*

A notre maître et président du Jury

Professeur Amadou DIALLO

- Vice recteur de l'Université de BAMAKO

- Professeur de Biologie animale et de Zoologie à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako.

Cher maître,

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

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

Nous avons été impressionné par votre sens social et le souci du travail bienfait ;

Veillez accepter cher maître nos sincères remerciements.

A notre maître et juge

- Docteur Cheick Oumar GUINTO

- Assistant chef de clinique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako.

- Spécialiste de Neurologie à l'hôpital national du Point-G

Cher maître,

Nous sommes ravi que vous ayez accepté de siéger dans ce jury. Votre sens social, votre ténacité dans le travail et votre simplicité ont su éveiller notre admiration et notre respect.

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

A notre maître et juge

Docteur Modibo SISSOKO

- **Praticien hospitalier au service de psychiatrie de l'hôpital national du Point-G**
- **Spécialiste de psychiatrie**

Cher maître

Nous sommes honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Vos qualités humaines et scientifiques ont suscité en nous une grande admiration depuis nos premiers pas dans le service de psychiatrie.

Soyez assuré cher maître de notre immense gratitude et de notre profond respect.

**A notre maître et directeur de thèse,
Professeur Bakoroba COULIBALY**

- **Maître de conférence à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie,**
- **Spécialiste de psychiatrie à l'hôpital national du Point-G.**

Cher maître,

Nous vous sommes gré de l'insigne d'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger cette thèse. Notre vocabulaire n'est pas assez riche pour vous témoigner de toute notre gratitude. Votre souci constant de la bonne formation des élèves, du travail bienfait et votre rigueur scientifiques font de vous l'un des maîtres les plus appréciés de la faculté.

En dehors de votre esprit critique, de l'immensité de vos connaissances que vous transmettez si facilement, votre infatigable disponibilité nous ont marqué.

Cher maître, vous nous avez enseigné deux choses capitales pour la vie d'un homme qui sont le savoir être et le savoir faire.

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

PLAN DE L'ETUDE

	<u>Page</u>
1. Introduction.....	21
2. Objectifs	25
3. Généralités	27
3.1. Les grands regroupements nosographiques.....	27
3.2. Les orientations thérapeutiques	44
4- Notre étude.....	48
4-1- Méthodologie	48
4-2-Résultats.....	54
4-3- Commentaires et discussions des résultats.....	76
4-4- Conclusion et recommandations.....	85
5- Bibliographie	88
6- Annexes.....	64
6-1- Fiche d'enquête	94
6-2- Fiche signalétique	97
6-3- Serment d'HIPPOCRATE.....	99

LISTE DES ABREVIATIONS

ENSUP : Ecole Normale Supérieure

FAST : Faculté des Sciences et Techniques

FLASH : Faculté des Lettres Arts et Sciences Humaines

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

FSJE : Faculté des Sciences Juridiques et Economiques

IPR : Institut Polytechnique Rurale

IUG : Institut Universitaire de Gestion

PHC : psychose hallucinatoire chronique

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La santé, telle qu'elle est définie par la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (IOMS), est un état complet de bien être physique, mental et social, et ne constitue pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

La santé mentale fait partie intégrante de la santé car sans elle l'individu ne peut donner la pleine mesure de ses aptitudes cognitives et relationnelles.

Lorsqu'on jouit d'un bon équilibre mental, on est mieux à même de supporter les tensions de la vie, on est plus productif et plus utile, et l'on est davantage en mesure d'apporter un concours positif à la société.

En 1990, une étude faite par l'université de Colorado (USA), sous l'égide de l'institut national de la santé mentale (National institute of mental health) a montré que sur une école de 1000 élèves, on peut s'attendre à retrouver 180 à 220 élèves qui manifestent des troubles psychiatriques. [1]

En 1999 un rapport de l'Université de Winnipeg (Canada) sur l'usage de la cocaïne en milieu scolaire a révélé qu'à Winnipeg, 5,5 % des étudiants utilisant des drogues autres que l'alcool ont dit avoir fait l'usage de la Cocaïne dans la dernière année; à Toronto, 3 % des étudiants ont dit avoir consommé de la cocaïne et 2 % du crack; à Frédéricion, 5 % ont déclaré consommer du crack ou de la cocaïne. [2]

En 2004, l'Agence de Santé Publique du Canada a publié les résultats d'études menées au Canada, en Nouvelle-Zélande, à Porto Rico et aux Etats-Unis, notant une prévalence des troubles psychiatriques de 17 % à 22 % environ chez les jeunes âgés de 4 à 18 ans. [3]

En 2004 ont été publiés les résultats de l'étude européenne ESPAD (European School Survey on Alcohol and Other Drugs) qui ont montré qu'en

Suisse, en 2003, environ 50% des 15–16 ans avaient déjà fumé du cannabis une ou plusieurs fois. Ceux de 13 ans étaient environ 20%. [4]

En 1986, les Bureaux d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU) ont révélé qu'à Bordeaux (Campus de Talence) sur 42 000 étudiants, on relève 1 350 consultants dont 300 régulièrement suivis.[5]

En janvier 2004 Marie-Christine Lemeunier-Lelièvre-Gérain révélait que 15 % des suicidants au CHU d'Angers étaient des étudiants.[6]

En 2004 une étude hospitalière rétrospective des cas enregistrés à l'hôpital de Mahajanga (service de neuropsychiatrie, Madagascar) du 1er janvier 1998 au 31 décembre 2000 révélait que 19,8 % des patients étaient des étudiants.[7]

En 1983, COULIBALY B., KOUMARE B. et COUDRAY J.P. ont constaté que 9,5 % des malades hospitalisés dans le service de psychiatrie de l'hôpital du Point-G étaient des élèves et étudiants. [8]

En 1995, HAIDARA M. a trouvé que 17,17 % des patients vus en consultation externe dans le service de psychiatrie de l'hôpital du Point-G étaient des élèves et étudiants.[9]

En 1995 SY M. H. a trouvé dans le district de Bamako 107 déperdus scolaires de 1er degré, 75 déperdus scolaires de 2ème degré recrutés au sein des jeunes délinquants. [10]

En 2003, J. TRAORE a retrouvé que 49,50 % des adolescents suivis en psychiatrie étaient des élèves et étudiants. [11]

Au Mali, les jeunes constituent un poids considérable (56,77 % de la population) [12] dont une tranche importante est représentée par les élèves et

étudiants. Malgré cette importance numérique, leur problème de santé mentale reste jusque là insuffisamment pris en compte.

En effet, à part le centre médico-psycho-éducatif de l'A.MA.L.DE.ME (Association Malienne de Lutte Contre la Déficience Mentale chez l'enfant), il n'existe aucune autre structure s'occupant spécifiquement de la santé mentale des enfants en générale et de celle des élèves et étudiants en particulier en République du Mali.

Aussi aucune étude spécifique traitant les troubles psychiatriques des élèves et étudiants n'a été menée.

C'est pour ces raisons que nous avons jugé nécessaire de faire une étude rétrospective sur les troubles psychiatriques chez les élèves et étudiants dans le service de psychiatrie de l'hôpital du Point-G. Pour attirer l'attention des autorités scolaires et universitaires, des parents sur la santé mentale des élèves et étudiants au Mali.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

1. Objectif général :

- ❖ Etudier les troubles psychiatriques chez les élèves et étudiants dans le service de psychiatrie de l'hôpital du Point-G de 2001 à 2005.

2. Objectifs spécifiques :

- ❖ Déterminer la prévalence des troubles psychiatriques chez les élèves et étudiants.
- ❖ Déterminer le profil socio-démographique des élèves et étudiants présentant des troubles psychiatriques.
- ❖ Identifier les facteurs de risque chez les élèves et étudiants ayant présenté des troubles psychiatriques.
- ❖ Identifier les motifs de demande de soins psychiatriques chez les élèves et étudiants.
- ❖ Identifier les entités nosographiques retrouvées chez les élèves et étudiants.
- ❖ Déterminer la répercussion des troubles psychiatriques sur les études chez les élèves et étudiants.
- ❖ Dégager les éléments de la prise en charge des élèves et étudiants présentant des troubles psychiatriques.

GENERALITES

III. GENERALITES

3.1. LES GRANDS REGROUPEMENTS NOSOGRAPHIQUES [25 -]

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

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

3.1.1. Les psychoses:

La psychose se définit comme étant un désordre mental majeur au cours duquel sont nettement altérées les possibilités de l'individu de penser, de réagir émotionnellement, de se souvenir, de communiquer, d'interpréter la réalité et d'avoir un comportement adapté. Ces troubles sont souvent caractérisés par une humeur inadéquate, une diminution du contrôle pulsionnel, un délire et des hallucinations.

Les psychoses entraînent le plus souvent un grave handicap social. Elles sont constituées des psychoses aiguës et des psychoses chroniques. [26]

3.1.1.1 Les psychoses aiguës: [27].

Ce sont des troubles aigus, de durée brève et dont la forme classique est la Bouffée délirante polymorphe.

❖ Les bouffées délirantes :

Les bouffées délirantes polymorphes, ou psychoses délirantes aiguës sont caractérisées par l'éclosion soudaine d'un délire transitoire, généralement polymorphe dans ses thèmes et ses expressions. Elles constituent de véritables expériences délirantes en ce sens que le délire y est vécu comme une donnée immédiate de la conscience modifiée, comme une « expérience » qui s'impose au sujet (intuitions, illusions, hallucinations, sentiments d'étrangéité, de mystère etc). [28]

La symptomatologie des bouffées délirantes est caractérisée par la brusque explosion chez un adulte jeune à la personnalité considérée comme « fragile » d'un délire particulier, à mécanisme multiple, vécu intensément avec des modifications de l'humeur et des troubles variables de la conscience. Selon une formule devenue célèbre, le délire éclate comme « un coup de tonnerre dans un ciel serein ».

L'évolution de la bouffée délirante est rapidement favorable, elle ne dure que quelques jours ou quelques semaines. Les thérapeutiques neuroleptiques s'avèrent très efficaces, elles réduisent l'intensité des symptômes et abrègent leur durée.

On considère généralement que sont de bon pronostic : [33]

- ✓ Le caractère franchement aigu de l'épisode ;
- ✓ L'importance des facteurs exogènes précipitants ou déclenchants ;
- ✓ Une symptomatologie dominée par la dépersonnalisation et l'intensité des phénomènes anxieux et dysthymiques.
- ✓ L'absence de personnalité prémorbide de type schizoïde et d'antécédents familiaux de schizophrénie.

A l'inverse, sont de mauvais pronostic et font redouter une évolution schizophrénique ultérieure :

- ✓ L'aspect sub-aigu de l'épisode, précédé d'une longue phase prodromique insidieuse (modes d'entrée dans la schizophrénie),
- ✓ L'absence d'évènements déclenchants,
- ✓ Une symptomatologie dominée par un délire d'aspect paranoïde, avec restriction des affects,
- ✓ La faible extériorisation de l'anxiété et une relative stabilité de l'humeur,
- ✓ La personnalité prémorbide de type schizoïde et des antécédents familiaux de schizophrénie.

On identifie parmi les psychoses aiguës deux autres formes cliniques : les psychoses puerpérales et les états confusionnels.

❖ **Les psychoses puerpérales** : parmi les accidents psychiques aigus de la puerpéralité, on distingue les épisodes du post-partum précoce (les six 1^{ère} semaines après l'accouchement), et les états psychotiques tardifs (moins fréquents). Au cours même de la grossesse, les accidents sont très rares. L'âge des femmes atteintes de psychose puerpérale est en moyenne 25-31 ans.

