



MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

\*\*\*\*\*

RÉPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi

\*\*\*\*\*

UNIVERSITÉ DES SCIENCES DES TECHNIQUES

ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

FACULTÉ DE MÉDECINE ET

odontostomatologie



**U.S.T.T.B**

ANNÉE UNIVERSITAIRE : 2022– 2023



N°.....

# THÈSE

**ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE DE LA  
DEMANDE DE SOINS PSYCHIATRIQUE DES  
PERSONNES ÂGÉES DE 60 ANS ET PLUS AU  
CHU POINT G ENTRE 2015 ET 2020.**

Présentée et soutenue publiquement le 22/12/2023

Devant la Faculté De Médecine et d'odontostomatologie

**Par Mme Hafssatou DIALLO**

**Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine**

**(Diplôme d'état)**

**MEMBRES DU JURY**

**Président : Mr Guida LANDOURE, Maître de Conférences**

**Membre : Mr Housseini DOLO, Maître de Conférences Agrégé**

**Co-directeur : Mr Joseph TRAORE, Psychiatre, Chargé de Recherche**

**Directeur de Thèse : Mr Souleymane Dit Papa COULIBALY, Maître de  
Conférences**

**FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**  
**ANNEE UNIVERSITAIRE 2022 – 2023**

**ADMINISTRATION**

DOYEN : Mr Seydou DOUMBIA - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : Mme Mariam SYLLA - PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : Mr Monzon TRAORE - MAITRE DE CONFERENCES

AGENT COMPTABLE : Mr Yaya CISSE - INSPECTEUR DU TRESOR

**LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE**

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 1. Mr Ali Nouhoum DIALLO        | Médecine interne                                     |
| 2. Mr Aly GUINDO                | Gastro-Entérologie                                   |
| 3. Mr Mamadou M. KEITA          | Pédiatrie  |
| 4. Mr Siné BAYO                 | Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie                |
| 5. Mr Sidi Yaya SIMAGA          | Santé Publique                                       |
| 6. Mr Abdoulaye Ag RHALY        | Médecine Interne                                     |
| 7. Mr Boukassoum HAIDARA        | Législation  |
| 8. Mr Boubacar Sidiki CISSE     | Toxicologie  |
| 9. Mr Sambou SOUMARE            | Chirurgie Générale                                   |
| 10. Mr Daouda DIALLO            | Chimie Générale & Minérale                           |
| 11. Mr Issa TRAORE              | Radiologie   |
| 12. Mr Mamadou K. TOURE         | Cardiologie  |
| 13. Mme SY Assitan SOW          | Gynéco-Obstétrique                                   |
| 14. Mr Salif DIAKITE            | Gynéco-Obstétrique                                   |
| 15. Mr Abdourahamane S. MAIGA   | Parasitologie  |
| 16. Mr Abdel Karim KOUMARE      | Chirurgie Générale                                   |
| 17. Mr Amadou DIALLO            | Zoologie - Biologie                                  |
| 18. Mr Mamadou L. DIOMBANA      | Stomatologie   |
| 19. Mr Kalilou OUATTARA         | Urologie   |
| 20. Mr Amadou DOLO              | Gynéco- Obstétrique                                  |
| 21. Mr Baba KOUMARE             | Psychiatrie  |
| 22. Mr Bouba DIARRA             | Bactériologie  |
| 23. Mr Bréhima KOUMARE          | Bactériologie – Virologie                            |
| 24. Mr Toumani SIDIBE           | Pédiatrie  |
| 25. Mr Souleymane DIALLO        | Pneumologie  |
| 26. Mr Bakoroba COULIBALY       | Psychiatrie -  |
| 27. Mr Seydou DIAKITE           | Cardiologie  |
| 28. Mr Amadou TOURE             | Histo-embryologie                                    |
| 29. Mr Mahamane Kalilou MAIGA   | Néphrologie  |
| 30. Mr Filifing SISSOKO         | Chirurgie Générale                                   |
| 31. Mr Djibril SANGARE          | Chirurgie Générale                                   |
| 32. Mr Somita KEITA             | Dermato-Léprologie                                   |
| 33. Mr Bougouzié SANOGO         | Gastro-entérologie                                   |
| 34. Mr Alhousseini Ag MOHAMED   | O.R.L.   |
| 35. Mme TRAORE J. THOMAS        | Ophtalmologie  |
| 36. Mr Issa DIARRA              | Gynéco-Obstétrique                                   |
| 37. Mme Habibatou DIAWARA       | Dermatologie   |
| 38. Mr Yeya Tiémoko TOURE       | Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique |
| 39. Mr Sékou SIDIBE             | Orthopédie Traumatologie                             |
| 40. Mr Adama SANGARE            | Orthopédie Traumatologie                             |
| 41. Mr Sanoussi BAMANI          | Ophtalmologie  |
| 42. Mme SIDIBE Assa TRAORE      | Endocrinologie-Diabetologie                          |
| 43. Mr Adama DIAWARA            | Santé Publique                                       |
| 44. Mme Fatimata Sambou DIABATE | Gynéco- Obstétrique                                  |
| 45. Mr Bakary Y. SACKO          | Biochimie  |
| 46. Mr Moustapha TOURE          | Gynécologie/Obstétrique                              |
| 47. Mr Boubakar DIALLO          | Cardiologie  |
| 48. Mr Dapa Aly DIALLO          | Hématologie  |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| 49. Mr Mamady KANE             | Radiologie et Imagerie Médicale            |
| 50. Mr Hamar A. TRAORE         | Médecine Interne                           |
| 51. Mr. Mamadou TRAORE         | Gynéco-Obstétrique                         |
| 52. Mr Mamadou Souncalo TRAORE | Santé Publique                             |
| 53. Mr Mamadou DEMBELE         | Médecine Interne                           |
| 54. Mr Moussa Issa DIARRA      | Biophysique                                |
| 55. Mr Kassoum SANOGO          | Cardiologie                                |
| 56. Mr Arouna TOGORA           | Psychiatrie                                |
| 57. Mr Souleymane TOGORA       | Odontologie                                |
| 58. Mr Oumar WANE              | Chirurgie Dentaire                         |
| 59. Mr Abdoulaye DIALLO        | Anesthésie – Réanimation                   |
| 60. Mr Saharé FONGORO          | Néphrologie                                |
| 61. Mr Ibrahim I. MAIGA        | Bactériologie – Virologie                  |
| 62. Mr Moussa Y. MAIGA         | Gastro-entérologie – Hépatologie           |
| 63. Mr Siaka SIDIBE            | Radiologie et Imagerie Médicale            |
| 64. Mr Aly TEMBELY             | Urologie                                   |
| 65. Mr Tiéman COULIBALY        | Orthopédie/Traumatologie                   |
| 66. Mr Zanafon OUATTARA        | Urologie                                   |
| 67. Mr Bah KEITA               | Pneumo-Phtisiologie                        |
| 68. Mr Zimogo Zié SANOGO       | Chirurgie Générale                         |
| 69. Mr Samba Karim TIMBO       | ORL et Chirurgie cervico-faciale           |
| 70. Mr Cheick Oumar GUINTO     | Neurologie                                 |
| 71. Mr Samba DIOP              | Anthropologie médicale et éthique en Santé |
| 72. Mr Mamadou B. DIARRA       | Cardiologie                                |
| 73. Mr Youssouf SOW            | Chirurgie Générale                         |
| 74. Mme Fatimata KONANDJI      | Ophthalmologie                             |
| 75. Mme Diénéba DOUMBIA        | Anesthésie/Réanimation                     |

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

### D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

#### 1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 1. Mr Nouhoum ONGOIBA             | Anatomie & Chirurgie Générale             |
| 2. Mr Mohamed Amadou KEITA        | ORL                                       |
| 3. Mr Youssouf COULIBALY          | Anesthésie-Réanimation                    |
| 4. Mr Sadio YENA                  | Chirurgie Thoracique                      |
| 5. Mr Djibo Mahamane DIANGO       | Anesthésie-Réanimation                    |
| 6. Mr Adegné TOGO                 | Chirurgie Générale <b>Chef de DER</b>     |
| 7. Mr Bakary Tientigui DEMBELE    | Chirurgie Générale                        |
| 8. Mr Alhassane TRAORE            | Chirurgie Générale                        |
| 9. Mr Yacaria COULIBALY           | Chirurgie Pédiatrique                     |
| 10. Mr Drissa KANIKOMO            | Neurochirurgie                            |
| 11. Mr Oumar DIALLO               | Neurochirurgie                            |
| 12. Mr Mohamed KEITA              | Anesthésie Réanimation                    |
| 13. Mr Niani MOUNKORO             | Gynécologie/Obstétrique                   |
| 14. Mr. Drissa TRAORE             | Chirurgie Générale                        |
| 15. Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE  | Anesthésie Réanimation                    |
| 16. Mr Mamadou Lamine DIAKITE     | Urologie                                  |
| 17. Mme Kadiatou SINGARE          | ORL-Rhino-Laryngologie                    |
| 18. Mr Youssouf TRAORE            | Gynécologie/Obstétrique                   |
| 19. Mr Japhet Pobanou THERA       | Ophthalmologie                            |
| 20. Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE | Urologie                                  |
| 21. Mr Aladji Seïdou DEMBELE      | Anesthésie-Réanimation                    |
| 22. Mr Soumaïla KEITA             | Chirurgie Générale                        |
| 23. Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA  | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| 24. Mr Seydou TOGO                | Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire |
| 25. Mr Birama TOGOLA              | Chirurgie Générale                        |

## 2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 1. Mr Nouhoum DIANI              | Anesthésie-Réanimation                    |
| 2. Mr Lamine TRAORE              | Ophtalmologie                             |
| 3. Mr Ibrahima TEGUETE           | Gynécologie/Obstétrique                   |
| 4. Mr Dramane Nafou CISSE        | Urologie                                  |
| 5. Mr Mamadou-Tidiane COULIBALY  | Urologie                                  |
| 6. Mr Moussa Salifou DIALLO      | Urologie                                  |
| 7. Mr Alkadri DIARRA             | Urologie                                  |
| 8. Mr Amadou KASSOGUE            | Urologie                                  |
| 9. Mr Boubacar BA                | Médecine et chirurgie buccale             |
| 10. Mr Lassana KANTE             | Chirurgie Générale                        |
| 11. Mr Hamidou Baba SACKO        | ORL                                       |
| 12. Mme Fatoumata SYLLA          | Ophtalmologie                             |
| 13. Mr Tioukany THERA            | Gynécologie                               |
| 14. Mr Siaka SOUMAORO            | ORL                                       |
| 15. Mr Adama I GUINDO            | Ophtalmologie                             |
| 16. Mr Seydou BAKAYOKO           | Ophtalmologie                             |
| 17. Mr Koniba KEITA              | Chirurgie Générale                        |
| 18. Mr Sidiki KEITA              | Chirurgie Générale                        |
| 19. Mr Amadou TRAORE             | Chirurgie Générale                        |
| 20. Mr Bréhima BENGALY           | Chirurgie Générale                        |
| 21. Mr Madiassa KONATE           | Chirurgie Générale                        |
| 22. Mr Sékou Bréhima KOUMARE     | Chirurgie Générale                        |
| 23. Mr Boubacar KAREMBE          | Chirurgie Générale                        |
| 24. Mr Abdoulaye DIARRA          | Chirurgie Générale                        |
| 25. Mr Idrissa TOUNKARA          | Chirurgie Générale                        |
| 26. Mr Issa AMADOU               | Chirurgie Pédiatrique                     |
| 27. Mr Boubacary GUINDO          | ORL-CCF                                   |
| 28. Mr Youssouf SIDIBE           | ORL                                       |
| 29. Mr Fatogoma Issa KONE        | ORL                                       |
| 30. Mr Seydina Alioune BEYE      | Anesthésie Réanimation                    |
| 31. Mr Hammadoun DICKO           | Anesthésie Réanimation                    |
| 32. Mr Moustapha Issa MANGANE    | Anesthésie Réanimation                    |
| 33. Mr Thierno Madane DIOP       | Anesthésie Réanimation                    |
| 34. Mr Mamadou Karim TOURE       | Anesthésie Réanimation                    |
| 35. Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE | Anesthésie Réanimation                    |
| 36. Mr Siriman Abdoulaye KOITA   | Anesthésie Réanimation                    |
| 37. Mr Mahamadoun COULIBALY      | Anesthésie Réanimation                    |
| 38. Mr Abdoulaye NAPO            | Ophtalmologie                             |
| 39. Mr Nouhoum GUIROU            | Ophtalmologie                             |
| 40. Mr Bougady Coulibaly         | Prothèse Scellée                          |
| 41. Mme Kadidia Oumar TOURE      | Orthopédie Dentofaciale                   |
| 42. Mr Amady COULIBALY           | Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale |
| 43. Mr Oumar COULIBALY           | Neurochirurgie                            |
| 44. Mr Mahamadou DAMA            | Neurochirurgie                            |
| 45. Mr Mamadou Salia DIARRA      | Neurochirurgie                            |
| 46. Mr Youssouf SOGOBA           | Neurochirurgie                            |
| 47. Mr Moussa DIALLO             | Neurochirurgie                            |
| 48. Mr Amadou BOCOUM             | Gynécologie/Obstétrique                   |
| 49. Mme Aminata KOUMA            | Gynécologie/Obstétrique                   |
| 50. Mr Mamadou SIMA              | Gynécologie/Obstétrique                   |
| 51. Mr Seydou FANE               | Gynécologie/Obstétrique                   |
| 52. Mr Ibrahim Ousmane KANTE     | Gynécologie/Obstétrique                   |
| 53. Mr Alassane TRAORE           | Gynécologie/Obstétrique                   |
| 54. Mr Soumana Oumar TRAORE      | Gynécologie/Obstétrique                   |
| 55. Mr Abdoul Kadri MOUSSA       | Orthopédie Traumatologie                  |
| 56. Mr Layes TOURE               | Orthopédie Traumatologie                  |

