

Ministère
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la
Recherche Scientifique



Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année universitaire 2022 -2023

Année universitaire 2022 -2023

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

Un Peuple - Un But - Une Foi



FMOS

FMOS

THEME

Thèse N° /

SUJET

Thèse N° : /

**Etude descriptive des patients suivis pour troubles
psychiatriques à Markacoungo au Mali.**

Présenté et Soutenu publiquement le 27/ 09/2023 devant le jury de la Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie

Par :

M. Jean Marie MOUNKORO

M. Jean Marie MOUNKORO

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Président :

M.Cheick Oumar GUINTO Professeur

Directeur:

M.Souleymane dit Papa COULIBALY, Maitre de

Membres :

conferences

M.Housseini DOLO, Maitre de conferences (agregé)

M.Boubacar H MAIGA, charge de recherche

DEDICACES

Je dédie ce travail, A ma mère **Oumou Kansaye** et mon père **Pakuy Pierre Mounkoro** Paix à son âme, votre affection et votre détermination ont fait de moi un être assidu, persévérant et combatif avec plus d'émulation. Je ne trouverai pas ici les mots suffisants pour vous dire merci. L'éducation, le sens du travail bien fait, que nous avons reçu de vous, nous serons d'une grande utilité dans notre vie quotidienne ; à mes frères (**Mory kouyate, Yacouba Kouyate, Bocar Kansaye** ; ma sœur (**Kadiatou Blandine Mounkoro**) ; et à toute la famille **Diakité (Point G)**.

REMERCIEMENT :

Au **Professeur Souleymane Dit Papa Coulibaly** Les mots me manquent pour qualifier vos qualités humaines. N'eut été votre disponibilité scientifique, nous n'aurions pu réaliser ce lourd travail. Puisse ce travail vous apporter beaucoup de joie et témoigner toute ma reconnaissance envers vous.

Au **Docteur Karamoko NIMAGA** et toute sa famille, Pour toutes les marques de sympathie, d'encouragement, de conseils et de confiance que vous m'avez témoignée. Recevez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Au **Docteur Moussa Doumbia**, Ce travail est le vôtre, vous avez, à tout moment, fait la preuve de la plus grande disponibilité. C'est l'occasion pour moi de vous réaffirmer toutes mes considérations et mes vifs remerciements.

A tous le personnel du service de psychiatrie du Point G Merci pour votre soutien. A tous les malades et accompagnants Merci pour votre collaboration.

A tous mes amis, **Boubacar Yacouba Diakité, Karim Kanté, Issiaka Diarra, Djoulde Daou, Douro Nantoume, Amadou Yanoga, Ibrahim Yanoga, Sagou Ongoiba, Oumar Ouedraogo**, et les membres du grin lavage **Modibo Diallo**. Ce travail est le vôtre ; merci de votre franche collaboration. A tous le personnel de la clinique médicale DINANDOUGOU de Markacoungo (**Doumbia, Sidibe, Camara, Atoumata, Ibrahim Nimaga, Adama Kane, Poudiougou, Djanguinè, Bintou, Batoma et Sidiki**).

A l'ONG **Sante Sud** pour leur soutien.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A Notre Maître et Président du Jury

Professeur GUINTO Cheick Oumar

- * Professeur honoraire à la FMOS ;
- *Ancien coordinateur du DES de Neurologie ;
- *Ancien Chef de service de Neurologie au CHU du point G
- *Président de la société de Neurologie du Mali
- *Vice-président de la Ligue Internationale contre l'Epilepsie ;
- *Membre fondateur de la Société Malienne de Neurosciences ;
- *Membre de la Société Africaine de Neurosciences ;

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Nous sommes séduits par votre rigueur scientifique, votre humanisme, votre intégrité morale.

Que Dieu vous prête longue vie.

A NOTRE Maître ET JUGE

Professeur Housseini DOLO

*MD, MSc, Ph.D. Médecine, Santé Publique, Contrôle de la maladie, épidémiologie, Sciences Médicales. ;

* Enseignant –chercheur,

* Maître de Conférence Agrégé en Epidémiologie à la Faculté de Médecine et d’Odontostomatologie ;

*Chercheur à l’unité de recherche et de formation sur les maladies tropicales Négligées (URF-MTN)

Cher maître, c’est un réel plaisir d’être parmi vos élèves. Votre amour du travail bien fait, votre simplicité et votre humanisme font de vous un maître exemplaire. Cher maître, que ce travail soit le moyen de vous réitérer notre respect et considération. Que Dieu vous prête longue vie.

A NOTRE Maître ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Souleymane dit Papa COULIBALY

- *Médecin psychiatre, chef de service de psychiatrie du CHU Point-G ;
- *Maître de Conférence à la FMOS ;
- *Ancien interne des Hôpitaux du Mali ;
- *Membre de la société Malienne de santé mentale(SOMASAM) ;
- *Secrétaire à l'organisation de la Société Malienne de santé mentale ;
- *Secrétaire Général de la Société Africaine de santé mentale (SASM) ;
- *Membre de la Société Malienne de Neurosciences.

Cher maître, vous nous avez fait un immense honneur en nous acceptant dans votre équipe de recherche. Tout au long de ce travail, nous avons apprécié vos grandes qualités tant humaines que scientifiques, votre enseignement, votre sens élevé de la responsabilité, votre abord facile et surtout votre quête de la perfection dans le travail. Cher Maître, vous avez cultivé en nous un esprit d'équipe, l'endurance, la persévérance, le travail bien fait et surtout la patience. Puisse ALLAH vous accorder une longue vie et plein de succès dans vos projets.

A notre Cher Maître et juge

Docteur Boubacar H MAÏGA

*Psychiatre ;

*Praticien hospitalier au service de psychiatrie du CHU Point G

*Détenteur du Diplôme de Formation Médicale Spécialisée approfondie en psychiatrie à l'Université Malienne de santé Mentale ;

*Membre de la Société Malienne de santé Mentale ;

*Membre de la Société Africaine de santé Mentale (SASM) ;

*Chargé de recherche.

Cher Maître, c'est un réel plaisir d'être parmi vos élèves. Votre simplicité et votre humanisme font de vous un Maître exemplaire. Veuillez recevoir ici mes considérations.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	26
Tableau II : Répartition des patients selon la religion à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	27
Tableau III : Répartition des patients selon la profession à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	28
Tableau IV : Répartition des patients selon le statut matrimonial des parents à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	28
Tableau V : Répartition des patients selon le niveau d'instruction à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021.....	29
Tableau VI : Répartition des patients selon le type d'instruction à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	29
Tableau VII : Répartition des patients selon la résidence permanente de la famille entre 2020-2021	30
Tableau VIII : Répartition des patients selon les antécédents familiaux psychiatrique à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	30
Tableau IX : Répartition des patients selon les antécédents personnels psychiatrique à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	31
Tableau X : Répartition des patients selon les antécédents médicaux et chirurgicaux à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	31
Tableau XI : Répartition des patients selon l'origine de décision de consultation à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	32
Tableau XII : Répartition des patients selon le motif de consultation à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	33
Tableau XIII : Répartition des patients selon la tenue à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	34
Tableau XIV : Répartition des patients selon le contact à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	34
Tableau XV : Répartition des patients selon l'état de la conscience à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021.....	35
Tableau XVI : Répartition des patients selon l'humeur à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	35

Tableau XVII : Répartition des patients selon l'évaluation de la mimique à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	36
Tableau XVIII : Répartition des patients selon l'évaluation de psychomotricité à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	36
Tableau XIX : Répartition des patients selon l'évaluation de la pensée à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	37
Tableau XX : Répartition des patients selon le contenu de la pensée à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	37
Tableau XXI : Répartition des patients selon le cours de langage à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	38
Tableau XXII : Répartition des patients selon le contenu du langage à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	38
Tableau XXIII : Répartition des patients selon le jugement à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	39
Tableau XXIV : Répartition des patients selon l'évaluation de la mémoire à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	39
Tableau XXV : Répartition des patients selon l'attention à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	40
Tableau XXVI : Répartition des patients selon le sommeil à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	40
Tableau XXVII : Répartition des patients selon la qualification de l'hygiène corpore-vestimentaire à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	41
Tableau XXVIII : Répartition des patients selon le niveau d'intégration familiale à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	41
Tableau XXIX : Répartition des patients selon le niveau d'intégration sociale à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	42
Tableau XXX : Répartition des patients selon le niveau d'intégration professionnel à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	42
Tableau XXXI : Répartition des patients selon les habitudes exo toxiques à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	43
Tableau XXXII : Répartition des patients selon le diagnostic retenu à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	43
Tableau XXXIII : Répartition des patients selon l'évolution à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	44

Tableau XXXIV : Relation entre le diagnostic retenu et la tranche d'âge à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	45
Tableau XXXV : Relation entre le diagnostic retenu et les Antécédents familiaux psychiatrique à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021.....	46
Tableau XXXVI : Relation entre le diagnostic retenu et les Antécédents familiaux psychiatrique à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	47
Tableau XXXVII : Relation entre le diagnostic retenu et les Antécédents chirurgicaux psychiatrique à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021	48

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe. 27

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	4
Objectif général	4
Objectifs spécifiques	4
I. GENERALITES.....	5
1.1. Définition.....	5
1.2. Grands regroupements nosographiques.....	5
1.3. Etiopathogénie	19
1.4. Moyens thérapeutiques	20
II. METHODOLOGIE.....	22
III. RESULTATS	26
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	49
CONCLUSION	54
RECOMMANDATIONS.....	55
REFERENCES.....	56
ANNEXES	60

ABREVIATIONS

CHU : Centre Universitaire Hospitalier

CIM : Classification Internationale de Maladies

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

EPH : Etablissement Public Hospitalier

MGC : Médecin Généraliste Communautaire

MT : Médecine Traditionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PHC : Psychose Hallucinoire Chronique

TDAH : Trouble déficitaire de l'Attention/Hyperactivité

TED : Trouble Envahissant du Développement

TOG : Trouble Obsessionnel Compulsif

TPS : Tradipraticiens

INTRODUCTION

L'état de bonne santé est défini selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, il n'est pas l'absence de maladie ou d'infirmité » [1]. Ainsi, un trouble mental est une perturbation de la santé mentale [2], qui est l'un des piliers de l'état de bonne santé.

La santé mentale est le premier problème de santé publique, devant les maladies cardio-vasculaires et les cancers, elle recouvre un champ très large qui renvoie à un état d'équilibre individuel et collectif et qui permet aux personnes de se maintenir en bonne santé malgré les épreuves et les difficultés. Les problèmes en santé mentale peuvent affecter chacun d'entre nous. La demande de soins et de soutien est en augmentation constante dans la population générale [3]. Les difficultés d'accès aux soins mentaux augmentent les morbi-mortalités somatiques c'est à dire une réduction de l'espérance de vie des patients [4], surtout dans les pays pauvres et de conflit comme le nôtre, le conflit armé influence la bonne organisation du système de santé [5].