Les psychoses puerpérales surviennent dans le post-partum précoce dans 75 % des cas. Elles réalisent des bouffées confuso-délicantes aiguës. La sémiologie est caractérisée par des fluctuations incessantes de l'état de conscience par l'intensité des réactions affectives (agitation anxieuse, réactions dépressives avec risque de suicide et d'infanticide) et par la variabilité des mécanismes et des thèmes délirants. Ces derniers concernent surtout la relation mère enfant (négation de la grossesse et de l'accouchement, négation de la filiation, culpabilité délirante, idées de persécution dirigées contre l'enfant etc).

L'évolution des psychoses puerpérales peut être schématisée de façon suivante : une guérison rapide s'observe dans 75-85 % des cas ; ailleurs, la persistance d'un tableau clinique qui s'appauvrit progressivement annonce une évolution chronique, d'un seul tenant, sur un mode dissociatif.

La spécificité nosographique des psychoses puerpérales est discutée. La plupart des auteurs (autres que français) considèrent ces épisodes psychotiques comme des schizophrénies révélées après l'accouchement, soit comme des psychoses aiguës réactionnelles ou émotionnelles d'origine psychogène.

L'école psychiatrique française reste favorable à l'individualisation de ce cadre nosographique tout en reconnaissant l'obscurité de sa pathogénie et la variabilité de son pronostic.

G. Rancurel et D. Marmie [34] concluent ainsi dans leur revue générale des psychoses puerpérales : « il apparaît donc que, lorsque les troubles

surviennent très précocement dans le post-partum, chez une femme sans antécédents psychiatriques notables, lorsque la sémiologie est la plus aiguë, et qu'enfin, la confusion mentale est au premier plan du tableau clinique, c'est là que l'accident semble le plus spécifiquement « puerpérale » et que le pronostic est le plus meilleur ».

❖ **Les Etats confusionnels:** la confusion mentale se caractérise par une obnubilation de la conscience entravant le fonctionnement de toute l'activité psychique avec au premier plan une baisse de la vigilance, des troubles de la mémoire, une désorientation temporo-spatiale et souvent un délire onirique, proche du rêve. [35]

Les psychoses confusionnelles ou confusions mentales sont considérées comme les plus organiques des psychoses aiguës. De nombreuses causes peuvent les engendrer, en particulier les causes toxi-infectieuses ou parasitaires. Il semble que ce niveau profond de déstructuration de la conscience soit une réaction de prédilection aux agressions massives et aiguës du système nerveux par un agent exogène, sans négliger le seuil de réactivité et la prédisposition du terrain.[29]

La confusion mentale est un état généralement aigu, transitoire réversible. Le pronostic ne dépend pas de l'état psychique du patient, mais de l'affection causale qu'il importe d'identifier pour ajuster la thérapeutique.

3.1.1.2. Les psychoses chroniques :

3.1.1.2.1. Les psychoses chroniques non schizophréniques: [27]

Les délires chroniques sans évolution dissociative ni déficitaires comprennent:

- ❖ les délires paranoïaques systématisés : la Paranoïa ;
- ❖ les délires chroniques d'imagination ou psychoses fantastiques : la Paraphrénie.
- ❖ les psychoses hallucinatoires chroniques (PHC).

❖ **La paranoïa** : La paranoïa est une psychose délirante chronique systématisée. Le délire, de mécanisme surtout interprétatif, a un développement progressif et, souvent, un caractère vraisemblable et pseudo logique. Typiquement, il n'existe au cours de ces états ni troubles de la conscience, ni dissociation psychique.

Le début d'un délire paranoïaque est habituellement tardif ; il se situe vers l'âge de 40 ans. Il peut être aigu ou subaigu sous la forme d'une expérience délirante primaire où des interprétations, des illusions et des hallucinations peuvent survenir.

Les principaux états délirants de type paranoïaque sont les délires passionnels (délires « en secteur », localisés à une idée délirante prévalente), et les délires « d'interprétation », (délires « en réseau » où des idées de persécution s'étendent progressivement). Un aspect particulier en est offert par le délire de relation de KRETSCHMER. [43]

L'évolution générale des délires paranoïaques est typiquement émaillée d'épisodes féconds, où le délire se systématisé et s'enrichit.

Le plus souvent les idées délirantes persistent au long cours. Mais avec le temps, le délire diminue d'intensité et perd son caractère « actuel » (c'est ce qu'on appelle le délire enkysté).

❖ **Les Paraphrénies** : depuis les descriptions initiales de KRAEPLIN (1909) [41] et les travaux de NODET sur la « structure paraphrénique » on définit les paraphrénies comme des délires chroniques, à mécanisme surtout imaginaire, dont les thèmes sont volontiers fantastiques, grandioses ou cosmiques, et dont l'absence de systématisation contraste avec une longue adaptation au monde réel.

Le début est le plus souvent lent et progressif, s'étalant sur plusieurs années, entre 30 et 45 ans.

Un épisode fécond, avec angoisse ou exaltation, peut être révélateur d'un état délirant déjà ancien, dont le début est passé inaperçu.

Le délire paraphrénique n'est pas systématisé ; des fantaisies imaginaires dont les thèmes sont multiples, se succèdent, se renouvellent et s'enrichissent progressivement sans aucune vraisemblance, ni construction logique.

✦ **La psychose hallucinatoire chronique (PHC)** : depuis Gilbert BALLET (1912), les psychiatres français individualisent ce cadre nosographique. Les classifications étrangères considèrent ces états comme des schizophrénies d'apparition tardive, et pour certains cas seulement comme des délires de structure paranoïaque ou paraphrénique. [29]

Le tableau clinique est caractérisé par la survenue, le plus souvent chez une femme de 30 à 40 ans, d'un délire d'évolution chronique dont le mécanisme est essentiellement hallucinatoire. [27]

Le début, volontiers, assez brusque est marqué par des hallucinations psychiques de l'automatisme mental et par des hallucinations psychosensorielles, surtout auditives, dans un contexte de perplexité anxieuse et de violentes manifestations dysthymiques.

Le tableau clinique installé de la psychose hallucinatoire chronique comprend régulièrement tous les phénomènes classiques de l'automatisme mental, à savoir :

- ✓ les hallucinations psychiques (avec « voix intérieures », vol ou devinement de la pensée, énonciation et commentaires des actes et de la pensée, écho de la pensée, etc) à l'origine du syndrome d'influence ;
- ✓ les hallucinations auditives proprement dites (voix injurieuses et menaçantes, plus rarement neutres et bienveillantes) ;
- ✓ les hallucinations cénesthésiques variées (courants électriques) de topographie variable, souvent localisées aux régions génitales et abdominales, induisant des idées de possession ;

- ✓ les hallucinations visuelles, olfactives et gustatives, plus rares, pouvant donner naissance à des thèmes d'empoisonnement ;
- ✓ les automatismes psychomoteurs (avec gestes imposés ou inhibés et sensations de déformations corporels).

L'évolution spontanée telle qu'on l'observait avant la chimiothérapie neuroleptique était chronique, émaillée d'épisodes féconds, pouvant aboutir à une symptomatologie schizophrénique de type paranoïde.

Sous traitement, les phénomènes hallucinatoires régressent habituellement. Mais la critique du délire hallucinatoire est assez rare ; plus souvent, un noyau délirant « enkysté » persiste, compatible avec une adaptation socioprofessionnelle et un fonctionnement intellectuel normal.

3.1.1.2.2. Les psychoses schizophréniques : [27]

Il n'existe aucune définition de la schizophrénie qui soit universellement admise. Ce terme désigne habituellement une psychose de l'adulte jeune, caractérisée par un ensemble de symptômes psychiques diversement associés selon les cas, et dominés par une discordance ideo-affective, l'incohérence, l'ambivalence, l'autisme, des hallucinations et des idées délirantes mal systématisées. Ces troubles évoluent, en règle générale vers une désorganisation d'allure déficitaire de la personnalité.

L'étiologie de cette variété de psychose chronique qui touche environ 1 % de la population est encore inconnue. Psychose de l'adulte jeune, la schizophrénie se développe le plus souvent entre 15 et 25 ans.

Un épisode aigu inaugure une schizophrénie dans 35 à 40 % des cas. Il existe deux principales variétés : les bouffées délirantes aiguës et les états dysthymiques.

Les principaux éléments du syndrome schizophrénique sont le syndrome de dissociation psychique, le délire de type paranoïde et l'autisme.

3.1.2. Les névroses : [35]

La névrose désigne des maladies de la personnalité à l'origine desquelles les facteurs psychologiques jouent un rôle majeur et qui ont en commun certains caractères : elles n'altèrent pas le système de réalité ce qui les différencie des psychoses ; elles s'expriment par des symptômes reconnus par le patient comme pathologiques et motivant souvent une demande d'aide médicale, même si leur signification psychologique n'est pas toujours appréhendée ; elles déterminent des troubles des conduites sociales qui restent en général mineurs.

Les névroses se manifestent par des symptômes « compréhensibles » : on peut les comprendre en fonction de l'histoire du sujet et des événements qui l'ont marqué. Elles représentent un mode de défense contre l'angoisse liée à des conflits inconscients et réalisent une sorte de compromis (signification symbolique des symptômes) tendant à neutraliser cette angoisse. Les patients atteints de troubles névrotiques consultent volontiers les généralistes ou d'autres spécialistes que les psychiatres, pour des symptômes qui les font qualifier de « fonctionnels » ou « organiques ».

Les symptômes peuvent être : les anomalies de l'activité sexuelle (impuissance, frigidité, masturbation), les troubles du sommeil (insomnie, hypersomnie), l'asthénie, l'angoisse, les troubles hypochondriaques, les troubles des conduites alimentaires (qualitatif ou quantitatif), l'agressivité.

On distingue différents aspects typiques des névroses qui sont :

- ✓ une forme banale, la névrose d'angoisse : l'angoisse y demeure libre, flottante,
- ✓ la névrose phobique : l'angoisse y est portée sur un objet ou une situation,
- ✓ la névrose hystérique : l'angoisse y est déplacée sur le corps : conversion somatique,

- ✓ la névrose obsessionnelle : l'angoisse y est déplacée sur les contenus psychiques.

3.1.2.1. Les états anxieux et phobiques :

L'anxiété est un état affectif pouvant se définir comme << un sentiment pénible d'attente >>, << une peur sans objet >> (JANET) [36] ou comme << le sentiment pénible d'un danger imprécis et mal définissable >> (GUYOTAT) [37].

❖ La névrose d'angoisse : [34]

Affection fréquente surtout chez les femmes, elle se manifeste dès la fin de l'adolescence ou chez l'adulte jeune par des manifestations paroxystiques sur fond d'anxiété permanente.

Les équivalents somatiques constituent un des motifs les plus fréquents de consultation médicale : manifestations cardiovasculaires, manifestations respiratoires, manifestations digestives, manifestations neurologiques (sensorielles ou moteurs), troubles du sommeil, fatigue confinante parfois à l'épuisement).

❖ Les états phobiques : [34]

La phobie est une crainte anxieuse spécifique :

- Déclenchée par un objet ou une situation n'ayant pas en lui-même un caractère dangereux,
- Disparaissant en dehors de l'objet ou de la situation ; ce qui entraîne des conduites d'évitement caractéristiques,
- Au-delà du contrôle volontaire du malade bien qu'il soit conscient du caractère absurde de sa crainte.

La névrose phobique se présente en clinique sous des aspects variés :

- ✓ Agoraphobie : peur des espaces découverts, des lieux publics ;
- ✓ Claustrophobie : peur des espaces clos ;
- ✓ Phobies des situations sociales : peur de parler et de paraître en public, peur de manger en public etc.

- ✓ Phobie des animaux ;
- ✓ Autres phobies :
 - Phobie des hauteurs (étage élevé, pont),
 - Phobie d'objets (aiguilles, couteaux, tissus velours, plume)
 - Phobie des transports (train, avion).