### 3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| 1. Mr Ibrahima SANKARE        | Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire  |
| 2. Mr Abdoul Aziz MAIGA       | Chirurgie Thoracique                       |
| 3. Mr Ahmed BA                | Chirurgie Dentaire                         |
| 4. Mr Seydou GUEYE            | Chirurgie Buccale                          |
| 5. Mr Mohamed Kassoum DJIRE   | Chirurgie Pédiatrique                      |
| 6. Mme Fadima Koréissy TALL   | Anesthésie Réanimation                     |
| 7. Mr Daouda DIALLO           | Anesthésie Réanimation                     |
| 8. Mr Abdoulaye TRAORE        | Anesthésie Réanimation                     |
| 9. Mr Abdoulaye KASSAMBARA    | Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale  |
| 10. Mr Mamadou DIARRA         | Ophtalmologie                              |
| 11. Mme Assiatou SIMAGA       | Ophtalmologie                              |
| 12. Mr Sidi Mohamed COULIBALY | Ophtalmologie                              |
| 13. Mr Mahamadou DIALLO       | Orthopédie Traumatologie                   |
| 14. Mme Hapssa KOITA          | Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale |
| 15. Mr Alhousseïny TOURE      | Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale |
| 16. Mr Abdoulaye SISSOKO      | Gynécologie/Obstétrique                    |
| 17. Mr Kalifa COULIBALY       | Chirurgie orthopédique et traumatologie    |

### 4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

- |                      |              |
|----------------------|--------------|
| 1. Mme Lydia B. SITA | Stomatologie |
|----------------------|--------------|

## D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

### 1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

- |                               |                                  |
|-------------------------------|----------------------------------|
| 1. Mr Cheick Bougadari TRAORE | Anatomie-Pathologie Chef de DER  |
| 2. Mr Bakarou KAMATE          | Anatomie-Pathologie              |
| 3. Mr Mahamadou A. THERA      | Parasitologie – Mycologie        |
| 4. Mr Djibril SANGARE         | Entomologie Moléculaire Médicale |
| 5. Mr Guimogo DOLO            | Entomologie Moléculaire Médicale |
| 6. Mr Bakary MAIGA            | Immunologie                      |
| 7. Mme Safiatou NIARE         | Parasitologie – Mycologie        |

### 2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 1. Mr Karim TRAORE                   | Parasitologie – Mycologie                     |
| 2. Mr Abdoulaye KONE                 | Parasitologie– Mycologie                      |
| 3. Mr Moussa FANE                    | Biologie, Santé publique, Santé-Environnement |
| 4. Mr Mamoudou MAIGA                 | Bactériologie-Virologie                       |
| 5. Mr Bassirou DIARRA                | Bactériologie-Virologie                       |
| 6. Mme Aminata MAIGA                 | Bactériologie Virologie                       |
| 7. Mr Aboubacar Alassane OUMAR       | Pharmacologie                                 |
| 8. Mr Bréhima DIAKITÉ                | Génétique et Pathologie Moléculaire           |
| 9. Mr Yaya KASSOGUE                  | Génétique et Pathologie Moléculaire           |
| 10. Mr Oumar SAMASSEKOU              | Génétique/Génomique                           |
| 11. Mr Mamadou BA                    | Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale  |
| 12. Mr Bourama COULIBALY             | Anatomie Pathologie                           |
| 13. Mr Sanou Kho COULIBALY           | Toxicologie                                   |
| 14. Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME | Biologie Médicale/Biochimie Clinique          |
| 15. Mr Sidi Boula SISSOKO            | Histologie embryologie et cytogénétique       |

### 3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

- |                             |                         |
|-----------------------------|-------------------------|
| 1. Mme Djeneba Bocar FOFANA | Bactériologie-Virologie |
| 2. Mr Bamodi SIMAGA         | Physiologie             |
| 3. Mme Mariam TRAORE        | Pharmacologie           |
| 4. Mr Saïdou BALAM          | Immunologie             |

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| 5. Mme Arhamatoulaye MAIGA     | Biochimie  |
| 6. Mr Modibo SANGARE           | Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale |
| 7. Mr Hama Abdoulaye DIALLO    | Immunologie  |
| 8. Mr Adama DAO                | Entomologie médicale                                   |
| 9. Mr Ousmane MAIGA            | Biologie, Entomologie, Parasitologie                   |
| 10. Mr Cheick Amadou COULIBALY | Entomologie  |
| 11. Mr Drissa COULIBALY        | Entomologie médicale                                   |
| 12. Mr Abdallah Amadou DIALLO  | Entomologie, Parasitologie                             |
| 13. Mr Sidy BANE               | Immunologie  |
| 14. Mr Moussa KEITA            | Entomologie Parasitologie                              |

#### 4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| 1. Mr Harouna BAMBA    | Anatomie Pathologie  |
| 2. Mme Assitan DIAKITE | Biologie             |
| 3. Mr Ibrahim KEITA    | Biologie moléculaire |
| 4. Mr Tata TOURE       | Anatomie             |

### D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

#### 1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

- |                                |                                     |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Mr Adama Diaman KEITA       | Radiologie et Imagerie Médicale     |
| 2. Mr Sounkalo DAO             | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 3. Mr Daouda K. MINTA          | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 4. Mr Boubacar TOGO            | Pédiatrie                           |
| 5. Mr Moussa T. DIARRA         | Hépatogastro-Entérologie            |
| 6. Mr Ousmane FAYE             | Dermatologie                        |
| 7. Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA | Neurologie                          |
| 8. Mr Yacouba TOLOBA           | Pneumo-Physiologie Chef de DER      |
| 9. Mme Mariam SYLLA            | Pédiatrie                           |
| 10. Mme Fatoumata DICKO        | Pédiatrie                           |
| 11. Mr Souleymane COULIBALY    | Psychologie                         |
| 12. Mr Mahamadou DIALLO        | Radiologie et Imagerie Médicale     |
| 13. Mr Ichaka MENTA            | Cardiologie                         |
| 14. Mr Abdoul Aziz DIAKITE     | Pédiatrie                           |
| 15. Mr Souleymane COULIBALY    | Cardiologie                         |

#### 2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

- |                                |                          |
|--------------------------------|--------------------------|
| 1. Mme KAYA Assétou SOUKHO     | Médecine Interne         |
| 2. Mme Djénébou TRAORE         | Médecine Interne         |
| 3. Mr Djibril SY               | Médecine Interne         |
| 4. Mr Idrissa Ah. CISSE        | Rhumatologie             |
| 5. Mr Ilo Bella DIALLO         | Cardiologie              |
| 6. Mr Youssouf CAMARA          | Cardiologie              |
| 7. Mr Mamadou DIAKITE          | Cardiologie              |
| 8. Mr Massama KONATE           | Cardiologie              |
| 9. Mr Ibrahim SANGARE          | Cardiologie              |
| 10. Mr Samba SIDIBE            | Cardiologie              |
| 11. Mme Asmaou KEITA           | Cardiologie              |
| 12. Mr Mamadou TOURE           | Cardiologie              |
| 13. Mme COUMBA Adiaratou THIAM | Cardiologie              |
| 14. Mr Boubacar SONFO          | Cardiologie              |
| 15. Mme Mariam SAKO            | Cardiologie              |
| 16. Mr Anselme KONATE          | Hépatogastro-Entérologie |
| 17. Mme Kadiatou DOUMBIA       | Hépatogastro-Entérologie |
| 18. Mme Hourouma SOW           | Hépatogastro-Entérologie |
| 19. Mme Sanra Déborah SANOGO   | Hépatogastro-Entérologie |
| 20. Mr Adama Aguisa DICKO      | Dermatologie             |
| 21. Mr Yamoussa KARABINTA      | Dermatologie             |

|   |  |
|---|--|
| 22. Mr Mamadou GASSAMA                    | Dermatologie                                       |
| 23. Mr Issa KONATE                        | Maladies Infectieuses et Tropicales                |
| 24. Mr Yacouba CISSOKO                    | Maladies Infectieuses et Tropicales                |
| 25. Mr Garan DABO                         | Maladies Infectieuses et Tropicales                |
| 26. Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE           | Maladies Infectieuses et Tropicales                |
| 27. Mr Hamidou Oumar BA                   | Cardiologie  |
| 28. Mr Mody Abdoulaye CAMARA              | Radiologie et Imagerie Médicale                    |
| 29. Mr Salia COULIBALY                    | Radiologie et Imagerie Médicale                    |
| 30. Mr Koniba DIABATE                     | Radiothérapie                                      |
| 31. Mr Adama DIAKITE                      | Radiothérapie                                      |
| 32. Mr Aphou Sallé KONE                   | Radiothérapie                                      |
| 33. Mr Souleymane dit Papa COULIBALY      | Psychiatrie  |
| 34. Mr Seybou HASSANE                     | Neurologie   |
| 35. Mr Guida LANDOURE                     | Neurologie   |
| 36. Mr Thomas COULIBALY                   | Neurologie   |
| 37. Mme Fatoumata Léonie François DIAKITE | Pédiatrie  |
| 38. Mr Belco MAIGA                        | Pédiatrie  |
| 39. Mme Djénéba KONATE                    | Pédiatrie  |
| 40. Mr Fousseyni TRAORE                   | Pédiatrie  |
| 41. Mr Karamoko SACKO                     | Pédiatrie  |
| 42. Mme Lala N'Drainy SIDIBE              | Pédiatrie  |
| 43. Mme SOW Djénéba SYLLA                 | Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition |
| 44. Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE       | Pneumologie  |
| 45. Mme Khadidia OUATTARA                 | Pneumologie  |
| 46. Mr Hamadoun YATTARA                   | Néphrologie  |
| 47. Mr Seydou SY                          | Néphrologie  |

### 3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

|                                 |                                      |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Mr Mahamadoun GUINDO         | Radiologie et Imagerie Médicale      |
| 2. Mr Mamadou N'DIAYE           | Radiologie et Imagerie Médicale      |
| 3. Mme Hawa DIARRA              | Radiologie et Imagerie Médicale      |
| 4. Mr Issa CISSE                | Radiologie et Imagerie Médicale      |
| 5. Mr Mamadou DEMBELE           | Radiologie et Imagerie Médicale      |
| 6. Mr Ouncoumba DIARRA          | Radiologie et Imagerie Médicale      |
| 7. Mr Ilias GUINDO              | Radiologie et Imagerie Médicale      |
| 8. Mr Abdoulaye KONE            | Radiologie et Imagerie Médicale      |
| 9. Mr Alassane KOUMA            | Radiologie et Imagerie Médicale      |
| 10. Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE | Radiologie et Imagerie Médicale      |
| 11. Mr Souleymane SANOGO        | Radiologie et Imagerie Médicale      |
| 12. Mr Ousmane TRAORE           | Radiologie et Imagerie Médicale      |
| 13. Mr Boubacar DIALLO          | Médecine Interne                     |
| 14. Mr Jean Paul DEMBELE        | Maladies Infectieuses et Tropicales  |
| 15. Mr Mamadou A.C. CISSE       | Médecine d'Urgence                   |
| 16. Mr Adama Seydou SISSOKO     | Neurologie-Neurophysiologie          |
| 17. Mme Siritio BERTHE          | Dermatologie                         |
| 18. Mme N'DIAYE Hawa THIAM      | Dermatologie                         |
| 19. Mr Djigui KEITA             | Rhumatologie                         |
| 20. Mr Souleymane SIDIBE        | Médecine de la Famille/Communautaire |
| 21. Mr Drissa Mansa SIDIBE      | Médecine de la Famille/Communautaire |
| 22. Mr Issa Souleymane GOITA    | Médecine de la Famille/Communautaire |

### 4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

|                             |                      |
|-----------------------------|----------------------|
| 1. Mr Boubacari Ali TOURE   | Hématologie Clinique |
| 2. Mr Yacouba FOFANA        | Hématologie          |
| 3. Mr Diakalia Siaka BERTHE | Hématologie          |

## D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

### 1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

|                      |               |
|----------------------|---------------|
| 1. Mr Seydou DOUMBIA | Epidémiologie |
|----------------------|---------------|



- |                             |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 2. Mr Hamadou SANGHO        | Santé Publique, Chef de D.E.R. |
| 3. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO | Informatique Médicale          |

## 2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

- |                              |                                |
|------------------------------|--------------------------------|
| 1. Mr Sory Ibrahim DIAWARA   | Epidémiologie                  |
| 2. Mr Housseini DOLO         | Epidémiologie                  |
| 3. Mr Oumar SANGHO           | Epidémiologie                  |
| 4. Mr Abdourahmane COULIBALY | Anthropologie de la Santé      |
| 5. Mr Oumar THIERO           | Biostatistique/Bioinformatique |

## 3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

- |                                 |                                      |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Mr Ousmane LY                | Santé Publique                       |
| 2. Mr Ogobara KODIO             | Santé Publique                       |
| 3. Mr Cheick Abou COULIBALY     | Epidémiologie                        |
| 4. Mr Moctar TOUNKARA           | Epidémiologie                        |
| 5. Mr Nouhoum TELLY             | Epidémiologie                        |
| 6. Mme Lalla Fatouma TRAORE     | Santé Publique                       |
| 7. Mr Nafomon SOGOBA            | Epidémiologie                        |
| 8. Mr Cheick Papa Oumar SANGARE | Nutrition                            |
| 9. Mr Salia KEITA               | Médecine de la Famille/Communautaire |
| 10. Mr Samba DIARRA             | Anthropologie de la Santé            |
| 11. Mr Birama Apho LY           | Santé Publique                       |
| 12. Mr Souleymane Sékou DIARRA  | Epidémiologie                        |

## 4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

- |                              |                                    |
|------------------------------|------------------------------------|
| 1. Mr Seydou DIARRA          | Anthropologie de la Santé          |
| 2. Mr Abdrahamane ANNE       | Bibliothéconomie-Bibliographie     |
| 3. Mr Mohamed Mounine TRAORE | Santé Communautaire                |
| 4. Mme Fatoumata KONATE      | Nutrition et Diététique            |
| 5. Mr Bakary DIARRA          | Santé Publique                     |
| 6. Mr Ilo DICKO              | Santé Publique                     |
| 7. Mr Moussa SANGARE         | Orientation, contrôle des maladies |
| 8. Mr Mahamoudou TOURE       | Epidémiologie                      |
| 9. Mr Mahmoud CISSE          | Informatique médicale              |
| 10. Mme Djénéba DIARRA       | Santé de la reproduction           |

## CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 1. Mr Ousseynou DIAWARA             | Parodontologie Maître de Recherche                  |
| 2. Mr Amsalla NIANG                 | Odonto Préventive et Sociale Chargé de Recherche    |
| 3. Mme Daoulata MARIKO              | Stomatologie  |
| 4. Mr Issa COULIBALY                | Gestion Maître de Conférences                       |
| 5. Mr Klétigui Casmir DEMBELE       | Biochimie   |
| 6. Mr Brahima DICKO                 | Médecine Légale Chargé de Recherche                 |
| 7. Mr Bah TRAORE                    | Endocrinologie                                      |
| 8. Mr Modibo MARIKO                 | Endocrinologie                                      |
| 9. Mme Aminata Hamar TRAORE         | Endocrinologie                                      |
| 10. Mr Ibrahim NIENAO               | Endocrinologie                                      |
| 11. Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE | Parodontologie Attaché de Recherche                 |
| 12. Mme Rokia SANOGO                | Médecine Traditionnelle Professeur                  |
| 13. Mr Benoît Y KOUMARE             | Chimie Générale Professeur                          |
| 14. Mr Oumar KOITA                  | Chirurgie Buccale                                   |
| 15. Mr Mamadou BA                   | Chirurgie Buccale Maître de Recherche               |
| 16. Mr Baba DIALLO                  | Epidémiologie Maître de Recherche                   |
| 17. Mr Mamadou WELE                 | Biochimie Professeur                                |
| 18. Mr Djibril Mamadou COULIBALY    | Biochimie Maître de Conférences                     |
| 19. Mr Tietie BISSAN                | Biochimie   |
| 20. Mr Kassoum KAYENTAO             | Méthodologie de la recherche Directeur de Recherche |
| 21. Mr Babou BAH                    | Anatomie  |

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 22. Mr Zana Lamissa SANOGO        | Ethique-Déontologie   |
| 23. Mr Lamine DIAKITE             | Médecine de travail   |
| 24. Mme Mariame KOUMARE           | Médecine de travail   |
| 25. Mr Yaya TOGO                  | Economie de la santé  |
| 26. Mr Madani LY                  | Oncologie   |
| 27. Mr Abdoulaye KANTE            | Anatomie  |
| 28. Mr Nicolas GUINDO             | Anglais   |
| 29. Mr Toumaniba TRAORE           | Anglais   |
| 30. Mr Kassoum BARRY              | Médecine communautaire  |
| 31. Mr Blaise DACKOUCO            | Chimie organique  |
| 32. Mr Madani MARICO              | Chimie générale   |
| 33. Mr Lamine TRAORE              | PAP / PC  |
| 34. Mr Abdrahamane Salia MAIGA    | Odontologie gériatrique   |
| 35. Mr Mohamed Cheick HAIDARA     | Droit médical appliqué à l'odontologie et<br>Odontologie légale |
| 36. Mr Abdrahamane A. N. CISSE    | ODF   |
| 37. Mr Souleymane SISSOKO         | PAP / PC/Implantologie  |
| 38. Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE | Physique  |
| 39. Mr Morodian DIALLO            | Physique  |
| 40. Mr Ibrahim Sory PAMANTA       | Rhumatologie  |
| 41. Mr Apérou dit Eloi DARA       | Psychiatrie   |
| 42. Mr Joseph KONE                | Pédagogie médicale  |
| 43. Mr Ibrahima FALL              | OCE   |
| 44. Mr Fousseyni CISSOKO          | OCE   |
| 45. Mr Abdoul Karim TOGO          | OCE   |

### ENSEIGNANTS EN MISSION

Bamako, le 10/02/2024

Le Secrétaire Principal



Dr Monzon TRAORE

## DEDICACES

Je dédie ce noble travail à ALLAH le suprême, le créateur des cieux et de la terre et de tous ce qui existe entre. Maître du jour de la résurrection. Connaisseur de toutes choses, du visible et de l'invisible. ALLAH qui m'a accordée la chance de voir ce jour, ce rêve depuis ma toute petite enfance devenir réalité. Les mots ne pourront être à la hauteur pour exprimer ma reconnaissance et ma gratitude envers les bienfaits dont j'ai et dont je continue de bénéficier.

Merci ALLAH, le Tout Puissant.

Un grand merci à mes parents Cheickné Diallo et Hadja Massandjé Touré.

Maman chérie "madame Diallo", je te dédie ce travail qui est le tien. J'ai les larmes qui coulent en écrivant ces phrases qui te sont adressées. Sache que aucun mot ne pourra mesurer l'amour que j'ai pour toi. Je loue ALLAH de m'avoir donné "madame Diallo" comme mère. Ta présence sans faille, ton accompagnement, ton soutien moral, physique et financier. Tes bons plats et ton amour débordant ne n'ont jamais manqué et dont j'en bénéficie toujours, ni à mes frères et sœurs ni à tous ces enfants sous ton aile d'ange, MASHA ALLAH.

Tu es ma reine, je suis heureuse et fière d'être ton bébé comme tu sais si bien le dire. Tu m'as montré le monde sous un autre angle, celui d'aider son prochain avec le minimum qu'on a, d'être aimant et bienveillant, indulgent et de respecter toute âme. Merci maman chérie, que le Tout Puissant ALLAH dans Sa miséricorde infinie t'accorde une longue et heureuse vie avec une santé de fer. Qu'ALLAH réalise tes vœux les plus chers, Aamine.

Je t'aime très fort ma maman chérie !

Ce travail, il est pour toi mon Baba, "mon Babrou joli". Si heureuse de t'avoir comme père, fière et reconnaissante d'être ta fille. Ton affection, ta présence, te conseilles sur la vie. Et ton anxiété qu'on te reproche souvent, preuve de ton amour. Tes dépôts orange money inattendus. Un père comme un ami, qui prend compte de l'avis de ses enfants peu importe leur âge lors des décisions importantes. Merci Baba, qu'ALLAH Azawadjal dans son infini miséricorde t'accorde une longue et heureuse avec une santé de fer. Qu'ALLAH réalise tes vœux les plus chers, Aamine.

Je t'aime très fort baba chéri.

## REMERCIEMENTS

Abakar El Sidik Sylla, mon frère adoré. Tu es un grand frère digne de ce nom. Des palpitations, les yeux remplis de larmes sont les choses que je vis à cet instant lors de l'écriture de ces mots venant du cœur. Ce devoir que tu t'es assigné, nous voir manqué de rien peu importe notre âge, nos positions. Cette protection que tu nous offres. Ce sens humain dont le Seigneur t'en a fait abondance, je témoigne que tu l'utilises à bon escient. Cette générosité qui coule en toi, force l'admiration. Ce travail, est le tien. Je prie Le Tout Puissant, qu'IL réalise tes vœux les plus ardents. Qu'IL guide et protège ta descendance. Qu'ALLAH consolide nos liens fraternels, Aamine.

Nadjeneba Sylla, ma grande sœur chérie. Tes encouragements, tes prières ne m'ont pas manqué et continué à faire partir de mon quotidien. Tes nombreux cadeaux. C'est une chance d'être ta sœur, je remercie le Seigneur pour ce beau lien fraternel. Ce travail est le tien. Qu'ALLAH exauce tes vœux les plus chers, Aamine. Je t'aime très fort ma sœur chérie, loin des yeux près du cœur.

Abdoul Wafar Diallo, mon premier fils comme j'aime si bien le dire. Mon confident de tous sortes de sujets, mon petit frère adoré. Ton encouragement, ton soutien, tes prières étaient au rendez-vous tout au long de mon cursus. Ce travail est le nôtre. Qu'ALLAH Soit présent à chaque instant de ta vie, qu'Il t'accorde la victoire à tous tes combats, Aamine. Notre champion, guerrier des guerriers.

Un grand merci à mon très cher époux, mon bien-aimé Aboubacar sidik Bakayako qui a pris le train en marche. Ces trajets effectués ensemble kalaban-hôpital du Mali, kalaban-point g sont des moments agréables et inoubliables pour moi. Ce respect et considération que tu accordes à ma profession sont pour moi un grand soutien. Puisse ALLAH consolider nos liens et nous accorder une descendance pieuse.

Un gros bisou à mes enfants, Al Hussein, Muhammad, Rahmatoullah Abu Bakr Bakayoko, maman vous aime très fort et prie pour vous, que le Tout Puissant exauce ces prières.

Clin d'œil à mes petits frères et sœurs El Hadji Oumar, Hadja, Mohamadou Hadji, Aminata Diallo. Je vous aime et qu'ALLAH consolide nos liens.

Une pensée à mon oncle Ayouba Kamara, mon "benkè" à moi seule. Tu étais présent au début de mon cursus. Mais le rappel du Seigneur fait que je prête serment en ton absence physique. Tu as été celui qui m'a acheté ma première blouse blanche. Des livres j'en ai reçu de ta part.

Ces repas emporter, ce soutien financier, ce trajet point g kalaban ensemble sont des moments inoubliables. Puisse ALLAH t'accorder le paradis firdaws et veille sur ta descendance.

Maman Balkissa Traoré, il fut une conversation si brève entre nous pour créer un des liens les plus sacré. Je prie pour que Le Tout Puissant T'accorde le paradis.

Un grand merci à Docteur Joseph Traoré, votre accompagnement, votre encadrement, votre simplicité, votre indulgence ont été pour moi un grand soutien. Votre simplicité et l'amour que vous avez pour ce que vous faites, force l'admiration. Veuillez recevoir ma profonde gratitude.

Merci au Professeur Souleymane dit Papa Coulibaly, pour votre patience et rigueur combiné, source d'inspiration. Recevez ma profonde gratitude.

Merci à Dr Hawa k Coulibaly, Dr Ismael Berthé, Dr Orokia Simpara, Dr Fatoumata N Konipo, Dr Rokiatou Diallo, Dr Adama A Traoré, Dr Oumar Doucouré, Dr Sirandou Sissoko, Dr Djélika Coulibaly, Dr Zoumana Keïta, Dr Marie N. Diawara, Dr Alou Traoré, Dr Cheick Oumar Koné, Dr Fatouma Dembélé, Dr Awa Diallo, Major Mariam Sacko, Major Pierre Kamaté, M Kindé Sékou

A mes oncles et tantes paternels et maternelles, un grand merci.

A mes cousins et cousines paternels et maternels, un grand merci.

Merci à mon papa Mohamadou Bakayoko pour ses bénédictions.

Merci à maman Ramata Konaté pour sa présence.

Merci à ma belle-famille.

Grand merci à tous mes encadreurs depuis la maternelle, recevez ma profonde gratitude.

Merci à tous le personnel de la psychiatrie, Professeurs, Médecins psychiatres, DES, FFI, Infirmiers, TS, agents de sécurité.

Merci à l'Association des Etudiants Ivoiriens (AEI), à la Ligue Islamique des Elèves et Etudiants du Mali (LIEEMA), au Comité de Gestion du Site (CGS).

## **A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY**

### **Professeur Guida LANDOURE**

- **Spécialiste en Neurogénétique (MD, PhD) ;**
- **Praticien hospitalier au CHU du Point G ;**
- **Maître de conférences à la FMOS ;**
- **Investigateur principal de l'étude sur les pathologies neurologiques héréditaires au Mali ;**
- **Secrétaire général de la Société Malienne de Génétique Humaine ;**
- **Membre de la Société Malienne de Neurosciences**
- **Membre de la Société Malienne de Neurologie**
- **Membre de la Société Africaine de Génétique Humaine**
- **Président du consortium Human Hereditary and Health in Africa ( H3Africa)**

### **Cher Maître,**

Nous sommes honorés de vous voir présider ce jury et de bénéficier de votre apport de qualité pour l'amélioration de ce travail. Vos qualités scientifiques, votre disponibilité et votre simplicité et vos conseils nous ont marqués dès le premier contact. Veuillez recevoir cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre très haute considération.

## **A notre Maître et membre du jury**

### **Professeur Housseini DOLO**

- **Docteur en médecine générale ; Master 1 en Bioéthique ;**
- **Master en Science de Santé Publique option Contrôle de la Maladie ;**
- **Master en Santé Publique option Epidémiologie ;**
- **PhD en Sciences Médicales option Santé Publique ;**
- **Enseignant-chercheur, Maître de Conférences Agrégé en Epidémiologie à la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ;**
- **Chercheur à l'Unité de Recherche et de Formation sur les Maladies Tropicales Négligées (URF-MTN) ;**
- **Coordinateur du Master de Santé Publique option Ethique de la Recherche ;**
- **Coordinateur du Master de Santé Publique option Recherche de Mise en Œuvre (RMO)**

### **Cher Maître,**

La spontanéité et l'amour de la profession avec lesquels vous avez accepté de faire partir de ce jury de thèse nous ont beaucoup marqué. Vos qualité rigueur, du travail bien fait force notre admiration. Qu'il nous soit permis cher Maître à travers cette occasion de vous souhaite encore du temps pour que nous puissions bénéficier de vos enseignements et expériences. Veuillez recevoir cher Maître nos sincères salutations.

**A notre Maître et Co-directeur de thèse**

**Docteur Joseph TRAORE,**

- **Psychiatre d'Adultes diplômé de l'Université d'Abomey Calavi (Bénin).**
- **Géronto-psychiatre diplômé de l'Université Pierre et Marie Curie (France) ;**
- **Spécialiste de Psycho traumatisme diplômé de l'université Paris Descartes (France) ;**
- **Praticien hospitalier au service de Psychiatrie au CHU Point G, Chargé de recherche ;**
- **Membre de la Société Malienne de Santé Mentale (SOMASAM) ;**
- **Trésorier général de la Société Africaine de Santé Mentale (SASM) ;**
- **Membre de la Société Malienne de Neurosciences.**

**Cher Maître,**

Nous avons trouvé en vous un maître disponible, ouverts aux étudiants. Vos remarques et critiques ont toujours apporté de la lumière dans la démarche diagnostique et thérapeutique, ceci est pour nous la preuve d'une rigueur scientifique. Votre indulgence et compréhension à l'égard de la personne humaine force l'admiration. Vos conseils et accompagnement ont contribué à notre formation.

Veillez recevoir cher maître nos sincères remerciements pour toute l'amitié et les connaissances dont nous avons bénéficié.



## **A notre Maître et Directeur de thèse**

### **Professeur Souleymane dit Papa COULIBALY**

- **Maître de Conférences à la faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie (FMOS) ;**
- **Médecin Psychiatre, Chef de service de Psychiatrie du CHU Point G ;**
- **Ancien interne des Hôpitaux du Mali ;**
- **Membre de la Société Malienne de Santé Mentale (SOMASAM) ;**
- **Secrétaire générale de la Société Africaine de Santé Mentale (SASM) ;**
- **Point focal du Réseau épidémiologique Ouest Africain sur l'usage de la Drogue ;**
- **Point focal du Rapport Annuel sur la Drogue de l'ONUDD**

### **Cher Maître,**

Nous tenons à vous exprimer toute votre reconnaissance pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger notre travail. Que votre compétence, votre sérieux, votre rigueur au travail, votre sens critique et vos nobles qualités humaines soient pour nous un exemple à suivre. Votre patience et vos encouragements nous ont maintenu dans le cap. Cher maître, veuillez recevoir l'expression de nos vifs remerciements et de notre considération.