Les troubles psychiatriques sont des pathologies courantes qui affectent les femmes et les hommes de toutes les tranches d'âge dans toutes les sociétés [6]. Ces troubles absorbent 10% des dépenses de santé, représentent une part considérable de l'offre de soins et sont responsables d'une forte mortalité par suicide [7]. Selon l'OMS, les maladies mentales toucheraient plus de 20% des personnes au cours de leur vie dans la population générale [8].

La prévalence des troubles psychiatriques dans le monde varie en fonction du niveau économique et sécuritaire des pays. Elle serait plus élevée dans les pays à faible revenus économique et avec un déficit sécuritaire associé, allant de l'ordre d'une personne sur cinq (1/5) dans les zones de conflit contre une personne sur quatorze (1/14) dans les zones hors conflit [9].

La prévalence des troubles mentaux en Afrique, varie selon les pays, allant de 11,20% au Ghana [10] à 41,43% au Burkina-Faso [11] et dans un même pays, elle change d'une localité à une autre selon l'étude de Francis Tagnon-Tchégnosi et al au Nord du Bénin [12].

L'enquête menée dans la commune rurale de Markacoungo, elle a trouvé une prévalence de 7,7% de troubles mentaux [13].

Une étude récente en 2019 portant sur l'épidémiologie des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés au service de Psychiatrie du CHU Point G de Bamako , a notifié la schizophrénie avec 41,2%, la BDA 15,7%, le trouble bipolaire 10,0% des cas ,l' accès maniaque 6,7% , l'épilepsie 5,5%, les trouble liés à la consommation de substance psychoactives 5,3% des patients, la paranoïa 4,1% , le mode d'entrée dans la schizophrénie 2 ,9% , la psychose hallucinatoire chronique dans 1,8% des cas , la dépression 1,4% ,le trouble stress post traumatique avec 0,8% des patients [14]. Quant aux activités de 19 Médecins Généralistes Communautaires (MGC) formés en 2018 à la prise en charge des principales pathologies psychiatriques dans les zones rurales de six régions du Mali, elles ont intéressé en deux années plus de 2000 personnes souffrant de psychoses (57%), de dépression (26%), d'addictions (8%), l'autisme (9%) et de démence (1%) [15].

Les troubles mentaux constituent un problème de santé publique à travers le monde [16].Les structures de prise en charge en Afrique en général et au Mali en particulier, se trouvent le plus souvent dans les localités urbaines. L'unique service de psychiatrie pour l'ensemble de la population malienne, se trouve à Bamako, de même que la quasi-totalité du personnel spécialisé (psychiatres et infirmiers spécialisés en santé mentale. La présente étude est d'Evaluer la spécificité de la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux en milieu rural.

OBJECTIFS

Objectif général

Evaluer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des troubles mentaux présentés par les patients pris en charge dans la clinique médicale « Dinandougou » de Marcakoungo

Objectifs spécifiques

- 1, Etablir le répertoire des troubles mentaux présentés des patients pris en charge dans la clinique médicale « Dinandougou » de Marcakoungo.
- 2, Identifier les caractéristiques cliniques des troubles mentaux présentés par les patients pris en charge dans la clinique médicale de Marcakoungo.
- 3, Déterminer l'évolution de l'état clinique des patients présentant des maladies mentales dans la clinique de Marcakoungo.

I. GENERALITES

1.1. Définition

La psychiatrie est l'une des branches de la médecine qui a pour objet la maladie mentale. Un bon nombre d'individus atteints de troubles mentaux ont été victimes des chasseurs aux sorcières à l'époque moderne. Les individus potentiellement violents, pour eux-mêmes ou pour leur entourage, étaient forcés à l'isolement. Actuellement, la maladie mentale est considérée comme un phénomène biopsychosocial [17].

1.2. Grands regroupements nosographiques

Les troubles psychiatriques sont actuellement regroupées en troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles addictologiques, troubles du comportement alimentaire, troubles de la personnalité, troubles du développement de l'enfant et de l'adolescent et les manifestations psychiatriques de cause organique [18].

1.2.1. Troubles psychotiques

Les troubles psychotiques appelés aussi « psychoses », comprennent une série de troubles mentaux graves définis par une perte de contact avec la réalité, des idées irrationnelles et de fausses perceptions. Ils se distinguent des troubles névrotiques par leur caractère plus étrange et plus handicapant. Les troubles psychotiques, peuvent être associés ou non à d'autres formes de troubles mentaux ou comportementaux. Les personnes avec ce diagnostic sont souvent victimes de préjugés de toutes sortes et sont particulièrement vulnérables au stress. Elles comprennent les psychoses aiguës et les psychoses chroniques.

✓ Les psychoses aiguës

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'écllosion 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.). La symptomatologie des bouffées délirantes est caractérisée par la brusque explosion d'un délire particulier à mécanisme multiple, un vécu intense 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 souvent rapidement favorable, l'épisode ne durant que quelques jours ou quelques semaines.

Psychoses puerpérales

Parmi les accidents psychiques aigus de la puerpéralité, on distingue les épisodes du post-partum précoce (les six premières semaines après l'accouchement) et les états psychotiques tardifs qui sont moins fréquents). Au cours même de la grossesse, les accidents sont très rares. L'âge des femmes atteintes de psychose puerpérale est en moyenne de 25-31 ans. Les psychoses puerpérales surviennent dans le post-partum précoce dans 75 % des cas. Elles réalisent des bouffées confuso-délirantes 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 la 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 sur un mode dissociatif. [19].

- **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. 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 toxiques, infectieuses ou parasitaires. Il semble que ce niveau profond de déstructuration de la conscience soit une réaction de prédilection aux agressions massives et aiguës des systèmes nerveux par un agent exogène, sans négliger le seuil de réactivité et la prédisposition du terrain. La confusion mentale est un état généralement aigu, transitoire et 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.

- ✓ **Psychoses chroniques**

Les psychoses chroniques non schizophréniques : les délires chroniques sans évolution dissociative ni déficitaires comprennent :

Délires paranoïaques

La paranoïa est une psychose délirante chronique systématisée. Le délire, de mécanisme surtout interprétatif, a un développement progressif et chronique souvent un caractère vraisemblable et pseudo logique. Typiquement, il n'existe pas 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 rarement des hallucinations

peuvent survenir. Les principaux états délirants de type paranoïaque sont les délires passionnels, les délires d'interprétation et de relation des sensitifs [20]. 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).

Paraphrénies

Depuis les descriptions initiales de Kraepelin (1909) et les travaux de Nodet sur la « structure paraphrénique » on définit les paraphrénies comme des délires chroniques, à mécanisme surtout imaginatif, 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.

Psychose hallucinatoire chronique (PHC)

Depuis G. 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. 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. 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 deviennent 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.

Psychoses schizophréniques

La schizophrénie est définie par un ensemble de troubles psychotiques sévères qui se caractérisent par des symptômes positifs (idées délirantes, hallucinations, désorganisation de la pensée et des comportements) ainsi que par divers symptômes dits négatifs (affectivité moins vive, absence de volonté, absence d'intérêt, retrait social, déficits de l'attention, pauvreté du discours, etc.). Les symptômes négatifs peuvent persister longtemps après que les symptômes positifs aient disparu. La schizophrénie se divise en plusieurs types, en fonction

des symptômes observés : paranoïde, désorganisée (ou hébéphrénique), catatonique, indifférenciée, résiduelle.

Type paranoïde

Comme les autres types de schizophrénie, elle se caractérise par des symptômes positifs (délire, hallucinations, désorganisation de la pensée et du comportement) et par divers symptômes négatifs (perte de volonté, absence de plaisir, retrait social, etc.). Le type paranoïde se distingue particulièrement par les idées de persécution et la peur engendrée par ces idées.

Type désorganisé (ou hébéphrénique)

La schizophrénie de type désorganisé (anciennement hébéphrénique) se caractérise par des symptômes positifs (délire, hallucinations, désorganisation de la pensée et des comportements) et par divers symptômes négatifs (affectivité moins vive, absence de volonté, absence de plaisir, retrait social, déficits de l'attention, pauvreté du discours, etc.).

Type catatonique

La schizophrénie de type catatonique se caractérise par des symptômes positifs (délire, hallucinations, désorganisation de la pensée et des comportements) et par divers symptômes négatifs (affectivité moins vive, absence de volonté, absence de plaisir, retrait social, déficits de l'attention, pauvreté du discours, etc.). Elle se distingue des autres formes de schizophrénie par l'inertie et le négativisme.

Type indifférencié

La schizophrénie de type indifférencié répond aux critères de la schizophrénie en comportant les symptômes positifs et les symptômes négatifs. Cependant, elle ne correspond ni aux symptômes ni aux comportements associés aux autres types de schizophrénie.

Type résiduel

Dans la schizophrénie de type résiduel, il n'y a plus de symptômes positifs manifestes, c'est-à-dire que la personne n'a plus de délire, ni d'hallucination, ni de désorganisation de la pensée ou du comportement. Cependant, il existe encore des symptômes négatifs qui peuvent persister encore longtemps (incapacité d'éprouver du plaisir ou de la colère, pauvreté du discours, perte de volonté, etc.).

1.2.2. Troubles de l'humeur

Les troubles de l'humeur, aussi appelés troubles affectifs, se manifestent par des variations de l'humeur (affects positifs ou négatifs) qui sont plus intenses et plus persistantes que les variations d'humeur occasionnées par la vie de tous les jours. Ces troubles ont tendance à perturber la personne dans son fonctionnement quotidien et peuvent occasionner des comportements mal adaptés. Ils regroupent les troubles dépressifs, les accès maniaques et le trouble bipolaire[21].

Troubles dépressifs majeurs

Un état dépressif est un trouble de l'humeur caractérisé par la triade : **douleur morale** ou humeur triste, le **ralentissement psychomoteur** et le **cortège somatique**. C'est une évolution clinique consistant en un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs, sans antécédent d'épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque. Il se divise en plusieurs niveaux : dépression légère, moyenne, sévère avec ou sans caractéristiques psychotiques, en rémission ou chronique. L'épisode dépressif majeur est un trouble de l'humeur dans lequel la personne éprouve, sans raison apparente, un sentiment d'inutilité, une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités. Ce trouble persiste depuis au moins 2 semaines.

