

Ministère de l'Éducation Nationale

UNIVERSITE DU MALI

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE

ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2006/2007

République du Mali

Un Peuple -Un But -Une foi

TITRE

LES PSYCHOSES

DELIRANTES CHRONIQUES :

Etude épidémio-clinique et de la prise en charge dans le service de psychiatrie de l'Hôpital du point G à

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 21/ Juin/ 2007

Devant la faculté de Médecine de pharmacie et d'Odonto – stomatologie par

Mr Abdoulaye Issa DIAKITE

Pour l'obtention du grade de docteur en médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Pr Somita KEITA

Membre : Dr Arouna TOGORA

Codirecteur : Dr Modibo SISSOKO

Directeur de thèse : Pr Baba KOUMARE

Remerciements

DEDICACES

Je dédie ce travail

❖ A mon père feu Issa DIAKITE

Tu nous a quitté très tôt .puisqu'on nous a toujours enseigné ta réputation d'infirmier altruiste, je comprend enfin pourquoi DIEU m'a assisté tout au long de mes études. La relève est assurée désormais et ta mémoire plus que jamais honorée. Dors en paix.

❖ A ma mère Aïssata SIDIBE.

Ton courage et ton endurance commencent à apporter leur fruit. Tu peux d'avantage prier DIEU pour que cet espoir se concrétise.

❖ A ma tante Mariama DIAKITE .

Vous avez toujours essayé de combler le vide laissé par votre frère défunt . Vos conseils et votre affection dont j'ai tant bénéficié n'ont pas été vains. Vous resterez toujours pour moi une référence.

❖ A mes cousins Karim baba DIARRA, Amara DIARRA , Ba soungalo DIARRA et Aminata DIARRA. A vous toutes mes félicitations d'avoir supporté mes caprices.

❖ A mon frère Mamadou, trouvez ici mes lettres de reconnaissance .

❖ A mes oncles et amis Mamady MAGASSOUBA , Karim COULIBALY ,Soukaro TRAORE , Karitié BOLEZOGOLA, Tidiane, FOFANA , Modibo FOFANA , Amara TIMBELY , Sekou BAGAYOKO. Que ceux qui n'ont pas été cités ne se sentent pas lésé car l'oublie est humain .

REMERCIEMENTS :

* A tout le personnel du service de psychiatrie du point G sans exception aucune.

Votre tolérance vous honore en tant que agents de santé au service des souffrants particulièrement démunis.

* A Mama SIDIBE et ses collaborateurs de la S E T E A .

Votre générosité peut être citée en exemple.

* A Youssef TOGOLA et ses collaborateurs du P N I R .

Votre disponibilité est salulaire.

* Au Docteur Joseph TRAORE du service de psychiatrie.

Le service que vous rendez aux autres est le reflet de votre foi.

* Aux collègues internes. Nous avons beaucoup de choses en commun ; Soyez bénis pour concrétiser l'espoir que vous constituez pour vos parents respectifs.

HOMAGE AUX MEMBRES DU JURY :

➤ A notre maître et président du jury ,

- Professeur Somita KEÏTA :
- Professeur titulaire des universités en dermato-vénérologie ;
- Chef du département de dermato-lepro-vénérologie à la F M P O S.
- Chef de l'unité de dermato-vénérologie au C N A M.
- Chevalier du mérite de la santé.

Cher maître vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Nous avons apprécié votre abord facile, votre disponibilité et votre sens élevé de l'encadrement qui font de vous un espoir pour les apprenants que nous sommes. Veuillez retrouver ici notre vive sympathie et respectueuse considération.

➤ A notre maître et juge ,

Docteur Arouna TOGORA :

- Spécialiste en psychiatrie.
- En service à l'hôpital du point G.

Cher maître, c'est une grande joie de vous avoir dans ce jury en dépit de vos multiples occupations . Tout au long de notre formation, nous avons pu bénéficier de vos hautes qualités humaines, morales et intellectuelles. Veuillez recevoir ici l'expression de notre admiration.

➤ A notre maître et codirecteur de thèse :

Docteur Modibo SISSOKO.

- Spécialiste en psychiatrie,
- En service à l'hôpital du point G.

Cher maître nous vous remercions pour nous avoir accepté. La réussite de notre travail apporte une fois de plus la preuve de votre indulgence. Plus que des maîtres vous avez été pour nous des pères et des éducateurs auprès desquels nous avons découvert l'avantage de la tolérance. Je prie ALLAH pour que tout ceci me reste à l'esprit pour la vie, soyez en remercié.

➤ A notre maître et directeur de thèse :

- Professeur Baba KOUMARE :
- Professeur de psychiatrie,
- Chef de D E R de médecine et de spécialités médicales à la F M P O S.
- Responsable du programme national de santé mentale .
- Chargé de cours à la F M P O S .
- Chef du service de psychiatrie à l'hôpital du point G .

Cher maître, nous vous remercions pour votre engagement dans la gestion du cas particulier que nous constituons. Vous avez pris le risque de nous tendre la main au moment ou nous en avons le plus besoin. Nous avons le devoir moral de contribuer à votre réputation même si vous n'en avez pas besoin.

Je me garderai d'exprimer tout ce que je ressens pour vous par crainte de trahir ma pensée. Veuillez cependant retrouver ici toute ma reconnaissance et l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

LISTE DES ABREVIATIONS

CESAME: Centre de santé mentale,
C.S.T.S.S: centre de spécialisation des techniciens supérieurs de santé,
D.E.R: département d'enseignement et de recherche,
E.S.S: école secondaire de la santé,
EFF: Effectif,
E.I.P.C: Ecole des infirmiers du premier cycle,
E.P.H:établissement public hospitalier,
F.M.P.O.S: Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie
I.N.R.S.P: Institut national de recherche et de santé publique,
I.M: intramusculaire,
I.V: intraveineuse,
P.H: praticien hospitalier,
P.H.C: psychose hallucinatoire chronique,
U.S.A: Etats unis d'Amérique,
O.M.S: Organisation mondiale de la santé,
T.O.C: Troubles obsessionnels compulsifs,
A.MA.M.M : Association malienne d'aide aux malades mentaux.

SOMMAIRE

| CHAPITRES : | PAGES : |
|--|----------------|
| I-INTRODUCTION | 8-12 |
| II- OBJECTIFS | 13-14 |
| III-GENERALITES | 15-24 |
| IV- NOTRE ETUDE : METHODOLOGIE | 25-31 |
| V – RESULTATS | 32-45 |
| VI – COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS | 46-56 |
| VII – CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS | 57-59 |
| VIII -BIBLIOGRAPHIE | 60-68 |
| IX – ANNEXES | 69-79 |

Introduction

INTRODUCTION.

La définition de la morbidité psychiatrique est encore une question largement débattue. En effet, l'identification, dans une population, d'un affect, d'un comportement ou d'un symptôme comme pathologique est liée à des déterminants culturels propres à chaque société. Selon l'analyse Américaine ``Healthy people 2010'', on peut distinguer:

- La santé mentale en tant qu'état de réussite de l'exécution des fonctions mentales (Successful performance of mental function),
- Les troubles mentaux qui regroupent toute altération de la pensée, de l'humeur ou du comportement associée à une détresse ou une altération de fonctionnement,
- La maladie mentale qui renvoie à l'ensemble des diagnostics de troubles mentaux (troubles psychiatriques).[19].

Au niveau mondial, L'organisation mondiale de la santé: O. M. S. considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes pour le XXI ème siècle sont des pathologies psychiatriques : schizophrénie, Trouble bipolaire, Addiction, Dépression et Trouble Obsessif Compulsif (T.O.C.). Les troubles psychiatriques représentent 12,3% de la morbidité générale et 30% des années de vie perdues ajustées sur l'incapacité dans les pays de l'Europe ayant un faible niveau de mortalité. En France, il faut souligner le peu de données épidémiologiques disponibles. Il y aurait 300 à 500 000 personnes adultes atteintes de psychoses délirantes chroniques dont 200 à 250 000 schizophrènes. [19].

Les troubles psychiatriques sont associés à une très forte mortalité. Ils sont responsables de la quasi-totalité des 11500 décès annuels par suicide auxquels il convient d'ajouter une part difficilement quantifiable de la mortalité non suicidaire (accidentelle ou associée à la morbidité somatique, la consommation d'alcool, de tabac ou de drogue.) [19].

Les psychoses délirantes chroniques sont également à l'origine d' handicaps et d'incapacités lourds ainsi que d'une qualité de vie détériorée pour le sujet atteint comme pour ses proches.

On peut simplement rappeler, à titre illustratif, que moins de 10% des 400 000 psychotiques chroniques qui vivent en France ont une activité professionnelle.[19].

Tout d'abord, les taux de prévalence annuelle ou sur la vie entière des troubles psychotiques délirants chroniques sont assez proches puisqu'il s'agit de pathologies très chroniques.

Certes, les estimations, au sein d'un même pays, sont entachées d'incertitude (aux USA, la prévalence sur un an varie entre 0,52% et 0,80% et celle sur la vie entière entre 0,70% et 1,30%). Mais sur la base des critères de définition des psychoses délirantes chroniques (troubles schizophrénique, schizophréniforme, schizo- affectif, délirants principalement paranoïaques et autres psychoses) du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux de l'Association Psychiatrique Américaine (D S M), on constate que les taux de prévalence sur la vie entière rapportés dans le monde en population générale adulte se situent dans une fourchette comparable (0,5 à 1,5%). [19].

Les taux d'incidence de la schizophrénie varient, selon les régions étudiées par l'OMS, entre 0,10 et 0,70 % avec une valeur médiane pour l'Europe de 0,20% en population générale. [19].

En Algérie, en 1990, selon le rapport annuel du ministère de la santé, les troubles mentaux représentaient 1,5% des motifs de consultation; les affections psychiatriques chroniques représentaient 7% de l'ensemble des affections chroniques. [44].

Au Mali, une série de travaux a été consacrée à la santé mentale, c'est ainsi que: L'O M S (organisation mondiale de la santé), 1960 a trouvé 1% de cas de maladie mentale. Dans un rapport de l'assemblée constitutive de l'association malienne d'aide aux malades mentaux, SAMAKE F [51] estimait en 1973 le nombre de malades mentaux à 100.000 pour l'ensemble du Mali. COPPO P [10], dans son enquête en pays dogon, a recensé les cas de "kéké" (folie), et de "bonbon" (débilité), dans un périmètre bien délimité de la population homogène, et a trouvé une prévalence de 1,76 pour mille pour "kéké" et de 0,61 pour mille pour "bonbon". AWANDE S [3] a étudié sur une période de 12 mois en 1988 les statistiques relatives aux consultations dans le service de psychiatrie de l'hôpital du Point G. Il a trouvé 26,7% de cas de schizophrénie; 3% de cas de paranoïa.

En 1993, KAMATE [25], à partir d'une enquête épidémiologique réalisée dans la population générale, avec l'utilisation du Q D S M a mi en évidence une prévalence de 3,08% de troubles psychiques majeurs : kungololabana (maladie de la tête, terme bamanan populaire pour désigner les troubles mentaux), 1,73% d'épilepsie (binibana) et 0,19% pour le furakissè bana (prise de comprimés-maladie, toxicomanie).

IL faut reconnaître que les psychoses délirantes chroniques sont souvent une cause de mortalité soit par suicide soit par le fait des comorbidités additives (Alcool, tabac, drogue); elles ont un retentissement considérable sur la qualité de vie des malades et de leur famille. Elles peuvent débuter vers 15-25 ans (schizophrénies) et durent toute la vie. L'impact socio économique est très important puisque la majorité des psychotiques délirants chroniques n'ont pas d'activités professionnelles et le coût de la prise en charge thérapeutique est relativement élevé.