## **LISTE DES SIGLES, ACROYMES ET ABREVIATIONS**

AVC : Accident Vasculaire Cérébraux

BDA : Bouffée Délirante Aigue

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DALY : Disability Adjusted Life Years

DSM : Diagnostic and Statistical Manuel

DTS : Désorientation Temporo-Spatiale

ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique

EPH : Etablissement Public Hospitalier

MCA : Maison Centrale d'Arrêt

MM : Maladie Mentale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PA : Personne Agée

PHC : Psychose Hallucinoire Chronique

PMD : Psychose Maniaco-Dépressive

SM : Santé Mentale

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

## Liste des tableaux

|  |    |
|--|----|
| <b>Tableau I : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon l'âge entre 2015-2020.</b>  | 20 |
| <b>Tableau II: Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon la situation professionnelle entre 2015-2020.</b>                   | 22 |
| <b>Tableau III : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon la provenance entre 2015-2020.</b>                                | 23 |
| <b>Tableau IV : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon la statut matrimonial entre 2015-2020.</b>                         | 23 |
| <b>Tableau V : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon le nombre d'enfants vivants entre 2015-2020.</b>                    | 24 |
| <b>Tableau VI : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon le nombre d'enfants décédés entre 2015-2020.</b>                   | 25 |
| <b>Tableau VIII : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon la consommation de substances psychoactives entre 2015-2020.</b> | 26 |
| <b>Tableau VIII: Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon le motif de consultation entre 2015-2020.</b>                     | 28 |
| <b>Tableau IX : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon le diagnostic entre 2015-2020.</b>                                 | 31 |
| <b>Tableau X : Répartition des personnes âgées de 60 et plus selon les moyens thérapeutiques entre 2015-2020.</b>                          | 32 |
| <b>Tableau XI: Répartition des sujets de 60 ans et plus selon le diagnostic F00-F09 de la CIM10 et le sexe.</b>                            | 32 |
| <b>Tableau XII : Répartition des sujets de 60 ans et plus selon le diagnostic F20-F29 de la CIM10 et le sexe.</b>                          | 33 |
| <b>Tableau XIII : Répartition des sujets de 60 ans et plus selon le diagnostic F30-F39 de la CIM10 et le sexe.</b>                         | 33 |
| <b>Tableau XIV : Répartition des sujets de 60 ans et plus selon le diagnostic F40-F48 de la CIM10 et le sexe.</b>                          | 34 |
| <b>Tableau XV : Répartition des sujets de 60 ans et plus selon le diagnostic F00-F09 de la CIM10 et l'âge</b>                              | 34 |
| <b>Tableau XVI : Répartition des sujets de 60 ans et plus selon le diagnostic F20-F29 de la CIM10 et l'âge</b>                             | 35 |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Tableau XVII : Répartition des sujets de 60 ans et plus selon le diagnostic F30-F39 de la CIM10 et l'âge .....</b>             | <b>35</b> |
| <b>Tableau XVIII : Répartition des sujets de 60 ans et plus selon le diagnostic F40-F48 de la CIM10 et l'âge .....</b>            | <b>36</b> |
| <b>Tableau XIX : Répartition des sujets âgés de 60 ans et plus selon le diagnostic F00-F09 de la CIM10 et la profession.....</b>  | <b>36</b> |
| <b>Tableau XX : Répartition des sujets âgés de 60 ans et plus selon le diagnostic F20-F29 de la CIM10 et la profession.....</b>   | <b>37</b> |
| <b>Tableau XXI : Répartition des sujets âgés de 60 ans et plus selon le diagnostic F30-F39 de la CIM10 et la profession.....</b>  | <b>37</b> |
| <b>Tableau XXII : Répartition des sujets âgés de 60 ans et plus selon le diagnostic F40-F48 de la CIM10 et la profession.....</b> | <b>38</b> |

### Listes des figures :

|  |    |
|--|----|
| <b>Figure 1 : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon le sexe entre 2015-2020.</b>                                   | 20 |
| <b>Figure 2 : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon la religion entre 2015-2020.</b>                               | 21 |
| <b>Figure 3 : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon l'origine de la demande de consultation entre 2015-2020.</b>   | 26 |
| <b>Figure 4: Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon les antécédents médicaux personnels entre 2015-2020.</b>        | 29 |
| <b>Figure 5 : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon les antécédents psychiatriques personnels entre 2015-2020.</b> | 29 |
| <b>Figure 6 : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon les antécédents chirurgicaux personnel entre 2015-2020.</b>    | 30 |
| <b>Figure 7 : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon les antécédents familiaux psychiatriques entre 2015-2020.</b>  | 30 |

### Listes des encadrés

|   |    |
|---|----|
| <b>Encadré 1 : critères de diagnostiques de la démence du DSM-5</b> | 9  |
| <b>Encadré 2 : : Sous-types de démence selon la cause.</b>          | 10 |

## Table des matières

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| 1-INTRODUCTION .....                 | 1  |
| 2-Objectifs .....                    | 3  |
| Objectif général .....               | 3  |
| Objectifs spécifiques .....          | 3  |
| 3. GENERALITES .....                 | 4  |
| 4-METHODOLOGIE : .....               | 15 |
| 6- RÉSULTATS : .....                 | 20 |
| 7-DISCUSSION ET COMMENTAIRES : ..... | 37 |
| CONCLUSION : .....                   | 41 |
| RECOMMANDATIONS .....                | 42 |
| REFERENCES/BIBLIOGRAPHIES .....      | 43 |
| FICHE SIGNALETIQUE .....             | 46 |
| ANNEXES .....                        | 48 |

# INTRODUCTION

## 1-INTRODUCTION

La santé mentale fait partie intégrante de la santé ; sans elle l'individu ne peut donner la pleine mesure de ses aptitudes cognitives, affectives et relationnelles [1].

La santé mentale est un des fondements du développement humain. Une bonne santé mentale est synonyme d'une adaptation réussie et d'un vieillissement harmonieux et heureux.

La psychiatrie de la personne âgée est une surspécialisation de la psychiatrie en plein essor, compte tenu du vieillissement croissant de la population et de la nécessité de proposer une offre de soins spécifiques [2]. Dans la plupart des pays, les gens ont une espérance de vie supérieure à 60 ans. Entre 2015 et 2050, le pourcentage d'adultes âgés de plus de 60 ans dans le monde devrait doubler, passant de près de 12 % à 22 %, on s'attend à ce que leur nombre passe de 900 millions à 2 milliards [2]. Partout dans le monde, les gens vivent plus longtemps [2]. Aujourd'hui pour la première fois dans l'histoire, la plupart des gens ont une espérance de vie supérieure à 60 ans [2].

En 2050, 80% des personnes âgées vivront dans les pays à revenu faible ou intermédiaire [2].

Les personnes âgées sont exposées à des problèmes de santé physique et mentale particuliers qu'il faut prendre en compte [2].

Plus de 20% des adultes de 60 ans et plus souffrent d'un trouble de santé mentale ou neurologique (à l'exclusion des céphalées) et 6,6% des incapacités (années de vie ajustées sur l'incapacité ou –DALY) chez les plus de 60 ans sont attribuées à des troubles mentaux ou neurologiques. Dans la population âgée, ces troubles sont responsables de 17,4% des années de vie ajustées sur l'incapacité [3].

Les troubles mentaux et neurologiques les plus courants dans cette tranche d'âge sont la démence et la dépression, qui touchent respectivement environ 5% à 7% des personnes âgées dans le monde. Les troubles anxieux touchent 3,8% de la population âgée, les problèmes liés à l'abus de substances psychoactives presque 1% et environ un quart des suicides concernent des personnes âgées de plus de 60 ans ou plus. Les problèmes liés à l'abus de substances psychoactives chez les personnes âgées sont souvent négligés ou mal diagnostiqués [3].

Selon l'Organisation des Nations Unies (ONU) la population malienne de 2021 est estimée à 20.137.527 habitants.

En 2018 la pyramide de l'âge du Mali estimait la population de 65 ans et plus à 3,02%.

Les problèmes de santé mentale sont mal repérés par les professionnels de santé et par les personnes âgées elles-mêmes, et la stigmatisation due aux maladies mentales fait que les gens surtout l'entourage familiale sont réticents à consulter.



Au Mali très peu d'études ont été consacrées à la demande de soins en psychiatrie concernant la personne âgée.

Vu que la santé mentale a un impact sur la santé physique, dans cette optique, nous nous proposons de réaliser cette étude pour évaluer la demande de soins des personnes âgées dans le Service de Psychiatrie du CHU Point G.

# OBJECTIFS

## **2-Objectifs**

### **Objectif général**

Evaluer la demande de soins des personnes âgées dans le service de psychiatrie du CHU Point G.

### **Objectifs spécifiques**

- Déterminer la fréquence de personnes âgées qui demandent des soins dans le service de psychiatrie.
- Identifier les manifestations psychiatriques chez les personnes âgées.
- Identifier les facteurs influençant la santé mentale des personnes âgées.
- Déterminer les caractéristiques thérapeutiques.

# GENERALITES

### **3. GENERALITES**

#### **3-1. Historique**

Longtemps ignorée des sciences médicales, la vieillesse devient un sujet d'étude en médecine grâce aux aliénistes du XIXe siècle [4]. Parallèlement, le concept de « démence » évolue, celle-ci continue à être l'objet de nombreuses recherches au cours de la première moitié du XXe siècle et passe progressivement dans le champ de la neurologie [4]. À cette époque, la psychiatrie s'intéresse peu à la pathologie des personnes âgées [4]. Les choses changent après la seconde guerre mondiale avec la prise de conscience du vieillissement démographique [4]. Au début des années 1970, une médecine de la personne âgée, la gériatrie, s'individualise[4]. Puis l'offre de soins psychiatrique évolue, contribuant à l'émergence de la psychiatrie du sujet âgé[4]. Des sociétés savantes se créent aux États-Unis, en Suisse et en France dans les années 1980[4]. En 2017, la psychiatrie de la personne âgée est (enfin) reconnue comme une surspécialité de la psychiatrie, à l'instar de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent [4].

Les discussions autour de la terminologie de la discipline rendent compte de la diversité des approches : gérontopsychiatrie, psychiatrie du sujet âgé, psychogériatrie. Cela souligne qu'il s'agit d'une discipline frontière, qui appelle la contribution de la psychiatrie, de la gériatrie, de la neurologie, des neurosciences, des sciences humaines et sociales, et de l'éthique.

Ainsi, les termes « gérontopsychiatrie » ou « psychiatrie du sujet âgé » sont utilisés pour désigner la discipline qui s'intéresse à l'étude et au traitement des pathologies mentales qui perdurent, se manifestent ou apparaissent avec l'avancée en âge. L'Organisation mondiale de la santé et l'Association mondiale de psychiatrie avaient élaborés, dès 1996, une définition consensuelle : « La psychiatrie du sujet âgé est une branche de la psychiatrie, partie intégrante de l'organisation multidisciplinaire des soins en santé mentale destinés aux personnes âgées. Son domaine est la psychiatrie des personnes ayant atteint ou dépassé l'âge de la retraite. Elle se caractérise par son orientation communautaire et une approche multidisciplinaire de l'évaluation du diagnostic et du traitement. Elle s'occupe de l'ensemble des maladies psychiatriques et de leurs conséquences, particulièrement des troubles de l'humeur, de l'anxiété, des psychoses de l'âge avancé et des toxicomanies. Elle traite en outre les patients âgés souffrant de maladies psychiatriques apparues à l'âge adulte et continuant à s'exprimer dans l'âge avancé [5] . » La « psychogériatrie », quant à elle, est une branche de la gériatrie qui s'occupe plus spécifiquement des symptômes psychologiques et comportementaux des pathologies neurocognitives (démences et maladies apparentées).

La psychiatrie de la personne âgée englobe un champ assez vaste qui comprend schématiquement trois grands groupes de personnes [6] .

- Tout d'abord celles qui ont souffert de troubles mentaux tout au long de leur vie (tels les psychoses les troubles bipolaires, les addictions) mais qui du fait de l'âge requièrent des prises en charge spécifiques. Elles sont dans un parcours connu mais peuvent vivre des ruptures de soin par perte du référent de santé habituel, perte ou incapacité de l'aidant, placement en institution, difficultés d'accéder au soin. La rupture se double de la transition entre le statut de malade handicapé et celui de personne âgée dépendante qui va nécessiter des passages de relais car les référents sociaux ne sont plus les mêmes. Il existe par ailleurs peu de structures accueillant des malades chroniques psychiatriques vieillissant [6].
- Le deuxième groupe est constitué par les personnes qui présentent des affections psychiatriques apparues à l'âge tardif : dépression, trouble bipolaire, délire tardif, décompensation névrotique anxieuse ou phobique, manifestations régressives, addictions. Il est à noter que le début de ces troubles peut se situer vers 60 ou 65 ans, soit dans une fourchette d'âge plus jeune que celle de la population traitée en gériatrie (75 ans et plus) [6].
- Enfin, le psychiatre du sujet âgé est susceptible d'être sollicité tout au long du parcours de sujets souffrant d'affections cérébrales neurodégénératives ou neuro-vasculaires, ou encore de confusions chroniques qui se situent aux confins de la neurologie, de la gériatrie et de la psychiatrie [6].

Il faut souligner que la clinique psychiatrique de l'âge avancé présente des caractéristiques psychopathologiques, médicales (comorbidités, fragilité) et sociales (isolement, solitude) qui nécessitent des regards multidisciplinaires et doivent influencer sur l'organisation des soins [6].

### 3-2. Définitions

#### 3-2-1. La santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social. Elle ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité [7] ».

La santé serait donc incomplète sans la prise en compte de la santé mentale. En d'autres termes sans la santé mentale, il n'existe pas de santé globale.

#### 3-2-2. Santé mentale

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé mentale comme « un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté ».