Accès maniaque

Un état de surexcitation des fonctions psychiques caractérisé par **une exaltation de l'humeur (joie extrême)** et **un déchainement des pulsions instinctivo-affectives** (tous les instincts ou désirs sont libérés, ce qui fait que le maniaque passe facilement à l'acte).

1.2.3. Trouble bipolaire

Le trouble bipolaire est une maladie psychiatrique sévère, chronique et fréquente, caractérisée par des changements pathologiques de l'humeur et de l'énergie dans le sens de l'augmentation ou de la diminution :

- Augmentées (la manie)
- Diminuées (la dépression).

Type I : survenue d'un ou de plusieurs épisodes maniaques ou mixtes, même en l'absence de trouble dépressif. Présence possible d'épisodes hypomaniaques sans cause médicale non psychiatrique, iatrogène ou toxique

Type II : survenue d'un ou de plusieurs épisodes hypomaniaques et un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs sans cause médicale non psychiatrique, iatrogénique ou toxique.

Type III : Virage maniaque ou hypomaniaque sous antidépresseur ou survenue d'un ou de plusieurs épisodes maniaques ou hypomaniaques uniquement sous antidépresseur.

1.2.4. Troubles anxieux

Ils se caractérisent par la présence d'une anxiété importante, d'inquiétudes ou de peurs excessives qui engendrent des perturbations majeures de la vie quotidienne. Ces troubles sont souvent accompagnés de divers malaises physiques plus ou moins intenses (ex : étourdissements, nausées, palpitations cardiaques, difficulté à respirer, transpiration et sueurs abondantes, pression sanguine élevée, tremblements, douleurs thoraciques, sensation d'être étouffé, engourdissements ou picotements, bouffées de chaleur ou des frissons, etc.).

Cette catégorie de troubles mentaux comporte les troubles suivants : L'attaque de panique, l'agoraphobie (phobie des lieux publics), le trouble panique avec ou sans agoraphobie, la phobie spécifique, la phobie sociale, le trouble obsessionnel-compulsif (TOC), l'état de stress post-traumatique, l'état de stress aigu, l'anxiété généralisée.

Attaque de panique

C'est un trouble anxieux caractérisé par une période bien délimitée marquée par l'occurrence soudaine d'une appréhension intense, d'une peur ou d'une terreur souvent associée à des sensations de catastrophe imminente et un urgent besoin de s'échapper. L'anxiété ou les malaises très intenses sont accompagnés par au moins 4 symptômes somatiques ou cognitifs. Le début est soudain et atteint rapidement son maximum (moins de 10 minutes).

Agoraphobie

L'agoraphobie, ou phobie des lieux publics, est caractérisée par une anxiété liée au fait de se trouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile ou gênant de s'échapper ou dans lesquelles aucun secours ne pourrait être trouvé. Ce trouble conduit typiquement à l'évitement de nombreuses situations telles que le fait d'être seul hors de son domicile ou d'être seul chez soi ; d'être dans une foule ; de voyager en voiture, en bus ou en avion; d'être sur un pont ou dans un ascenseur. Ce trouble peut invalider la personne dans ses activités telles que les voyages, le travail, les relations interpersonnelles.

Trouble panique (avec ou sans agoraphobie)

La caractéristique essentielle du trouble panique est la présence d'attaques de panique récurrentes et inattendues suivies de la crainte persistante, pendant au moins 1 mois, d'avoir une autre attaque de panique, de préoccupations quant aux implications possibles et aux conséquences de ces attaques de panique, ou d'un changement significatif de comportement en relation avec les attaques.

Phobie spécifique

La caractéristique essentielle de la phobie spécifique est une peur marquée et persistante d'objets ou de situations objectivement visibles et circonscrites. L'exposition au stimulus phobogène provoque une réponse anxieuse immédiate pouvant prendre la forme d'une attaque de panique situationnelle. Il peut interférer significativement avec les habitudes quotidiennes, le fonctionnement social ou professionnel. (Exemples : claustrophobie, arachnophobie, etc.)

Phobie sociale

Elle est caractérisée par une peur marquée et persistante de situations sociales ou de performances dans lesquelles un sentiment de gêne peut survenir. L'exposition à la situation provoque une réponse anxieuse immédiate qui peut prendre la forme d'une attaque de panique situationnelle. La situation est vécue avec une souffrance intense ou évitée. Les comportements d'évitement par peur ou anticipation de la situation interfèrent avec le fonctionnement habituel.

Trouble Obsessionnel-Compulsif (TOC)

Le trouble obsessionnel-compulsif est caractérisé par des obsessions ou des compulsions récurrentes suffisamment sévères pour entraîner une perte de temps, un sentiment marqué de souffrance ou une déficience significative du fonctionnement habituel. L'obsession est définie comme des idées, des pensées, des impulsions ou des représentations persistantes, vécues comme importunes et inappropriées et entraînant de l'anxiété ou une souffrance importante. La compulsion est définie comme un comportement répétitif ou des actes mentaux dont le but est de prévenir ou de réduire l'anxiété ou la souffrance (ne recherche ni plaisir, ni satisfaction).

État de stress post-traumatique

Il est caractérisé par le développement de symptômes suite à l'exposition à un facteur de stress traumatique extrême, impliquant un vécu direct et personnel d'un événement pouvant entraîner la mort, constituer une menace de mort ou de

blessure sévère, menacer sa propre intégrité physique ; ou encore être témoin d'un événement de ce type ou apprendre un événement de ce type vécu par quelqu'un de proche ou de la famille.

Anxiété généralisée

Elle est caractérisée par de l'anxiété et des soucis excessifs (attente avec appréhension) concernant plusieurs événements ou activités. La personne a des difficultés à contrôler ses préoccupations.

Troubles addictologiques

Les troubles liés à une substance, avec ou sans dépendance physique, sont caractérisés par un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques associés à un mode d'utilisation répétée d'une substance. Ils sont divisés en deux groupes : -les troubles liés à l'utilisation d'une substance (dépendance, abus) - les troubles induits par une substance (intoxication, sevrage et autres troubles mentaux divers induits). Les symptômes de dépendance sont semblables dans les deux groupes, quelle que soit la catégorie de substance, mais sont moins prononcés pour certaines classes de substances. À la longue, la consommation de substances peut entraîner des complications neurologiques, cognitives et psychiatriques notables.

1.2.5. Troubles du comportement alimentaire

Les troubles du comportement alimentaire se définissent par un trouble en rapport avec l'alimentation. Cette psychopathologie de formes très différentes se présente chez le nourrisson, les adolescents en particulier filles mais également garçons, chez les adultes et les personnes âgées. Elle peut être reliée à un autre trouble psychique comme les dépressions, les psychoses (délires d'empoisonnement) ou traduit un fonctionnement borderline et /ou addictif. Les troubles de l'alimentation sont une conséquence de trouble psychique varié, fréquemment inconscient. Ils se manifestent par exemple par une préoccupation tyrannique du poids, ou au contraire par une négligence totale du corps ou

encore des attitudes qui ressemblent aux automutilations. Les principaux troubles du comportement alimentaire sont :

Anorexie mentale

L'anorexie mentale est un trouble caractérisé par une perte de poids intentionnelle, induite et maintenue par le patient. Il survient habituellement chez une adolescente ou une jeune femme, mais il peut également survenir chez un adolescent ou un jeune homme, tout comme un enfant proche de la puberté ou une femme plus âgée jusqu'à la ménopause.

Anorexie mentale atypique

L'anorexie mentale atypique est un trouble qui comporte certaines caractéristiques de l'anorexie mentale, mais dont le tableau clinique global ne justifie pas ce diagnostic. Exemple : l'un des symptômes-clés, telle une aménorrhée ou une peur importante de grossir, peut manquer alors qu'il existe une perte de poids nette et un comportement visant à réduire le poids.

Boulimie

La boulimie est un syndrome caractérisé par des accès répétés d'hyperphagie et une préoccupation excessive du contrôle du poids corporel, conduisant à une alternance d'hyperphagie et de vomissements ou d'utilisation de laxatifs. Ce trouble comporte de nombreuses caractéristiques de l'anorexie mentale, par exemple une préoccupation excessive par les formes corporelles et le poids.

Boulimie atypique Ce sont des troubles qui comportent certaines caractéristiques de la boulimie, mais dont le tableau clinique global ne justifie pas ce diagnostic. Exemple : accès hyperphagiques récurrents et utilisation excessive de laxatifs sans changement significatif de poids ou sans préoccupation excessive des formes ou du poids corporel.

1.2.6. Troubles de personnalité

Ils sont définis comme des modes durables des conduites et de l'expérience vécue qui dévient notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Ces modes sont envahissants, rigides et inadaptés, établis dans le temps, sources de souffrance ou d'une altération du fonctionnement. Ces troubles se manifestent dans au moins deux des domaines suivants : la cognition, l'affectivité, le fonctionnement interpersonnel, le contrôle des impulsions. Ils sont souvent caractérisés par des schémas cognitifs particuliers et des distorsions cognitives plus ou moins perturbatrices. Les traits de personnalité sont des caractéristiques composant la personnalité d'un individu. Ils sont différents des troubles de la personnalité en ce qu'ils constituent un ensemble normal de comportements adaptatifs utiles à la survie et à l'identité de l'individu. Les traits de personnalité se développent dès la petite enfance, à partir du tempérament et du caractère inné de la personne conjointement à divers facteurs tels que la culture, l'éducation, la famille, l'environnement, etc.

1.2.7. Troubles du développement de l'enfant et de l'adolescent

La Classification Internationale des Maladies (CIM-10), distingue deux grandes catégories de troubles spécifiques à l'enfance et à l'adolescence : d'une part, ceux du développement psychologique et d'autre part les troubles du comportement et troubles émotionnels. Les premiers se caractérisent par des difficultés ou un retard dans l'acquisition de certaines fonctions telles que la parole et le langage (dyslexie) ou par des troubles envahissants du développement (l'autisme, par exemple). Ils évoluent de manière régulière, sans rémission ni rechutes, encore que la plupart tendent à s'atténuer avec l'âge. La deuxième catégorie, troubles du comportement et troubles émotionnels, regroupe les troubles hyperkinétiques, les troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité, les troubles des conduites et les troubles émotionnels de l'enfance.

Le retard mental (ou déficience intellectuelle)

Le retard mental se définit selon les 3 critères suivants : A- un fonctionnement intellectuel inférieur à la moyenne (Quotient intellectuel Q.I. < 70) B- s'accompagnant de limitations significatives du fonctionnement adaptatif C- dont les débuts sont survenus avant l'âge de 18 ans.