La perception sociale de ce problème n'est pas bonne, et il s'agit de troubles encore très stigmatisés.

Il ne semble pas que l'origine sociale ait une influence majeure sur l'incidence des psychoses délirantes chroniques. En fait, c'est surtout la désocialisation secondaire aux troubles psychotiques qui est vectrice d'incapacités ou de marginalisation. Celle-ci est d'autant plus marquée que le patient est fragilisé et qu'il est né dans un milieu socio économique défavorisé. La précarité est un facteur de mauvais pronostic pour les psychoses délirantes chroniques parce qu'elle est un facteur de stress, favorise les conduites additives, gêne l'accès aux soins, autant de paramètres associés à la récurrence délirante et à la chronicisation psychotique.

Les psychoses délirantes chroniques constituent un indice de l'état de santé de la population dans son ensemble. Elles empêchent l'individu d'accomplir un travail productif et fructueux pour contribuer à la vie de sa communauté. Bien de problèmes persistent. L'offre de soins dans et hors institution peut paraître insuffisante aujourd'hui. La prévention primaire, celle qui serait susceptible d'agir sur l'incidence reste défailante. La présence de réseaux véritablement coordonnés demeure l'exception.

Cette situation va de pair avec une image profondément négative à la fois des malades mentaux et de ceux qui les soignent. Elle n'échappe heureusement ni à la réflexion ni à la remise en cause. Ce qui a déjà conduit à une certaine diversification des modalités de prise en charge et à la création d'association de patients. La population a besoin d'un abord global de son problème de souffrance psychique. Aussi nous nous devons de raccourcir le plus possible le temps passé entre l'émergence de la souffrance psychique et l'offre de soins. Il faut souligner le caractère préjudiciable du retard au dépistage.

Ce retard est non seulement un élément de mauvais pronostic mais comporte aussi des conséquences sociales pendant la période non traitée (Délinquance, violence, toxicomanie, échec scolaire). Lorsque les troubles débutent à l'adolescence ses manifestations inaugurales sont souvent mal appréciées et le dépistage est loin d'être fait au début des troubles surtout s'ils sont associées à une toxicomanie. Jusqu'au jour d'aujourd'hui il n'existe pas une précédente pour ce qui concerne une étude épidémio-clinique des psychoses délirantes chroniques dans le service de psychiatrie de l'hôpital national du Point G. Cependant, Les psychoses délirantes chroniques font encore peur, et ceci au sein même du dispositif sanitaire. La réponse généralement donnée pour expliquer une telle réticence demeure au pire une opacité au mieux une grande complexité. Est ce si vrais ? D'où l'intérêt de notre étude.

Nous aborderons successivement après l'introduction, les objectifs, les généralités, notre étude proprement dite puis la bibliographie suivie des annexes.

Objectifs

ES OBJECTIFS

Objectif Général : Etudier les aspects épidémio-cliniques et la prise en charge des psychoses délirantes chroniques dans le service de psychiatrie du Point G.

Objectifs Spécifiques :

- Déterminer la fréquence et les aspects socio-demographiques des psychoses délirantes chroniques dans le service de psychiatrie du Point G.
- Décrire les aspects cliniques des cas observés.
- Décrire les modalités de prise en charge des cas observés et leurs résultats.
- Déterminer les difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients atteints de psychoses délirantes chroniques.

GENERALITES

GENERALITES

RAPPEL SUR LES PSYCHOSES DELIRANTES CHRONIQUES

Il existe de nombreux systèmes de classification des troubles mentaux parmi lesquels le DMS (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). Il s'agit d'une traduction et non d'une adaptation en langue française de la classification des troubles mentaux publiée par l'association Américaine de psychiatrie. Comporte alors des difficultés de traduction soulevées par certains termes dont le sens diffère en France et aux Etats unis, comme celui de « paranoïde » et de nombreuses expressions typiquement Américaines dont la traduction littérale aurait été ambiguë voire difficilement compréhensible en français. Ainsi une des caractéristiques des descriptions cliniques du DSM c'est d'être dénuées de toute référence etio-pathogénique hypothétique et d'adopter une classification de type multi-axial. Il y a aussi le système INSERM qui est une classification typiquement française s'appuyant sur des données psychopathologiques. Nous nous sommes servis de ces différents systèmes pour aborder certains chapitres comme la paraphrénie, la PHC (psychose hallucinatoire chronique) qui sont des entités nosologiques typiquement françaises. Sachant que la symptomatologie des troubles mentaux paraît universelle d'où l'applicabilité des critères de diagnostic standards ; mais que seulement la distribution des symptômes et leurs interprétations paraissent conditionnées par la culture, nous avons choisi la CIM 10 (Classification internationale des maladies) comme notre principal outil de travail. La CIM 10 est une référence utilisable pour établir le diagnostic et classer les troubles mentaux. Elle permet aussi la communication entre chercheurs.

Au début des années 1960, la division « Santé Mentale » de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a proposé un programme ayant pour objectif d'améliorer le diagnostic et la classification des troubles mentaux. Elle a organisé de nombreuses réunions pour faire le point sur l'état des connaissances, et invité des représentants de multiples disciplines et écoles du monde entier à participer activement à ce projet. Elle a proposé et coordonné des études visant à mettre en évidence les caractéristiques essentielles des classifications et les facteurs déterminant les concordances des diagnostics. Elle a élaboré divers procédés pour faciliter les évaluations en commun (par exemple des entretiens enregistrés sur bande vidéo), et d'autres méthodes présentant un intérêt pour la recherche dans ce domaine.

La classification a un caractère international unique, et représente ainsi au vrai sens du terme, le produit d'une collaboration entre de nombreux individus et organismes dans de multiples pays.

Elle a été établie dans l'espoir de constituer une aide importante au travail de tous ceux qui prennent en charge des malades mentaux et leurs familles à travers le monde. [36].

Nous allons successivement aborder la schizophrénie, catégorie la plus importante des psychoses chroniques, le trouble schizothymique, et les troubles délirants persistants.

F20 Schizophrénie

Les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits des fonctions cognitives puissent apparaître au cours de l'évolution. Les pensées imposées et le vol de la pensée, la divulgation de la pensée, la perception délirante, les idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, les hallucinations dans lesquelles des voix parlent ou discutent du sujet à la troisième personne, les troubles du cours de la pensée et les symptômes négatifs. L'évolution des troubles schizophréniques peut être continue, épisodique avec survenue d'un déficit progressif ou stable, ou bien elle peut comporter un ou plusieurs épisodes suivis d'une rémission complète ou incomplète. On ne doit pas faire un diagnostic de schizophrénie quand le tableau clinique comporte des symptômes dépressifs ou maniaques importants, à moins d'être certain que les symptômes schizophréniques précédaient les troubles affectifs. Par ailleurs, on ne doit pas porter un diagnostic de schizophrénie quand il existe une atteinte cérébrale manifeste ou une intoxication par une drogue ou un sevrage à une drogue. Des troubles semblables apparaissant au cours d'une épilepsie ou d'une autre affection cérébrale, sont à coder en FO6.2, ceux induits par des substances psycho-actives étant classés en F10-19 avec le quatrième chiffre.5.

A l'exclusion de : réaction schizophrénique (F23.2)

Schizophrénie :

- Aiguë (indifférenciée)(F23.2)

- Cyclique (F25.2)
- Troubles schizothymiques (F21)

F20.0 Schizophrénie paranoïde

La schizophrénie paranoïde se caractérise essentiellement par la présence d'idées délirantes relativement stables, souvent de persécution, habituellement accompagnées d'hallucinations, en particulier auditif, et de perturbations des perceptions, Les perturbations des affects, de la volonté et du langage, de même que les symptômes catatoniques, sont soit absents, soit relativement discrète. Schizophrénie paraphrénique

A l'exclusion de : Etat paranoïaque d'involution (F22.8)

Paranoïa (F22.0)

F20.1 Schizophrénie hébéphrénique

Forme de schizophrénie caractérisée par la présence, au premier plan, d'une perturbation des affects, les idées délirantes et les hallucinations restent flottantes et fragmentaires, le comportement est irresponsable et imprévisible ; il existe fréquemment un maniérisme. L'humeur est superficielle et inappropriée. La pensée est désorganisée et le discours incohérent. Le trouble entraîne fréquemment un isolement social. Le pronostic est habituellement médiocre, en raison de l'apparition précoce de symptômes négatifs, concernant en particulier, un émoussement des affects et une perte de la volonté. En principe, le diagnostic d'hébéphrénie doit être réservé à des adolescents et des adultes jeunes.

Hébéphrénie

Schizophrénie désorganisée

F20.2 Schizophrénie catatonique

La schizophrénie catatonique se caractérise essentiellement par la présence de perturbations psychomotrices importantes, pouvant alterner d'un extrême à un autre : Hyper kinésie ou stupeur, obéissance automatique ou négativisme. Des attitudes imposées ou des postures catatoniques peuvent être maintenues pendant une période prolongée.

La survenue d'épisodes d'agitations violentes est caractéristique de ce trouble. Les manifestations catatoniques peuvent s'accompagner d'un état oniroïde (ressemblant à un rêve) comportant des expériences hallucinatoires intensément vécues.

- Catalepsie schizophrénique
- Catatonie schizophrénique
- Flexibilité cireuse catatonique
- Stupeur catatonique

F20.3 Schizophrénie indifférenciée

Etats psychotiques répondant aux critères généraux de la schizophrénie mais ne correspondant à aucune des formes cliniques décrites en F20.0-F20.2, ou répondant simultanément aux critères de plusieurs de ces formes, sans prédominance nette d'un groupe déterminé de caractéristiques diagnostiques.

Schizophrénie atypique

A l'exclusion de dépression post-schizophrénique (F20.4)

Schizophrénie chronique indifférenciée (F20.5)

Troubles psychotiques aigus d'allure schizophrénique (F23.2)

F20.5 schizophrénie résiduelle

Stade chronique de l'évolution d'une maladie schizophrénique, avec une progression nette à partir du début jusqu'à un stade tardif caractérisé par des symptômes `négatifs` durables mais pas obligatoirement irréversibles, par exemple ralentissement psychomoteur, hypoactivité, émoussement affectif, passivité et manque d'initiative, pauvreté de la quantité et du contenu du discours, peu de communication non verbale (expression faciale, contact oculaire, modulation de la voix et gestes), manque de soins apportés à sa personne et performance sociale médiocres.

Etat résiduel schizophrénique

Restzustand (schizophrénique)

Schizophrénie chronique indifférenciée

F20.6 schizophrénie simple

Trouble caractérisé par la survenue insidieuse et progressive de bizarreries du comportement d'une impossibilité à répondre aux exigences de la société et d'une diminution globale des performances. La survenue des caractéristiques `négatives` de la schizophrénie résiduelle (par exemple un émoussement affectif et une perte de volonté etc...) n'est pas précédée d'un quelconque symptôme psychotique manifeste.

F20.8 AUTRES FORMES DE SCHIZOPHRENIE

Accès schizophréniforme

Trouble schizophréniforme

Schizophrénie cénesthopathique

A l'exclusion de : schizophréniforme de courte durée (**F23.2**)

F20.9 Schizophrénie, sans précision

F21 Trouble schizotypique

Trouble caractérisé par un comportement excentrique et des anomalies de la pensée et des affects, ressemblant à celle de la schizophrénie, mais ne comportant aucune anomalie schizophrénique manifeste ou caractéristique à un moment quelconque de l'évolution.

La symptomatologie peut comporter une froideur affective inappropriée une anhédonie, un comportement étrange ou excentrique, une tendance au retrait social, des idées de persécution ou des idées bizarres, ne présentant pas les caractéristiques d'idées délirantes authentiques, des ruminations obsessionnelles, des troubles du cours de la pensée et des perturbations des perceptions, parfois des épisodes transitoires quasi-psychotiques comportant des illusions intenses, des hallucinations auditives ou autres et des idées pseudo délirantes, survenant habituellement sans facteurs déclenchant extérieur.