A travers cela nous pourront dire que « la santé mentale est une situation d'équilibre de la personnalité envisagée sur les plans biologique, psychosocial, spirituel, culturel et environnemental. Elle ne se réduit pas à l'absence de troubles mentaux, neurologiques, psychosociaux et les problèmes liés à l'abus d'alcool, de substances psychoactives, ainsi qu'aux réfugiés, aux migrants et aux enfants victimes d'abus et de maltraitance. »

### **3-2-4. Psychiatrie**

La psychiatrie est la **spécialité médicale** dédiée à la compréhension, au diagnostic, à la prévention et au **traitement des maladies mentales** [7].

### **3-2-5. Gériopsychiatrie**

Les troubles psychiatriques du sujet âgé ou gériopsychiatrie est une sur-spécialisation relativement récente de la psychiatrie qui a pour objectifs généraux de dépister, traiter, évaluer, prévenir tous les types de pathologies psychiatriques du sujet âgé ainsi que leurs conséquences. La gériopsychiatrie, est donc une approche récente de la psychiatrie qui risque d'évoluer au cours des prochaines années avec des pathologies en expansion du fait de notre mode de vie [8].

### **3-2-6. Vieillesse**

C'est l'âge ultime de l'être humain qui succède à l'âge mûr, appelé aussi le « troisième âge ». Si la vieillesse fut généralement associée à l'entrée dans la soixantaine, aujourd'hui, elle est située communément après 75 ans dans les pays à revenu élevé. Il n'y a pas réellement d'âge biologique de la vieillesse, en revanche le regard social est prégnant [9].

En Bambara, elle est dénommée « kôrô » : aîné, âgé, ancien, vieille. C'est l'âge de la maturité, de la sagesse, de la tranquillité de l'esprit, de la clairvoyance, de la connaissance de la vie. En adage bambara, « kôrô kun yé hakili sigui yé » ou « kôrô kun yé niéma djô yé » : le but de la vieillesse est l'esprit posé, ou l'esprit tranquille, ou calme [9].

### **3-2-7. Vieillessement**

Chez l'Homme, le vieillissement est un processus complexe, lent et progressif, qui implique divers facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Ces facteurs sont en partie génétiques (vieillessement intrinsèque), et pour partie liés à l'histoire de vie de chacun (facteurs externes de vieillissement, acquis ou subis). Le vieillissement de certaines cellules commence dès la naissance, voire in utero. Chez l'Homme, par convention, on parle de vieillissement à partir d'un certain âge (l'âge « mûr »), avant de différencier le 3e âge (65 – 89 ans) du 4e âge ou grand âge

(> 90 ans). Sur le plan médical, les définitions chronologiques sont reléguées au second plan au profit de celles tenant compte du niveau de dépendance du sujet âgé [10].

Du point de vue biologique, le vieillissement est le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès. Ces changements ne sont ni linéaires ni réguliers et ne sont pas étroitement associés au nombre des années. La diversité observée à un âge avancé n'est pas le fruit du hasard. Au-delà des changements biologiques, le vieillissement est aussi associé à d'autres transitions de vie comme le départ en retraite, la réinstallation dans un logement plus adapté et le décès des amis ou du partenaire [11].

Une approche plus physiologique, permise par les progrès des moyens d'investigation médicaux cherche à estimer le vieillissement physique des organes et notamment du cerveau, par exemple par une perte progressive de neurones et l'appauvrissement en synapses, qui est dans le déroulement observé de la vie du corps humain (c'est-à-dire sans maladie) ;

Le psychologue et le gérontologue ou le sociologue s'intéressent aussi au vieillissement subjectif (tel que vécu par la personne, parfois davantage perçu que réel), avec diverses attributions de sens au vieillissement [11].

Au regard de l'état civil, le vieillissement ou les âges de la vie sont quantitativement donnés par le calendrier dont le repérage diffère d'une culture à une autre ;

Socialement, l'âge est un indice de vieillissement ne renseignant pas sur le nombre de jours restant à vivre (qui croît dans la plupart des pays non en guerre [11].

Selon la définition de l'OMS, on entend par vieillissement en bonne santé « le processus de développement et de maintien des aptitudes fonctionnelles qui favorise le bien-être pendant la vieillesse » [10].

Le vieillissement en bonne santé peut concerner tout le monde, pas seulement ceux qui ne sont pas malades.

Les aptitudes fonctionnelles sont déterminées par la capacité intrinsèque de l'individu (c'est-à-dire la combinaison de toutes les capacités physiques et mentales de l'individu), les environnements dans lesquels il évolue (compris au sens le plus large et comprenant les environnements matériel, social et politique), et son interaction avec ceux-ci. Il y a trois composantes à mesurer avec des critères et des unités communes :

Les aptitudes fonctionnelles, la capacité intrinsèque et les environnements.



### **3-2-8. Personne âgée (PA)**

Une personne âgée est, pour le sens commun, une personne de grand âge qui présente les attributs physiologiques et sociaux de la vieillesse tels que la société se les représente. Les personnes âgées sont appelées seniors et aînés, autres circonlocutions pour éviter les mots vieux et vieillard.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit une personne devient âgée à partir de soixante (60) ans [12].

Dans ce travail, la personne âgée est celle dont l'âge est de 60 ans et plus.

En milieu Peulh au Mali, la personne âgée est désignée « Mawdô » dans certains dialectes ou « Nayêdjô » dans d'autres. Est celle qui a atteint l'âge mûr, a beaucoup vécu, a assez d'expérience dans la vie et généralement avec un âge au-delà de 50 ans. Elle est considérée comme pilier, noyau centrale de la famille. Son rôle principal est de diriger les pas des plus jeunes dans les apprentissages de la vie, gestionnaire et distributeur des différentes tâches de la famille.

En milieu Bambara au Sud du Mali, la personne âgée est désignée « Mâ kôrô » Mâ : personne et kôrô : aîné, âgé, ancien. Il n'y a pas d'âge spécifique pour cela. L'aîné est le dépassement, celui qui est passé avant [9].

### **3-2-9. Maladie mentale ou trouble psychiatrique**

Un trouble psychique, qui peut être également désigné sous les termes de trouble psychiatrique ou encore de trouble mental, désigne un ensemble d'affections et troubles d'origines très différents entraînant des difficultés dans la vie d'un individu et/ou de son entourage, sans distinction de sexe ou d'âge [13]. Ces troubles peuvent être chroniques ou permanents.

### **3-2-10. Troubles psychotiques**

Les troubles psychotiques sont définies comme étant des maladies mentales caractérisées par la présence d'idées délirantes et/ou d'hallucinations. Le patient psychotique n'est pas conscient de ses troubles de la personnalité [14].

### **3-2-11. Névrose**

Est un trouble psychique dans lequel le sujet est conscient de sa souffrance psychique et s'en plaint [15].

### **3-2-12. Troubles neuropsychiatriques**

Les troubles neuropsychiques se définissent par l'ensemble des troubles provoqués par une lésion cérébrale. Ils incluent les troubles de la personnalité (irritation, angoisse, colère), la perturbation des émotions (changements d'humeur soudains) et l'altération des fonctions cognitives (troubles du langage, perte de mémoire, difficultés à se concentrer ou à se situer dans le temps et dans l'espace). Les examens d'imagerie médicale (IRM, angiographie) permettent d'identifier l'origine d'une lésion. Certains médicaments peuvent être responsables de tels troubles, notamment les psychotropes.

### **3-2-13. Démence**

La démence, appelée trouble neurocognitif majeur dans le DSM-5, est caractérisée par un déclin cognitif qui compromet l'indépendance de la personne. Les symptômes varient selon les types de démence dont le plus fréquent est la maladie d'Alzheimer [16].

#### **Catégorie diagnostique :**

Voici les critères diagnostiques de la démence du *DSM-5*. Ils présentent quelques différences avec ceux du *DSM-IV*.

#### **Encadré 1 : critères de diagnostics de la démence du DSM-5**

- A. Évidence d'un déclin cognitif significatif par rapport au niveau de performance antérieur dans un domaine cognitif ou plus (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémoire, langage, perception-motricité ou cognition sociale) sur la base :
1. D'une préoccupation de l'individu, d'un informateur bien informé, ou du clinicien quant à un déclin significatif de la fonction cognitive ; et
  2. D'un déficit de la performance cognitive, de préférence documenté par des tests neuropsychologiques standardisés ou, en leur absence, une autre évaluation clinique quantifiée.
- B. Les déficits cognitifs interfèrent avec l'indépendance dans les activités quotidiennes (c.-à-d., au minimum, besoin d'aide pour les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne telles que le paiement des factures ou la gestion des médicaments).
- C. Les déficits cognitifs ne se produisent pas exclusivement dans le cadre d'un delirium.
- D. Les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (par exemple, le trouble dépressif majeur, la schizophrénie) [17].

## Encadré 2 : : Sous-types de démence selon la cause

### Maladie d'Alzheimer

- Dégénérescence lobaire fronto-temporale (démence fronto-temporale)
- Maladie avec corps de Lewy (démence à corps de Lewy)
- Maladie vasculaire (démence vasculaire)
- Lésion cérébrale traumatique
- Substance ou un médicament
- Infection au HIV
- Maladie à prion
- Maladie de Parkinson
- Maladie de Huntington
- Autre condition médicale
- Multiples étiologies (causes)
- Non spécifié [17] .

Démence et troubles du comportement :

Sans perturbation du comportement

Si la perturbation cognitive n'est pas accompagnée d'une perturbation du comportement cliniquement significative.

Avec perturbation du comportement

Si la perturbation cognitive est accompagnée d'une perturbation cliniquement significative du comportement (par exemple, symptômes psychotiques, perturbation de l'humeur, agitation, apathie, ou d'autres symptômes comportementaux).

Les symptômes psychotiques sont courants, en particulier au stade léger à modéré du trouble dû à la maladie d'Alzheimer, à la maladie à corps de Lewy et à la dégénérescence lobaire fronto-temporale. La paranoïa et d'autres délires sont fréquents et souvent un thème de persécution peut être un aspect important de l'idéation délirante. Les hallucinations, notamment visuelle mais impliquant aussi d'autres modalités, peuvent survenir.

Différent grade de sévérité :

**Légère** : difficultés avec les activités instrumentales de la vie quotidienne (par exemple, les travaux ménagers, la gestion de l'argent).

**Modérée** : difficultés avec les activités de base de la vie quotidienne (par exemple, l'alimentation, l'habillement).

**Sévère** : complètement dépendant [17] .

Différences avec le *DSM-IV*

Un changement important par rapport aux critères du DSM-IV est que les troubles de la mémoire ne sont plus essentiels pour porter le diagnostic de trouble neurocognitif majeur. Car il y a des troubles neurocognitifs majeurs (démences) dans lesquels la perte de mémoire n'est pas présente jusque tard dans l'évolution de la maladie. Par exemple, dans la *démence fronto-temporale*, les troubles de mémoire deviennent apparents tardivement, le principal symptôme étant un changement dans la personnalité.

Une nouveauté est que des critères diagnostics séparés sont fournis pour les 10 sous-types étiologiques (définis par la cause) énumérés plus haut.

Le terme démence continue d'être utilisé, mais le terme trouble neurocognitif majeur est souvent préféré pour les conditions affectant les plus jeunes (ex. lésion cérébrale traumatique ou infection par le virus du sida).

La définition du trouble neurocognitif majeur est aussi un peu plus large que celle de la démence en ce que les individus avec un déclin substantiel dans un seul domaine peuvent recevoir ce diagnostic. Par exemple, le terme démence ne serait pas utilisé pour le « trouble amnésique » du *DSM-IV*, maintenant diagnostiqué comme trouble neurocognitif majeur dû à une autre condition médicale.

À la différence de la démence, le trouble neurocognitif léger ne compromet pas l'indépendance de la personne [17] .

### **3-3. Catégorie facteurs de risques**

On ne connaît pas les causes exactes de chacune des maladies mentales. Elles résultent d'une combinaison de plusieurs facteurs qui peuvent favoriser le développement d'une maladie mentale, par exemple :

L'hérédité, c'est-à-dire le fait que d'autres personnes de la famille sont ou ont été atteintes de maladies mentales ;

Des facteurs biologiques, qui modifient l'équilibre chimique du cerveau (état de stress prolongé, consommation de substances, etc.) ;

Des caractéristiques du tempérament de la personne, par exemple une faible estime de soi, une difficulté à s'adapter aux différentes situations de la vie, des maladies ou problèmes de santé physique chroniques, par exemple le cancer, les maladies touchant la glande thyroïde, les maladies cardiovasculaires ou respiratoires ; la présence de facteurs de stress dans la vie de la personne, qui peuvent être liés :

à son environnement familial (exemples : décès d'un être cher, enfance marquée par des abus, violence conjugale, exposition fréquente à des conflits) ; à son environnement social

(exemples : itinérance, isolement) ; à son environnement professionnel ou financier (exemples : pertes d'emploi, faibles revenus) ; la dépendance à l'alcool, aux drogues ou aux jeux de hasard et d'argent.

Certaines personnes ont plus de risques d'avoir une maladie mentale :

Les enfants et les adolescents qui ont vécu des expériences familiales difficiles ou qui sont exposés à la violence à l'école ;

Les personnes qui assument seules la charge d'une famille ;

Les personnes qui ont subi une agression sexuelle ou de la violence conjugale ;

Les adultes qui ne travaillent pas ou qui perdent leur emploi ;

Les personnes à faible revenu ;

Les personnes âgées seules ou en perte d'autonomie.

Les enfants qui ont ou qui ont eu une maladie mentale ont plus de risques d'avoir des problèmes sociaux ou d'autres problèmes de santé lorsqu'ils seront adultes [18].

Par ailleurs des études indiquent que les gènes joueraient un rôle important dans le développement des troubles mentaux [19]. Les événements environnementaux durant la grossesse et la naissance sont également impliqués. Un traumatisme crânien peut accroître le risque de développer certains types de troubles mentaux. Il existe quelques liens fondés entre les troubles psychiques aux infections virales [20], aux substances médicamenteuses et à la santé physique générale. Des événements environnementaux tels que la grossesse et la naissance sont également inclus.

La fonction anormale des neurotransmetteurs est impliquée, incluant les sérotonines, les norépinephrines et les dopamines. Dans certains cas, des différences sont également perçues dans la taille et l'activité de certaines régions cérébrales, Les mécanismes psychologiques comme la cognition, les réponses émotionnelles, la personnalité et le tempérament sont également inclus, notamment le neuroticisme [27].

L'apparition des troubles psychiques peuvent se manifester de nombreuses façons et à des âges différents.