Les troubles envahissants du développement (TED)

Il s'agit de déficits sévères et d'une altération envahissante du développement d'une personne dans les domaines suivants : interactions sociales, capacités de communication, comportements, intérêts et activités stéréotypées. Ces déficits constituent des écarts par rapport au stade de développement ou de l'âge mental de l'enfant. Ces troubles apparaissent habituellement au cours des premières années de la vie de l'enfant, sont souvent associés à un certain degré de retard mental et peuvent persister jusqu'à l'âge adulte.

Le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH)

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité est un mode persistant d'inattention et d'hyperactivité/impulsivité, plus fréquent et plus sévère que ce que l'on observe habituellement chez les personnes d'un même niveau de développement. Les symptômes sont apparus avant l'âge de 7 ans, se présentent dans au moins deux types d'environnement différents et peuvent persister jusqu'à l'âge adulte. Les symptômes interfèrent avec le fonctionnement scolaire, social ou professionnel de la personne.

Manifestations psychiatriques de cause organique

A côté de toutes les causes organiques de souffrance cérébrale, des pathologies générales ou des médicaments peuvent donner des troubles d'allure neuropsychiatriques. Certaines affections somatiques sont particulièrement trompeuses quand les manifestations psychiatriques représentent le tableau clinique à la phase d'état. Les affections organiques peuvent mimer toutes sortes de maladies psychiatriques : syndrome confusionnel, syndrome démentiels,

trouble de l'humeur (instabilité émotionnelle, anxiété, dépression - Modification du caractère, irritabilité, indifférence, oppositionnisme). Modification du comportement (apathie, fatigabilité ou plus rarement hyperactivité). Manifestations délirantes et hallucinatoires,

- agressivité inexplicée, récidivante, la névrose d'angoisse, la dépression, la manie voire la schizophrénie.

1.2.8. Démence

La démence est classiquement un affaiblissement intellectuel, global, acquis, progressif d'évolution chronique. Le diagnostic d'un état démentiel débutant doit être systématiquement évoqué lorsqu'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

1.3. Etiopathogénie

Malgré des avancées scientifiques indéniables, l'étiologie (la cause) exacte des troubles psychiques reste encore aujourd'hui mystérieuse. Et si l'apparition d'une maladie semble parfois liée à une cause directe (un état de stress post traumatique qui apparaît suite à une agression, ou un état confusionnel qui est lié

à l'absorption d'une substance) la plupart du temps, elle apparaît comme étant l'aboutissement d'une chaîne de causalités qui s'étend sur un laps de temps donné, celles-ci correspondant à une intrication complexe de données environnementales, organiques et/ou génétiques. Deux grands types de facteurs peuvent être isolés :

Les facteurs précipitants, qui correspondent à une exposition du sujet à des facteurs externes (facteurs environnementaux (précoces et de survenue tardive) ; psychosociaux ; culturels ; toxiques)

Les facteurs prédisposant, appelés également facteurs de vulnérabilité, qui augmentent la probabilité de survenue d'un trouble (les facteurs génétiques ; neurobiologiques ; dégénératifs ; infectieux ; obstétricaux).

1.4. Moyens thérapeutiques

Ils comprennent la chimiothérapie et la psychothérapie

a. 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. Elle distingue trois grands types de psychotropes, selon leur mode général d'action sur le psychisme [22] :

Les psycholeptiques, ou sédatifs psychiques (neuroleptiques, tranquillisants, hypnotiques)

Les psychoanaleptiques, stimulants psychiques (antidépresseurs) ;

Les psychodysleptiques, agents perturbants de l'activité mentale et comprennent :

- 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.
- 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.
- Les anxiolytiques. Essentiellement les benzodiazépines sont les plus utilisés.

b. 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 patient.

II. METHODOLOGIE

2.1. Définitions opérationnelles

Médecin Généraliste Communautaire (MGC): un médecin qui exerce en milieu rural ou encore un médecin de campagne.

La Médecine traditionnelle (MT) : Selon l'OMS la Médecine Traditionnelle est « l'ensemble de toutes les connaissances et de toutes les pratiques, explicables ou non, transmises de génération en génération, oralement ou par écrit, utilisées dans une société humaine pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre du bien-être physique, mental, social, moral et spirituel ».

Tradipraticien de santé (TPS) : est une personne qui est reconnue par la collectivité dans laquelle elle vit, comme compétente pour dispenser les soins de santé, grâce à l'emploi de substances végétales, animales et minérales, et d'autres méthodes, basées sur le fondement socioculturel et religieux, aussi bien que sur les connaissances, comportements et croyances.

Itinéraire thérapeutique : le parcours chronologique effectué par le malade et sa famille en quête de soins.

Malade stabilisé : un malade qui s'est tellement amélioré au point d'être « comme avant de tomber malade ».

Diagnose traditionnelle : la perception culturelle de la maladie

2.2. Lieu de l'étude

La clinique médicale de Dinandougou sise à Markacoungo ; le chef-lieu de la commune rurale du même nom dans le cercle de Fana, la région de Dioïla. La ville de Markacoungo se situe à 84 Km de Bamako sur la route Nationale 6, la route allant à Ségou. D'une superficie de 387 Km², son aire de santé est formée de quarante-deux (42) hameaux et 9 villages pour une population de 12672 habitants. Le village de Markacoungo est peuplé par les Markas ou Sarakolés une

ethnie se trouvant dans la partie soudano-sahélienne du Mali. Etymologiquement Markacoungo signifie le faubourg des Markas qu'on appelait encore Mansas (Roi Bambara) fondèrent vers 1905 la ville.

La Clinique Médicale « Dinandougou » de Marcakoungo.

Elle a été créée en 1997 suite à l'initiative d'un médecin de campagne : Dr Karamoko Nimaga

Cette clinique comprend :

- Un cabinet de consultation ouvert tous les jours 24h/24h ;
- Une salle pour l'infirmier chef, lequel assure avec la collaboration de l'infirmier du Centre de Santé Communautaire (CSCOM) la stratégie avancée du Programme élargi de Vaccination (PEV). Il est ainsi en contact direct avec les communautés lors de ses tournées dans les villages éloignés ;
- Une salle de petite chirurgie ;
- Un bloc opératoire ;
- Un laboratoire d'analyses biomédicales ;
- Une salle de soins infirmiers attenante au secrétariat et à l'accueil ;
- Trois salles d'observations pour hommes et femmes ; - une salle d'accouchement avec sa salle d'attente ; - Une salle de consultation prénatale.
- Trois salles de repos pour les parturientes
- Un dépôt de médicaments d'urgences en générique permettant aux patients et à leurs familles de s'approvisionner en médicaments pour les premiers soins ;
- Un bureau pour la matrone avec sa salle de garde
- Deux blocs de toilettes pour hommes et femmes
- Une salle pour les explorations radiologiques (Electroencéphalographie et échographie)
- Un bloc annexe avec les salles de garde pour médecin, infirmier, - la maison du gardien et la cuisine.

Le personnel de la clinique est composé d'un médecin directeur (promoteur), un médecin chef, un infirmier/vaccinateur, un auxiliaire de laboratoire, une secrétaire/ gestionnaire de dépôt, une matrone, un manoeuvre/gardien et des stagiaires.

2.3. Type et durée de l'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive du 1^{er} Septembre 2020 au 31 Février 2021 (soit 6 mois) dans la clinique Dinandougou de Markacoungo.

2.4. Population de l'étude

Tous les patients pris en charge pour des troubles mentaux à la Clinique « Dinandougou » de Markacoungo durant la période de l'étude.

✓ Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude :

Tout patient pris en charge pour des troubles mentaux et leurs accompagnants et ayant accepté d'adhérer à l'étude.

✓ Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Tous patients pris en charge pour des troubles mentaux et leurs accompagnants et n'ayant pas acceptée d'adhérer à l'étude.

✓ Taille de l'échantillon

L'échantillon sera constitué par les patients inclus dans cette étude.

2.5. Techniques et outils de collecte des données

Les données étaient collectées à l'aide d'un questionnaire d'enquête préétabli, qui sera administré sous forme d'interview (face à face). Ce questionnaire, est presque identique au dossier d'observation clinique pour les patients hospitalisés au service de psychiatrie du CHU Point G.

2.6. Déroulement de l'étude

L'étudiant en thèse d'exercice, rejoignit l'équipe de la clinique Dinandougou et participa à toutes les activités de consultations et de prise en charge des patients pendant toute la durée de l'étude. Ainsi, les malades mentaux et leurs familles inclus dans l'étude, étaient interviewés et suivis durant toute l'étude. En plus de l'examen psychiatrique, l'accent était mis sur les itinéraires thérapeutiques et les représentations culturelles des troubles mentaux présentés.

2.7. Considérations éthiques et de déontologie

L'anonymat et la confidentialité étaient strictement observés durant toutes les étapes de notre étude. Les objectifs de l'étude étaient clairement expliqués à tous les patients et leurs accompagnants en vue d'avoir leur consentement d'adhérer librement à l'étude. Pour ceux, même clairement renseignés et n'ayant pas accepté d'adhérer à l'étude, avait le même traitement que ceux ayant adhéré, c'est-à-dire, ont bénéficié des mêmes avantages. Un rendez-vous, était donné à l'avance pour l'administration du questionnaire.

Il n'y'a pas de conflit d'intérêt.

2.8. Saisie et traitement des données

Les données étaient saisies à l'aide du logiciel Windows 2010 et traitées par le logiciel SPSS.

Les variables considérées

- Variables sociodémographiques: âge, sexe, ethnie, profession, provenance, niveau d'études,
- Variables cliniques: motifs de la consultation, type de pathologie psychiatrique, évolution
- Les variables thérapeutiques: psychotropes utilisés
- Les itinéraires thérapeutiques: schéma (si possible): MT- MC- MT-MT-MC par exemple

- Les représentations culturelles: par les TPS consultés et si possible par la famille ou la communauté

III. RESULTATS

Durant notre période d'étude nous avons colligé 2647 patients dont 132 cas de troubles mentaux à la Clinique « Dinandougou » de Markacoungo, soit 4,98% des cas.

3.1. Aspects sociodémographiques

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
2 à 10 ans	11	8,3
11 à 20 ans	14	10,6
21 à 30 ans	31	23,5
31 à 40 ans	41	31,1
41 à 50 ans	16	12,1
51 à 60 ans	9	6,8
61 à 70 ans	7	5,3
71 à 80 ans	2	1,5
➤ à 80 ans	1	0,8

La tranche d'âge 31 à 40 ans a représenté 31,1% des cas. L'âge moyen était 34 ± 16 ans avec des extrêmes de 2 et 82 ans.