Le début du trouble est difficile à déterminer et son évolution correspond habituellement à celle d'un trouble de la personnalité.

Personnalités schizotypique.

Réaction schizophrénique latente

Schizophrénie :

- borderline
- latente
- Prépsychotique
- Prodromique

- Pseudo névrotique

A l'exclusion de : Personnalité schizoïde (**F60.1**)

F22 troubles délirants persistants

F22.0 Trouble délirant.

LA présence d'une idée délirante unique ou d'un ensemble d'idée délirante autres que celles décrites comme typiquement schizophrénique dans le critère G1(1) B ou D de **F20.0-F20.3** (c'est à dire celles qui sont à faits invraisemblables ou culturellement inadéquates. Il s'agit habituellement d'idées délirantes de persécution ;

B présence des idées délirantes de A pendant au moins trois mois ;

C Ne correspond pas aux critères généraux de la schizophrénie (**F20.0-F20.3.**)

D absence d'hallucinations persistantes, de n'importe quel type (mais la présence d'hallucinations auditives survenant de façon irrégulière ou transitoire ne fait pas éliminer le diagnostic, sauf quand il s'agit d'hallucinations auditives à la troisième personne ou à type de commentaire.

E La présence de symptômes dépressifs (voire d'un épisode dépressif authentique (F32) ne fait pas éliminer le diagnostic à la condition que les idées délirantes persistantes même quand les troubles de l'humeur sont absents.

Critère d'exclusion les plus couramment utilisés. Absence d'éléments en faveur d'un trouble mental organique, primaire ou secondaire(F00-F09) ou d'un trouble psychotique dû à l'utilisation d'une substance psychoactive (F1.5.)

Spécification de certains sous types possibles.

Si besoins on peut spécifier les formes cliniques suivantes : délire de persécution ; délire de revendication ; délire de référence délire mégalomane ; délire d'hypochondriaque délire de jalousie ; délire érotomane.

F22.8 autres troubles délirants persistants :Catégorie résiduelle de troubles délirants persistants, ne répondant pas aux critères d'un trouble délirant (F22.0.) Classer ici les troubles dans lesquels les idées délirantes sont accompagnées d'hallucinations auditives persistantes à type de voix ou de symptômes schizophréniques ne répondant pas entièrement au critère de la schizophrénie (F20) quand un trouble delirant persiste pendant moins de trois mois, il doit être classé au moins temporairement, en F23.

Soulignons par ailleurs que nous avons rétenu une classification plus simplifiée prenant en compte les caractéristiques cliniques de chaque catégorie tout en évoquant la psychose hallucinatoire chronique (PHC) et la paraphrénie qui sont des entités nosologiques typiquement françaises.

schizophrénies

- Diffluence du discours
- Trouble perceptif
- Présence d'idées délirantes floues
- Discordance objectivable par :
 - les troubles du cours de la pensée (barrage, fading, néologisme, réponse à coté).
 - Ambivalence
 - Rire immotivé
 - Acte auto ou hétéro agressifs subite
 - Maniérisme
 - Catalepsie
 - Stéréotypie
 - Négativisme
 - Phénomène en écho : écholalie, écho praxie, échomimie.

Troubles délirants persistants

Délire systématisé, thème unique pouvant être de persécution, de grandeur, de jalousie, d'érotomanie, d'hypochondriaque.

De mécanisme essentiellement interprétatif.

- la présence de symptômes dépressifs n'élimine pas le diagnostic.
- Absence d'hallucinations.
- Absence d'éléments en faveur d'un trouble mental organique primaire ou secondaire.
- Absence d'un trouble psychotique dû à l'utilisation d'une substance psycho active.

PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE : PHC

Présence des symptômes suivent chez un sujet de la quarantaine ou de la cinquantaine.

- syndrome d'influence.
- Hallucinations psychiques
- Automatisme mental accoustico-verbale, sensoriel sensitif,, moteur.

PARAPHRENIE

- survenue après quarante ans.
- Délire d'imagination à base de fabulation.
- Mythomanie.
- Constructions délirantes fantastiques.
- La forme systématique correspond à la psychose hallucinatoire chronique.
- La forme expansive est une sorte de manie chronique avec thèmes de grandeur.
- Mélanges confus des dates, des lieux, des personnes.
- Thèmes variables : Influence, transformation, filiation, grandeur, persécution.
- Hallucinations visuelles et auditives.
- Automatisme mental.

Notre Etude

Méthodologie

IV – METHODOLOGIE :

CADRE DE L'ETUDE :

Cette étude a été menée dans le service de Psychiatrie de l'hôpital du Point-G du District de Bamako, qui de par sa structure est un service d'adulte.

ENVIRONNEMENT INTERNE DE L'HOPITAL DU POINT-G

4-1-1- Historique

4.1.1.1 Présentation de l'hôpital du Point-G

Le Point- G est une dénomination militaire coloniale de repère géodésique Donnée à une colline située au Nord de Bamako dont l'hôpital porte le nom. En effet la première pierre de l'hôpital a été posée en 1906 et les travaux ont Duré 6 ans 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 service matériel en 1950,
- La construction du nouveau bloc opératoire en 1953,
- La construction du service de l'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, à l'origine était un hôpital militaire, est de type Pavillonnaire et, fut transformé en hôpital civil par l'arrêté N° 174 de février 1958 portant réforme hospitalière des services de santé du soudan, pour ensuite être érigé en établissement public hospitalier (EPH) par la loi N° 02048 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 dont 17, 30% sont bâtis.

2.1.1.2 Statut juridique :

Compte tenu de la spécificité des hôpitaux, la loi n°02-048 du 22 juillet 2002 modifiant la loi n° 94-009 du 22 mars 1994 portant principes fondamentaux de la création, de l'organisation, de la gestion et du contrôle des services Publics prévoit les Etablissements publics Hospitaliers (EPH).

La loi d'orientation sur la santé (loi n°02-049 du 22 juillet 2002) confère aux hôpitaux le statut d'Etablissements publics Hospitaliers dotés de la personnalité morale et de l'autonomie administrative et financière.

La loi n°03-021 du 4 juillet 2003 porte la création d'un établissement public hospitalier dénommé Hôpital du Point G.

Missions :

L'Hôpital du Point G en tant que EPH a pour mission, entre autres de :

- Assurer le diagnostic, le traitement et la surveillance des malades, des blessés et des femmes enceintes en procédant, lorsque nécessaire, à leur hébergement ;
- Participer à des actions de santé publique dans la limite de ses compétences ;
- Participer à des actions de formation et de recherche dans le domaine de la santé.

Organisation et Fonctionnement :

Le DECRET n° 03-337/ PRM du 7 août 2003 fixe l'organisation et les modalités de fonctionnement du Centre Hospitalier Universitaire du Point G en son article premier conformément à la loi N°02-048 du 22 juillet 2002.

L'hôpital du Point G est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

Les organes d'administrations et gestions sont :

Le conseil d'administration : qui se compose de 19 membres, le Président du conseil d'administration est un membre élu parmi les membres avec voix délibérative ; les autres membres se composent des membres avec voix délibérative et des membres avec voix consultative.

Les membres du conseil d'administration sont nommés pour une période de trois ans renouvelable par décret pris en conseil des ministres sur proposition du ministre chargé de la Santé.

La Direction Générale

L'hôpital du Point G est dirigé par un directeur général nommé par décret pris en conseil des ministres sur proposition d'un Conseil d'Administration (C.A.)

Il est assisté d'un directeur général adjoint nommé par arrêté ministériel (qui fixe ses attributions spécifiques) sur proposition du directeur général de l'hôpital. Le directeur général exerce ses attributions dans les limites des lois et des règlements en vigueur conformément aux dispositions des articles 68,69, et 70 de la loi n° 02-050 du 22 juillet 2002 portant la loi hospitalière.

❖ **Le Comité de Direction :**

Le comité de direction est chargé d'assister le Directeur général dans ses tâches de gestion. Le comité de direction comprend le DG (Président), le DGA, le président de la Commission médicale d'établissement, le président de la commission des soins infirmiers et obstétricaux, le président du comité technique d'hygiène et un représentant du comité technique d'établissement.

❖ **Les organes consultatifs :**

- La commission médicale d'établissement dont l'organisation et la modalité de fonctionnement sont prévus dans les articles 12, 13, 14, 15, 16, 17 du décret n°03-337 PMR du 7 Août 2003 fixant organisation et modalité de fonctionnement de l'hôpital du Point G,
- La commission des soins infirmiers et obstétricaux dont l'organisation et le fonctionnement sont prévus dans les articles 18, 19, 20, 21, 22 dudit décret,
- Le comité technique d'établissement dont l'organisation et le fonctionnement sont prévus dans les articles 23, 24, 25, 26, 27 dudit décret,
- Le comité technique d'hygiène et de sécurité dont l'organisation et le fonctionnement sont fixés par les articles 28, 29, 30, 31, 32, 33 dudit décret,

Les services existants à l'hôpital du Point G sont :

➤ **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 médicaux composés de :**

- Le service d'anesthésie et de réanimation comprenant les urgences, l'anesthésie et la réanimation.
- 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 et d'oncologie,
- Le service de rhumatologie,
- Le service de médecine interne,
- Le service de néphrologie hémodialyse,
- Le service de neurologie,
- Le service des maladies infectieuses
- Le service de pneumo-phtisiologie,
- Le service de psychiatrie,
- Le service d'imagerie médicale et de médecine nucléaire
- Le laboratoire
- La pharmacie hospitalière,
- La buanderie,
- La cuisine,
- la cafétéria,
- Le campus (restaurant pour le personnel)
- La morgue.

Le service de soins psychiatriques du Point G

C'est le 1^{er} service de Psychiatrie et c'est le 3^e niveau de référence au Mali. Les bâtiments sont situés au sud-Est dans la cour de l'hôpital jusqu'au fond.

➤ Les bâtiments :

Schématiquement ces bâtiments se divisent en trois blocs :

- un bloc pour les consultations, l'administration interne du service.
- Un bloc composé de case pour les malades nouvellement hospitalisés.
- Un bloc pour les malades chroniques.

➤ Structure de Fonctionnement :

Les consultations ont lieu tous les lundi, mardi et mercredi de 7H 30 à 16H 00 par des médecins qui se relaient entre l'hôpital du Point G et le Centre de Santé Mentale (CESAME) Jean pierre coudray , de Hamdallaye dans le district de Bamako commune III. C'est un service qui fonctionne sur le mode communautaire, associant la famille et comportant des salles d'isolement.

Après 16H00, une équipe de garde composée d'un médecin, un interne, un infirmier ou un assistant assurent la permanence du service.

Dans son fonctionnement, c'est un service ouvert, communautaire associant la famille dans la prise en charge des malades.

C'est un service hôpitalo- universitaire ayant des activités :

- de consultation et d'hospitalisation,
- d'enseignement, de formation théorique et pratique des étudiants
- de recherche en matière de santé mentale.

Concernant l'hospitalisation, elle est décidée par un médecin après une consultation approfondie qui est notée sur un dossier et après le malade est confié à un chef d'unité.

Une supervision hebdomadaire est effectuée par l'ensemble du personnel médical.

Un groupe de parole est organisé sous l'égide d'un psychologue en présence des médecins, des malades et de leurs parents.

Le Koteba est mis en scène théâtrale Bambara adaptant le psychodrame MORENIEN et il est organisé toutes les semaines, le vendredi.