Dans la majorité des cas, c'est à l'adolescence, entre 15 et 20 ans que ces troubles se manifestent, de façon le plus souvent aiguë.

Parfois entre 20 et 30 ans, au moment d'entrer dans la vie active, un trouble du comportement apparaît, venant bouleverser la vie de la personne.

L'apparition des troubles peut être progressive. Des changements d'attitude, des propos bizarres, un retrait du groupe familial, l'éloignement des amis, la perte d'intérêt pour les activités habituelles.

D'abord, on ne comprend pas ou on ne veut pas comprendre – on donne à ces comportements une cause extérieure : crise d'adolescence, chagrin amoureux, échec scolaire, peur des examens, ou prise de drogues.

Il arrive aussi que le début des troubles soit brutal, (c'est notamment le cas au cours des schizophrénies) et entraîne un risque réel pour la personne et pour son entourage : tentative de suicide, extrême agitation, violence, fugues.

L'abus de drogues ou hypnotiques en tout genre concerne de très nombreuses personnes atteintes de troubles psychiques. Ces consommations ont autant pour but de calmer l'angoisse entraînée par les symptômes psychotiques que d'éprouver un certain plaisir. Elles peuvent entraîner une accoutumance, une dépendance.

Le cannabis consommé de façon importante, diminue de façon notoire l'effet des médicaments.

### **3-4. Catégorie traitement**

Les traitements et supports médicamenteux des troubles mentaux sont gérés par les hôpitaux psychiatriques, cliniques ou autres branches spécialisées dans la santé mentale. Les services médicaux de certains pays sont principalement fondés sur un modèle médical créé pour aider à l'indépendance, au choix et au bien-être personnel d'autrui dans le but de regagner un mode de vie autonome, bien que dans une minorité de cas, certains individus soient traités de force. Il existe plusieurs types de traitements et ceux-ci varient grandement selon les troubles.

#### **3-4-1. Psychothérapie**

La thérapie cognitivo-comportementale ou TCC est une thérapie brève qui vise à modifier les pensées et les comportements associés à un trouble spécifique comme les troubles anxieux, bipolaires ou les troubles liés au stress post-traumatiques. La psychanalyse, ou thérapie analytique, pourrait, selon les psychanalystes, faire revenir au niveau conscient des conflits et/ou traumatismes enfouis dans l'inconscient et remédier au trouble ayant conduit à une consultation sans que cela n'ait été démontré jusqu'à maintenant. Après l'hôpital, la psychothérapie institutionnelle permet de réapprendre la vie sociale. La thérapie de groupe ou thérapie familiale est parfois utilisée pour favoriser les échanges entre le membre d'une famille, d'évoluer ensemble vers un fonctionnement plus souple et de trouver le bon équilibre. Les thérapies ou méditations de pleine conscience (mindfulness) sont en développement et aident pour la réduction du stress et la prévention de la rechute dépressive.

### **3-4-2. Traitements médicamenteux**

Les médicaments psychotropes pour traiter un trouble mental sont décomposés en plusieurs types. Les antidépresseurs sont utilisés comme traitement pour la dépression clinique, l'anxiété et autres types de troubles mentaux. Les anxiolytiques sont utilisés pour les troubles anxieux et autres problèmes liés tels que l'insomnie. Les neuroleptiques sont principalement utilisés pour traiter les troubles psychotiques, notamment la schizophrénie. Les stimulants sont communément utilisés, notamment pour le trouble du déficit de l'attention.

Des effets secondaires ou indésirables plus ou moins importants peuvent apparaître, particulièrement lorsqu'il y a un usage excessif de ces médicaments.

### **3-4-3. Autres traitements**

L'électro convulsivothérapie est parfois utilisée lorsque des cas d'interventions pour la dépression ont échoué [21]. La psychochirurgie est considérée expérimentale mais est assistée par certains neurologues dans de rares cas [22].

L'aide de conseillers professionnels peut également intervenir. Des programmes de psychoéducation peuvent aider les individus à comprendre et à résoudre leurs problèmes. Des thérapies créatives sont également impliquées dans ce programme incluant la musicothérapie, l'art-thérapie ou la drama thérapie, l'hypnose. Il existe également d'autres aides concernant le mode de vie des patients.

# MÉTHODOLOGIE



## **4-METHODOLOGIE :**

### **4-1-Cadre d'étude et lieu d'étude**

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

Présentation du CHU du Point G

Le Point G est une dénomination militaire coloniale de repère géographique 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, les travaux ont duré six 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 du 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 pneumonie-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. À ce jour et ce depuis la signature de la convention hospitalo-universitaire du 14 mars 2007, il est un Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

### **4-1 Le service de soins psychiatriques du Point G**

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

➤ Les infrastructures

Schématiquement on distingue :

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

Le nouveau pavillon : abritant des salles de consultation, de soins et de garde : Situé en face de la cour grillagée, entre la cafétéria et la première case d'hospitalisation. Il est composé de deux

salles de garde pour les internes, et les assistants médicaux, d'une salle de soins, de deux salles de consultation, d'un secrétariat, d'un magasin et deux toilettes.

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

- Le pavillon des hommes : composé de bureaux pour l'administration, de chambres d'isolement qui sont au nombre de quatre (4) et de grandes salles d'hospitalisation pour les malades chroniques abandonnés par leurs familles et les malades de la file active. Ce pavillon à une capacité d'accueil actuelle de quarante-quatre (44) lits d'hospitalisation.

- Le pavillon des femmes : il est composé de bureaux pour l'administration et de deux grandes salles pour une capacité actuelle d'hospitalisation de dix (10) lits par salle. La terrasse de ce pavillon sert de lieu de spectacle pour les séances de « Kotèba » thérapeutique.

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

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

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

#### ➤ Le Personnel

Il est composé de :

- Un (1) professeur titulaire Psychologue clinicien

- Un (1) Maître de Conférences (chef de service)

- Six (6) Psychiatres Praticiens hospitaliers

- Sept (7) Assistants Médicaux spécialisés en psychiatrie

- Quatre (4) Techniciens de Santé

- Trois (3) Garçons de salle

- Trois (3) Agents de Sécurité

- Les étudiants en DES

- Des étudiants stagiaires en médecine, des étudiants des différentes écoles de santé et de l'INFSS (Institut National de Formation en Sciences de la Santé) et les stagiaires psychologues.

- Un groupe d'animateurs en art dramatique (6 personnes), contractuel, vient tous les Vendredi à partir de 8 heures pour des représentations artistiques du « Kotèba » thérapeutique.

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

Le service fonctionne sur le mode de « psychiatrie de type communautaire » associant la famille. Il est divisé en six (6) unités, dont un secrétariat, une unité de psychologie médicale et quatre unités de soins. Chaque unité de soins est dirigée par un médecin et un assistant médical.

Les activités qui y sont menées sont :

- Des activités de soins (consultations et hospitalisations) ;
- Des activités de formation ;
- Des activités de recherche en santé mentale.

Les consultations ont lieu tous les lundis, mardis et mercredis de 7H 30 à 16H00 par des médecins psychiatres. La consultation pédopsychiatrique depuis 2005. Et tous les jeudis, consultation géro-psi-chiatrique depuis 2018.

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

Le « Kotèba » thérapeutique : il s'agit d'une technique d'animation traditionnelle utilisée dans le service à des fins thérapeutiques à l'image du psychodrame de MORENO. Chaque vendredi, un groupe d'animateurs sous la supervision du psychologue, anime le « Kotèba » thérapie. La séance est ouverte au public.

La séance fermée ou « Kotèba » séance intime est organisé avec un seul malade, ses parents et le psychologue.

Les cases d'hospitalisation sont réparties en quatre unités, chacune dirigée par un médecin chef d'unité assisté d'un infirmier spécialisé en santé mentale, major d'unité. Chaque unité a son jour de visite. L'hospitalisation est décidée par un médecin après une consultation approfondie qui est notée sur un dossier et le malade est ensuite confié au major de l'unité.

#### **4-2- Type et période d'étude**

Il s'agissait d'une étude Transversale à recrutement rétrospective sur une période de 1 an, allant du 1 janvier au 31 décembre 2020, portant sur les activités du service du 1 janvier 2015 au 31 décembre 2020.

#### **4-3- Population d'étude**

L'étude portait sur les dossiers des personnes âgées de 60 ans et plus reçues dans le service durant la période d'activité définie.

➤ **Critères d'inclusion**

Ont été inclus dans l'étude tous les patients âgés d'au moins 60 ans reçus dans le service avec un dossier clinique durant la période d'activité définie.

➤ **Critères de non inclusion**

N'ont pas été inclus dans l'étude tous les patients âgés d'au moins 60 ans reçus dans le service durant la période d'activité définie et dont le dossier clinique était non exploitable.

#### 4-4-Echantillonnage

➤ **Type** : l'échantillonnage était non probabiliste.

➤ **Technique** : celle par commodité a été la technique d'échantillonnage utilisée.

➤ **Taille** : la formule de Daniel Schwartz a été utilisée pour le calcul de la taille de l'échantillon,

$$\left( n = \frac{z^2 \times pq}{i^2} \right)$$

**n** = taille de l'échantillon,

**z** = la valeur de l'écart réduit, pour un niveau de confiance de 95%, z=1,96,

**p** = fréquence des consultations géronto-psychiatriques par an, p= 0,5 ( p de présomption),

**q** = 1-p, q=0,5,

**i** = la précision, 5%.

**L'application numérique nous a permis d'obtenir n = 384 personnes.**

$$n = \left( \frac{1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,05^2} \right) = 384$$

#### 4-5- Variables étudiées

Les différentes variables étudiées étaient les suivantes : le sexe, l'âge, la religion, la profession, le nombre d'enfants, le statut matrimonial, les habitudes exo toxiques, les antécédents (médico-psychiatrique et chirurgicaux personnel et psychiatrique familiaux), l'origine de la demande de consultation, le motif de consultation, le diagnostic et la thérapeutique.

Les diagnostics ont été portés selon le chapitre 5 F00 – F99 de la CIM10.

#### **4-6- Outils et technique de collecte des données**

Une fiche d'enquête individuelle a été établie et a permis de recueillir les données épidémiologiques, cliniques et thérapeutique.

La technique de collecte des données a été la lecture des dossiers cliniques pour renseigner la fiche d'enquête.

#### **4-7- Déroulement de l'enquête**

La sélection des dossiers cliniques a été faite en fonction des critères d'inclusions. Après la sélection des dossiers inclus, l'étudiant a procédé à une lecture minutieuse des renseignements pour collecter les données utiles.

#### **4-8- Saisie et analyse de données**

Les données ont été dans un premier temps recueilli sur les fiches d'enquêtes puis enregistrées et analysées dans le logiciel IBM SPSS Statistics version 20. La saisie fut réalisée sur le logiciel Microsoft Word 2016.

#### **4-9- Considérations éthiques :**

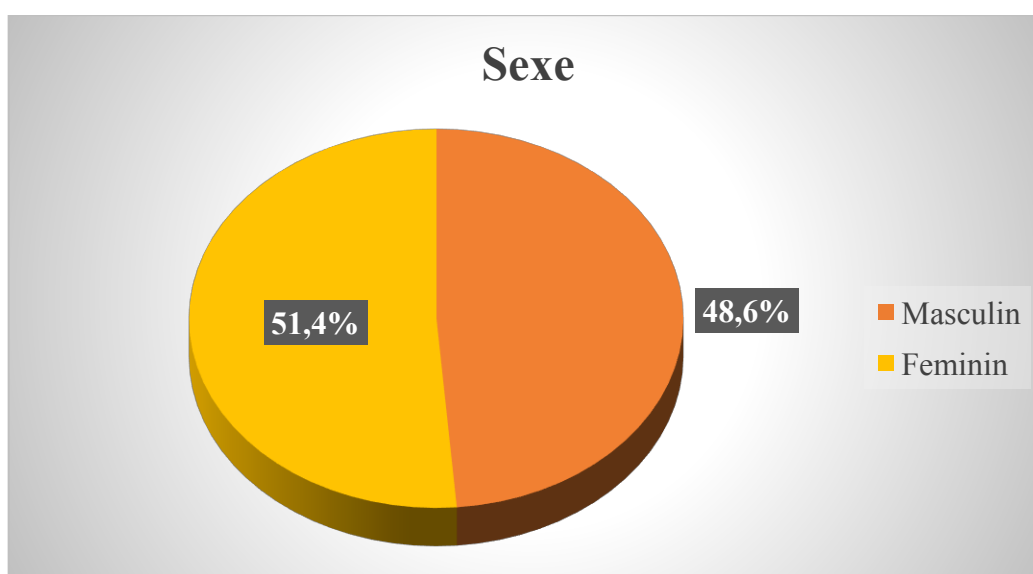
L'anonymat des patients a été garanti et les données recueillies sur la fiche d'enquête ont été confidentielles et à accès limité aux seuls médecins soignants.

# RÉSULTATS

## 6- RÉSULTATS :

Lors de l'enregistrement des dossiers, nous avons pu consulter 842 dossiers de personnes de 60 ans et plus. Nous avons exclu 43 dossiers vu le remplissage inachevé et la non exploitation des données y figurants dans ces derniers. Ainsi, nous avons retenus 799 dossiers. Au total, nous avons dépouillés 10640 demandes de soins (toute tranche d'âge confondue) parmi eux 799 demandes de personnes âgées de 60 ans et plus, soit une fréquence de 7,50%.