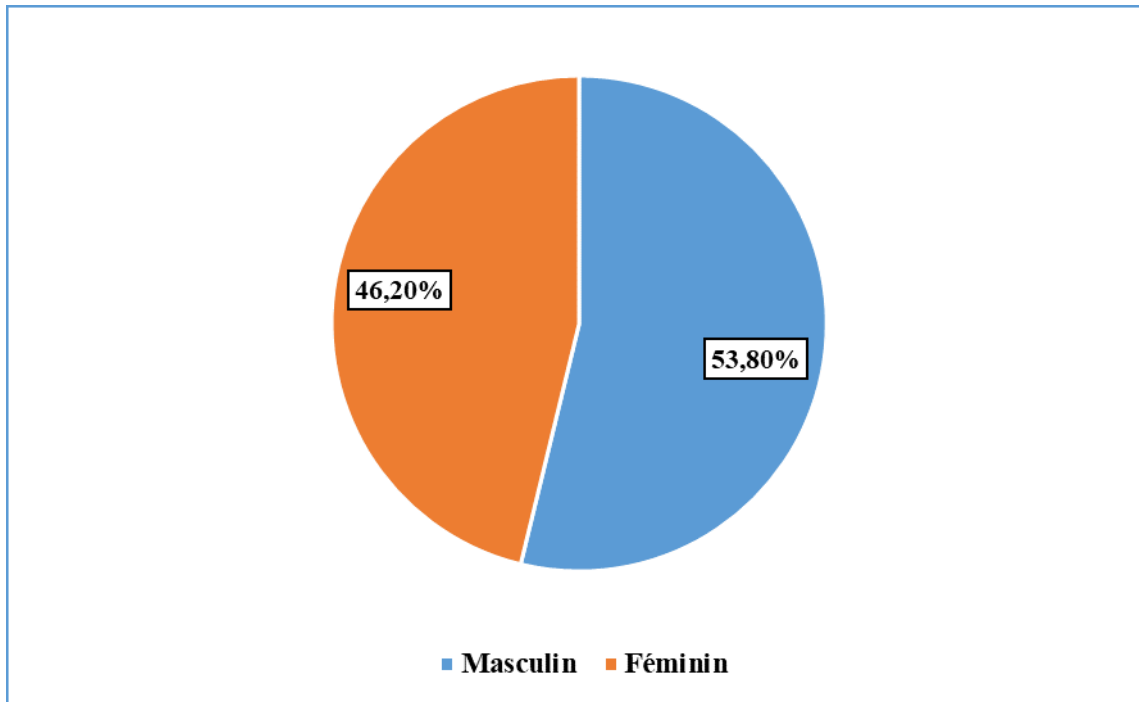


Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe.

Le sexe masculin était prédominant avec un taux de 53,8% des cas.

Tableau II : Répartition des patients selon la religion à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Religion	Effectif	Pourcentage
Musulman(e)	131	99,2
Chrétienne(e)	1	0,8
Total	132	100,0

La religion musulmane avait représenté 99,2% des cas.

Tableau III : Répartition des patients selon la profession à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Profession	Effectif	Pourcentage
Salarié	6	4,5
Elève	7	5,3
Commerçant	19	14,4
Eleveur/cultivateur	22	16,7
Ménagère	47	35,6
Autres	31	23,5
Total	132	100,0

Les ménagères ont représenté 35,6% des cas.

Tableau IV : Répartition des patients selon le statut matrimonial des parents à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Statut matrimonial des patients	Effectif	Pourcentage
Mariée	109	82,6
Célibataire	13	9,8
Veuf (Ve)	6	4,5
Séparé	3	2,3
Divorce	1	,8
Total	132	100,0

Les parents des patients étaient mariés dans 82,6% des cas.

Tableau V : Répartition des patients selon le niveau d’instruction à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Niveau d’instruction	Effectif	Pourcentage
Non scolarisé	48	36,4
Primaire	46	34,8
Secondaire	31	23,5
Supérieur	7	5,3
Total	132	100,0

La majorité des patients était non scolarisée soit 36,4% des cas.

Tableau VI : Répartition des patients selon le type d’instruction à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Type d’instruction	Effectif	Pourcentage
Francophone	62	73,81%
Arabe	22	26,19%
autre	48	36,36
Total	132	100,0

Parmi, les participants à l’étude, 73,81% avaient reçu une instruction Francophone.

Tableau VII : Répartition des patients selon la résidence permanente de la famille entre 2020-2021

Résidence de la famille	Effectif	Pourcentage
Rurale	69	52,3
Urbaine	63	47,7
Total	132	100,0

La majorité de la famille des patients résidait dans une zone rurale soit 52,3% des cas.

3.2. Antécédents

Tableau VIII : Répartition des patients selon les antécédents familiaux psychiatrique à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

ATCDs familiaux psychiatrique	Effectif	Pourcentage
Oui	29	22,0
Non	103	78,0
Total	132	100,0

Nous avons noté 22% des cas ayant des antécédents familiaux psychiatriques.

Tableau IX : Répartition des patients selon les antécédents personnels psychiatrique à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

ATCDs personnels psychiatrique	Effectif	Pourcentage
Oui	30	22,7
Non	102	77,3
Total	132	100,0

Nous avons noté 22,7% des cas des patients ayant un antécédent personnel psychiatrique.

Tableau X : Répartition des patients selon les antécédents médicaux et chirurgicaux à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

ATCDs médicaux et chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Oui	22	16,7
Non	110	83,3
Total	132	100,0

Nous avons enregistré 16,7% des cas ayant des antécédents médicaux et/ou chirurgicaux.

Tableau XI : Répartition des patients selon l'origine de décision de consultation à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Origine de décision de consultation	Effectif	Pourcentage
Famille	92	69,7
Patient lui même	37	28,0
Médecin	2	1,5
Forces de l'ordre	1	0,8
Total	132	100

L'origine de décision de consultation venait de la famille dans 69,7% des cas.

3.3. Aspects cliniques

Tableau XII : Répartition des patients selon le motif de consultation à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Insomnie	114	86,36%
Fugue	41	31,06%
Agressivité	40	30,30%
Peur	25	18,94%
Soliloque	22	16,67%
Idée suicidaire	8	6,06%
Errance	7	5,30%
Hallucination	3	2,27%
Nervosité	3	2,27%
Dénudation	2	1,52%
Désorientation	2	1,52%
Ralentissement psychomoteur	2	1,52%
Instabilité	1	0,76%
Parler beaucoup	1	0,76%
Idée fixe	1	0,76%
Rationalisme morbide	1	0,76%
Reste seule	1	0,76%

L'insomnie a été retrouvée chez 86,36% des cas suivi de la fugue dans 31,06% des cas et l'agressivité dans 30,30% des cas.

Tableau XIII : Répartition des patients selon la tenue à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Tenue	Effectif	Pourcentage
Correcte	32	24,24%
Incurie	31	23,48%
Inhabituelle	26	19,70%
Extravagante	4	3,03%
Débraillée	29	21,97%
Non déterminée	10	7,58%
Total	132	100,0

La tenue était correcte dans 24,24% des cas.

Tableau XIV : Répartition des patients selon le contact à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Contact	Effectif	Pourcentage
Coopérant	37	28,03%
Agressif	36	27,27%
Méfiant	17	12,88%
Opposant	14	10,61%
Indifférent	10	7,58%
Instable	7	5,30%
Familier	2	1,52%
Non déterminé	9	6,82%
Total	132	100,0

Le contact était coopérant dans 28,03% des cas.

Tableau XV : Répartition des patients selon l'état de la conscience à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Conscience	Effectif	Pourcentage
Instabilité	59	44,70%
Claire/lucide	41	31,06%
Obtusion	11	8,33%
Confusion	5	3,79%
Obnubilation	1	0,76%
Non déterminée	15	6,82%
Total	132	100,0

L'instabilité a été retrouvée dans 44,70% des cas.

Tableau XVI : Répartition des patients selon l'humeur à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Humeur	Effectif	Pourcentage
Labile	61	3,79%
Triste	46	31,06%
Normal	6	44,70%
Joyeuse	6	8,33%
Non déterminée	13	6,82%
Total	132	100,0

L'humeur était normale dans 44,70% des cas.

Tableau XVII : Répartition des patients selon l'évaluation de la mimique à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Mimique	Effectif	Pourcentage
Adaptée	61	46,21%
Discordante	46	34,85%
Amimie	6	4,55%
Non déterminée	15	11,36%
Total	132	100,0

La mimique était adaptée dans 46,21% des cas.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon l'évaluation de psychomotricité à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Psychomotricité	Effectif	Pourcentage
Normal	35	26,52%
Inhibition	25	18,94%
Catatonie	10	7,58%
Agitation	27	20,45%
Instabilité	20	15,15%
Non déterminée	15	11,36%
Total	132	100,0

La psychomotricité était normale dans 26,52% des cas.

3.4. Pensée

Tableau XIX : Répartition des patients selon l'évaluation de la pensée à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Cours de la pensée	Effectif	Pourcentage
Normal	31	23,48%
Tachypsychie	48	36,36%
Bradypsychie	29	21,97%
Barrage	11	8,33%
Non déterminée	13	9,85%
Total	132	100,0

La tachypsychie a été signalée dans 36,36% des cas.

Tableau XX : Répartition des patients selon le contenu de la pensée à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Contenu de la pensée	Effectif	Pourcentage
Délire	81	61,36%
Phobies	9	6,82%
Obsessions	5	3,79%
Onirisme	2	1,52%
Non déterminé	35	26,52%
Total	132	100,0

Le délire a été noté dans 61,36% des cas.

3.5. Langage

Tableau XXI : Répartition des patients selon le cours de langage à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Cours de langage	Effectif	Pourcentage
Normal	41	31,1
Logorrhée	54	40,9
Mutisme	8	6,1
Soliloquie	27	20,5
Echolalie	2	1,5
Total	132	100,0

La logorrhée a représenté 40,9% des cas.

Tableau XXII : Répartition des patients selon le contenu du langage à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Contenu du langage	Effectif	Pourcentage
Incohérent	51	38,6
Pauvre	33	25,0
Riche	30	22,7
Cohérent	18	13,6
Total	132	100,0

Le contenu du langage était incohérent dans 38,6% des cas.

Cognitive

Tableau XXIII : Répartition des patients selon le jugement à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Jugement	Effectif	Pourcentage
Adéquat	28	21,2
Non adéquat	86	65,2
Non évalué	18	13,6
Total	132	100,0

Le jugement était non adapté dans 65,2% des cas.

Tableau XXIV : Répartition des patients selon l'évaluation de la mémoire à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Mémoire	Effectif	Pourcentage
Conservé	50	37,9
Amnésie rétrograde	39	29,5
Amnésie antérograde	3	2,3
Amnésie antéro-rétrograde	23	17,4
Non évaluée	13	9,8
Total	132	100,0

La mémoire était conservée dans 37,9% des cas.