3.1.2.2. La névrose hystérique : [35]

L'hystérie met en cause le corps. « La définition de l'hystérie, disait LASEGUE (1878), n'a jamais été donnée et ne le sera jamais. Les symptômes ne sont, ni assez conformes, ni assez égaux en durée et en intensité pour qu'un type même descriptif puisse les comprendre tous ».[38]

Cependant on peut concevoir l'hystérie comme une affection à manifestations polymorphes dont l'originalité réside dans les conflits psychiques inconscients qui s'y expriment symboliquement en des symptômes corporels et / ou psychiques variés, paroxystiques ou durables.

Le tableau clinique de la névrose hystérique associe de façon diverse : des accidents de conversion somatique et des symptômes d'expression psychique.

❖ Accidents de conversion somatique :

✓ Les manifestations paroxystiques : crises

Elles s'observent chez plus de la moitié des patients, isolées ou associées à d'autres accidents de conversion ou alternant avec eux. Il s'agit actuellement de crises généralement tronquées, brèves, directement liées à une situation conflictuelle : banales « crises de nerfs », évanouissements, crises tétaniformes ou convulsives. Souvent les crises sont plus inquiétantes se déroulant dans un état de demi conscience qui favorise les décharges agressives et orgastiques, les fantasmes s'y exprimant sous forme de scènes de terreur, de violence ou d'érotisme.

✓ **Les manifestations durables :**

Les accidents somatiques durables surviennent surtout au niveau des organes de relation dont ils atteignent les fonctions suivantes ; la motricité, l'activité sensorielle, la phonation. Ces fonctions peuvent être touchées de façon élective ou concomitante.

❖ **Symptômes d'expression psychique :**

✓ **Les troubles de la mémoire :**

Ce qui est caractéristique de l'hystérique, c'est la difficulté à évoquer certains souvenirs (amnésie psychogène) ; l'évocation biographique est imprécise et abonde en lacunes et oublis.

✓ **Inhibition intellectuelle :**

Elle est fréquente et peut s'accompagner des manifestations déficitaires ou des troubles tels que les céphalées, la fatigue oculaire, l'anorexie. Elle est parfois un symptôme isolé, surtout en milieu scolaire ou étudiantin.

✓ **Troubles de la vigilance :**

- L'un des plus fréquents est la distractivité permettant de scotomiser les perceptions extérieures vécues comme déplaisantes.
- Les « attaques de sommeil » ou les états léthargiques progressifs ne sont pas rares, ayant l'apparence d'un sommeil calme sans rythmes de sommeil à l'EEG.
- Les états somnambuliques représentent un aspect caractéristique et impressionnant des phénomènes de clivage de la conscience, en état de demi sommeil, le malade joue une scène dramatique, soit totalement imaginée, soit construite sur le thème d'un évènement qui l'a frappé.
- L'automatisme ambulatoire : associe état somnambulique et fugue.
- Les états seconds : états de transes avec production oniroïde.
- Les états crépusculaires : allant de la simple obnubilation à la stupeur et consistant en une expérience demi consciente de dépersonnalisation et d'étrangeté généralement centrée sur une « idée fixe » JANET. [39]

3.1.2.3. La névrose obsessionnelle : [35]

La névrose obsessionnelle est la forme la plus organisée et alors la plus grave de la pathologie névrotique.

Elle est définie par la survenue d'obsessions et de compulsions sur une organisation de personnalité habituellement psychasthénique ou obsessionnelle, en l'absence de toute autre affection psychiatrique permanente.

On y observe les obsessions et les compulsions :

❖ **Les obsessions** : sont caractérisées par « l'irruption dans la pensée d'un sentiment, d'une idée, d'une tendance, apparaissant au malade comme un phénomène morbide en désaccord avec sa pensée consciente, qui émane pourtant de sa propre activité psychique et persiste malgré ses efforts pour s'en débarrasser » (PICHOT). [40]

Ces contenus psychiques qui « assiègent » l'esprit (obsidere : assiéger) surviennent à n'importe quel moment, indépendamment des circonstances extérieures et de manière incœrcible malgré la lutte anxieuse mise en œuvre pour tenter en vain de les chasser.

Les contenus de pensée pouvant donner lieu à l'obsession sont innombrables. Mais en pratique on distingue les obsessions idéatives, phobiques et impulsives.

✓ **Les obsessions phobiques** : se rapprochent des phobies ; ce qui assiège l'esprit est une crainte spécifique mais cette crainte existe en dehors de l'objet, ce qui la différencie de la crainte phobique.

✓ **Les obsessions idéatives** : aussi appelées obsessions de caractère interrogatif avaient jadis été décrites sous le terme de « folie du doute ». Il s'agit de ruminations obsédantes. L'objet de l'obsession peut être une idée concrète (mots, objets, chiffres) ou idées plus abstraites concernant des sujets métaphysiques (la vie et la mort, l'existence de Dieu) ou le propre comportement du sujet : a-t-il eu raison de faire ceci ? n'a-t-il pas oublié de faire cela ?

✓ **Les obsessions impulsives** : le patient est assiégé par l'idée de la crainte angoissante d'être amené de façon irrésistible à commettre un acte absurde, ridicule, immoral, nuisible voire criminel. Dans ces « phobies impulsives » l'acte redouté n'est jamais commis (« crime d'intension »).

❖ **Les compulsions et les rites** : sont constants dans la névrose obsessionnelle. La compulsion est un acte auquel le sujet se sent contraint, dont il reconnaît le caractère absurde, ridicule et gênant, mais qu'il ne peut s'empêcher d'accomplir de façon répétitive avec le formalisme d'un rite. Les plus fréquents des compulsions sont : les rites de lavage accompagnant les obsessions phobiques de contamination et de souillure ; les rites de vérification, les manies du retour en arrière qui avec les gestes et formules conjuratoires accompagnent les obsessions idéatives.

3.1.3. Les troubles de l'humeur : [35]

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

3.1.3.1. La psychose maniaco-dépressive: [35]

La psychose périodique maniaco-dépressive a été isolée, en tant qu'entité clinique en 1899 par KRAEPELIN [41]. Elle se caractérise par la survenue de perturbations cycliques de l'humeur sous forme d'accès maniaque ou d'accès mélancolique, le malade retrouvant son état normal dans l'intervalle des accès.

3.1.3.1.1. La manie est un état d'excitation caractérisé par :

- ✓ Une exaltation de l'humeur à tonalité euphorique;
- ✓ Une accélération des processus psychiques avec fuites des idées ;
- ✓ Une hyperactivité désordonnée ;

- ✓ Une perturbation de certaines fonctions biologiques, le sommeil en particulier.

3.1.3.1.2. L'accès mélancolique : est un état de dépression caractérisé par :

- ✓ Une profonde douleur morale ;
- ✓ Une inhibition psychique et psychomotrice avec ralentissement et aboulie ;
- ✓ Une perturbation des fonctions biologiques : insomnie, anorexie.

L'accès mélancolique évolue spontanément vers la guérison. Son pronostic est presque uniquement conditionné par le risque de suicide qui est présent tout au long de la crise et impose une surveillance attentive.

3.1.3.2. Les dépressions psychogènes :

Les dépressions psychogènes constituent un groupe hétérogène dont les tableaux cliniques polymorphes expriment la réaction d'une personnalité subnormale ou franchement pathologique à un environnement défavorable, ou l'élaboration dépressive de conflits inconscients réactivés par une situation actuelle.

Les éléments du syndrome dépressif s'y combinent en proportion variable :

- ✓ Modifications dysphoriques de l'humeur,
- ✓ Inhibition des fonctions du moi,
- ✓ Anxiété,
- ✓ Symptômes somatiques.

3.1.4. LES AUTRES PATHOLOGIES:

❖ L'épilepsie :

Selon Franck Semah, Catherine Chiron [31] « **la crise épileptique** est la manifestation clinique d'un dysfonctionnement cérébral et l'épilepsie se caractérise par la répétition des crises épileptiques non provoquées ».

La commission de l'ILAE (International League Against Epilepsy) donne les définitions suivantes [32] :

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

L'épilepsie est un domaine de la pathologie médicale qui occupe une place particulière dans le champ psychiatrique. (COTTEREAU) [41]

Certaines manifestations cliniques de l'épilepsie soulèvent des problèmes diagnostiques avec les troubles psychiques d'autre nature. C'est parfois le cas des crises partielles à sémiologie complexe mettant en jeu l'activité nerveuse supérieure ; c'est surtout le cas d'épisode psychopathiques plus durables à type d'états confusionnels ou confuso-délirants. [35]

On distingue parmi les troubles psychiatriques observés au cours des épilepsies, les phénomènes paroxystiques « critiques », les perturbations « inter critiques » aiguës ou subaiguës et les troubles mentaux permanents qui concernent surtout la personnalité de l'épileptique. [27]

❖ **Les Déficiences intellectuelles ou retards mentaux** : sont des insuffisances congénitales (ou liées à des atteintes très précoces) du développement intellectuel. [27]

Ces états déficitaires s'opposent aux démences, au cours desquelles le déficit est acquis.

Les différents niveaux d'arriération retenus par la classification française des troubles mentaux [24] sont :

- ✓ L'arriération mentale profonde (QI : Quotient Intellectuel inférieur à 30) elle englobe la classique idiotie (QI inférieur à 20),
- ✓ L'arriération mentale moyenne : (QI entre 30 et 49) elle correspond à l'imbécillité ;
- ✓ L'arriération mentale légère : (QI entre 50 et 69) ;
- ✓ Les « niveaux limites » : (QI entre 70 et 79).

❖ **La Démence : [27]**

La démence est classiquement un affaiblissement intellectuel, global, acquis, progressif d'évolution chronique.

Le diagnostic d'un état démentiel débutant doit être systématiquement évoqué lorsque après l'âge de cinquante ans, apparaissent, puis se développent une désorientation dans le temps ou dans l'espace, des troubles du comportement.

Le tableau clinique associe de façon diverse :

- ✓ Troubles de la mémoire,
- ✓ Troubles de l'idéation et de l'attention,
- ✓ Troubles de l'orientation temporelle et spatiale,
- ✓ Troubles du jugement et du raisonnement,
- ✓ Troubles du langage.

A la période d'état, le diagnostic de démence est facile, les troubles de la mémoire et de l'orientation temporelle et spatiale sont constants d'intensité diverse.

Les troubles du comportement, polymorphes, se caractérisent souvent par des actes illogiques, absurdes et par une négligence de soi avec indifférence, perte de l'autocritique et incurie.

❖ **La toxicomanie ou pharmacodépendance : [34]**

La toxicomanie est un état d'intoxication résultant de la consommation, périodique ou chronique, d'une drogue naturelle ou synthétique.

Une toxicomanie (anglais : addiction), comprend :

- ✓ Un besoin insurmontable (contrainte) de prendre la drogue : dépendance psychique,
- ✓ Une tendance à augmenter les doses : tolérance,
- ✓ L'apparition d'un syndrome d'abstinence (troubles somatiques et psychiques) lors de l'interruption brusque de la consommation : dépendance physique,
- ✓ Des effets nocifs, pour l'individu et la société.

Cette définition (l'OMS 1957) permet de distinguer la toxicomanie d'une simple accoutumance (anglais : habitude), au cours de laquelle le désir de prise répétitive du toxique (et non la contrainte), n'entraîne ni tendance à augmenter les doses, ni dépendance physique (absence de syndrome d'abstinence), ni effets nocifs pour la société.