### 6-1. Caractéristiques sociodémographiques



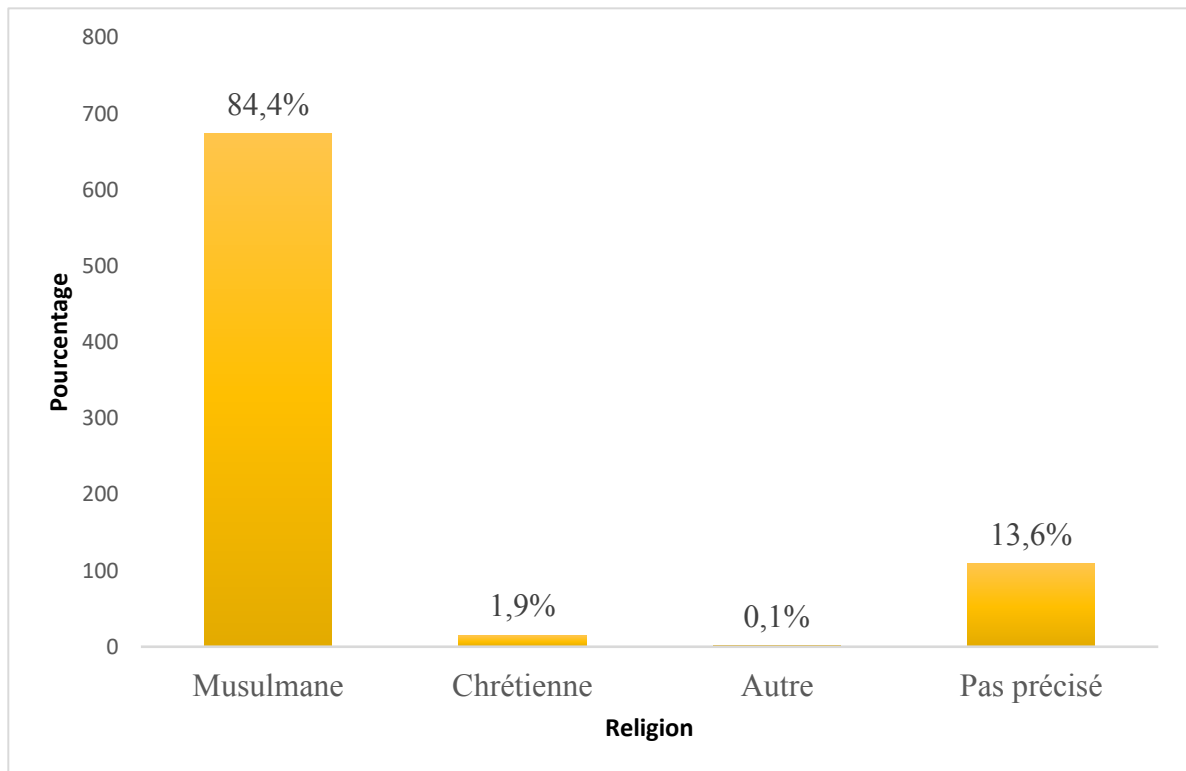
**Figure 1 : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon le sexe entre 2015-2020.**

Le sexe féminin était le plus représenté avec 51,4%.

**Tableau I : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon l'âge entre 2015-2020.**

| Intervalle d'âge | Effectif (N=799) | Pourcentage(%) |
|------------------|------------------|----------------|
| 60-65ans         | 302              | 37,8           |
| 66-70ans         | 183              | 22,9           |
| 71-75ans         | 133              | 16,6           |
| 76-80ans         | 101              | 12,6           |
| 81-86ans         | 58               | 7,3            |
| ≥86ans           | 22               | 2,7            |
| Total            | 799              | 100            |

La tranche d'âge 60-65 ans était la plus représentée avec 37,8% suivie de celle de 66-70 ans, 22,9%.



**Figure 2 : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon la religion entre 2015-2020.**

La religion musulmane était la plus représentée avec 84,4%.



**Tableau II: Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon la situation professionnelle entre 2015-2020.**

| Situation professionnelle | Effectif (N=799) | Pourcentage (%) |
|---------------------------|------------------|-----------------|
| Commerçant                | 50               | 6,3             |
| Cultivateur               | 114              | 14,3            |
| Fonctionnaire d'état      | 55               | 6,9             |
| Femme au foyer            | 229              | 28,7            |
| Non préciser              | 96               | 12,0            |
| Ouvrier                   | 56               | 7,0             |
| Gestionnaire de culte*    | 14               | 1,8             |
| Retraité(e)               | 104              | 13,0            |
| Sans emploi               | 81               | 10,0            |
| Total                     | 799              | 100,0           |

Les ménagères étaient les plus représentées avec 28,7% suivies des cultivateurs avec 14,3%, les retraités 13%.

Gestionnaire de culte\* : imams, prêtres, pasteurs, muézins.

**Tableau III : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon la provenance entre 2015-2020.**

| Provenance   | Effectif (N=799) | Pourcentage (%) |
|--------------|------------------|-----------------|
| Bamako       | 375              | 46,9            |
| Gao          | 5                | 0,6             |
| Kayes        | 50               | 6,3             |
| Koulikoro    | 209              | 26,2            |
| Mopti        | 11               | 1,4             |
| Pas précisé  | 54               | 6,8             |
| Ségou        | 35               | 4,4             |
| Sikasso      | 28               | 3,5             |
| Tombouctou   | 7                | 0,9             |
| Autres pays* | 25               | 3,1             |
| Total        | 799              | 100,0           |

Les personnes âgées venaient essentiellement des différentes communes de Bamako avec 46,9%, suivi de la région de Koulikoro avec 26,2% ; 3,1% des personnes âgées venaient d'autres pays\* (Burkina faso, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Mauritanie, USA).

**Tableau IV : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon la statut matrimonial entre 2015-2020.**

| Statut matrimonial | Effectif (N=799) | Pourcentage (%) |
|--------------------|------------------|-----------------|
| Marié(e)           | 491              | 61,5            |
| Veuf(e)            | 232              | 29              |
| Célibataire        | 11               | 1,4             |
| Divorcé(e)         | 17               | 2,1             |
| Pas précisé        | 48               | 6               |
| Total              | 799              | 100             |

La catégorie mariée était la plus représentée avec 61,5% suivie de celle des veuf (ve) avec 29%.

**Tableau V : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon le nombre d'enfants vivants entre 2015-2020.**

| Nombre d'enfants vivants | Effectif (N=717) | Pourcentage (%) |
|--------------------------|------------------|-----------------|
| 0                        | 15               | 2,1             |
| 1                        | 19               | 2,6             |
| 2-5                      | 210              | 29,3            |
| 6-10                     | 274              | 38,2            |
| 11-15                    | 68               | 9,5             |
| ≥ 16                     | 21               | 2,9             |
| Non précisé              | 110              | 15,3            |
| Total                    | 717              | 100,0           |

Les personnes âgées ayant entre 6 et 10 enfants vivants étaient les plus représentées avec 38,2%, suivi de celles qui avaient entre 2 et 5 29,3% et 2,1% n'avaient pas d'enfants vivants.

A noter que le nombre d'enfants vivant n'était pas précisé dans les dossiers de 110 soit 15,3%

**Tableau VI : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon le nombre d'enfants décédés entre 2015-2020.**

| Nombre d'enfants décédés | Effectif (N=82) | Pourcentage (%) |
|--------------------------|-----------------|-----------------|
| 1-5                      | 73              | 89,0            |
| 6-10                     | 8               | 9,8             |
| ≥11                      | 1               | 1,2             |
| Total                    | 82              | 100,0           |

Les personnes âgées ayant eu entre 1 et 5 enfants décédés représentaient 89,0%, celles ayant eu entre 6 et 10 enfants décédés étaient de 9,9%. On note le décès de 11 enfants chez un sujet âgé.

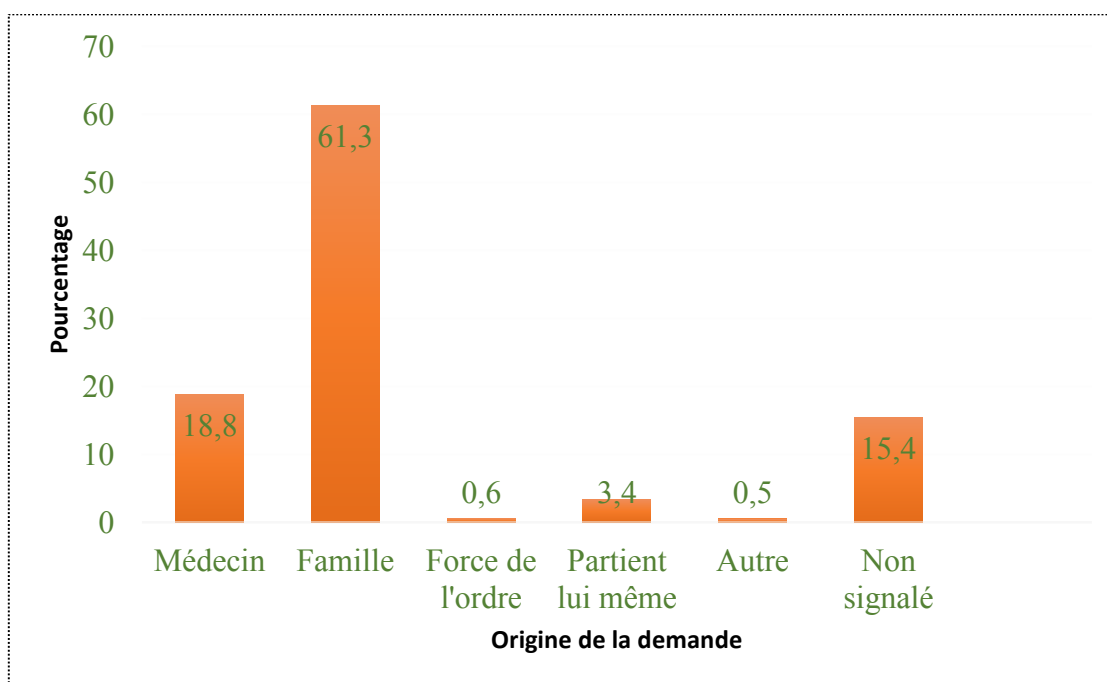
**Tableau VII : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon le statut d'instruction entre 2015-2020.**

| Niveau d'étude            | Effectif (N=799) | Pourcentage (%) |
|---------------------------|------------------|-----------------|
| Primaire                  | 94               | 11,8            |
| Secondaire                | 61               | 7,6             |
| Supérieur                 | 51               | 6,4             |
| Alphabétisée ou coranique | 52               | 6,5             |
| Non alphabétisée          | 378              | 47,3            |
| Pas précisé               | 163              | 20,4            |
| Total                     | 799              | 100             |

Les personnes âgées non alphabétisées représentaient 47,3% suivie du niveau primaire avec 11,8%.

Le niveau d'étude de 20,4% n'avait pas été précisé dans les dossiers.

## 5-2-Profiles cliniques et thérapeutique :



**Figure 3 : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon l'origine de la demande de consultation entre 2015-2020.**

L'origine de la demande de consultation venait généralement de la famille avec 61,3% suivie de celui des médecins avec 18,8%.

Elle n'avait pas été signalé chez 15,4%.

**Tableau VIII : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon la consommation de substances psychoactives entre 2015-2020.**

| Consommations | Effectif (N=799) | Pourcentage (%) |
|---------------|------------------|-----------------|
| Oui           | 75               | 9,4             |
| Non précisée  | 724              | 90,6            |
| Total         | 799              | 100             |

Dans notre étude, la consommation de substances psychoactives était notifiée dans 75 dossiers, soit 9,4%.

**Tableau IX: Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon le type de substances psychoactives consommées entre 2015-2020.**

| Substances   | Effectif (N=799) | Pourcentage (%) |
|--------------|------------------|-----------------|
| Amphétamine  | 1                | 0,1             |
| Alcool       | 4                | 0,5             |
| Café         | 5                | 0,6             |
| Cannabis     | 4                | 0,5             |
| Cola         | 13               | 1,6             |
| Tabac        | 15               | 1,9             |
| Tabac chiqué | 4                | 0,5             |
| Thé          | 27               | 3,4             |
| Non précisée | 724              | 90,6            |
| Total        | 799              | 100             |

Dans notre étude, la substance psychoactive la plus consommée était le thé avec 3,4%, suivi du tabac et de la cola avec respectivement 1,9% et 1,6%.

**Tableau VIII: Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon le motif de consultation entre 2015-2020.**

| Motif de consultation                | Effectif (N=799) | Pourcentage (%) |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| Trouble du comportement <sup>1</sup> | 199              | 24,9            |
| Propos incohérents <sup>2</sup>      | 144              | 18              |
| Suivi <sup>3</sup>                   | 15               | 1,9             |
| Troubles dermatologiques             | 12               | 1,5             |
| Trouble du sommeil <sup>4</sup>      | 113              | 14,1            |
| Troubles de la mémoire <sup>5</sup>  | 103              | 12,9            |
| Anorexie                             | 5                | 0,7             |
| Crises convulsives                   | 4                | 0,5             |
| Etat d'anxiété                       | 55               | 6,9             |
| Pas précisé                          | 149              | 18 ,6           |
| Total                                | 799              | 100             |

1 Agitation, agressivité, exaltation de l'humeur, errance, inhibition psychomotrice, nervosité, trouble du comportement post-AVC.

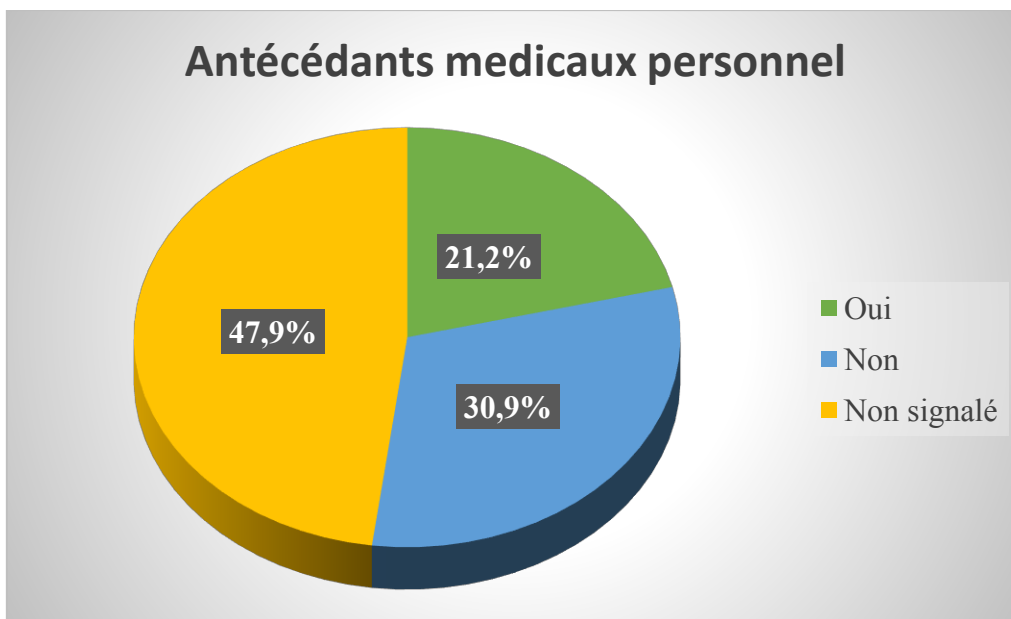
2 Hallucinations, délires, propos incohérents, logorrhée, mutisme.