➤ **Personnel médical :**

Il est composé :

[D'un professeur en psychiatrie

- Deux maîtres de conférence
- Deux médecins assistants chefs de clinique
- Un P.H (praticien hospitalier)
- Un médecin généraliste
- Un Psychologue
- Sept assistants médicaux,
- Un technicien de santé
- Une infirmière auxiliaire
- Un technicien de développement communautaire (assistant social)
- Un groupe d'animateurs en art dramatique(le Kotèba)
- Des étudiants en médecine pour des stages
- Trois techniciens de surface.

-Des étudiants en médecine dont six faisant fonction d'internes associés aux étudiants des différentes écoles en santé (INFSS=institut national de formation en science de la santé).

4-2-Période d'étude: Cette étude a porté sur une période de 5 ans, allant du 1er janvier 2001 au 31 décembre 2005.

4-3-Type d'étude: Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 5 ans d'activité d'hospitalisation

4-4-Population d'étude: Patients hospitalisés pour psychose délirante chronique dans le service de psychiatrie de l'hôpital national du point G.

4-5-Echantillonnage:

-Critères d'inclusion:

*Patients chez qui le diagnostic d'une psychose délirante chronique a été retenu.

*Patients hospitalisés dans le service de psychiatrie du point G.

*Patients avec dossier complet (comportant une observation psychiatrique, un examen physique et les examens complémentaires nécessaires)

-Critères de non-inclusion:

*Patients ne présentant pas une psychose délirante chronique.

*Patients non hospitalisés.

*Patients avec dossier incomplet (ne comportant pas suffisamment d'informations nécessaires à notre étude).

4-6-Saisie et analyse des données:

Elles ont été faites à l'aide des logiciels Microsoft-Word et Epi-6Fr version 2000.

Résultats

1:LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHYQUES

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

| Tranches d'age en année | Effectif absolu | Pourcentage |
|-------------------------|-----------------|-------------|
| 15 - 24 | 88 | 21,8% |
| 25 - 34 | 162 | 40,0% |
| 35 - 44 | 81 | 20,1% |
| 45 - 54 | 45 | 11,0% |
| ≥ 55 | 25 | 6,1% |
| Non précisées | 3 | 1,3% |
| Total | 404 | 100% |

La tranche d'âge 25 - 34 ans était la plus représentée avec 162 cas sur 404 soit 40% des cas.

Tableau II: Répartition des patients selon la situation matrimoniale.

| Situation matrimoniale | Effectif absolu | Pourcentage |
|------------------------|-----------------|-------------|
| Célibataire | 209 | 51,7% |
| Marie(e) | 153 | 37,9% |
| Divorce(e) | 25 | 6,2% |
| Veuf(ve) | 12 | 3% |
| Sépare(e) | 4 | 1% |
| Autre* | 1 | 0,2% |
| TOTAL | 404 | 100% |

On note une prédominance des célibataires avec 209 cas sur 404 soit 51,7% des cas, suivis des mariés avec 153 cas sur 404 soit 37,9% des cas.

*=Situation matrimoniale non précisée.

Tableau:III Répartition des patients selon l'ethnie.

| Ethnie | Effectif absolu | Pourcentage |
|--------------|-----------------|-------------|
| bambara | 107 | 26,5% |
| soninké | 91 | 22,5% |
| Peulh | 73 | 18,1% |
| malinké | 44 | 10,9% |
| sonrhaï | 22 | 5,4% |
| Kassonké | 11 | 2,7% |
| dogon | 9 | 2,2% |
| Diawando | 8 | 2,1% |
| bozo | 7 | 1,7% |
| sénoufo | 6 | 1,5% |
| touareg | 6 | 1,5% |
| kakolo | 6 | 1,5% |
| maure | 5 | 1,2% |
| minianka | 2 | 0,5% |
| Autres* | 5 | 1,1% |
| Non précisée | 2 | 0,5% |
| TOTAL | 404 | 100% |

Les bambaras étaient les plus représentés avec 107 cas sur 404 soit 26,5% suivis par les soninkés 22,5%.

* : Ouolof, bwa, éwé, tinini.

Tableau:IV : Répartition des patients selon la catégorie professionnelle.

| Profession | Effectif absolu | Pourcentage |
|-------------------------------------|-----------------|-------------|
| Elèves -étudiants | 49 | 12,12% |
| Agriculteurs -éleveurs- pêcheurs | 125 | 31% |
| Commerçants | 60 | 14,85% |
| Artisans -ouvriers | 62 | 15,31% |
| Corps d'armes | 11 | 2,72% |
| Enseignants | 8 | 2% |
| Autres* | 89 | 22,00% |
| Total | 404 | 100% |

*=Ménagères, sans profession.

Sur 404 patients, 125 étaient soit agriculteurs éleveurs ou pêcheurs (31%), suivis par les ménagères et les sans professions (22%).

Tableau:V : Répartition des patients selon le sexe

| Sexe | Effectif absolu | Pourcentage |
|----------|-----------------|-------------|
| Masculin | 331 | 81,9% |
| Féminin | 73 | 18,1% |
| TOTAL | 404 | 100% |

On note une prédominance du sexe masculin avec 331 cas sur 404 soit 81,9% des cas, avec un sexe ratio=4 en faveur des hommes.

Tableau:VI : Répartition des patients selon le niveau de scolarisation.

| Niveau scolaire | Effectif absolu | Pourcentage |
|-----------------|-----------------|-------------|
| Non scolarisés | 180 | 44,5% |
| Primaire | 140 | 34,7% |
| Secondaire | 66 | 16,3% |
| Supérieur | 18 | 4,5% |
| TOTAL | 404 | 100% |

Sur 404 patients 180 n'ont pas été à l'école soit 44,5%; 140 se sont limités aux études primaires soit 34,7%.

Tableau:VII : Répartition des patients selon la ré hospitalisation.

| Réhospitalisation | Effectif absolu | Pourcentage |
|-------------------|-----------------|-------------|
| Oui | 46 | 11,4% |
| Non | 358 | 88,6% |
| TOTAL | 404 | 100% |

La ré hospitalisation a concerné 46 malades sur 404 soit 11,4% des cas.

Tableau:VIII : Répartition des patients selon leur antécédent d'acte médico-légal.

| Acte médico-légal | Effectif absolu | Pourcentage |
|-------------------|-----------------|-------------|
| Oui | 15 | 3,7% |
| Non | 389 | 96,3% |
| TOTAL | 404 | 100% |

Sur les 404 malades, 15 avaient un antécédent d'acte médico-légal soit 3,7% des cas.

Tableau:IX :Répartition des patients selon le mode de placement.

| Mode de placement | Effectif absolu | Pourcentage |
|---|-----------------|-------------|
| Hospitalisation à la demande d'un tiers | 402 | 99,5% |
| Hospitalisation d'office | 2 | 0,5% |
| TOTAL | 404 | 100% |

Nombreuses étaient les hospitalisations à la demande d'un tiers avec 402 cas sur 404, soit 99,5% des cas.

Tableau:X:Répartition des patients selon l'origine de la demande d'hospitalisation.

| Origine de la demande d'hospitalisation | Effectif absolu | Pourcentage |
|---|-----------------|-------------|
| Famille | 302 | 74,8% |
| Médecin | 69 | 17% |
| Forces de l'ordre | 33 | 8,2% |
| TOTAL | 404 | 100% |

Dans 74,8% des cas la famille était à l'origine de la demande d'hospitalisation.

2:CARACTERISTIQUES CLINIQUES

Tableau:XI :Répartition des patients selon le diagnostic retenu.

| Diagnostic retenu | Effectif absolu | Pourcentage |
|--|-----------------|-------------|
| Schizophrénie | 254 | 62,9% |
| Psychose paranoïaque | 79 | 19,6% |
| Psychose hallucinatoire chronique | 42 | 10,4% |
| Psychoses délirantes chroniques non classées | 28 | 6,9% |
| Paraphrénie | 1 | 0,2% |
| TOTAL | 404 | 100% |

La schizophrénie était la pathologie la plus représentée avec 254 cas sur 404 soit 62,9% des cas.

Tableau:XII:Répartition des patients selon le motif de la demande d'hospitalisation.

| Motif de la demande d'hospitalisation | Effectif absolu | Pourcentage |
|---------------------------------------|-----------------|-------------|
| Hétéro-agressivité | 219 | 54,2% |
| Insomnie | 61 | 15,1% |
| Agitation | 52 | 12,9% |
| Soliloque | 29 | 7,2% |
| Errance | 22 | 5,4% |
| Fugue | 17 | 4,3% |
| Tentative de suicide | 4 | 0,9% |
| TOTAL | 404 | 100% |

L'hétéro-agressivité a été le motif d'hospitalisation le plus fréquent avec 219 cas sur 404 soit 54,2%.

Tableau:XIII : Répartition des patients selon l'hygiène corpro-vestimentaire.

| Hygiène corpro-vestimentaire | Effectif absolu | Pourcentage |
|------------------------------|-----------------|-------------|
| Satisfaisante | 294 | 72,8% |
| Non satisfaisante | 110 | 27,2% |
| TOTAL | 404 | 100% |

A l'admission la majorité des malades présentait une hygiène corpro-vestimentaire satisfaisante avec 294 cas sur 404 soit 72,8% des cas.

Tableau:XIV : Répartition des patients selon le contact.

| Contact | Effectif absolu | Pourcentage |
|-----------|-----------------|-------------|
| Coopérant | 294 | 72,8% |
| Opposant | 94 | 23,3% |
| Méfiant | 16 | 4% |
| TOTAL | 404 | 100% |

Dans la majorité des cas les malades étaient coopérants avec 294 cas sur 404 soit 72,8% des cas.

Tableau:XV : Répartition des patients selon la psychomotricité.

| Psychomotricité | Effectif absolu | Pourcentage |
|-----------------|-----------------|-------------|
| Normale | 224 | 55,4% |
| Inhibition | 154 | 37,1% |
| Agitation | 17 | 4,4% |
| Catatonie | 5 | 1,2% |
| Négativisme | 4 | 0,9% |
| TOTAL | 404 | 100% |

A l'admission, 228 cas sur 404 avaient une psychomotricité normale soit 56,4% des cas; 154 présentaient une inhibition soit 37,1%.

Tableau:XVI : Répartition des patients selon l'humeur.

| Humeur | Effectif absolu | Pourcentage |
|---------|-----------------|-------------|
| Triste | 379 | 93,8% |
| Normale | 21 | 6,1% |
| Exaltée | 2 | 0,5% |
| Labile | 2 | 0,5% |
| TOTAL | 404 | 100% |

La majorité des malades avait l'humeur triste avec 379 cas sur 404 soit 93,8% des cas.

Tableau:XVII : Répartition des patients selon le cours de la pensée.

| Cours de la pensée | Effectif absolu | Pourcentage |
|--------------------|-----------------|-------------|
| Normale | 249 | 61,6% |
| Bradypsychie | 109 | 27,1% |
| Barrage | 24 | 5,9% |
| Fading | 22 | 5,4% |
| TOTAL | 404 | 100% |

Le cours de la pensée était normal pour 249 cas sur 404 soit 61,6% des cas; on notait une bradypsychie chez 109 malades soit 27,1% des cas.

Tableau: XVIII : Répartition des patients selon le thème du délire.

| Thème du délire | Effectif absolu | Pourcentage |
|-----------------|-----------------|-------------|
| Persécution | 317 | 78,5% |
| Grandeur | 42 | 10,4% |
| Mystique | 40 | 9,9% |
| Jalousie | 4 | 1% |
| Filiation | 1 | 0,2% |
| TOTAL | 404 | 100% |

Sur 404 malades 317 faisaient un délire de persécution soit 78,5% des cas ; 42 faisaient un délire de grandeur soit 10,4% des cas.