**Tableau XXV : Répartition des patients selon l'attention à la clinique
Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021**

Attention	Effectif	Pourcentage
Adaptée	8	6,1
Distraite	48	36,4
Focalisée	65	49,2
Non évaluée	11	8,3
Total	132	100,0

L'attention était focalisée dans 49,2% des cas.

3.6. Conduites instinctuelles

**Tableau XXVI : Répartition des patients selon le sommeil à la clinique
Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021**

Sommeil	Effectif	Pourcentage
Insomnie	129	97,7
Sommeil normal	3	2,3
Total	132	100,0

L'insomnie a été retrouvée dans 97,7% des cas.

3.7. Comportement

- Niveau d'individuel

Tableau XXVII : Répartition des patients selon la qualification de l'hygiène corporo- vestimentaire à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Hygiène corporo- vestimentaire	Effectif	Pourcentage
Satisfaisante	47	35,61%
Non satisfaisante	84	63,64%
Total	132	100,0

L'hygiène corporo- vestimentaire était non satisfaisante dans 63,64% des cas.

- Niveau d'intégration

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon le niveau d'intégration familiale à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Intégration familial	Effectif	Pourcentage
Passable	75	56,82
Mauvais	57	43,18
Total	132	100,0

L'intégration familiale était passable dans 56,82% des cas.

Tableau XXIX : Répartition des patients selon le niveau d'intégration sociale à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Niveau d'intégration sociale	Effectif	Pourcentage
Passable	72	54,55
Mauvais	60	45,45
Total	132	100,0

L'intégration sociale était passable dans 54,55% des cas.

Tableau XXX : Répartition des patients selon le niveau d'intégration professionnel à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Intégration professionnel	Effectif	Pourcentage
Passable	69	52,27
Mauvais	63	47,73
Total	132	100,0

L'intégration professionnelle était passable 52,27% des cas.

3.8. Habitudes exo toxiques

Tableau XXXI : Répartition des patients selon les habitudes exo toxiques à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Habitudes exo toxiques	Effectif	Pourcentage
Néant	101	76,5
Cannabis	17	12,9
Alcool	6	4,5
Tabac	5	3,8
Tramadol	2	1,5
Valium	1	,8

La consommation du cannabis a été signalée dans 12,9% suivi de celle de l'alcool dans 4,5% des cas.

3.9. Diagnostic retenu

Tableau XXXII : Répartition des patients selon le diagnostic retenu à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Diagnostic retenu	Effectif	Pourcentage
Schizophrénie	49	37,1
Anxiété	40	30,3
Dépression	22	16,7
Bouffée délirante aigu	6	4,5
Autisme	4	3,0
Trouble bipolaire	3	2,3
Confusion mentale	2	1,5
Psychose puerpérale	2	1,5
Paranoïa	2	1,5
Hystérie	1	0,8
Alcoolisme	1	0,8
Total	132	100,0

Nous avons enregistré 37,1% des cas de schizophrénie suivi de l'anxiété dans 30,3% des cas et la dépression dans 16,7% des cas.

3.10. Conduite à tenir

Tous les patients ont bénéficié une chimiothérapie soit 100% des cas. Le moyen médicamenteux a été utilisé chez tous les patients soit 100% des cas.

3.11. Evolution

Tableau XXXIII : Répartition des patients selon l'évolution à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Evolution	Effectif	Pourcentage
Amélioration	119	90,15%
Stationnaire	7	5,30%
Aggravation	6	4,55%
Guérison	7	5,30%
Total	132	100,0

L'évolution était marquée par l'amélioration dans 90,15% des cas.

2.12. Etude transversale descriptive

Tableau XXXIV : Relation entre le diagnostic retenu et la tranche d'âge à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Tranche d'âge	Diagnostic retenu											Total
	Bouffée délirante aigu	Confusion mentale	psychose puerpérale	schizophrénie	Paranoïa	Dépression	Trouble bipolaire	Hystérie	Alcoolisme	Anxiété	Autisme	
2 à 10 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	2	11
11 à 20 ans	2	0	0	6	0	0	1	0	0	5	0	14
21 à 30 ans	2	1	1	13	0	9	0	0	0	4	0	30
31 à 40 ans	2	1	1	19	0	6	1	1	1	8	1	41
41 à 50 ans	0	0	0	5	2	3	1	0	0	5	0	16
51 à 60 ans	0	0	0	5	0	0	0	0	0	4	1	10
61 à 70 ans	0	0	0	1	0	3	0	0	0	3	0	7
71 à 80 ans	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
> 80 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Total	6	2	2	49	2	22	3	1	1	40	4	132

Test exact de Fisher $p= 0,001$

Il existait une relation statistiquement significative ($p= 0,001$).

Tableau XXXV : Relation entre le diagnostic retenu et les Antécédents familiaux psychiatrique à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Diagnostic retenu	Antécédents familiaux psychiatrique		Total
	Oui	Non	
Schizophrénie	14	35	49
Dépression	2	20	22
Anxiété	10	30	40
Bouffée délirante aigu	0	6	6
Psychose puerpérale	0	2	2
Paranoïa	0	2	2
Trouble bipolaire	0	3	3
Confusion mentale	0	2	2
Hystérie	1	0	1
Alcoolisme	1	0	1
Autisme	1	3	4
Total	29	103	132

Test exact de Fisher $p= 0,205$.

Il n'existait pas une relation statistiquement significative ($p= 0,205$).

Tableau XXXVI : Relation entre le diagnostic retenu et les Antécédents familiaux psychiatrique à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Diagnostic retenu	Antécédents personnels psychiatriques		Total
	Oui	Non	
Schizophrénie	18 (36,7%)	31(63,3%)	49
Dépression	5(22,7%)	17(77,3%)	22
Anxiété	3(7,5%)	37(92,5%)	40
Bouffée délirante aigu	1(16,7%)	5(83,3%)	6
Psychose puerpérale	1(50%)	1(50%)	2
Paranoïa	1(50%)	1(50%)	2
Trouble bipolaire	1(33,3%)	2(66,7%)	3
Confusion mentale	0	2(100%)	2
Hystérie	0	1(100%)	1
Alcoolisme	0	1(100%)	1
Autisme	0	4(100%)	4
Total	30(22,7%)	102(72,3%)	132

Test exact de Fisher $p= 0,048$.

Il existait une relation statistiquement significative ($p= 0,048$).

Tableau XXXVII : Relation entre le diagnostic retenu et les Antécédents chirurgicaux psychiatrique à la clinique Dinandougou de Markacoungo entre 2020-2021

Diagnostic retenu	Antécédents chirurgicaux		Total
	psychiatriques		
	Oui	Non	
bouffée délirante aigu	0	6	6
confusion mentale	1	1	2
psychose puerpérale	0	2	2
schizophrénie	5	44	49
Paranoïa	0	2	2
dépression	2	20	22
Trouble bipolaire	0	3	3
Hystérie	0	1	1
alcoolisme	1	0	1
Anxiété	11	29	40
Autisme	2	2	4
Total	22	110	132

Test exact de Fisher $p= 0,064$.

Il n'existait pas une relation statistiquement significative ($p= 0,064$).

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Au cours de la présente étude, nous avons collecté 132 cas de troubles mentaux pris en charge à la clinique médicale de Dinandougou sise à Markacoungo, le chef-lieu de la commune rurale du même nom dans le cercle de Dioïla, Région de Koulikoro. Il s'agissait d'une étude descriptive qui nous a permis de décrire les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques.

4.1. Données sociodémographiques

4.1.1. L'âge

La tranche d'âge 31 à 40 ans a représenté 31,1% des cas. L'âge moyen était 34 ± 16 ans avec des extrêmes de 2 et 82 ans. Dans l'étude multicentrique (Bamako, Sikasso et Ségou) menée par N'Diaye KA [23] sur les troubles neuropsychiatriques, la tranche d'âge 11 à 20 ans était la plus représentée. Ce résultat est comparable à celui de Mala Notue CA [24] en 2020 qui a trouvé une prédominance de la tranche d'âge de 21 à 30 ans dans 41,8% ; la moyenne d'âge était de $32,67 \text{ ans} \pm 11,13$ avec des extrêmes (13-82) ans. Dans leur étude de Coulibaly SP et al [25] ont trouvé un l'âge moyen de nos patients étaient de $32,6326 \pm 11,1$ ans avec des extrêmes 13 ans et 82 ans. Ces résultats nous montrent que les troubles psychiatriques, touchent beaucoup plus les personnes à l'adolescence. D'où l'importance de mettre en place un programme spécial de prévention et de prise en charge des maladies mentales.

4.1.2. Sexe

Le sexe masculin était prédominant avec un taux de 53,8% des cas. Nos résultats sont comparables à ceux de N qui a trouvé le sexe masculin dans 61,3% des cas, de même que Mala Notue CA [23] en 2020 qui a rapporté le sexe masculin dans 83,8% avec un sex-ratio de 5,17. Traoré K et al [26] en 2018 rapportent à Bamako 51.9% de sexe masculin. Ces résultats pourraient s'expliquer par les facteurs de risque des troubles psychiatriques comme les substances psychoactives (alcool, tabac, cocaïne, cannabis).

4.1.3. Statut matrimonial

Les patients étaient mariés dans 67,4% des cas. Notre résultat est contraire à celui de Mala Notue CA [23] en 2020 qui a trouvé une prédominance des célibataires avec 51,9% des cas. Coulibaly SP et al [24] en 2022 ont trouvé une prédominance de célibataire dans 53,2% et il existait une association statistiquement significative entre le statut célibataire et les troubles psychiatriques, conséquence sociale de vivre avec une maladie mentale d'où le besoin de travailler avec les socio anthropologues pour la socialisation des malades mentaux

4.1.4. Niveau d'instruction

La majorité des patients était non scolarisé soit 36,4% des cas. Ce résultat est similaire à celui retrouvé par Coulibaly SP et al [26] en 2022 au service de psychiatrie du CHU Point G soit 28,6% avec une association statistiquement significative entre le statut célibataire et les troubles psychiatriques. Par contre les patients avaient pour la plupart un niveau d'instruction primaire soit 28,1% suivi des non scolarisés dans 26% dans l'étude de Mala Notue CA [23] en 2020.