❖ **L'alcoolisme : [34]** << les alcooliques sont des buveurs excessifs dont la dépendance à l'égard de l'alcool est telle qu'ils présentent soit un trouble mental décelable, soit des manifestations affectant leur santé physique et mentale, leurs relations avec autrui et leur comportement social et économique, soit des prodromes des troubles de ce genre. Ils doivent être soumis à un traitement >>. Cette définition proposée par le Comité d'experts de l'OMS en 1952 met l'accent sur la dépendance pathologique qui lie le malade à l'alcool. C'est le critère essentiel commun à toutes les formes d'alcoolisme, indépendamment de ses modes d'expression et de son contexte sociologique. << Il y a alcoolisme lorsqu'un individu a, en fait, perdu la liberté de s'abstenir d'alcool >>. (FOUQUET) [44]

Les complications neuropsychiques de l'alcoolisme chronique sont :

- ✓ Les accidents de sevrage :
 - tremblements matinaux : « le syndrome hyperesthésique hyperémotif »,
 - crises convulsives généralisées,
 - l'hallucinoïse des buveurs,
 - le delirium tremens.
- ✓ Les troubles neuropsychiques liés aux conséquences nutritionnelles de l'alcoolisme :
 - l'encéphalopathie de Gayet Wernicke,
 - le syndrome de korsakoff.
- ✓ Les démences alcooliques :

L'affaiblissement intellectuel est fréquent chez l'alcoolique après une longue période d'intoxication. Il touche d'abord l'attention et la mémoire, il

s'accompagne d'apathie, de passivité, d'indifférence, de troubles caractériels, de réduction du jugement et de l'autocritique.

✓ Les délires chroniques des alcooliques :

On peut observer des délires interprétatifs de jalousie mais l'aspect le plus fréquent est celui d'une PHC. Elle succède en général à une bouffée confuso-onirique ou à une expérience hallucinatoire aiguë. Dans certains cas, elle apparaît progressivement : ambiance d'hostilité, bruits insolites, idées d'influence.

3.2. Les orientations thérapeutiques : [34]

3.2.1. Les thérapies médicamenteuses :

Les traitements chimiothérapeutiques ont pris une place importante dans la thérapeutique psychiatrique : ils sont responsables pour une grande part d'un profond bouleversement dans le mode de prise en charge des malades mentaux.

La classification des médicaments psychotropes la plus généralement admise est la classification clinique proposée par J. DELAY et P. DENIKER en 1957. [45] Elle distingue trois grands types de psychotropes, selon leur mode général d'action sur le psychisme :

- ❖ Les psycholeptiques, ou sédatifs psychiques (neuroleptiques, tranquillisants, hypnotiques) ;
- ❖ Les psychoanaleptiques, stimulants psychiques ;
- ❖ Les psychodysleptiques, agents perturbants de l'activité mentale.

3.2.1.1. Les antidépresseurs.

Leur utilisation devrait être limitée au syndrome dépressif franc surtout quand il existe un ralentissement psychomoteur. L'utilisation extensive des antidépresseurs dans les diverses formes de dépression dites « *masquées* » semble critiquable à l'adolescence.

3.2.1.2. Les neuroleptiques.

Prescrits dans les épisodes psychotiques aigus ; leur utilisation au long cours n'est envisageable que si le diagnostic de psychose chronique est bien étayé.

3.2.1.3. Les anxiolytiques.

Essentiellement les benzodiazépines sont beaucoup les plus utilisés.

3.2.2. Les psychothérapies.

On entend généralement par psychothérapie une méthode de traitement agissant sans intervention biologique sur le psychisme : « est psychothérapique toute démarche méthodique visant à modifier de façon durable la relation de l'organisme à son milieu en agissant sur le médiateur de cette relation : le psychisme » [46]

On classe les psychothérapies en :

❖ **Techniques individuelles** : certaines techniques fondées sur les théories psychanalytiques, comportent essentiellement l'utilisation des échanges verbaux et de la relation médecin malade. D'autres psychothérapies s'adressent en premier au vécu corporel : psychothérapie de relaxation. D'autres enfin se fondent sur les interrelations entre le sujet et le milieu : thérapies comportementales.

❖ **Techniques collectives** : techniques qui comportent essentiellement les psychothérapies de groupe, le psychodrame, les psychothérapies familiales, les thérapies institutionnelles et les sociothérapies.

NOTRE ETUDE

METHODOLOGIE

4. Notre étude

4.1. Méthodologie.

4.1.1. Cadre de l'étude :

Cette étude a été menée dans le service de psychiatrie de l'hôpital national du Point –G à Bamako (Mali).

4.1.1.1. Historique de l'hôpital du point G :

Le nom point « G » est une dénomination militaire coloniale de repère géodésique donnée à une colline située au Nord de Bamako. L'hôpital a été bâti en 1906 et il a été fonctionnel en 1912.

Depuis cette date il y a eu plusieurs extensions dont :

- ❖ La construction du pavillon des indigènes en 1913
- ❖ La construction de l'école des infirmiers, du laboratoire et du service matériel en 1950.
- ❖ La construction du nouveau bloc opératoire en 1953.
- ❖ La construction du service d'urologie, l'actuel service de cardiologie B, la pneumo –phtisiologie entre 1956 – 1958.
- ❖ La construction de la clôture en barbelé en 1960.

Le style architectural qui est à l'origine était celui d'un hôpital militaire de type pavillonnaire ; il fut transformé en hôpital civil avec l'arrêté n° 174 de février 1958 portant réforme hospitalière et civilisation des services de santé du soudan, pour ensuite être érigé en établissement public hospitalier (EPH) avec la loi n° 02-048 du 22 juillet 2002 portant réforme hospitalière.

4.1.1.2. Situation géographique :

L'hôpital du point « G » est situé sur les collines du point G sur la rive gauche du fleuve Niger en commune III du district de Bamako, Il occupe une superficie de 25 hectares.

Services existants à l'hôpital du point G :

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

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

❖ **Le service de maintenance**

❖ **Les services médico-chirurgicaux :**

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

- Le campus (restaurant pour le personnel)
- La morgue

4.1.1.3. Aperçu sur le service de psychiatrie

C'est le premier service de psychiatrie et le troisième niveau de référence au Mali. Les bâtiments sont situés à l'extrémité Sud – Est de l'hôpital.

❖ Les bâtiments :

Schématiquement ces bâtiments se divisent en trois blocs :

- Un bloc pour les malades chroniques désocialisés
- Un bloc pour les consultations, l'administration interne du service : Ce bloc comprend en plus quatre grandes salles d'hospitalisation et quatre salles d'isolement.
- Le bloc des femmes
- Un bloc composé de cases pour les malades nouvellement hospitalisés

❖ Le personnel médical :

Il est composé :

- Un Professeur de psychiatrie chef de service
- Deux maîtres de conférences
- Deux assistants chefs de cliniques dont un psychologue
- Un P.H (praticien hospitalier)
- Un médecin généraliste
- Dix assistants médicaux
- Un technicien supérieur de santé
- Deux infirmiers auxiliaires
- Un technicien de développement communautaire
- Des étudiants stagiaires de la faculté de médecine et des INFSS
- Une secrétaire
- Trois techniciens de surface

- Cinq étudiants faisant fonction d'internes.

4.1.2. Période d'étude :

Nous avons recueilli les données de cinq années d'activité du service de psychiatrie de l'hôpital national du point -G du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2005.

4.1.3. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective sur tous les cas de troubles psychiatriques observés chez les élèves et étudiants dans le service de psychiatrie de l'hôpital national du Point-G.

4.1.4. Matériel :

L'étude a été faite à partir des dossiers cliniques et le recueil des données a été fait sur les fiches d'enquêtes établies à cet effet et portées en annexe.

4.1.5. Critères d'inclusion :

Ont fait partie de cette étude tous les élèves et étudiants ayant été consulté ou hospitalisés au niveau du service de psychiatrie de l'hôpital national du Point – G pendant la période de l'étude.

4.1.6. Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans l'étude les patients appartenant à d'autres catégories professionnelles et ceux ayant les dossiers incomplets.

4.1.7. Saisie et analyse des données :

La saisie a été faite à l'aide du logiciel Microsoft Word 2003 de Microsoft Office, et l'analyse des données par Epi-info, version 6.04 frc - janvier 1999.

4.1.8. Définitions opérationnelles :

- ❖ Déperdus du 1^{er} degré : élèves ayant accusés des retards scolaires.
- ❖ Déperdus du 2^{ème} degré : élèves exclus, recrutés au sein des jeunes délinquants.
- ❖ Famille monoparentale : famille dans laquelle les enfants vivent avec un seul parent (père ou mère).
- ❖ Famille élargie : une famille formée par les deux parents, les enfants et les collatéraux.
- ❖ Famille mixte : famille dans laquelle l'un ou les deux parents se sont remariés et cohabitent avec leurs enfants issus de leur premier ménage.
- ❖ Parents unis : les deux parents vivent ensemble.
- ❖ Parents séparés : les deux parents ne cohabitent pas ensemble.
- ❖ Scolarisation normale : quand l'élève ou l'étudiant n'a pas observé de redoublement, ni de report d'années.
- ❖ Echec scolaire : exclusion ou abandon des études.
- ❖ Retard scolaire : les cas de redoublement de classes et de reports d'années.
- ❖ Urbain : est urbain toute personne résidant dans les capitales régionales et le district de Bamako.
- ❖ Rural : est rurale toute personne résidant dans toute autre localité du pays différente des capitales régionales et du district de Bamako.
- ❖ Patient à suivi régulier : lorsque le patient a respecté au moins deux rendez-vous.
- ❖ Patient à suivi irrégulier : lorsque le patient n'a pas été revu après la première consultation ou qu'il n'a répondu qu'à un seul rendez-vous.

RESULTATS

4.2. RESULTATS

PREVALANCE

Sur 4994 consultants, 722 étaient des élèves et étudiants, soit une prévalence de 14,46 %.

TABLEAU I : Répartition des patients selon les tranches d'âge

Tranches d'âge (année)	Effectif absolu	Pourcentage
7-13	62	8,60
14-20	355	49,20
21 et +	305	42,20
Total	722	100

La tranche d'âge 14-20 ans a été la plus représentée avec 355 cas soit 49,20 %.

TABLEAU II : Répartition des patients selon le sexe.

Sexe	Effectif absolu	Pourcentage
Masculin	508	70,36
Féminin	214	29,64
Total	722	100

Notons la prédominance du sexe masculin avec un sexe ratio de 2,37 en faveur des garçons.

TABLEAU III : Répartition des patients selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage
Marié(e)	26	3,60
Célibataire	695	96,30
Divorcé (e)	1	0,10
Total	722	100

On note une prédominance des célibataires avec 695 cas soit 96,30 %.

**TABLEAU IV : Répartition des patients selon le rang dans la fratrie.
(Côté mère)**

(La notion de fratrie a été retrouvée chez 456 patients.)

Rang dans la fratrie	Effectif absolu	Pourcentage
Enfant unique	18	3,95
Premier	161	35,30
Deuxième	73	16
Troisième	46	10,10
Quatrième et plus	101	22,15
Dernier	57	2,50
Total	456	100

On note la prédominance des aînés avec 161 cas soit 35,30 %.

TABLEAU V : Répartition des patients selon les ethnies.

(L'ethnie était précisée sur 678 dossiers)

Ethnies	Effectif absolu	Pourcentage
Bamanan	196	28,90
Soninké	89	13,13
Peuhl	114	16,81
Malinké	107	15,80
Sonrhaï	38	5,60
Sénoufo	36	5,30
Dogon	11	1,62
Bozo	29	4,30
Maure	13	1,91
Tamacheck	5	0,73
Kassonké	5	0,73
Minianka	5	0,73
Diawando	5	0,73
Bwa	7	1,03
Autres*	18	2,68
Total	678	100

Les Bamanans ont été les plus représentés avec 196 cas soit 28,90 %, suivi des Peuhls avec 114 cas soit 16,8 %.

* : Ouolof, Mossi, Soussou, Arabe, Toucouleur, Yakoma, Bamiléké.

TABLEAU VI : Répartition des patients selon le type de famille.

(Le type de famille était précisé dans 229 dossiers)

Type de famille	Effectif absolu	Pourcentage
Monoparentale	28	12,23
Elargie	177	73,29
Mixte	24	10,48
Total	229	100

177 patients soit 73,30 % étaient issus d'une famille élargie.

TABLEAU VII : Répartition des patients selon le type de la résidence.