Tableau: XIX: Répartition des patients selon le mécanisme du délire.

| Mécanisme du délire | Effectif absolu | Pourcentage |
|---------------------|-----------------|-------------|
| Hallucination | 204 | 50,6% |
| Intuition | 108 | 26,7% |
| Interprétation | 92 | 22,7% |
| TOTAL | 404 | 100% |

La majorité des malades faisait des hallucinations avec 204 cas sur 404 soit 50,6% des cas, 108 avaient des intuitions soit 26,7% des cas.

Tableau: XX: Répartition des patients selon le niveau d'intégration familiale.

| Niveau d'intégration familiale | Effectif absolu | Pourcentage |
|--------------------------------|-----------------|-------------|
| Passable | 391 | 96,8% |
| Mauvais | 10 | 2,5% |
| Bon | 3 | 0,7% |
| TOTAL | 404 | 100% |

Le niveau d'intégration familiale était passable chez 391 malades sur 404 soit 96,8% des cas.

Tableau: XXI: Répartition des patients selon le niveau d'intégration sociale.

| Niveau d'intégration sociale | Effectif absolu | Pourcentage |
|------------------------------|-----------------|-------------|
| Passable | 385 | 95,3% |
| Mauvais | 16 | 4% |
| Bon | 3 | 0,7% |
| TOTAL | 404 | 100% |

Le niveau d'intégration sociale était passable chez 385 malades sur 404 soit 85,3% des cas.

Tableau:XXII: Répartition des patients selon le niveau d'intégration professionnelle.

| Niveau d'intégration professionnelle | Effectif absolu | Pourcentage |
|--------------------------------------|-----------------|-------------|
| Mauvais | 387 | 95,8% |
| Passable | 13 | 3,2% |
| Bon | 4 | 1% |
| TOTAL | 404 | 100% |

Le niveau d'intégration professionnelle était mauvais chez 387 malades sur 404 soit 95,8% des cas.

Tableau:XXIII : Répartition des patients selon le diagnostic et les habitudes exotoxiques.

| Troubles psychotiques | Schizophrénie | | Paranoïa | | PHC* | | PDC* non classées | | Paraphrénie | |
|-----------------------|---------------|-------|----------|-------|------|-------|-------------------|-------|-------------|------|
| | Eff | % | Ef | % | Ef | % | Ef | % | Eff | % |
| Néant | 112 | 44,1% | 60 | 76% | 41 | 97,6% | 13 | 46,4% | 0 | 0% |
| Tabac | 94 | 37% | 6 | 7,6% | 1 | 2,4% | 9 | 32,4% | 0 | 0% |
| Cannabis | 37 | 14,5% | 2 | 2,5% | 0 | 0% | 1 | 3,5% | 0 | 0% |
| Alcool | 2 | 0,9% | 8 | 10,1% | 0 | 0% | 1 | 3,5% | 1 | 100% |
| Polytoxicomane* | 9 | 3,5% | 3 | 3,8% | 0 | 0% | 4 | 14,2% | 0 | 0 |
| Total | 254 | 100% | 79 | 100% | 42 | 100% | 28 | 100% | 1 | 100% |

On a constaté que 37% des schizophrènes fumaient de la cigarette ainsi que 32,4% des psychotiques délirants chroniques, 7,6% des paranoïaques, 2,4% des malades faisant une psychose hallucinatoire chronique.

14,5% des schizophrènes fumaient le cannabis de même que 3,5% des psychotiques délirants chroniques, et 2,5% des paranoïaques. En revanche 10,1% des paranoïaques prenaient de l'alcool contre 0,9% des schizophrènes.

*=P H C: Psychose hallucinatoire chronique.

*=P D C: Psychoses délirantes chroniques non classées.

*=Polytoxicomanie:

Alcoolisme+cannabisme+héroïnomanie+cocaïnomanie+tabagisme.

3:DIFFICULTES RENCONTREES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Tableau: XXIV:Répartition des patients selon la consultation d' un tradipraticien.

| Consultation du tradipraticien | Effectif absolu | Pourcentage |
|--------------------------------|-----------------|-------------|
| Oui | 359 | 88,8% |
| Non | 45 | 11,2% |
| TOTAL | 404 | 100% |

Sur 404 patients, 359 avaient consulté les tradipraticiens avant de venir à l'hôpital soit 88,8% des cas.

Tableau:XXV : Répartition des patients selon les diagnostics évoqués par les tradipraticiens.

| Diagnostics | Effectif absolu | Pourcentage |
|-----------------|-----------------|-------------|
| Dabali* | 264 | 65,3% |
| Kunnafing* | 93 | 23% |
| Sumaya kogolen* | 27 | 6,7% |
| Mara* | 20 | 5% |
| TOTAL | 404 | 100% |

*=Dabali (envoûtement) était le diagnostic le plus souvent évoqué par les tradipraticiens avec 264 cas sur 404 soit 65,3% des cas.

*=Kunnafing: Possession démoniaque, malade habité par les mauvais esprits ou par le satan.

*=Sumaya kogolen: Palu chronique.

*=Mara: Associe folie, impuissance sexuelle, incapacité à travailler, cécité, douleurs aux tendons, urines jaunes foncées.

*NB: Parfois, dabali=gnegnini bana=envoûtement; kunkolo la bana=maladie de la tête=hakili bana.

Tableau: XXVI: Répartition des patients selon les diagnostics évoqués par la famille.

| Diagnostics | Effectif absolu | Pourcentage |
|---|-----------------|-------------|
| Hakilibana* | 289 | 71,5% |
| Toxicomanie (furakissè-bana ou drogue-fa) | 46 | 11,4% |
| Fa* | 35 | 8,6% |
| Sumaya kogolen | 19 | 4,7% |
| Mara | 15 | 3,8% |
| TOTAL | 404 | 100% |

Pour consulter à la psychiatrie, la famille évoquait le diagnostic de *hakilibana (maladie de l'esprit) dans 71,5% des cas et celui de la toxicomanie dans 11,4% des cas.

*=Fa: Folie

Tableau:XXVII: Répartition des patients selon les modalités de sortie.

| Modalités de sortie | Effectif absolu | Pourcentage |
|------------------------------------|-----------------|-------------|
| Sortie sur avis médical | 332 | 82,2% |
| Sortie à la demande des parents | 56 | 13,9% |
| Décès | 13 | 3,2% |
| Sortie contre avis médical/évasion | 3 | 0,7% |
| TOTAL | 404 | 100% |

Nous avons constaté 13,9% de cas de sortie à la demande des parents, 3,2% de décès, 0,7% d'évasions.

Tableau: XXVIII: Répartition des patients selon le nombre d'hospitalisations.

| Nombre d'hospitalisations | | Une hospitalisation | 2 ou Plusieus hospitalisations | TOTAL |
|--|-----|---------------------|--------------------------------|-------|
| Psychoses délirantes chroniques | | | | |
| Schizophrénie | EFF | 228 | 26 | 254 |
| | % | 5,6% | 6,4% | 62,8% |
| Paranoïa | EFF | 68 | 11 | 79 |
| | % | 16,8% | 2,7% | 19,5% |
| Psychose hallucinatoire chronique | EFF | 37 | 5 | 42 |
| | % | 9,1% | 1,2% | 10,5% |
| Psychoses délirantes chroniques non classées | EFF | 24 | 4 | 28 |
| | % | 6% | 0,9% | 7% |
| Paraphrénie | EFF | 1 | 0 | 1 |
| | % | 0,2% | 0% | 0,2% |
| Total | Eff | 358 | 46 | 404 |
| | % | 88,7% | 11,3% | 100% |

Les rechutes nécessitant une réhospitalisation étaient survenues chez 14,3% des psychoses délirantes chroniques non classées; 14% de paranoïa ; 12% de psychose hallucinatoire chronique ; 10,2% de schizophrénie.

Commentaires
et
Discussions

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

La fréquence des psychoses délirantes chroniques chez les malades hospitalisés.

Cette étude hospitalière, rétrospective des cas enregistrés dans le service de psychiatrie du point G du 1er janvier 2001 au 31 décembre 2005 donne un aperçu général de leur fréquence, de leur distribution, et de leur présentation en milieu hospitalier.

Le nombre de malades hospitalisés pendant la période de l'étude était de 812. Les psychoses délirantes chroniques ont représenté une proportion de 404/812 soit 49,75% des cas. Parmi les psychoses délirantes chroniques, il y'avait 62,9% de cas de schizophrénie, 19,6% de cas de paranoïa, 10,4% de cas de psychose hallucinatoire chronique, 6,9% de cas de psychose délirante chronique non classée et 0,2% de cas de paraphrénie.

La prédominance de la schizophrénie s'explique par le fait que cette psychose débute à l'âge jeune (15 à 25ans), appelée habituellement psychose de l'adulte jeune. Cependant dans notre étude c'est la population jeune qui est la plus touchée.

Ce résultat concorde avec celui de BABY M [4], qui a trouvé les moments féconds de schizophrénie:30,2% des cas.

Notre résultat est comparé à celui de COULIBALY B [12] qui a trouvé 10 cas de paranoïa et 16 cas d'état dissociatif sur un total de 199 malades.

Ce résultat concorde avec celui de MENET GACEBE YLS [31] qui a trouvé 22,5% de cas de schizophrénie.

Nous sommes en concordance avec ORSOT-DESSI M et Col [38] qui ont trouvé une prédominance des moments féconds de schizophrénie avec un taux de 14 cas sur les 110 malades étudiés, soit 9,33%.

Notre résultat est proche de celui de WALTER M [57] qui a trouvé 10% de schizophrénie sur les 15% d'urgences psychiatriques rencontrées dans un centre d'accueil et d'urgence générale du CHU de Brest.

Notre résultat concorde avec celui de VINCENSINI J. P. [56], enquête annuelle au près de ménages dont un membre au moins est assuré social. Sur 30.000 personnes les diagnostics les plus souvent retrouvés étaient les schizophrénies 23% des cas.

Notre résultat est comparé à celui de ANDRIANTSEHENO L M [1] qui a trouvé une prédominance de la schizophrénie (57 cas sur 95) soit 60% des cas.

I-DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1: Au niveau du sexe:

On a constaté une prédominance du sexe masculin avec 331 cas sur 404 soit 81,9% des cas (sexe ratio=4,5 en faveur des hommes). Ceci peut s'expliquer par le fait que l'altération de l'état de santé d'un homme se fait beaucoup plus vite sentir sur le plan socio-professionnel et familial que celui de la femme. Cette dernière est généralement occupée par les tâches ménagères dans la concession familiale. Aussi un malade mental de sexe masculin serait relativement plus violent donc difficile à gérer à la maison.

Ce résultat concorde avec celui de BABY M [4] qui a rapporté que 74,4% des cas d'urgence psychiatrique étaient du sexe masculin. COULIBALY B [12] a rapporté une prédominance du sexe masculin: 77,9% des cas contre 22,1% pour les femmes. KOUMARE B [27], cité par PICHARD P G P [42] signale que 66% des malades étaient de sexe masculin et 34% de sexe féminin. De même MENET GACEBE YLS [31] a trouvé une prédominance du sexe masculin chez les malades hospitalisés ainsi que chez ceux suivis en ambulatoire avec respectivement un taux de 78,9% des cas et 60,9% des cas.

Selon ANDRIANTSEHENO L M [1], la schizophrénie touche deux fois plus les hommes que les femmes (H/F=38/19=2).

D'après AQUIZERATE J. et al [4], parmi les schizophrènes, 2 patients sur 3 sont de sexe masculin.

2: Au niveau de l'âge.

La tranche d'âge 25-34 ans a été la plus représentée avec 162 cas sur 404 soit 40% des cas. C'est la population jeune qui est la plus touchée. Ceci nous amène à quelques réflexions:

-La population générale est jeune au Mali (52%) [15].