4.2. Données cliniques

4.2.1. Antécédents

Nous avons noté 22% des cas ayant des antécédents familiaux psychiatrique et 22,7% des cas des patients ayant un antécédent personnels psychiatriques. La grande majorité des patients avaient un antécédent psychiatrique avec plus de 70% dans l'étude de Coulibaly SP et al [26] en 2022 au service de psychiatrie du CHU Point G. Koné et al. [27] ont rapporté la présence des antécédents psychiatriques comme facteur de réadmission à l'hôpital psychiatrique [28]. Il est nécessaire sur la base de ces résultats de bien conduire les études génétiques pour la caractérisation de l'aspect génétique.

4.2.2. Résidence

La majorité de la famille des patientes résidait dans une zone rurale soit 52,3% des cas. Ce résultat est contraire à ceux de Coulibaly SP et al [24] en 2022 au service de psychiatrie du CHU Point G qui ont trouvé que les patients hospitalisés résidaient pour la plupart en zone urbaine (plus de 57%). Nos résultats pourraient aussi être influencés par le site de recrutement qui était une zone rurale et plus accessible à cette population.

4.2.3. Demande des soins

Les manifestations des troubles psychiatriques qui aboutissent à une hospitalisation posent souvent un problème de contenance à l'environnement du patient et le patient se montre très souvent opposant aux traitements. La demande de soins est ainsi rarement formulée par le patient lui-même. Nos résultats ont montré que la demande de soins provenait des familles dans 60,6% des cas.

Ce résultat concorde avec celui de Coulibaly SP et al [26] en 2022 au service de psychiatrie du CHU Point G qui ont trouvé que la demande des soins était formulé par la famille dans 87,5% des cas. En effet, pour beaucoup de patients, il s'agit des états graves où le patient n'a pas la conscience de l'état morbide et donc ne saurait demander les soins. Au Maroc, Belghazi et al. [27] affirme que l'hospitalisation psychiatrique concerne les cas graves de schizophrénie, de dépression, et troubles bipolaires. Dans l'étude de Agbémélé SKM et al [28] l'entourage des patients était des demandeurs d'une prise en charge urgente pour 58,18% de cas et la contrainte physique aux soins était nécessaire chez 14,55% de patients

Dans le contexte africain, les demandes de soins psychiatriques sont le plus souvent formulées devant des manifestations socialement peu tolérées, comme l'agitation, l'agressivité [30–31].

4.2.4. Signes cliniques et diagnostic

La symptomatologie clinique était dominée par l'insomnie retrouvée chez 114 patients soit 86,36% suivi du fugue (31,06%), de l'agressivité (30,30%) et de la peur dans 18,94% des cas. Nous avons enregistré 37,1% des cas de schizophrénie suivi de l'anxiété dans 30,3% des cas et la dépression dans 16,7% des cas.

Dans l'étude de Coulibaly SP et al [25], l'agressivité était le premier motif d'hospitalisation en psychiatrie suivi de l'agitation, l'entité diagnostic schizophrénie, troubles schizothymiques et troubles délirants était la plus retrouvée parmi les patients hospitalisés en psychiatrie. Cette entité se manifeste par des symptômes comme le délire, l'agitation, l'agressivité, le déficit cognitif, l'inadaptation sociale et professionnelle [32]. Ces symptômes sont difficiles à contrôler par l'entourage, ce qui pourrait expliquer cette forte prévalence en hospitalisation. Pour Belghazi D et al.[27] les troubles schizophréniques étaient les plus représentés. Ouédraogo et al. [29] ont rapporté la fréquence des troubles psychotiques aigus transitoires, les schizophrénies et les états dépressifs.

Les troubles psychotiques aigus et transitoires représentaient l'affection la plus fréquente (39,64%) comme dans la série de Tognon Tchegnonsi F et al. [33] (64,06%). Dans l'étude de Fernando SPS et al. en 2010 [29] à Sobral-Ceara (Brésil) les troubles mentaux liés aux substances psychoactives (F10) et les épisodes dépressifs (F32.0) ont été respectivement représentés 42,40% et 10,47% des cas.

4.2.5. Prise en charge

Tous les patients ont bénéficié d'une chimiothérapie soit 100% des cas. Le moyen médicamenteux a été utilisé chez tous les patients soit 100% des cas. L'évolution était marquée par l'amélioration dans 90,15% des cas. Ce résultat pourrait s'expliquer par diverses raisons, principalement la présence d'un médecin généraliste pour l'accompagnement dans la prise en charge des

comorbidités qui sont nécessaire et doit être menée avec délicatesse. Mais le mélange des modalités thérapeutique comme le recours aux soins traditionnels qui est soutenu par les causalités surnaturelles qui sont attribuées à la maladie une opportunité culturelle pour le Mali de mettre en place un cadre de collaboration pluridisciplinaire pour comprendre les approches socio psychologiques de la prise en charge, mais également un cadre idéal pour la découverte de principe actif des plantes médicinales ayant une utilité en santé mentale.

CONCLUSION :

Notre étude montre que la majorité des personnes atteintes de troubles mentaux sont des hommes, jeunes, ayant des antécédents psychiatriques et chez lesquels les diagnostics de schizophrénie, de troubles d'anxiété et la dépression étaient les plus évoqués. La majorité des patients avaient reçu un traitement traditionnel à base des plantes ou des récits coraniques.

Une collaboration pluridisciplinaire et un appui des médecins généralistes sont nécessaires pour une prise en charge adéquate des patients.

RECOMMANDATIONS

A la fin de cette étude nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités politiques et administratives

- Réaliser des campagnes de sensibilisation sur les troubles mentaux et les opportunités de soins.
- Mettre en place des programmes d'appui des médecins de campagne pour la prise en charge des troubles psychiatriques

Aux professionnels de santé

- Travailler en collaboration pour une meilleure prise en charge des patients atteints des troubles psychiatriques.
- Référer à temps les cas résistants au traitement médicamenteux des troubles mentaux

Aux populations

- Consulter un professionnel de santé en cas de manifestation des troubles mentaux.

REFERENCES

- 1-OMS, constitution worldhealth.org/organisation <https://www.who.int/about/governance/constitution>. Ou santé-mentale-sante publique.fr. 8 octobre 2021.
- 2-Organisation Mondiale de la Santé. “Investir dans la santé mentale” [Internet]. Organisation.2004.[Consulté 13/7/2020]. Disponible http://www.who.int/mental_health/media/en/InvMHBr8.pdf.
- 3-sante-mentale : définition et enjeux www.paca.ars.sante.fr/sante-mentale-definition-et-enjeux. 29 Mars 2021
- 4-Arnaud Anastasi psychiatrie et soins somatiques <<ce n’est pas le tout dire, faut aussi y faire>> dans l’information psychiatrique 20221/6 (volume 97) pages 465 à 475.
- 5-Sidibe, A; Beye, S. A; Diani, N; Dicko, H; Diarra, D; Kourechi, F. Tall; Cisse, M. A. C; Drame, A. I; Keita, M; Doumbia, D; Dembele, A. S; Diango, D. M; Coulibaly, Y. Journal of African Clinical Cases and Reviews/Journal Africain des Cas Cliniques et Revues ; 3(2): 75-82, 2019.
- 6- Ouédraogo A, Ouédraogo TL, Traore A, Sawadogo G, Nebie K, Yougbare JM. Caractéristiques de la population prise en charge au Service de Psychiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso) de 1990 à 2000. Encéphale. Août 2006 ; 32(4) :437-43.
- 7-Anales medico-psychologiques, revue psychiatrique volume 166, issue 1, février 2008 ; pages 63-70.
- 8`-OMS, enquêtes de santé mentale au monde ; 2001.www.jama.com.
- 9-Nicole M. Monteiro. NM Addressing mental illness in Africa: global health challenges and local opportunities” Community Psychology in Global Perspective” CPGP, Comm. Psych. Glob. Persp. Vol 1, 2019, Issue 2, 78 - 95.

10. Nonvignon. J, Amissah.CR, Agyemang.SA, Wong. B- “Benefit-Cost Analysis of Mental Health: Interventions in Ghana “, Copenhagen Consensus Center 2020.
11. A.Ouéodrago, JG.Ouango, K.Karfo, P.Goumbri, D. Nanéma, B. Sawadogo «Prévalence des troubles mentaux en population générale au Burkina Faso » L’Encéphale, Volume 45, Issue 4, September 2019, pages 367-370.
12. Tognon-Tche’gnonsia.F, Adoukonou.T, Djidonou. A, Ataigba Ireti. E, Gandaho. P “Prévalence des troubles mentaux dans une communauté rurale à Parakou au Nord Benin” Annales Médico-Psychologiques xxx (2020) xxx–xxx I N F O A R.
13. NOMOGO.H- “Etude épidémiologique des troubles psychiatriques en milieu rural” Année universitaire d 2017-2018, FMOS, Bamako.
14. MALAH NOTUE Cyrielle Alexandra - «Epidémiologie des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés au service de psychiatrie du chu point g de Bamako », Thèse de Médecine, Année universitaire 2018-2019, FMOS, Bamako.
15. Rapport des activités des Médecins Généraliste formés à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques en zones rurales dans six régions du Mali de juillet 2018 à juin 2020.
16. Eye H, Bernard P, Brisset CM. Manuel de psychiatrie, éd. Revue et complétée, 1978 Masson, Paris 1974 ; 1252 pages http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-fr.pdf.
17. Lalonde. P et al - « Psychiatrie Clinique : une approche bio- psycho-sociale (introduction et syndromes cliniques) » Tome I, 1999, 242- 285.
18. Amada. A et al – ECN Référentiel de Psychiatrie : Psychiatrie de l’adulte. Psychiatrie de l’enfant. Addictologie » Presses universitaires François-Rabelais, 2014, 587 pages
19. Guelfi JD, Boyer P, Consoli S, Olivier-martin R. Psychiatrie. Paris : PUF Fondamental ; 1999.
20. Kretschmer E. Paranoïa et sensibilité. Contribution au problème de la paranoïa et à la théorie psychiatrique du caractère. Paris : PUF ; 1963.
21. Vidal Larousse Diffusion - « Vidal de la santé psy: le guide pour comprendre les traitements » Vidal Larousse, 2004, 21 Rue Camille-Desmoulins, 92789 Issy-les-Moulineaux cedex 9.