(Dans 716 cas le type de la résidence de la famille était signalée)

Type de Résidence	Effectif absolu	Pourcentage
Urbain	534	74,60
Rural	182	25,40
Total	716	100

Les patients résidants en milieu urbain étaient les plus représentés avec 534 cas soit 74,60 %.

TABLEAU VIII : Répartition des patients selon l'union des parents.

(L'union des parents était précisée sur 448 dossiers)

Parents	Effectif absolu	Pourcentage
Unis	411	91,70
<i>Séparés</i>	37	8,30
Total	448	100

411 patients soit 91,70 % avaient les parents unis.

TABLEAU IX : Répartition des patients selon le régime d'étude.

Régime d'étude	Effectif absolu	Pourcentage
Ecole classique	677	93,77
Ecole franco-arabe	6	0,83
Medersa	37	5,12
AMALDEME	1	0,14
Ecole sourd-muet	1	0,14
Total	722	100

Les élèves et étudiants de l'école classique étaient les plus représentés avec 677 cas soit 93,77 %, suivis de ceux des medersas avec 37 cas soit 5,12 %.

TABLEAU X : Répartition des patients selon le niveau de scolarisation.

(Le niveau scolaire était précisé dans 717 dossiers)

Niveau de scolarisation	Effectif absolu	Pourcentage
Premier cycle Fdtle.*	106	14,80
Second cycle Fdtle.*	166	23,20
Secondaire	266	37,10
Supérieur	179	24,90
Total	717	100

Les sujets du secondaire étaient les plus représentés avec 266 cas soit 37,10 %.

* : école fondamentale, premier et second cycle.

Tableau XI : Répartition des étudiants malades selon l'école ou la faculté fréquentée.

(156 étudiants sur 179 avaient un type d'étude précisé.)

Faculté ou Ecole	Effectif absolu	Pourcentage
ENSUP	4	2,60
FAST	13	8,30
FLASH	36	23,10
FSJE	41	26,30
IPR	1	0,60
IUG	9	5,80
FMPOS	48	30,70
Autres *	4	2,60
TOTAL	156	100

Les étudiants de la FMPOS étaient les plus représentés avec 48 cas soit 30,70 %.

* : Patients étudiant à l'étranger dans des facultés non précisées.

TABLEAU XII : Répartition des patients selon le déroulement de la scolarité.

(Sur 551 dossiers le déroulement de la scolarisation était précisée)

Déroulement de la Scolarité	Effectif absolu	Pourcentage
Normal	336	61
Retard scolaire	130	23,60
Echec scolaire	85	15,40
Total	551	100

85 patients soit 15,40 % ont connu un échec scolaire.

TABLEAU XIII : Répartition des patients selon le niveau scolaire et l'échec scolaire.

Echec scolaire Niveau scolaire	Effectif absolu	Pourcentage
Premier cycle Fdtle.	12	14,10
Second cycle Fdtle.	12	14,10
Secondaire	28	32,90
Supérieur	33	38,80
Total	85	100

L'échec scolaire était plus fréquent chez les universitaires avec 33 cas sur 85 soit 38,80 %

TABLEAU XIV : Répartition des patients selon la consommation de tabac
(La consommation de tabac était précisée sur 518 dossiers)

Tabagisme	Effectif absolu	Pourcentage
Présent	80	15,40
Absent	438	84,60
Total	518	100

80 patients soit 15,40 % étaient des consommateurs de tabac.

TABLEAU XV : Répartition des patients selon la notion de prise d'alcool
(La notion de prise d'alcool était précisée sur 513 dossiers.)

Notion de prise d'alcool	Effectif absolu	Pourcentage
Présent	25	4,90
Absent	488	95,10
Total	513	100

25 patients soit 4,90 % étaient des consommateurs d'alcool.

TABLEAU XVI : Répartition des patients selon la notion de prise de toxiques.
(La notion de prise de toxiques était précisée sur 517dossiers.)

Notion de prise de toxiques	Effectif absolu	Pourcentage
Présente	64	12,40
Absente	453	87,60
Total	517	100

La notion de prise de toxiques était présente chez 64 patients soit 12,40 %.

TABLEAU XVII : Répartition des patients selon les motifs de la demande de soins.

Motifs de demande de soins	Effectif absolu	Pourcentage
Agitation	77	12
Agressivité	76	10,50
Anxiété	65	9
Céphalée	49	6,80
Crises convulsives	71	9,80
Enurésie	7	1
Errance	7	1
Fugue	23	3,20
Incohérence	23	3,20
Isolement	22	3
Logorrhée	8	1,10
Mutisme	29	4
Plaintes somatiques	10	1,4
Refus alimentaire	9	1,20
Soliloque	16	2,20
Troubles du sommeil	179	24,80
Consommation de toxiques	14	1,90
Tentative de suicide	12	1,70
Autres*	16	2,20
Total	722	100

Les troubles du sommeil ont constitué le motif le plus fréquent avec 179 cas soit 24,80 %, suivi de l'agitation avec 77 cas soit 12 %, puis de l'agressivité avec 76 cas soit 10,50 %.

* : Anorexie, Asthénie physique ou intellectuelle ou sexuelle, Echec scolaire, Homicide, Inhibition psychomotrice, retard mental.

TABLEAU XVIII : Répartition des patients selon l'origine de la demande de soins.

Origine	Effectif absolu	Pourcentage
Médecin	114	15,8
Parents	529	73,30
Patient	66	9,10
Ecole – Institution	5	0,70
Forces de l'ordre	8	1
Total	722	100

Les parents ont été à l'origine de la demande des soins dans 529 cas soit 73,3 %.

TABLEAU XIX : Répartition des patients selon les antécédents psychiatriques personnels.

(La notion d'antécédents psychiatriques personnels était précisée sur 712 dossiers)

Antécédents psychiatriques personnels	Effectif absolu	Pourcentage
Présents	116	16,3
Absents	596	83,7
Total	712	100

116 patients soit 16,3 % avaient des antécédents psychiatriques personnels.

TABLEAU XX : Répartition des patients selon les antécédents psychiatriques familiaux.

(Dans 680 cas, les antécédents psychiatriques familiaux étaient précisés)

Antécédents Psychiatriques familiaux	Effectif absolu	Pourcentage
Présents	135	19,90
Absents	545	80,10
Total	680	100

135 patients soit 19,90 % avaient des antécédents psychiatriques familiaux.

TABLEAU XXI : Répartition des patients selon le diagnostic retenu.

Diagnostic	Effectif absolu	Pourcentage
Psychoses	398	55,10
Troubles névrotiques	91	12,60
Troubles réactionnels	43	6
Déficiences mentales et/ou troubles des fonctions instrumentales	7	1
Troubles liés à l'usage de l'alcool et de drogues	18	2,50
Troubles à expression somatique et/ou comportementale	24	3,30
Variation de la normale	61	8,40
Epilepsie	80	11,10
Total	722	100

Les psychoses ont été le diagnostic le plus évoqué avec 398 cas soit 55,10 %, suivies des névroses avec 91 cas soit 12,60%.

TABLEAU XXII : Répartition des patients selon le diagnostic et les tranches d'âge.

Tranches d'âge (ans) Diagnostic	7 - 13		14 - 20		21 et plus		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Psychoses	12	3,00	206	51,80	180	45,20	398	55,10
Troubles névrotiques	5	5,50	53	58,20	33	36,30	91	12,60
Troubles réactionnels	1	2,30	12	27,90	30	69,80	43	6
Déficiences mentales et/ou troubles des fonctions instrumentales	6	85,70	1	14,30	0	0	7	1
Troubles liés à l'usage de l'alcool et de drogues	0	0	10	55,60	8	44,40	18	2,50
Troubles à expression somatique et/ou comportementale	4	16,70	13	54,20	7	29,20	24	3,30
Variations de la normale	1	1,60	20	32,80	40	65,60	61	8,40
Epilepsie	33	41,30	40	50	7	8,80	80	11,10
Total	62	8,60	355	49,20	305	42,20	722	100

Les troubles observés étaient plus fréquents dans la tranche d'âge de 14-20 ans avec 355 cas sur 722 soit 49,20%, sauf les déficiences mentales et/ou les troubles des fonctions instrumentales qui étaient plus fréquents dans la tranche d'âge 7 – 13 ans avec 6 cas sur 7 soit 85,70 %.

TABLEAU XXIII : répartition des patients selon le diagnostic et le sexe.

Sexe Diagnostic	Féminin		Masculin		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Psychoses	83	20,90	315	79,10	398	55,10
Troubles névrotiques	52	57,10	39	42,90	91	12,60
Troubles réactionnels	16	37,20	27	62,80	43	6
Déficiences mentales et/ou troubles des fonctions instrumentales	3	42,90	4	57,10	7	1
Troubles liés à l'usage de l'alcool et de drogues	1	5,60	17	94,40	18	2,50
Troubles à expression somatique et/ou comportementale	12	50	12	50	24	3,30
Variations de la normale	15	24,60	46	75,40	61	8,40
Epilepsie	32	40	48	60	80	11,10
Total	214	29,60	508	70,40	722	100

Les troubles névrotiques étaient plus fréquents dans le sexe féminin avec 52 cas sur 91 soit 57,10 %, et les troubles liés à l'usage de l'alcool et de drogue dans le sexe masculin avec 17 cas sur 18 soit 94,40 %.

TABLEAU XXIV: Répartition des patients selon le diagnostic et l'échec scolaire.

Echec scolaire Diagnostic	Effectif absolu	Pourcentage
	Psychoses	41
Troubles névrotiques	14	16,50
Troubles réactionnels	5	5,90
Déficiences mentales et/ou troubles des fonctions instrumentales	1	1,20
Troubles liés à l'usage de l'alcool et de drogues	4	4,70
Troubles à expression somatique et/ou comportementale	3	3,50
Variations de la normale	7	8,20
Epilepsie	10	11,80
Total	85	100

Le plus grand taux d'échec a été retrouvé chez les psychotiques avec 41 cas sur 85 soit 48,20 %.

TABLEAU XXV : Répartition des patients selon le diagnostic et le niveau d'étude.

Niveau d'étude / Diagnostic	Primaire		Fondamental		Secondaire		Supérieur		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Psychoses	33	8,40	111	28,20	162	41,10	88	22,30	394	55
Troubles névrotiques	9	9,90	23	25,30	31	34,10	28	30,80	91	12,70
Troubles réactionnels	1	2,30	2	4,70	15	34,90	25	58,10	43	6
Déficiences mentales et/ou troubles des fonctions instrumentales	7	100	0	0	0	0	0	0	7	1
Troubles liés à l'usage de l'alcool et de drogues	2	11,10	3	16,70	9	50	4	22,20	18	2,50
Troubles à expression somatique et/ou comportementale	5	20,80	6	25	10	41,70	3	12,50	24	3,30
Variations de la normale	0	0	7	11,70	24	40	29	48,30	60	8,40
Epilepsie	49	61,30	14	17,50	15	18,80	2	2,50	80	11,20
Total	106	14,80	166	23,20	266	37,10	179	24,90	717	100

La moitié des patients présentant des troubles liés à l'usage de l'alcool et de drogues étaient des élèves du niveau secondaire avec 9 cas sur 18 soit 50 %.

TABLEAU XXVI : Répartition des patients selon le diagnostic et le déroulement de la scolarité.

Diagnostic \ Scolarité	Normale		Retard scolaire		Echec scolaire		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Psychoses	180	61,60	71	24,30	41	14	292	53
Troubles névrotiques	44	58,70	17	22,70	14	18,70	75	13,60
Troubles réactionnels	26	83,90	0	0	5	16,10	31	5,60
Déficiences mentales et/ou troubles des fonctions instrumentales	3	60	1	20	1	20	5	0,90
Troubles liés à l'usage de l'alcool et de drogues	8	53,30	3	20	4	26,70	15	2,70
Troubles à expression somatique et/ou comportementale	9	42,90	9	42,90	3	14,30	21	3,80
Variations de la normale	31	63,30	11	22,40	7	14,30	49	8,90
Epilepsie	35	55,60	18	28,60	10	15,90	63	11,40
Total	336	61	130	23,60	85	15,40	551	100

Le fort taux d'échec scolaire a été retrouvé chez les psychotiques avec 41 cas sur 292 soit 14 %

TABLEAU XXVII : Répartition des patients selon le diagnostic et le type de famille.