-Cette population est confrontée à des difficultés de la vie (scolarisation, chômage, autonomie financière).

-Elle est exposée à des événements de vie stressants (précipitant le déclenchement de la maladie et les récurrences), perturbation du développement affectif (maltraitance), perturbations des relations intrafamiliales, problèmes d'identité.

Notre résultat concorde avec celui de MENET GACEBET YLS [31] et de ORSOT DESSI M [38] qui ont trouvé respectivement une prédominance dans les tranches d'âge suivantes : 21 - 30 ans un taux de 39,8% des hospitalisées et 34,7% des suivis en externe, et 25-34 ans un taux de 30,6% de l'effectif total. BABY M [4], après une étude sur les urgences psychiatriques au Mali a trouvé que la tranche d'âge la plus représentée est de 25 - 34 ans avec 53 cas sur 149 soit 35,6% des cas. COULIBALY B [12] a trouvé que chez les malades demandeurs de soins psychiatriques, la tranche d'âge 25-34 ans représentait 37,7% des cas. PICHOT P et col [39] ont trouvé que plus de 80% des admissions pour schizophrénie ont moins de 40 ans.

3: Au niveau du statut matrimonial.

Sur 404 patients 209 étaient des célibataires soit 51,7% des cas.

-Ce nombre important de célibataires serait en rapport avec la stigmatisation rattachée aux troubles psychiatriques.

-Il peut s'agir d'un indicateur d'exclusion des malades mentaux.

-La maladie mentale serait un handicap pour une vie de couple.

-La désocialisation secondaire aux troubles psychiatriques serait vectrice d'incapacités ou de marginalisation.

Ce résultat concorde avec celui de BABY M [4] qui a trouvé que 47,6% des cas d'urgences psychiatriques étaient des célibataires. MENET GACEBE YLS [31] a trouvé que 47% des malades étaient des célibataires avec 42% de sexe masculin contre 14% de femmes. Pour COULIBALY B [12], chez les demandeurs de soins psychiatriques, 60,8% sont des célibataires. BRACCINI T et Col [7] ont trouvé 41,8% de sujets sans partenaires dans la population de 25 à 50 ans. PICHOT P et col [39] ont eu pour l'ensemble de leur échantillon 38% de célibataires; dans les schizophrénies 73% de célibataires (Alors que la moitié des schizophrènes a plus de 30 ans et 91% plus de 20 ans), 10% d'entre eux étaient séparés ou divorcés, 17% seulement sont mariés lors de leur admission; à âge égal, 33% des malades de la catégorie délires chroniques sont célibataires.

4-Les actes médico-légaux.

Sur 404 patients, 15 avaient un antécédent d'acte médico-légal, soit 3,7% des cas.

Ce résultat est comparé à celui de SISSOKO M [54] qui rapporte qu'en juillet 1982, une enquête du service de psychiatrie menée auprès des infirmiers et concernant la dangerosité supposée par ces derniers de 350 malades, conclut à 21, soit 6%. COULIBALY B [12] avait trouvé que le placement d'office représentait 12,6% des cas. Pour BENEZECH [6], cette étude descriptive et analytique portait sur 12 patients de sexe masculin hospitalisés à l'unité pour malades difficiles de Cadillac en Gironde entre le 1er janvier 1990 et le 1^{er} janvier 2005. Ces malades avaient fait 17 victimes lors des premiers crimes et 18 lors des récidives. Les pathologies présentées étaient respectivement la schizophrénie (6 cas, soit 50%) le trouble délirant persistant ou délire paranoïaque (2 cas, soit 17%) le trouble schizo-affectif (1 cas, soit 8%) et le trouble envahissant du développement (1 cas, soit 8%).

Cette étude précise qu'assez peu de crimes sont en réalité exécutés par des personnes souffrant de troubles mentaux majeurs. La proportion des meurtres pathologiques varie de 5 à 15% de l'ensemble des homicides dans la plupart des études occidentales. Chaque année en France on estime ainsi à une cinquantaine de cas le nombre d'homicides commis par des malades mentaux sur environ 1000 homicides volontaires officiellement répertoriés.

Malgré tout on constate que les cas d'actes médico-légaux sont plus fréquents en France qu'au Mali. Cela peut avoir des explications suivantes:

-Il s'agirait d'un reflet des particularités socio-culturelles.

-IL y'aurait une plus grande accessibilité aux armes dans les pays occidentaux.
-Au Mali les cas d'actes médico-légaux ne seraient pas toujours officiellement répertoriés; les placements d'office étant rares (0,5% des cas), les choses se régleraient par consensus.

II-DONNEES CLINIQUES.

1-Motif de la demande d'hospitalisation.

Sur 404 patients, 219 avaient comme motif d'admission l'hétéro-agressivité soit 54,2% des cas. 15,1% étaient venus pour insomnie tandis que 12,9% étaient venus pour agitation.

L'hétéro-agressivité est un facteur de déséquilibre et de déstabilisation qui affecte la cohabitation et même les activités socio-économiques. Elle met sérieusement l'entourage à l'épreuve et l'oblige à hospitaliser le malade.

Ce résultat concorde avec celui de ORSOT-DESSI M et col [38] qui ont trouvé également une prédominance de l'agressivité suivie de l'agitation dans leur étude soit respectivement 44 et 19 cas sur les 110 malades (soit 40% et 17,27% des cas).

MENET GACEBE Y L S [31] a trouvé 20,6% d'agressivité et 15,3% d'agitation comme motifs les plus fréquents de consultation et de demande d'hospitalisation.

BABY M [4] a trouvé une prédominance de l'agressivité 28,2% suivie de l'agitation 12,8% pour motifs de prise en charge en urgence. COULIBALY B [12] rapporte que pour la demande de soins psychiatriques, il y'avait comme motifs: L'agitation 51,2% suivi par l'agressivité 41,2%.

Notre résultat est plus élevé que celui de TARDIFF K [55] qui a trouvé une anamnèse d'agressivité chez 15% des patients admis dans deux hôpitaux de New York aux USA.

2-Origine de la demande d'hospitalisation.

Dans 74,8% des cas, la famille a été à l'origine de la demande d'hospitalisation, le personnel médical dans 17% des cas, les forces de l'ordre dans 8,2% des cas.

On constate que dans la majorité des cas l'hospitalisation se fait à la demande de la famille et jamais sur l'initiative personnelle du malade. D'ailleurs c'est presque toujours la famille qui décrit et interprète les troubles du patient.

Ce résultat concorde avec celui de BABY M [4] qui a trouvé que la famille est à l'origine de la demande d'hospitalisation dans 72% des cas d'urgence psychiatrique suivie du personnel médical avec un taux de 20,8% des cas. Il concorde avec le résultat de MENET GACEBET YLS [31] qui a trouvé la famille à l'origine de l'hospitalisation dans 71,8% des cas suivie du personnel médical 13,9% des cas. ORSOT DESSI M et col [38] ont trouvé que la famille est à l'origine de la demande d'hospitalisation chez 70% des patients étudiés.

3-Hypothèses diagnostics envisagées par la famille et par les tradithérapeutes.

Nous avons étudié les diagnostics évoqués par les guérisseurs traditionnels :

Il s'agit de "DABALI" (envoûtement) 65,3% des cas ; "KUNNAFING" (possession démoniaque, malade habité par les mauvais esprits ou par le Satan) 23%; "SUMAYA KOGOLEN" (paludisme chronique) 6,7%, "MARA" qui selon SANOGO Z [52] associe folie, impuissance sexuelle incapacité à travailler, cécité, douleurs aux tendons, urines jaunes foncées : 5% des cas.

Il faut reconnaître qu'au début ce point de vue des guérisseurs traditionnels est partagé non seulement par le malade mais aussi par presque toute la famille et l'entourage.

C'est après avoir consulté à la fois les marabouts, les féticheurs et les exorcistes sans succès que l'entourage se fait un esprit critique pour se tourner vers la médecine moderne, le plus souvent à la suite de complications (hétéro-agressivité, agitation, actes médico-légaux). Les diagnostics évoqués deviennent alors : "HAKILIBANA"(maladie de l'esprit) 71,5%, "FA" (folie) 8,6%, "TOXICOMANIE"(évoquant le plus souvent le cannabis et parfois d'autres drogues) 11,4%; "SUMAYA KOGOLEN" (paludisme chronique) 4,7%; "MARA" (folie, impuissance sexuelle incapacité à travailler, cécité, douleurs aux tendons urines jaunes foncées) 3,8% des cas.

4-étude de l'importance de la relation entre l'abus de substances toxiques et les psychoses délirantes chroniques.

Notre étude a révélé que 14,5% des schizophrènes fument le cannabis; 10,1% des paranoïaques prennent de l'alcool contre 0,9% des schizophrènes.

Pour HAÏDARA M [22], la toxicomanie, maladie évoquée chez 3,40% des patients avec une prédominance masculine nette de 5,06% est très faible parmi nos patients du fait de la proscription socio-religieuse absolue de l'alcool et des stupéfiants.

Ce résultat est comparable à celui de AQUIZERATE J. et al [2] selon lequel sur 501 patients inclus, 33% présentaient ou ont présenté une conduite addictive. 78% présentaient des troubles de la série psychotique. On note d'une part une association significative entre le diagnostic de trouble paranoïaque et l'abus isolé d'alcool et d'autres parts le diagnostic de schizophrénie et les abus de cannabis, d'opiacés, et de tranquillisants.

III-DIFFICULTES RENCONTREES.

1-Les recours pré-hospitaliers.

Sur 404 patients 359 ont fait le tour des guérisseurs traditionnels soit 88,8% des cas.

Notre résultat est comparé à celui de DIARRA S [16] selon lequel 82,3% des malades ont consulté en premier lieu les tradipraticiens avant d'entamer un traitement conventionnel compte tenu de l'importance accordée aux facteurs culturels.

Pour KOUMARE B. [27], les guérisseurs traditionnels assument dans 95% des cas les premiers soins et les post cures des malades dont l'hospitalisation n'a pu être évitée.

Selon ANDRIANTSEHENO L M [1], à Madagascar, les malades mentaux, préalablement "diagnostiqués" par "lombiasy"(devin) et pris comme médium, expriment les recommandations de l'esprit qui les habite au rythme des chants de l'assistance, entretenu par l'alcool. Il arrive, qu'épuisés par les transes, les malades meurent, mais sans aucune récrimination de la part de la famille.

Les recours pré-hospitaliers filtrent un certain nombre de troubles mineurs ou d'évolution brève et retardent la prise en charge des cas graves. Les troubles sont alors vus le plus souvent à leur phase chronique ou lors de complications (hétéro-agressivité, agitation, actes médico-légaux).

Les pratiques traditionnelles persistent même à l'intérieur de l'hôpital à l'insu du personnel médical mais toujours avec la complicité de l'entourage. Ces actions parallèles du médecin et des autres thérapeutes peuvent être bénéfiques et complémentaires, comme elles peuvent être nocives pour le malade, si elles sont alimentées par des dénigrement ou des thèses contradictoires, anxiogènes.

2-Dévenir des patients souffrant d'une psychose délirante chronique.

Les rechutes nécessitant une ré-hospitalisation surviennent chez 10,2% des schizophrènes, 12% des psychotiques hallucinés chroniques, 14% des paranoïaques et 14,3% des psychotiques délirants chroniques non classés. Pour COULIBALY B [12], 50,3% des patients ont été réadmis au moins une fois.

Selon AQUIZERATE J. et al [2], sur 634 schizophrènes initialement examinés, 60% sont soit en traitement ambulatoire, soit considérés comme "perdus de vue"; 40% ont été réadmis au moins une fois (dont 7,7% l'ont été 4 fois et plus). Quel que soit le traitement, l'évolution est peu favorable.