22. N'diaye KA. Etude de la Fréquence des Troubles neuropsychiatriques dans les Régions de Sikasso, de Ségou et du District de Bamako. 2019 [cité 4 nov 2022]; Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/2098>
23. Notue M, Alexandra C. Epidémiologie des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés au service de psychiatrie du CHU Point G de Bamako du 1er Janvier 2014 au 31 Décembre 2018 [Internet] [Thesis]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2020 [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/3997>
24. Coulibaly SP, Dolo H, Notue CAM, Sangaré M, Mounkoro PP, Aboubacar A, et al. Épidémiologie hospitalière des troubles psychiatriques au Mali. *Pan Afr Med J* [Internet]. 23 févr 2022 [cité 4 nov 2022];41(160). Disponible sur: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/41/160/full>
25. Coulibaly SP. Aspect épidémie-clinique des troubles psychiatriques chez les personnes vivant avec le VIH au CHU du point G. 2012 [cité 4 nov 2022]; Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/1474>
26. Koné D, VE D, Ve-Tano A, Assi-Sedji C, Ettien ML, Koua A. Les facteurs de réadmissions à l'hôpital psychiatrique de Bingerville après une première hospitalisation pour troubles mentaux de la maternité. *Perspect Psy*. 2008;47(2):126-36.
27. Belghazi D, Moussaoui D, Kadri N. Epidemiological, clinical and cultural specificities of patients hospitalized at the Ibn-Rochd university psychiatric center in Casablanca. *Ann Med Psychol*. 2016;174(2): 100-4.
28. Agbémélé SKM, Gérard AGG, Toyi T, Akomola SK, Abago B, Anselme D, et al. DISPOSITIF DE SOINS ET ASPECTS THERAPEUTIQUES DE PRISE EN CHARGE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES AU CHU CAMPUS (LOME). 2015;5.
29. Ouedraogo A, Ouedraogo TL, Traore A, Sawadogo G, Nebie K, Yougbare JM. [Characteristics of the population under care from 1990 to 2000, Department of Psychiatry, Yalgado Ouedraogo University Hospital, Ouagadougou, Burkina Faso]. *L'Encephale*. août 2006;32(4 Pt 1):437-43.
30. Tambaro S, Bortolato M. Cannabinoid-related agents in the treatment of anxiety disorders: current knowledge and future perspectives. *Recent Patents CNS Drug Discov*. 1 avr 2012;7(1):25-40.

31. Daoudi D, Tazi MA, Asouab F, Harrag M, Meski FZ, Khattabi A. Epidémiologie des troubles psychiatriques dans la Province de Kénitra, Maroc: une étude rétrospective sur 11 années. Rev Epidemiol Sante Publique. 2017;2 Suppl: S94.
32. Togon Tchegnonsi F, Gandaho P, Tognide CM, Akpona S, Ahyi RG. L'urgence en pratique psychiatrique quotidienne au centre hospitalier départemental et universitaire de Parakou. Le Bénin Médical 2006;32:23-6.
33. Fernando SPS, Cezar AFS, Eliany NO. Emergency psychiatric service in general hospitals: retrospective study. Rev Esc Enferm USP 2010;44(3):785-91.

ANNEXES

Fiche d'enquête

Annexes

Fiche d'enquête

Numéro patient

Date d'inclusion/...../...../202

I. identification

1. -Nom et Prénoms :
2. - Sexe /.... / 1: Masculin 2: Féminin
3. -Age /...../Ans
4. -Religion/...../ (1 : musulman(ne) ; 2 : Chrétien(ne) ; 3 : autres)
5. -Profession /.... / (1 : salarier 3: élève 4: commerçant 5: éleveur/cultivateur 6: ménagère 7: Autres)
6. -Statut matrimonial/..... / (1: célibataire 2: marié(é) 3: divorce; 4: séparé(é) 5: veuf (Ve) 6: union libre)
7. -Situation matrimoniale des parents /.... / (1: célibataire 2: marié(é) 3: divorce; 4: séparé(é) 5: veuf (Ve) 6: union libre), 7 : fiancé
8. -Niveau d'études /.... / (1: non scolarisé 2: Primaire 3: secondaire 4: supérieur)
9. -Type instruction/..... / (1: Francophone 2: arabe ,3 : autres (à préciser)
10. -Antécédents Familiaux psychiatriques/..... / (1: oui; 2: non)
11. -Antécédents Personnels psychiatriques/..... / (1: Oui; 2: non)
12. -Antécédent médico-chirurgicaux/..... / (1: oui; 2: non)
13. -Résidence Permanente de la famille /...../: (1=Urbaine; 2= Rurale.)
14. -Origine de la décision de consultation/..... / (1 : médecin ; 2: famille; 3: forces de l'ordre; 4: patient lui- même; 5: autres à préciser)
12. - Motif de consultation /..... /

(1 : Insomnie 2 : peur/angoisse ; 3 : agressivité /agitation ; 4 : idées suicidaires / tentative de suicide ; 5 : soliloque ; 6 : crise convulsive ; 7 : fugue ; 8 : errance ; 9 : Dénudation ; 10 : autres) si autres à préciser : _____

13.-Tenue /...../ (1 : correcte ; 2 : incurie ; 3 : inhabituelle ; 4 : extravagante ; 5 : débraillée ; 6 : autre)

14.-Contact /...../ (1 : agressif ; 2 : méfiant ; 3 : coopérant ; 4 : familier ; 5 : opposant ; 6 : instable ; 7 : indifférent ; 8 : autre)

15.-conscience/...../ (1 : claire/lucide ; 2 : confusion ; 3 : obtusion ; 4 : obnubilation ; 5 : instabilité ; 6 : autre)

16.- Humeur /...../ (1 : normal ; 2 : triste ; 3 : joyeuse ; 4 : labile ; 5 : autre)

17-Mimique:/...../ (1 : adaptée ; 2 : discordante ; 3 : amimie ; 4 : autre)

18-Pstchomotricite:/...../ (1 : normal ; 2 : inhibition ; 3 : catatonie ; 4 : agitation ; 5 : instabilité ; 6 : autre)

19-Pensee :

-Cours:/...../ (1 : normal ; 2 : tachypsychie ; 3 : bradypsychie ; 4 : barrage ; 5 : autre)

-Contenu:/...../ (1 : onirisme ; 2 : obsessions ; 3 : phobies ; 4 : délire)

*Délire:/...../ (1 : présent /oui ; 2 : absent/non)

Si oui :

-Mode de début:/...../ (1 : brutal ; 2 : insidieux)

-Thème:/...../ (1 : persécution ; 2 : mystique ; 3 : foliation ; 4 : grandeur ; 5 : autre)

- Mécanisme:/...../ (1 : hallucinatoire ; 2 : interprétatif ; 3 : imaginatif ; 4 : intuition ; 5 : illusion ; 6 : autre)

-Structure:/...../ (1 : bien structuré ; 2 : mal structuré)

-Adhésion:/...../ (1 : faible ; 2 : forte)

18-Langage :

-Cours:/...../ (1 : normal ; 2 : logorrhée ; 3 : mutisme ; 4 : soliloque ; 5 : palilalie ; 6 : écholalie ; 7 : aphasie ; 8 : paraphasie ; 9 : verbigération ; 10 : néologisme ; 11 : bégaiement ; 12 : autre)

-Contenu : /...../ (1 : riche ; 2 : pauvre ; 3 : cohérent ; 4 : incohérent ; 5 : autre)

19-Intelligence :

-Jugement:/...../ (1 : adéquat ; 2 : non adéquat)

-Raisonnement:/...../ (1 : adéquat ; 2 : non adéquat)

-Calcul:/...../ (1 : conservé ; 2 : non conservé)

-Mémoire:/...../ (1 : conservée ; 2 : amnésie rétrograde ; 3 : amnésie antérograde ; 4 : amnésie antéro-rétrograde ; 5 : autre)

-Attention:/...../ (1 : adaptée ; 2 : distraite ; 3 : focalisée ; 4 : autre)

20-Conduites instinctuelles :

-Sommeil:/..... / (1 : insomnie ; 2 : normal)

-Alimentation:/...../ (1 : bon ; 2 : refus alimentaire ; 3 : boulimie ; 4 : anorexie ; 5 : autres)

-Sexualité:/...../ (1 : normale ; 2 : anormale (spécifier))

-Sphinctérienne:/...../ (1 : normale ; 2 : anormale (spécifier))

21- Comportement :

*Niveau individuel :

-Hygiène corporo-vestimentaire:/...../ (1 : satisfaisante ; 2 : non satisfaisante)

-Auto-agressivité:/...../ (1 : oui ; 2 : non)

Hétéro-agressivité:/...../ (1 : oui ; 2 : non)

-Sociabilité:/...../ (1 : bonne ; 2 : passable ; 3 : mauvaise)

*Niveau d'intégration :

Familial : /...../ (1 : bon ; 2 : passable ; 3 : mauvais)

-Social:/...../ (1 : bon ; 2 : passable ; 3 : mauvais)

-Professionnel:/.../ (1 : bon ; 2 : passable ; 3 : mauvais)

22-Conduite antisociales:// (1 : fugue ; 2 : vol ; 3 : homicide ; 4 : incendie ; 5 : attentat à la pudeur ; 6 : autre)

23-Habitudes exo toxiques : (produits consommés) :/.... / (1 : Néant ; 2 : alcool ; 3 : tabac ; 4 : cannabis ; 5 : héroïne ; 6 : cocaïne ; 7 : almoukaikai, 8 : tramadol, 9 : amphétamine, 10 : valium 11 : autres (à préciser))

Si Consommation :

- Quantité : -----
- Voie d'absorption : -----

ANNEXES

Nom : MOUNKORO

Prénom : Jean Marie

Titre de la thèse : ETUDE DESCRIPTIVE DES PATIENTS SUIVIS POUR TROUBLES PSYCHIATRIQUES A MARKACOUNGO AU MALI

Année universitaire 2022-2023

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (F.M.O.S).

Secteur d'intérêt : Psychiatrie générale.

Résumé : Un trouble mental est une perturbation de la santé mentale, qui est l'un des piliers de l'état de bonne santé. Le but de cette étude était d'évaluer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des troubles mentaux présentés par les patients pris en charge dans la clinique médicale de Markacoungo. Il s'agissait d'une étude transversale menée à la clinique médicale de Markacoungo sur une période de 6 mois allant de septembre 2020 au mois de février 2021. Tous les patients suivis pour troubles psychiatriques au sein de la clinique ont été inclus dans l'étude. Au total 132 patients ont été colligés, l'insomnie était le principal motif de consultation avec 86,36% des cas, la substance psycho active la plus consommée était le cannabis soit 5,3%. Les diagnostics les plus retenus étaient la schizophrénie soit 37,1% suivis de l'anxiété dans 30,3% et la dépression dans 16,7% des cas. La tranche d'âge la plus touchée était 21-40 ans. L'évolution de l'état clinique des patients était marquée par l'amélioration dans 90,15% des cas. En conclusion, la majorité des personnes atteintes de troubles mentaux sont des hommes et jeunes ; une collaboration pluridisciplinaire est nécessaire pour une prise en charge adéquate des patients.

Mot clé : Trouble psychiatrique , zone rurale, Mali

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa 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 !!!