Type de famille Diagnostic	Monoparentale		Élargie		Mixte		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Psychoses	8	6,50	101	82,10	14	11,40	123	53,70
Troubles névrotiques	6	22,20	19	70,40	2	7,40	27	11,80
Troubles réactionnels	2	13,30	10	66,70	3	20	15	6,60
Déficiences mentales et/ou troubles des fonctions instrumentales	0		1	100	0		1	0,40
Troubles liés à l'usage de l'alcool et de drogues	4	40	4	40	2	20	10	4,40
Troubles à expression somatique et/ou comportementale	1	14,30	6	85,70	0	0	7	3,10
Variations de la normale	3	13,60	16	72,70	3	13,60	22	9,60
Epilepsie	4	16,70	20	83,30	0	0	24	10,50
Total	28	12,20	177	77,30	24	10,50	229	100

La majorité des névrotiques était d'une famille élargie avec 19 cas sur 27 soit 70,40 %.

TABLEAU XXVIII : Répartition des patients selon le diagnostic et les antécédents psychiatriques personnels

Antécédents psychiatriques personnels Diagnostic	Présents		Absents		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Psychoses	95	24,10	299	75,90	394	55,30
Troubles névrotiques	4	4,50	85	95,50	89	12,50
Troubles réactionnels	1	2,30	42	97,70	43	6
Déficiences mentales et/ou troubles des fonctions instrumentales	0	0	7	100	7	1
Troubles liés à l'usage de l'alcool et de drogues	2	11,80	15	88,20	17	2,40
Troubles à expression somatique et/ou comportementale	1	4,20	23	95,80	24	3,40
Variations de la normale	4	6,80	55	93,20	59	8,30
Epilepsie	9	11,40	70	88,60	79	11,10
Total	116	16,30	596	83,70	712	100

Pour toutes les pathologies observées, la majorité des patients n'avaient pas d'antécédents psychiatriques personnels avec 596 cas sur 712 soit 83,70 %.

TABLEAU XXIX : Répartition des patients selon le diagnostic et les antécédents psychiatriques familiaux.

Antécédents psychiatriques familiaux Diagnostic	Présents		Absents		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Psychoses	105	28,70	261	71,30	366	53,80
Troubles névrotiques	6	6,90	81	93,1	87	12,80
Troubles réactionnels	5	12,50	35	87,50	40	5,90
Déficiences mentales et/ou troubles des fonctions instrumentales	1	16,70	5	83,30	6	0,90
Troubles liés à l'usage de l'alcool et de drogues	2	11,10	16	88,90	18	2,60
Troubles à expression somatique et/ou comportementale	3	12,50	21	87,50	24	3,50
Variations de la normale	6	10	54	90	60	8,80
Epilepsie	7	8,90	72	91,10	79	11,60
Total	135	19,90	545	80,10	680	100

105 psychotiques sur 366 soit 28,70 % avaient des antécédents psychiatriques familiaux.

TABLEAU XXX : Répartition des patients selon le diagnostic et la notion de prise de toxiques.

Notion de prise de toxiques Diagnostic	Présents		Absents		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Psychoses	42	15,10	237	84,90	279	54
Troubles névrotiques	1	1,50	64	98,50	65	12,60
Troubles réactionnels	1	3,1	31	96,90	32	6,20
Déficiences mentales et/ou troubles des fonctions instrumentales	0	0	6	100	6	1,20
Troubles liés à l'usage de l'alcool et de drogues	18	100	0	0	18	3,50
Troubles à expression somatique et/ou comportementale	1	7,70	12	92,30	12	2,50
Variations de la normale	0	0	36	100	36	7
Epilepsie	1	1,50	67	98,50	68	13,20
Total	64	12,4	453	87,60	517	100

La notion de prise de toxiques était présente chez 42 psychotiques sur 279 soit 15,10 %.

TABLEAU XXXI : Répartition des patients selon le mode de suivi.

Mode de suivi	Effectif absolu	Pourcentage
Ambulatoire	601	83,20
Hospitalisation	121	16,80
Total	722	100

La majorité des patients a été suivie en ambulatoire avec 601 cas sur 722 soit 83,20 %.

TABLEAU XXXII : Répartition des patients selon la régularité des soins.

Traitement	Effectif absolu	Pourcentage
Régulier	298	41,30
Non régulier	424	58,70
Total	722	100

424 patients soit 58,70 % n'ont pas été réguliers dans le traitement.

TABLEAU XXXIII : Répartition des patients selon l'utilisation de la thérapie traditionnelle.

(La notion de traitement traditionnelle a été précisée sur 679 dossiers)

Thérapie traditionnelle	Effectif absolu	Pourcentage
Reçue	579	85,3
Non reçue	100	14,7
Total	679	100

579 patients soit 85,30% ont reçu un traitement traditionnel avant d'arriver en psychiatrie.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS DES RESULTATS

4.3. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS DES RESULTATS.

4.3.1. Méthodologie.

Les limites de notre étude tiennent pour l'essentiel à celles liées aux études rétrospectives. Certaines données manquantes ne permettent pas toujours de faire des interprétations pertinentes.

Les dossiers ont été collectés à partir du registre de consultation externe et d'hospitalisation du service de psychiatrie de l'hôpital national du Point-G. Treize (13) dossiers ont été éliminés du fait de l'insuffisance d'information par rapport à notre fiche d'enquête.

Le choix d'un seul diagnostic reste critiquable du fait de la possibilité que certaines comorbidités soient souvent occultées.

Le manque de diagnostic précis dans la plupart des dossiers nous a obligé à lire tous les dossiers et à évoquer un diagnostic en fonction de l'axe I de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent [23] qui est un axe consacré aux catégories cliniques de base.

Nous avons classée l'épilepsie comme catégorie à part, du fait de la fréquence de cette pathologie dans notre étude.

Le manque de test d'évaluation du Q.I.(Quotient Intellectuel) adapté à nos sociétés nous a conduit à regrouper les déficiences mentales et les troubles des fonctions instrumentales qui, dans la majorité des cas sont associés.

4.3.2. Résultats.

4.3.2.1. Données socio-démographiques.

Les sujets de la tranche d'âge de 14 – 20 ans ont été les plus représentés dans notre étude avec un taux de 49,20 %. Ce résultat est proche de celui de J. TRAORE [11] qui a trouvé dans sa série une prédominance de la tranche d'âge 18 – 20 ans avec un taux de 55,50 %.

Le manque de structure de psychiatrie infanto-juvénile dans nos pays en développement, fait que les sujets en fin de l'adolescence (18 – 20 ans) qui sont presque des adultes, sont facilement dirigés vers des structures de psychiatrie s'occupant en général des adultes.

Le sexe masculin a été le plus représenté dans notre étude avec une fréquence de 70,30 % et un sexe ratio de 2,37 en faveur des garçons.

D'autres études ont mis en évidence cette prédominance masculine notamment celles de J. TRAORE [11] à l'hôpital du Point-G (55,20 %), de A. OUEDRAOGO et al. [13] au Burkina-Faso (54,10 % de garçons).

Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par le fait que :

- ❖ Le faible taux de scolarisation des filles.
- ❖ Soit les problèmes de santé des garçons inquiètent plus les parents ou sont plus dérangeants et attirent plus l'attention ;
- ❖ Soit les garçons extériorisent davantage leurs problèmes que les filles.

Dans notre étude nous avons trouvé 15,40 % d'échec scolaire (85 sujets sur 551)

Ceci peut s'expliquer par :

- ❖ L'irrégularité dans le traitement ;
- ❖ Le caractère assez désorganisant de la maladie mentale en particulier des psychoses.

Ce résultat est inférieur à ceux de J. TRAORE [11] et de A. OUEDRAOGO et al. [13] qui ont trouvé respectivement 32,20 et 30,30 % d'interruption des études.

Ceci peut s'expliquer par notre échantillonnage qui ne prend pas en compte d'autres catégories professionnelles contrairement à J. TRAORE et A. OUEDRAOGO qui se sont intéressés de façon générale à tous les enfants et adolescents même ceux qui avaient été déscolarisés avant leur prise en charge.

Dans notre série, les élèves du secondaire étaient les plus représentés avec un taux de 37,10 %, suivi des étudiants avec un taux de 25 %.

On pourrait expliquer cette prédominance des élèves du secondaire par le fait que :

- ❖ D'une part, le manque de structures spécialisées infanto-juvéniles qui auraient dû absorber une grande part des enfants adressés en psychiatrie adulte avant l'âge de 18 ans;

- ❖ D'autre part, la non reconnaissance à temps du caractère pathologique de beaucoup de troubles du comportement des enfants, fait qu'ils sont moins vus en psychiatrie.

- ❖ Les tranches d'âge de 14-20 ans et de 21 et plus (que constituent les élèves du secondaire et les étudiants) correspondent à l'âge de début de beaucoup de troubles psychiatriques de l'adulte ce qui fait qu'il sont facilement adressés en psychiatrie.

Nous avons trouvé une prédominance des aînés dans notre série avec un taux de 35,30 %.

A ce titre nous sommes en accord avec A.OUEDRAOGO et al. [13] et J. TRAORE [11] qui ont trouvé respectivement une représentation des aînés dans leurs études de 39,30 % et 19,10 %.

On pourrait signaler que les aînés sont les plus représentés :

- ✓ soit parce qu'on attend généralement d'eux une exemplarité sans faille et une réussite à tout point de vue ;

- ✓ Soit parce que les parents s'inquiètent plus devant leur problème de santé mentale étant donné l'importance de leur rôle dans les sociétés africaines ;

- ✓ Soit à cause de l'inexpérience des jeunes parents dans la prise en charge de leur premier enfant.

Ainsi nous pouvons évoquer comme M. BOUCEBCI [14], qu'être aîné est un facteur de risque.

3,60 % des sujets de notre série étaient mariés ; il s'agissait surtout des filles. Ce résultat est inférieur à celui de J. TRAORE [11] et de A.OUEDRAOGO et al [13] qui dans leurs études ont trouvé respectivement 12,80 % et 8,80 % de sujets mariés, qui étaient aussi des filles.

Cette infériorité s'expliquerait par le fait que contrairement à ces auteurs, notre étude a exclu tous les sujets du même âge qui n'étaient pas élèves ou étudiants.

Dans notre étude 28,90 % des sujets étaient des Bamanans. Ce résultat se rapproche de celui de J. TRAORE qui a trouvé 29,50 % de Bamanans.

On peut expliquer ce résultat par le fait que les Bamanans constituent 40 % de la population malienne [15]. Ils vivent principalement dans les régions de Koulikoro et Ségou plus proches de la capitale Bamako, donc plus proche du seul centre spécialisé du pays.

Dans notre étude 91,70 % des sujets avaient les parents unis et 8,30 % avaient les parents séparés. Ce résultat est conforme à ceux de : J. TRAORE [11] (64,30 % de sujets de parents unis et 35,70 % de sujets de parents séparés), des burkinabés A.OUEDRAOGO et al. [13] (88,40 % de sujets de parents unis et 11,60 % de sujets de parents séparés), des français O. HALFON et coll. [16] (62 % de cas de parents unis et 38 % de cas de parents séparés) et M. BEVERINA et coll. [17] (61,42 % de sujets de parents unis et 33,37 % de sujets de parents séparés).

Les urbains représentaient dans notre étude 74,60 % des patients.

Cette prédominance des urbains a été retrouvée également par J. TRAORE [11] avec 79,60 % de sa série.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les malades ou leurs accompagnants donnent l'adresse de leurs correspondants à Bamako.