Néanmoins notre expérience thérapeutique nous autorise à dire que l'effet des neuroleptiques à action prolongée permet à ces psychotiques délirants chroniques de rester sociables.

Conclusion
et
Recommandations

1-Conclusion.

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 5 ans allant du 1er janvier 2001 au 31 décembre 2005, portant sur les psychoses délirantes chroniques: Etude épidémio-clinique, dans le service de psychiatrie de l'hôpital du Point G. Le nombre de malades hospitalisés pour psychose délirante chronique pendant la période d'étude était de 404 patients sur un effectif total de 812 malades hospitalisés. Il y'avait 331 hommes soit 82% des patients contre 73 femmes soit 18% des patients. Le sexe ratio était de 4,5 en faveur des hommes. La tranche d'âge la plus représentée était de 25 à 34 ans soit 40% des patients, avec des extrêmes de 15 et de 82 ans. La pathologie la plus représentée était la schizophrénie: 62,9% des cas. Dans la majorité des cas le malade avait déjà fait une consultation chez les guérisseurs traditionnels. Le trouble est alors vu souvent à sa phase chronique ou lors des complications à type d'hétéro-agressivité (54,2% des cas) ; d'agitation (12,9% des cas); ou d'actes médico-légaux (3,9% des cas). Dans ce dernier cas le placement d'office est rare, 0,5% des cas, tout se réglerait par consensus. Les rechutes nécessitant une réhospitalisation surviennent chez 10,2% des schizophrènes. Les psychoses délirantes chroniques pourraient avoir une bonne évolution beaucoup plus favorable si nos sociétés Africaines actuellement en pleine mutation et le réseau familial de soutien restaient forts. L'effet favorable de cette bonne intégration socio-familiale donnerait encore des résultats plus tangibles si une politique médicamenteuse adéquate y était associée.

Une véritable collaboration franche entre psychiatres et tradipraticiens est souhaitable, mais elle impose des règles de jeu claires pour être fructueuse.

2-Récommandations.

Nous formulons des recommandations qui s'adressent aux:

***Autorités sanitaires:**

- Former et recycler les agents socio-sanitaires pour répondre à la demande de soins de santé mentale.
- Assurer la décentralisation des soins de santé mentale.
- Développer des campagnes d'information et de sensibilisation en matière de santé mentale pour modifier les représentations sociales des pathologies psychiatriques.

***Personnel socio- sanitaire:**

- Sensibiliser la population par rapport à la prise en charge conventionnelle précoce de la maladie mentale pour une réduction des cas chroniques.
- Promouvoir la coordination entre différents éléments de l'équipe de prise en charge : médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, psychologues, travailleurs socio-sanitaires et communauté pour une meilleure réinsertion sociale des malades mentaux.
- Favoriser la collaboration entre les deux systèmes de soins: Traditionnel et conventionnel.
- Favoriser la R B C (réadaptation à base communautaire), pour une meilleure réinsertion sociale.

***Communautés:**

- Lutter contre la stigmatisation du malade mental.
- Favoriser la réinsertion socio professionnelle des malades mentaux chroniques stabilisés.
- Consulter le plus rapidement possible les centres spécialisés dès l'apparition des premiers signes des troubles psychiatriques.

Bibliographie

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

- 1-ANDRIANTSEHENO L. M. et al. -Les troubles psychiatriques à Madagascar; étude clinique de 376 cas répertoriés à Mahajanga, thèse méd n°2458, 2003, 85P.
<< c a t.inist.fr/? a model=afficheN& cpsidt=15869696.>>.
- 2-AQUIZERATE J.et al. -Epidémiologie en psychiatrie; répertoire des travaux francophones de 1989 à 1994, 102P.
<<<http://www.xl-news.com/ref/ePIDeMIOLOGIE-EN-PSYCHIATRIE-répertoire-des-t...>>>
- 3-AWANDE S. -Les statistiques relatives aux consultations dans le service de psychiatrie de l'hôpital du point G sur une période de 12 mois. Thèse de med.1988, 76P.
- 4-BABY M. -Les urgences psychiatriques au Mali; étude épidémio-clinique dans le service de psychiatrie de l'hôpital du point G. Thèse méd. 2005, 70p.
- 5-BAMIA G. - Essai sur la nosologie Dogon dans le cercle de Badiangara.Thèse méd. E.N.M.P, Bamako, 1991, 227p.
- 6-BENEZECH M. -La récurrence dans l'homicide pathologique: Etude descriptive et analytique de douze observations. Ann. Méd. Psycho. 2005, 642P.
- 7-BRACCINI T. -Relation entre services médico-chirurgicaux et service d'urgences psychiatriques. Paris, 1988 n° 21, 92P.

CISSE N., PAIRAULT C. - Maladie et Poro en pays sénoufo du sud du Mali.
I.N.R.S.P, Bamako, 1976, 58p.

9-CONDE E.S. -Thérapie moderne et traditionnelle de la maladie mentale au Mali. Mémoire de psycho-pédagogie
E.N.S.U.P, Bamako. 1988, 85p.

10-COPPO P. -Médecine traditionnelle, psychiatrie et psychologie en Afrique.éd. 1988, 95P.

11-COPPO P. et PISANI L. -Evolution des cas observés au cours de l'enquête sur les maladies mentales et l'épilepsie dans une Communauté Africaine (80-81) rapport définitif, Déc. 1983, Bamako, Mali.

12-COULIBALY B. -Approche épidémiologique de la demande de Soins psychiatriques au Mali, 1984, n° 83 M 10, 57p.

13-COULIBALY M. M. -Approche clinique d'une entité nosologique traditionnelle: le "jinebana". Thèse méde. E.N.M.P. Bamako. 1988, 155p.

14-COULIBALY B, COUDRAY J. Pet KOUMARE B.-Sciences sociales et psychiatrie en Afrique 1983; 19 3:266-286.

15-DIABATE. M. -Demande de soins psychiatriques chez les élèves et étudiants dans le service de psychiatrie de l'hôpital du point G. Thèse méd. 2006, 62P.

- 16-DIARRA S. -Les psychoses puerpérales en milieu psychiatrique à Bamako, à propos de 124 cas, thèse méd. 2003, 76P.
- 17-DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE.-Division de L'épidémiologie : Analyse des statistiques sanitaires. Bamako 1991, 50p.
- 18-ENGELSMANN F. -International comparison of diagnostic patterns. Transcult . Psychiat. Res. Rev; 7, 1970, 130-137P.
- 19-Epidémiologie des psychoses délirantes chroniques.
<<<http://www.Santé.gow.fr/htm/dossiers/losp/37psychoses.pdj>>>
- 20-GORWOOD P. et al . -Evidence for a pseudo-autosomal locus for schizophrenia: A replication study using phenotype analysis. British journal of psychiatry, 1992, 110P.
- 21-GUNTHER et col. -Obstetric complications and schizophrenia. A case-control study. British journal of psychiatry 1994, 164, 165-170.
- 22-HAÏDARA. M. -Evaluation des activités de consultation au service de psychiatrie de l'hôpital du point G, these med. N°25 , Bamako 1995, 77P.
- 23-INSTITU NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE. SECTION PSYCHIATRIE. -Classification française des troubles mentaux. Bull. Inst. nat. Santé rech. med. 24, 1968, suppl. n° 2, 29p.

- 24-JODELET D. -Folies et représentations sociales. Presses universitaires de France, Paris, 1997,398p.
- 25-KAMATE M. -Contribution à l'élaboration d'un instrument de dépistage en santé mentale au Mali.Thèse med, n° 36, Bamako 1993, 55P.
- 26-KHOURI F. -Evolution des psychoses: Résultats d'une enquête clinique portant sur 383 cas suivis pendant 10 ans (1975-1985). Ann. med. Psychol. 1989, 147, 1, 15-32.
- 27-KOUMARE B et COUDRAY J.P-Problématique de la santé mentale au Mali Mali médical; 1983, VI, No 1.
- 28-KOUMARE B; COUDRAY J.P; MIQUEL GARCIA E.-L'assistance psychiatrique au Mali . In psychopathologie Africaine, 1992 , vol XXIV N°2, p 229-236.
- 29-KOUMARE B.,DIAOURE R. MIQUEL GARCIA E. -Définition d'un instrument de dépistage des troubles psychiatriques. In psychopathologie Africaine, 1992 vol XXIV N°2, p 229-236.
- 30-LEGER D. -Evolution au long cours et vieillissement des Schizophrènes. Mémoire de C E S de psychiatrie Limoges, 1990, 410p.
- 31-MENETGACEBET.YLS -Démande de soins psychiatriques, données épidémiologiques en milieu hospitalier au C H U du Point G. Thèse méd. Bamako,2005 No 05 M-116: 29-54p.

- 32-MERDJI Y . -Course of psychosis in Algeria and in France, about 342 cases observed from 1975 to 1985. Psychopathology, 1989, 22, 301-308.
- 33-MOSBRUCKER F. -Taux de prévalence des schizophrènes traités dans le département du Bas-rhin. Résultat d'une enquête epidemiologique du 1^{er} janvier au 20 novembre 1992. Les annales médico-psychologiques, 1993, 71P.
- 34-MOUKORO P.P. -Approche du désordre mental en milieu bwa. Thèse méd. E.N.M.P, Bamako,1988, 132p.
- 35-NASI MIQUEL GARCIA E. Représentation de la maladie mentale et de la folie au Mali. Mémoire de C E S de psychiatrie. Université René Descartes, Paris 1988, 363p.
- 36-ORG MOND SANTE.CIM 10/ICD 10-Classification internationale des maladies, 10^e révision. Chapitre V(F):Troubles mentaux et troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche. Masson, Paris 1994, 226P.
- 37-O. M. S: -Dimensions sociales de la santé mentale. Ed. O.M.S, Genève, 1981, 48p.
- 38-ORSOT-DESSI M et al . -Les états aigus, réponses ambulatoires et hospitalières à l'hôpital psychiatrique de Bengerville, revue med. de Cote d'ivoire, 1983, No 63, 29p.

- 39-PICHOT P. et al . -Hospitalisation psychiatrique, statistique descriptive. Paris: ed. sandoz. 1971-152p.
- 40-PICHOT P. et al. -Les stéréotypes diagnostiques des psychoses chez les psychiatres français. Vth international congress, collegium international neuro-psycho pharmacologicum, Washington D.C. 27-31 March 1966. Excerpta Medica international congress series n° 129. Amsterdam 1967. 669-702P.
- 41-PICHOT P. et al. -La nosologie psychiatrique et le diagnostic par ordinateur. Presse med., 75, 1967, 1.269-1.274.
- 42-PICARD P. G. P. -Evaluation des activités de consultation du service de psychiatrie du C H U de Dakar (du 1^{er} juillet 1981 au 30 juin 1982). Thèse med. Dakar, 1984. 142p.
- 43-RAHAMEFY et al. -Une thérapeutique ambiguë: apprivoiser les ancêtres ou exorciser les démons? In: Etudes océan indien. Inalco, Paris, 1995, 71-76P.
- 44-RAPPORT ANNUEL DU MINISTERE DE LA SANTE: La santé mentale en Algérie, Décembre 2004, 35P.
<<www.ands.dz/Dossiers/etat-Sante.htm-6K->>
- 45-RATSIFANDRIHAMANANA B-Santé mentale et dispositifs sanitaires à Madagascar. In: Reverzy(Eds), cultures, exils et folies dans l'océan indien. L'harmattan Paris, 1990, 200-202P.

- 46-RATSIFANDRIHAMANANA B-Aperçu sur les modes de représentation traditionnelle de la folie, et tentative de prises en charge culturelle de la souffrance psychique à Madagascar. in: Reverzy jf (Eds)-culture, exils et folie dans l'océan indien. L'harmattan, Paris, 1990, 203-210P.
- 47-RAZAFIMPAHANANA B - Les attitudes des Merina vis à vis de leurs traditions ancestrales. Thèse de Doctorat 3^{ème} cycle faculté des lettres, université de Madagascar ; 1965, 85P.
- 48-ROELANDT JL. et al -La santé mentale en population générale: image et réalités. Présentation générale de l'enquête. L'information psychiatrique, 2000, 279-292P.
- 49-ROBERT PH. -Evolution des psychoses: Résultat d'une enquête clinique portant sur 383 cas suivis pendant 10 ans (1975-1985). Ann. Med. Psychol. 1989, 149P.
- 50-SADUN R. -Statistiques médicales des établissements psychiatriques. Année 1968. Bull. Inst. nat. Santé Rech. méd. 587P.
- 51-SAMAKE F. -Rapport de l'assemblée constitutive de l'A.M.A M.M(Association malienne d'aide aux malades mentaux), note de présentation du projet de statut 1973, 75P.

- 52-SANOOGO Z. -Approche anthropo-clinique d'une entité nosologique traditionnelle: Mara. Thèse med. Bamako, Mali, 1993, 81P.
- 53-SAUTERAUD A. -Fréquence plus élevée des décompensations psychotiques en Asie, analyse d'une année de rapatriements sanitaires d'une compagnie d'assistance médicale. La presse médicale, 1992, 93P.
- 54-SISSOKO M. -Quelques aspects médico-légaux de la pratique psychiatrique au Mali. Thèse med. 1984, Bamako, Mali, 105p.
- 55-TARDIFF K. -Characteristics of assaultive patients in private hospitals A M J psychiatry, U S A, 1984, 87P.
- 56-VINCENSINI J.P. -Santé mentale, l'individu, les soins, le système. Actualité et dossier en santé publique n° 15 juin 1996. 1-3P.
<<www.hcsp.emsp.fr/hcspi/explore.cgi/ad151821.pdf>>
- 57-WALTER M. -Situation d'urgence dans la schizophrénie, les carnets de l'observation des schizophrènes, revue Lily, France, juin 2001. 23-26p.
- 58-ZEMPLANI A. -La dimension thérapeutique du culte des rab: Ndöp, Tuuru et Samp. Rites de possession chez les Lebou et Wolof. In psychopathologie Africaine, 1966, Volume II, N° 3, p295-439.

Annexes

FICHE D'ENQUETE N°

DOSSIER N°

PSYCHOSES DELIRANTES CHRONIQUES : Etude Epidémiologique

Questions 1 : Identification

1 = Nom et Prénom :

3 = Fratrie :

2 = Age :

4 = Profession :

Questions 2 : Sexe :

1 = Masculin

2 = Féminin

Questions 3 : Religion

1 = Musulmane

2 = Chrétienne

3 = Animiste,

4 = Autres

Questions 4 : Résidence :

1 = Bamako

2 = Kayes

3 = Koulikoro

4 = Sikasso

5 = Ségou

6 = Mopti

7 = Tombouctou

8 = Gao

9 = Kidal

Questions 5 : Ethnie

1 = Bambara

2 = Peulh

3 = Sonhaï

4 = Soninké

5 = Malinké

6 = Kassonké

7 = Dogon

8 = Diawando

9 = Maure

10 = Touareg

11 = Senoufo

12 = Minianka

13 = Bwa

14 = Bozo

15 = kakolo

16 = Autres.

Questions 6 : Situation Matrimoniale

1 = Célibataire 2 = Marié(e) 3 = Divorcé (e)
4 = Séparé (e) 5 = Veuf (ve) 6 = Sans info

Questions 7 : Niveau Socio-éducatif

1 = Non scolarisé (e) 2 = Primaire 3 Secondaire 4 = Supérieur

Questions 8 : Antécédents

1 = Personnels médicochirurgicaux
2 = personnels psychiatriques
3 = Père 4 = Mère 5 = collatéraux

Questions 9 : Hospitalisation (s) Psychiatrique (s) Antérieure (s)

1 = Oui 2 = non 3 = Sans info

Questions 10 : Actes Médico-légaux

1= Oui 2 = Non 3 = Sans Info

Question 11 : Mode de placement

1 = HDT 2 = HO ; 3 = HL
4 = Attaché à l'arrivée 5 = non attaché à l'arrivée

Questions 12 : Motif de la demande d 'hospitalisation

1= Agitation 2= hetero agressivité 3=.Errance 4= Insomnie
5= Fugue 6= tentative de suicide 7= Saliloquie

Questions13 : Traitements traditionnels

1= Oui 2= non 3= Marabouts 4= Féticheur 5= autres

questions 14 : Diagnostics évoqués par les tradipraticiens

1 = Hakilibana 2 = Dabali 3 = Fâh 4 = Kounafing 5 = Mara
6 = Jinébana 7 = Autres

Questions 15 : Origine de la demande d'hospitalisation

1 = Famille 2 = Médecin 3 = Forces de l'ordre 4 = Patient 5 = Autres

Questions 16 : Accompagnants

1 = parent 2 = Voisin 3 = Collègue 4 = Ami 5 = Autres

Questions 17 : Hypothèses diagnostiques envisagées par la famille

1 = Hakilibana 2 = Dabali 3 Fâh 4 = Kounafing 5 = Mara
6 = Jinébana 7 = Autres.

Questions 18 : Tenue

1 = Correcte 2 = Débraillée 3 = Extravagant 4 = incurie 5 = Autres

Questions 19 : Mimique

1 = Adaptée 2 = Discordante 3 Amimie 4 = Autres 5 = Echomimie

Questions 20 : Contact

1 = Coopérant 2 = Familier 3 = Opposant 4 = Indifférent
5 = Méfiant 6 = Instable 7 = agressif 8 = Autres

Questions 21 : Conscience

1 = Claire 2 = alternée 3 = Confuse 4 = DTS 5 = Autres

Question 22 : Humeur

1 = Normale 2 = Triste 3 = Exaltée 4 = Labile 5 = Autres

Questions 23 : Psychomotricité

1 = Normale 2 = Inhibition 3 = Catatonie 4 = Agitation
5 = Catalepsie 6 = Echopraxie
7 = Stéréotypie 8 = Négativisme 9 = Ambivalence 10 = automatisme mental

Questions 24 : Cours de la pensée

1 = Normal 2 = Tachypsychie 3 = Bradypsychie 4 = Barrage
5 = Fading 6 = Néologisme 7 = Réponse à côté 8 = Autres.

Questions 25 : Productions pathologiques

1 = Onirisme 2 Obsessions 3 = Phobies 4 = Autres

Questions 26 : Thèmes du Délire

1 = Persécution 2 = Grandeur 3 = Mystique 4 = Filiation
5 = Jalousie 6 = Hypochondriaque 7 = érotomanie 8 = Autres.

Questions 27 : Mécanisme du Délire

1 = Hallucination 2 = Interprétation 3 = Intuition 4 Illusion 5 =
Imagination 6 = Autres

Questions 28 : Langage

1 = Normal 2 = Logorrhée 3 = Mutisme 4 = Soliloquie
5 = Palilalie 6 = Verbigération 7 = Bégaiement 8 = Echolalie
9 = Néologisme 10 = Aphasie 11 = Paraphasie 12 = Rires imotives 13
= Maniérisme
14 = Autres

Questions 29 : Contenu du langage

1 = Cohérent 2 = Riche 3 = Pauvre 4 = Incohérent 5 = Autres

Questions 30 : Langage écrit

1 = Normal 2 = Alteré 3 = Autres

Questions 31 : Lecture

1 = Normale 2= Altérée 3 = Autres

Question 32 : Jugement

1 = Adéquat 2 = Non adéquat

Questions 33 : Raisonnement

1 = Adéquat 2 = non Adéquat

Questions 34 : Mémoire

1 = Conservée 2 = Amnésie antérograde 3 = Amnésie rétrograde 4 = Amnésie Antéro- rétrograde 5 = Autres

Questions 35 : Attention

1 = Adaptée 2 = Distraite 3 = Focalisée 4=Autres

Questions 36 : Hygiène corporo- vestimentaire

1 = Satisfaisante 2 = Non Satisfaisante
1 = Bon 2 = Passable 3 = Mauvais

Question 37 : Port d'objet:

1= Acéré 2=contondant 3= Non Dangereux 4= Autres;

Question 38 : Auto-agressivité:

1= Auto-mutilation 2= Autolyse 3=Autre.

Question 39 :Hétéro-Agressivité,

1= Globale 2= Sélective 3= verbale 4= Physique,

Question 40: Intégration Familiale,

1= Bonne 2= Passable 3= Mauvaise,

Question 41: intégration sociale,

1= Bonne 2= Passable 3= mauvaise;

Questions 42 : Niveau d'intégration professionnel

1 = Bon 2 =Passable 3 = Mauvais

Questions 43 : Conduite alimentaire

1 = Normale 2 = Anorexie 3 = Boulimie 4 = Refus alimentaire
5 = Autres

Questions 44 : Sommeil

1 = Normal 2 = Insomnie 3 = Hypersomnie 4 = Autres

Questions 45 : Conduite Sexuelle

1 = Sans particularité 2 = Hétéro 3 = Homo 4 = Auto
5 = Impuissance 6 = Frigidité 7 = Autre

Questions 46 : Conduites antisociales

1 = Fugue 2 = Vol 3 = Viol 4 = Homicide 5 = Incendie
6 = Attentat à la pudeur 7 = Autres.

Questions 47 : Habitudes exo toxiques

1 = Néant 2 = Alcool 3 = Tabac 4 = Datura métèl 5 = Cannabis
6 = Héroïne 7 = Cocaïne 8 = Autres

Questions 48 : Diagnostic retenu

1 = Schizophrénie 2 = Paraphrénie 3 = Troubles délirants persistants (paranoïa)
4 = Psychose hallucinatoire chronique

Questions 49 : Traitement

1 = Halopéridol 2 = Chlorpromazine 3 = Lévomépromazine 4 = Diazépan
5 = NAP(Neuroleptique à action prolongée)

Questions 50 : Modalité de Sortie

1 = Sortie sur avis médical
2 = Sortie à la demande de parents
3 = Evasion
4 = Décès

2-Fiche signalitique.

NOM: Diakité.

PRENOM: Abdoulaye Issa.

TITRE DE LA THESE: Etude épidémio-clinique et de la prise des psychoses délirantes chroniques dans le service de psychiatrie de l'hôpital du point G.

ANNEE:2006-2007.

PAYS D'ORIGINE: MALI.

VILLE DE SOUTENANCE: Bamako.

LIEU DE DEPOT: Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie (Bamako-MALI).

SECTEUR D'INTERET: Psychiatrie, Santé mentale.

RESUME:

Les études ont porte sur 404 dossiers de malades hospitalisés pour psychose délirante chronique dans le service de psychiatrie de l'hôpital du point G.

L'objectif général était d'étudier les psychoses délirantes chroniques.

A l'issue de cinq années d'observation et d'analyse les données statistiques suivantes peuvent être dégagées:

-La fréquence des psychoses délirantes chroniques chez les malades mentaux hospitalisés était de 50%.

-Le sexe ratio était de 4,5 en faveur des hommes.

-40% des patients se situaient entre 25 et 34 ans.

-L'hétéro-agressivité (54,2%) et l'agitation (12,9%) étaient les motifs d'hospitalisation les plus évoqués.

-La schizophrénie (62,9%) était la pathologie la plus représentée suivie de la paranoïa (19,6%), Psychose hallucinatoire chronique (10,4%), Psychose délirante chronique (6,9%), Paraphrénie (0,2%).

MOTS CLES: Psychoses délirantes chroniques, Epidémiologie, Bamako.

SERMENT D'HYPPOCRATE:

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.