Aussi MURPHY H.B. [18] signalait que « la pathologie est plus nette en milieu urbain ; moins tolérante et plus exposée ; tandis que la proximité d'un centre de soins facilite l'inscription sur les statistiques. »

4.3.2.2. Profil clinique.

Les troubles du sommeil (24,80%), l'agitation (12 %) ont été les motifs les plus fréquents de demande de soins. Ces troubles du comportement sont très mal tolérés et très dérangeants pour l'entourage du sujet. Ils motivent une recherche rapide de solution non seulement pour la stabilité du sujet mais aussi de son entourage.

Ce résultat est comparable à celui de J.TRAORE [11] qui a observé l'agitation (23%), l'agressivité (12,50 %) et les troubles du sommeil (11,30) comme les motifs les plus fréquents de demande de soins.

Les parents ont été à l'origine de 73,30 % des demandes de soins, suivis des médecins (15,80 %). Dans 9,10 % il s'agissait des patients eux mêmes qui le plus souvent étaient des étudiants et seulement dans 0,70 % des cas la demande de soins émanait des écoles ou institutions.

Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que :

- ❖ Les enseignants ne sont pas beaucoup impliqués dans la surveillance de l'état de santé des enfants ;
- ❖ La méconnaissance de l'état morbide qui caractérise certaines maladies psychiatriques empêche le patient de voir la nécessité des soins et donc de consulter de lui-même.

Le même constat a été fait par J. TRAORE [11] qui a trouvé 82,50 % de demande de la part des parents, 13,10 % de la part des médecins 3,10 % des patients eux même et 0,80 % de la part des écoles ou institutions.

A. OUEDRAOGO et al. [13] dans leur étude ont observé que 85,40 % des sujets avaient demandé des soins sur l'initiative de la famille ou sur conseil du médecin traitant.

Dans notre étude nous avons observé que ce sont surtout les psychoses et les troubles névrotiques qui sont les premières causes de demande de soins avec respectivement un taux de 55,10 % et 12,60 % des cas.

L'épilepsie a représenté 11,10 % des cas ; les autres troubles ont été observés avec des fréquences moins importantes.

J. TRAORE [11] dans sa série a trouvé les psychoses dans 49,20 % et l'épilepsie dans 13,20 % des cas suivies par les névroses dans 12,50 % des cas.

A. OUEDRAOGO et al. [13] dans leur étude ont trouvé une prédominance de l'épilepsie avec un taux de 30,70 % des cas puis les psychoses avec une fréquence de 25,20 % des cas.

CHAMPANIER J.P. et al (Bordeaux 1989) [19] ont trouvé en France 41 % de troubles des fonctions instrumentales, 11 % de troubles névrotiques et 4% % de psychoses lors d'une étude portant sur 354 enfants et adolescents examinés par les équipes du secteur public et de l'Education Nationale dans le canton de Loir.

ISPANOVIC V. -RADOJKOVIC et coll. [20] ont observé dans leur étude en Yougoslavie 15 % de psychoses.

A cet effet CAWTHRON P. et al. [21] et NIKAPOTA A.D. [22] signalaient que les psychoses sont plus fréquentes chez les adolescents d'Afrique et d'Asie que chez ceux des pays développés.

Dans notre série nous avons observé que les troubles névrotiques étaient plus fréquents dans le sexe féminin avec 52 cas sur 91 soit 57,10 %, et

que les psychoses étaient plus fréquentes chez les garçons avec 315 cas sur 398 soit 79,10 %.

A. OUEDRAOGO et al. [13] ont fait la même observation dans leur étude de même que R. MISES et al. [23].

En dehors de l'épilepsie et des déficiences mentales et/ou troubles des fonctions instrumentales, nous avons observé que les autres troubles étaient plus fréquents chez les élèves du niveau secondaire qui représentaient 37,10 % des demandeurs de soins.

Les déficiences mentales et/ou troubles des fonctions instrumentales étaient plus fréquentes chez les patients de la tranche d'âge 7 – 13 ans avec 6 cas sur 7 soit 85,70 %.

Cette observation se comprend par le fait que les arriérés mentaux même légers dépassent difficilement le niveau primaire qui correspond à ce groupe d'âge.

Nous avons observé dans notre série que la moitié des sujets présentant des troubles liés à l'usage de l'alcool et de drogues étaient d'un niveau secondaire avec 9 cas sur 18 soit 50 %.

Si l'on comprend que le secondaire correspond à l'âge d'adolescence, cette observation est compréhensible dans la mesure où cet âge est la période de prédilection des crises identitaires qui amènent les jeunes à faire leur première expérience toxicomaniaque.

4.3.2.3 Prise en charge thérapeutique.

Dans notre étude 83,20 % des sujets ont été suivis en ambulatoire, 16,80 % des sujets ont été hospitalisés. Ce résultat est comparable à ceux J. TRAORE [11] (86,40 % de suivi en ambulatoire, 13,60 % d'hospitalisation) et de A. OUEDRAOGO et al. [13] (78 % de suivi en ambulatoire, 22 % d'hospitalisation) et MISES R. et coll. [23] (83 % de suivi en ambulatoire, 17 % d'hospitalisation).

41,30 % des sujets de notre série ont pu suivre régulièrement les soins. QUEMADA N et al [24] ont trouvé 30 % de prise en charge continue au-delà d'un an lors d'une étude portant sur des enfants et adolescents du département de Loire-Atlantique entrant pour la première fois ou réentrant durant l'année 1985 dans l'un des services de soins psychiatriques, public ou privé, ambulatoire ou hospitalier.

Ce résultat peut s'expliquer par le fait que :

- ❖ Le service de psychiatrie est considéré par beaucoup de gens comme « un pompier » en fonction de l'ampleur du désordre social causé par le malade et sa maladie mentale.

- ❖ De façon générale la demande de soins constitue surtout la recherche de la solution de ce désordre et non une véritable demande de prise en charge;

Dans notre étude chez 679 sujets la notion d'utilisation d'un traitement traditionnel a été précisée ; 85,30 % de ces sujets ont eu recours à un traitement traditionnel avant de consulter en psychiatrie. Le même constat a été fait par J. TRAORE [11] qui trouvait 71,60 % de sujets ayant reçu un traitement traditionnel.

Dans notre culture, la maladie, surtout la maladie mentale est souvent considérée comme l'œuvre soit de mauvais esprits, soit d'une transgression, soit de mauvais gens et requiert donc l'intervention du tradithérapeute. C'est pour cela qu'il n'est pas rare d'entendre que les psychiatres calment et que les tradithérapeutes guérissent.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

4.4. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

4.4.1. CONCLUSION.

Au Mali, la santé mentale des élèves et étudiants constitue un réel problème.

Cette étude rétrospective de cinq ans portant dans le service de psychiatrie de l'hôpital du Point-G, nous a permis de constater que la prévalence des troubles psychiatriques chez les élèves et étudiants est de 14,46 %

Malgré qu'il s'agisse du domaine scolaire, les demandes de soins sont surtout formulées par les familles.

L'étude nous a montré que les 14-20 ans sont les plus touchés avec une prédominance masculine.

Les pathologies rencontrées sont dominées par les psychoses, les névroses et l'épilepsie. La psychose est la plus pourvoyeuse d'échec scolaire.

La majeure partie des patients avait déjà consulté les tradithérapeutes avant d'arriver en psychiatrie où le suivi ambulatoire a été la règle.

Les âges scolaires et universitaires correspondant à l'enfance et l'adolescence constituent une période de changement où l'apprenant est sujet à des bouleversements d'ordre psychologique. Une attention particulière des parents, des encadreurs (scolaires, institutionnels, professionnels) et des médecins, permet une meilleure orientation et une prise en charge adéquate des troubles d'ordre psychologique et psychiatrique des élèves et étudiants pour assurer une meilleure adaptation de ces sujets.

4.4.2. RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude nous recommandons :

- Aux autorités administratives et politiques :
 - ❖ L'élaboration d'une politique nationale de santé mentale prenant en compte les problèmes relatifs aux élèves et étudiants ;
 - ❖ La formation de pédopsychiatres ;
 - ❖ L'ouverture de consultations psychiatriques dans les centres de santé de référence ;
- Aux personnels socio- sanitaires :
 - ❖ L'information et la sensibilisation des parents et des éducateurs pour une meilleure prise en compte des troubles même mineurs des élèves et étudiants susceptibles d'affecter leur équilibre psychologique et par conséquent l'évolution de leur étude ;
 - ❖ Le renforcement de la collaboration entre les tradithérapeutes et les agents socio- sanitaires ;
 - ❖ Une collaboration plus étroite entre les psychiatres et les autres secteurs d'activités ayant en charge les élèves et étudiants ;
 - ❖ Le remplissage plus rigoureux des supports de recueil de données médicales (Fiches de consultation externe et d'hospitalisation, Registres...) ;
 - ❖ L'informatisation des dossiers médicaux.
- Aux parents :
 - ❖ De consulter le plus précocement un agent de santé qualifié devant la survenue de troubles de comportement même mineurs chez les enfants et les adolescents.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Doll, Beth

Prevalence of psychiatric disorders in children school. Quaterly, vol. 11, PP. 20-47

2. G. Ron Norton, Ph. D., Michael Weinrath, Ph. D., et Michel Bonin

L'usage de la cocaïne : Recommandations en matière de traitement et de réadaptation pour la stratégie canadienne antidrogue

http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/drugs-droques/cocaine_use-usage_cocaine/cocaine_f.pdf

3. AGENCE DE SANTE PUBLIQUE DU CANADA

Évaluation nationale de l'effet des expériences scolaires sur les résultats et les comportements liés à la santé chez les jeunes.

http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/schobc-esrcsci/i_litterature_f.html

4. ESPAD 2004

Ecole et cannabis : règles, mesures, détection précoce. Guide à l'intention des enseignants et des établissements scolaires, OSFP, Berne, ISPA, Lausanne 2004.

http://www.horizons-et-debats.ch/30b/30_23.htm

5. DANON H. - BOILEAU

L'aide psychologique en faveur des étudiants : intérêts d'une prise en charge médico-psychologique et pédagogique. Neuropsychiatrie de l'enfance, 1989, 37 (12), 591-598

6. Marie-Christine Lemeunier-Lelièvre-Gérain

La prise en charge des suicidants au CHU d'Angers: étude prospective comparative de l'unité d'accueil des suicidants et des services de médecine.

http://www.med.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie_adulte/theses/gerain2004.pdf

7. L. M. Andriantseho , T. F. Andrianasy & D. S.Andriambao

Les troubles psychiatriques à Madagascar : étude clinique de 376 cas répertoriés à Mahajanga.

<http://www.pathexo.fr/pdf/2004n2/T97-2-2458-5p.pdf>

8. COULIBALY B., KOUMARE B., COUDRAY J. P.

La demande de soins psychiatriques au Mali : données d'épidémiologie hospitalière, Psychopathologie africaine, 1983, XIX, 3, 261-286.

9. HAIDARA M.

Evaluation des activités de consultation externe du service de psychiatrie de l'hôpital national du point-G.

Thèse de médecine, Bamako (Mali), 1995.

10. SY M. H.

Contribution à une étude sur la déperdition scolaire, ses rapports et ses influences sur la délinquance juvénile au « Mali » : cas de Bamako.

11. TRAORE J.

Demande de soins psychiatriques chez les l'adolescents dans les structures de soins spécialisés du district de Bamako

Thèse de médecine, Bamako Mali, 2003. 63 P.

12. Dembélé Sidiki Y.

Les Echos : Promotion de la jeunesse, Un programme national de 1,5 milliard. http://www.afribone.com/article.php3?id_article=3112

13. OUEDRAOGO A., SIRANYAN S., OUEDRAOGO T.L

Morbidité psychiatrique chez les enfants et adolescents. Etude retrospective sur cinq ans des données hospitalières du service de psychiatrie du C.H.N.Y.O Ouagadougou (Burkina-Faso). Neuropsychiat. Enf. Adol. , 1998, 46 (3) , 135-140.

14. BOUCEBCI M.

Rang d'aîné dans la fratrie et risque psychopathologique : Syndrome d'aîné. Inf. Psychiatr., 1994, 70, 583-592.

15. Encyclopédie Microsoft Encarta 2005

Mali : population et société.

16. HALFON O., LAGET J., et al.

Etude prospective d'évaluation psychiatrique et pédagogique dans un service pour adolescents de la fondation santé des étudiants en France. L'encéphale, 1992, XVIII, 617 - 622.

17. BEVERINA M., BASQUIN M., QUEMADA N.

Quelques données statistiques sur les incidences de la situation matrimoniale parentale, divorce ou séparation, dans une population d'enfants consultant d'un intersecteur représentatif au niveau épidémiologique (XIIème arrondissement de Paris).

Neuropsychiat. Enf. Adol. 1991, 39 (6) 217 – 223.

18. MURPHY H.B.M.

Méthodologie de recherche en socio-psychiatrie et ethnopsychiatrie. E.M.C. Psychiatrie, Folio, 37720 A10, 1965, 14p.

19. CHAMPANIER J.P , FERLEY JP, DESPINOY H.

Recherche sur les troubles psychologiques et psychiatriques des enfants et des adolescents du canton de Lorient. Congrès d'Epidémiologie Psychiatrique, Bordeaux, 2-3 juin 1989.

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/recherche/rech/AnGFEP/morbtraitenf.html>

20. ISPANOVIC V. -RADOJKOVIC, S. NIKOLIC et al.

Etude de l'application de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent en Yougoslavie. Neuropsychiatrie de l'enfance, 1990, 38 (10-11), 582 – 584.

21. CAWTHRON P., JAMES A.J. et al.

Adolescent onset psychosis. A clinical and out come study. J. child Psychol. Psychiatry, 1994, 35, 1321 – 1332.

22. NIKAPOTA A.D.

Child psychiatric in developing contries. Br. J. Psychiat. 1991, 158, 743 – 751.

23. R. MISES

Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (C.F.T.M.E.A.). Présentation générale. Neuropsychiat. Enf. Adol., 1990, 30 (10 - 11), 523 – 539.

24. QUEMADA N, CASADEBAIG F.

Morbidité psychiatrique infanto-juvénile: devenir à un an de la prise en charge d'une cohorte d'enfants et d'adolescents.

Psychologie Médicale, 1992, 24, 1, 37-41.

<http://psydoc->

[fr.broca.inserm.fr/recherche/Rech/AnGFEP/morbtraitenf.html](http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/recherche/Rech/AnGFEP/morbtraitenf.html)

25. GUELFY J.D :

Psychiatrie de l'adulte, édition Marketing, Paris 1988, 464 pages.

26. LEMPERIERE .T ROUILLON .F & LEPINE .JP

Troubles psychiques liées à la puerpéralité. EMC (Paris-France), Psychiatrie, 37660 A10, 7- 1984, 12 pages.

27. EY H. BERNARD P .BRISSET C.M

Manuel de psychiatrie, éd. revue et complétée, 1978 Masson, Paris 1974: 1252 pages.

28. PICHOT & DEBRAY H.R.

Hospitalisation psychiatrique descriptive. Groupe d'étude et de recherche appliquée en psychiatrie. Paris, 1971.

29. GUELFY J. D. BOYER P. CONSOL S. OLIVIER-MARTIN R :

Psychiatrie; PUF fondamental. 932 p.

30. SISSOKO M.

Quelques aspect médico-légaux de la pratique psychiatrique au Mali.
Thèse Med. Bamako Mali 1984.

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

Commission on epidemiology and prognosis, International League Against epilepsy. Guideline for epidemiologic studies on epilepsy. Epilepsia : 25 (2), 1984. Pp184-198.

32. SAMUEL –LAJEUNESSE B.

Le problème des bouffées délirantes. In : actualité de la schizophrénie, PUF., Paris, 35-54, 1981.

33. RANCUREL G. et MARMIE D.

« Psychoses puerpérales. Les accidents psychiatriques et les manifestations psychopathiques de la gravido puerpéralité », Encycl. Méd-chir., Paris, psychiatrie 37.666 A10, p.7.

34. TH. LEMPERIERE, A. FELINE et coll.

Psychiatrie de l'adulte, collection abrégés de médecine Paris 1993, 12^{ème} tirage, 430 pages.

35. JANET P.

Les obsessions et la psychasthénie, classics in psychiatry, Arno Press, New York, 1976.

36. GUYOTAT J., DENIKER P. et LEMPERIERE TH.

Précis de psychiatrie de l'adulte, 1990, 750 pages.

37. LASEGUE C.

De l'anorexie hystérique. In « Ecrits psychiatriques. Textes choisis et représentés par J. CORRAZE. 135-150 ». Toulouse 1971.

38. JANET P.

L'état mental des hystériques, Alcan édit., Paris, 1894.

39. PICHOT P.

Les névroses, horizons médicaux 1960-61. n°75 à 77 et 79 à 81.

40. KRAEPELIN E.

Leçons cliniques sur la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive. Privat éd. Toulouse. 1970.

41. M.J. COTTEREAU, A. MANUS, A. MARTIN et coll.

Manuel de thérapeutique psychiatrique, éd Masson 1990, 444 pages.

42. ZAZZO R. et coll.

Les déficits mentales, A. Colin, Paris 3^{ème} éd., 473 pages 1979.

43. KRETSCHMER E.

Paranoïa et sensibilité. Contribution au problème de la paranoïa et à la théorie psychiatrique du caractère. 1vol. 295 p. PUF. Paris 1963.

44. FOUQUET P.

Les névroses alcooliques. E.M.C. 37.380.C10.1955.

45. DENIKER P.

La psychopharmacologie. « Que sais-je ? » N° 1216 P.U.F.

46. SIVADON P.

Traité de psychologie médicale. Tome 2 : la rencontre psychothérapeutique. P.U.F 1973.

ANNEXES

6. ANNEXES

6.1. FICHE D'ENQUETE

I. IDENTIFICATION

1. N° du dossier :
2. Nom et Prénom :-----
3. Age :-----
4. Sexe : /_ / : 1= Masculin ; 2= Féminin.
5. Ethnie : /_ / : 1= Bambara ; 2= Bozo ; 3= Bwa ; 4= Dogon ; 5= Diawando ;
6= Kassonké ; 7= Malinké ; 8= Minianka ; 9= Maure ; 10= Peuhl ;
11= Soninké ; 12= Sénoufo ; 13= Sonrhäï ; 14= Tamacheck ; 15=
Autres.
6. Religion : /_ / : 1= Musulmane ; 2= Chrétienne ; 3= Autres.
6. Fratrie :-----
7. Statut matrimonial : /_ / : 1= Marié (e) ; 2= Célibataire ; 3= Veuf (ve) ;
4= Divorcé (e)
7. Niveau scolaire : /_//_ / : N1= primaire ; N2= fondamentale ; N3=
Secondaire ; N4= supérieure.
8. Type d'étude : (pour les étudiants)
.....
9. Origine de la famille : /_ / : 1= Urbaine ; 2= Rurale.
10. Résidence permanente de la famille : /_ / : 1= Urbaine ; 2= Rurale.

II. HABITUDES DU MALADE

1. Tabagisme : /_ / : 1 = Oui ; 2 = Non.
2. Alcoolisme : /_ / : 1 = Oui ; 2 = Non.
3. Toxicomanie : /_ / : 1 = Oui ; 2 = Non

III. ANTECEDENTS PERSONNELS DU MALADE

1. Antécédent psychiatrique : OUI /_ / - NON /_ /

2. Antécédent médical :-----

3. Antécédent chirurgical :-----

IV. HISTOIRE DE LA FAMILLE

1- Parents : /_/ : 1= Unis ; 2= Séparés.

2- Type de famille : /_/ : 1= Famille monoparentale ; 2= Famille élargie ;
3= Famille mixte ; 4= Famille nucléaire.

3- Profession du père :-----

4- Notion de migration de la famille : OUI /_/ - NON /_/

5- Antécédent psychiatrique familial : OUI /_/ - NON /_/

V. HISTOIRE DE LA MALADIE

1. Motifs de la demande de soins :-----

2. Relation début des troubles et évaluations (1ere consultation): /.../

1 = veille des examens; 2 = après les examens; 3 = sans rapport

3. Diagnostic psychiatrique retenu : /_/ :

1= Psychoses ; 2= Troubles névrotiques ; 3= Pathologie de la
personnalité ; 4= Troubles réactionnels ; 5= Déficiences

mentales; 6= Troubles liés à l'usage de l'alcool et de

drogues ; 7= Troubles à expression somatique

et/ou comportemental ; 8= Variation de la normale ; 9=

Epilepsie ; 10= Autres.

4. Troubles somatiques associés :-----

VI. ELEMENTS DE LA PRISE EN CHARGE :

a. Origine de la demande de soins : /_/ : 1=Médecin ; 2= Parents ;

3= Patient ; 4= Forces de l'ordre ; 5= Ecole ou institution ; 6= Autres

b. Mode de suivi : /_/ : 1 = Ambulatoire 2 = Hospitalisation.

c. Suivi régulier : OUI /_/ - NON /_/

d. Thérapie traditionnelle : OUI /_/ - NON /_/

VII. REPERCUTIONS DE LA MALADIE SUR LE CURSUS SCOLAIRE :

Sans effet : OUI /_/ - NON /_/

Redoublement : OUI /_/ - NON /_/

Echec scolaire : OUI /_/ - NON /_/

6.2. FICHE SIGNALITIQUE

Nom : DIABATE

Prénoms : Mahamadou Kodiougou

Titre : demande de soins psychiatriques chez les élèves et les étudiants dans le service de psychiatrie de l'hôpital national du Point-G.

Année : 2005-2006

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : Psychiatrie, Pédiatrie, Santé publique.

RESUME :

Les troubles psychiatriques jouent un rôle important dans l'équilibre psychologique et le déroulement de la scolarité chez les élèves et étudiants.

Nous avons réalisé une étude rétrospective entre Janvier 2001 et Décembre 2005 portant sur 722 demandes de soins psychiatriques chez les élèves et étudiants dans le service de psychiatrie de l'hôpital national du Point-G.

L'objectif général de cette étude était : étudier les troubles psychiatriques chez les élèves et étudiants dans le service de psychiatrie de l'hôpital national du Point-G.

Les sujets de la tranche d'âge 14 – 20 ans ont été les plus représentés avec 49,20 % des cas.

Le sexe ratio a été de 2,37 en faveur des garçons.

Les aînés ont été les plus représentés avec un taux de 35,30 %.

Les élèves du secondaires étaient les plus représentés avec un taux de 37,10 %, suivis des étudiants avec un taux de 25 %.

Les mariés représentaient 3,60 %. 91,70 % avaient les parents unis.

Demande de soins psychiatriques chez les élèves et étudiants dans le service de Psychiatrie de l'hôpital National du Point-G

Les motifs les plus fréquents de demande de soins ont été les troubles du sommeil (24,80 %), l'agitation (12 %) et l'agressivité (10,50 %).

Les pathologies fréquemment rencontrées ont été les psychoses (55,10 %), les troubles névrotiques (12,60 %) et l'épilepsie (11,10 %).

Dans notre étude 83,20 % ont été suivis en ambulatoire, 41,30 % des sujets ont été réguliers dans le traitement, 85,30 % des sujets ont eu recours à la thérapie traditionnelle avant leur arrivée en psychiatrie.

Mots clés : Elèves et étudiants, Demande de soins, Psychiatrie, Mali (Bamako).

Contact : diabate_enet@hotmail.com

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

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

JE LE JURE