3 Contrôles, rupture thérapeutique, demande de certificat.

4 Insomnie, hypersomnie.

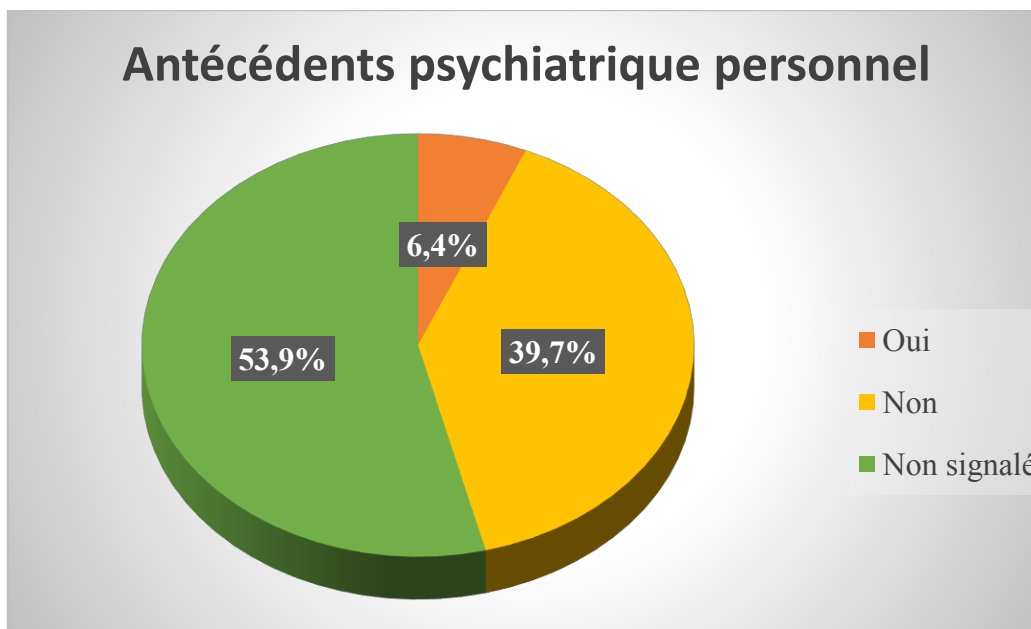
5 Oublis, amnésies (y compris amnésies post-AVC), états confusionnels, diplopie d'aggravation progressif.

Les motifs de consultation les plus fréquents étaient troubles du comportement incluant les troubles du comportement post-AVC 24,9% ; propos incohérents 15,6% ; troubles du sommeil 14,1% et les troubles de la mémoire incluant les troubles de la mémoire post-AVC 12,9%.



**Figure 4: Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon les antécédents médicaux personnels entre 2015-2020.**

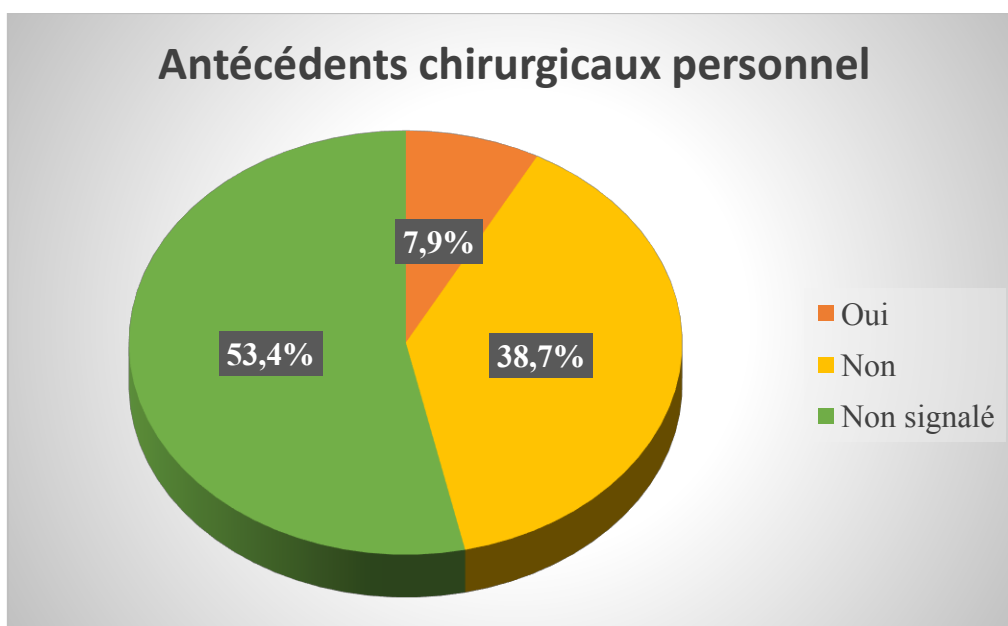
Chez 21,2% des personnes âgées, on retrouvait des antécédents médicaux personnels. 30,9% n'avaient pas d'antécédents médicaux personnels ; et ils n'ont pas été signalés dans 47,9% de dossiers.



**Figure 5: Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon les antécédents psychiatriques personnels entre 2015-2020.**

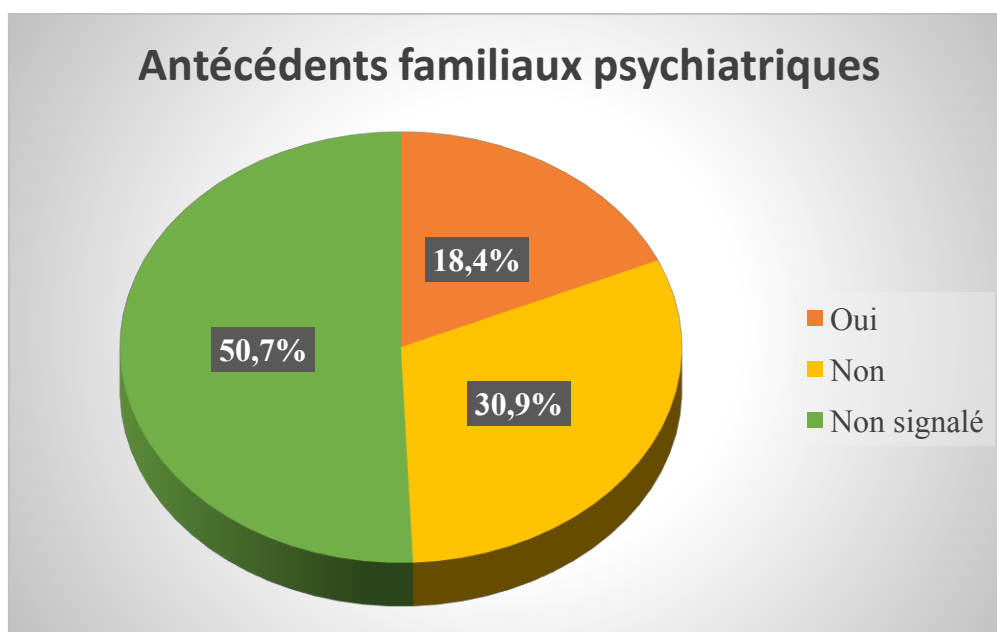
Les antécédents psychiatriques personnels étaient présents chez 6,4% de personnes âgées et absent chez 39,7% ; et ils n'ont pas été signalés dans 53,9% de dossiers.





**Figure 6 : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon les antécédents chirurgicaux personnel entre 2015-2020.**

Les antécédents chirurgicaux personnel étaient présents chez 7,9% de personnes âgées et absent chez 38,7% ; et ils n'ont pas été signalés dans 53,4% de dossiers.



**Figure 7 : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon les antécédents familiaux psychiatriques entre 2015-2020.**

Chez 18,4% des personnes âgées on notait des antécédents familiaux psychiatriques. 30,9% n'avaient pas d'antécédents familiaux psychiatrique ; et ils n'ont pas été signalés dans 50,7% de dossiers.

**Tableau IX : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon le diagnostic entre 2015-2020.**

| Diagnostic           | Effectif (N=799) | Pourcentage (%) |
|----------------------|------------------|-----------------|
| F00-F09 <sup>1</sup> | 192              | 24,1            |
| F10-F19 <sup>2</sup> | 1                | 0,1             |
| F20-F29 <sup>3</sup> | 118              | 14,7            |
| F30-F39 <sup>4</sup> | 62               | 7,9             |
| F40-F48 <sup>5</sup> | 6                | 0,8             |
| Pas précisé          | 420              | 52,4            |
| Total                | 799              | 100             |

**Légende :**

- <sup>1</sup>: (F00-F09) Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques : comprenant les démences et pathologies apparentées
- <sup>2</sup>: (F10-F19) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives
- <sup>3</sup>: (F20-F29) Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants
- <sup>4</sup>: (F30-F39) Troubles de l'humeur (affectifs) : comprenant la dépression et les états maniaques
- <sup>5</sup>: (F40-F48) Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes : comprenant les troubles anxieux.

❖ Les diagnostics le plus évoqués étaient les troubles mentaux organiques (démence sous différentes formes) avec 24,1% des cas. Suivi de 118 personnes âgées (soit 14,7%) avec comme diagnostics schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants. 62 personnes âgées (7,9%) pour troubles de l'humeur (affectifs).

❖ Sur 799 personnes âgées, le diagnostic de 420 personnes âgées (soit 52,4%) n'avait pas été précisé dans leur dossier.

**Tableau X : Répartition des personnes âgées de 60 et plus selon les moyens thérapeutiques entre 2015-2020**

|                             | Effectifs (N=799) | Pourcentage (%) |
|-----------------------------|-------------------|-----------------|
| Antidépresseur              | 89                | 11,1            |
| Anxiolytiques               | 11                | 1,4             |
| Autres*                     | 23                | 2,9             |
| Neuroleptiques              | 541               | 67,7            |
| Pas précisé                 | 126               | 15,8            |
| Psychothérapie individuelle | 1                 | 0,1             |
| Référent**                  | 8                 | 1               |
| Total                       | 799               | 100,0           |

Les neuroleptiques avaient été prescrit à 67,7% de personnes âgées, suivie des antidépresseurs avec 11,1%. La prise en charge n'avait pas été mentionnée dans le dossier de 126 personnes âgées soit 15,8%.

\* : Thymorégulateurs, multivitaminés, oxygénateurs cérébraux

\*\* : référer (médecine interne, neurologie, ORL, SAU).

**Tableau XI: Répartition des sujets de 60 ans et plus selon le diagnostic F00-F09 de la CIM10 et le sexe**

| Sexe N(%) | F00-F09   |           | Total      | p-valeur |
|-----------|-----------|-----------|------------|----------|
|           | Oui       | Non       |            |          |
| Masculin  | 106(27,2) | 283(72,8) | 389(100,0) | 0,0380   |
| Féminin   | 86(21,0)  | 324(79,0) | 410(100,0) |          |

**Dans notre étude, il existait un lien statistiquement significatif entre le diagnostic F00-F09 de la CIM10 et le sexe, p=0,0380.**

**Tableau XII : Répartition des sujets de 60 ans et plus selon le diagnostic F20-F29 de la CIM10 et le sexe**

| <b>F20-F29</b>   |            |            |              |                 |
|------------------|------------|------------|--------------|-----------------|
| <b>Sexe N(%)</b> | <b>Oui</b> | <b>Non</b> | <b>Total</b> | <b>p-valeur</b> |
| <b>Masculin</b>  | 39(10,0)   | 350(90)    | 389(100,0)   | 0,0003          |
| <b>Féminin</b>   | 78(19,0)   | 332(81,0)  | 410(100,0)   |                 |

**Dans notre étude, il existait un lien statistiquement significatif entre le diagnostic F20-F29 de la CIM10 et le sexe,  $p=0,0003$ .**

**Tableau XIII : Répartition des sujets de 60 ans et plus selon le diagnostic F30-F39 de la CIM10 et le sexe**

| <b>F30-F39</b>   |            |            |              |                 |
|------------------|------------|------------|--------------|-----------------|
| <b>Sexe N(%)</b> | <b>Oui</b> | <b>Non</b> | <b>Total</b> | <b>p-valeur</b> |
| <b>Masculin</b>  | 18(4,6)    | 371(95,4)  | 389(100,0)   | 0,2301          |
| <b>Féminin</b>   | 27(6,6)    | 383(93,4)  | 410(100,0)   |                 |

**Dans notre étude, il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre le diagnostic F30-F39 de la CIM10 et le sexe,  $p=0,2301$ .**

**Tableau XIV : Répartition des sujets de 60 ans et plus selon le diagnostic F40-F48 de la CIM10 et le sexe**

| Sexe N(%) | F40-F48 |           |            | p-valeur |
|-----------|---------|-----------|------------|----------|
|           | Oui     | Non       | Total      |          |
| Masculin  | 11(2,8) | 378(97,2) | 389(100,0) | 0,9332   |
| Féminin   | 12(2,9) | 398(97,1) | 410(100,0) |          |

Dans notre étude, il n’existait pas de lien statistiquement significatif entre le diagnostic F40-F48 de la CIM10 et le sexe,  $p=0,9332$ .

**Tableau XV : Répartition des sujets de 60 ans et plus selon le diagnostic F00-F09 de la CIM10 et l’âge**

| Age N(%) | F00-F09  |           |            | p-valeur |
|----------|----------|-----------|------------|----------|
|          | Oui      | Non       | Total      |          |
| 60-65    | 46(15,2) | 256(84,8) | 302(100,0) | 0,000001 |
| 66-70    | 39(21,3) | 144(78,8) | 183(100,0) |          |
| 71-75    | 39(29,3) | 94(70,7)  | 133(100,0) |          |
| 76-80    | 34(33,7) | 67(66,3)  | 101(100,0) |          |
| 81-85    | 23(39,7) | 35(60,3)  | 58(100,0)  |          |
| ≥ 86     | 11(50,0) | 11(50,0)  | 22(100,0)  |          |

Dans notre étude, il existait un lien statistiquement significatif entre le diagnostic F00-F09 de la CIM10 et l’âge,  $p=0,000001$ .

**Tableau XVI : Répartition des sujets de 60 ans et plus selon le diagnostic F20-F29 de la CIM10 et l'âge**

| Age N(%) | F20-F29  |           |            | p-valeur |
|----------|----------|-----------|------------|----------|
|          | Oui      | Non       | Total      |          |
| 60-65    | 50(16,6) | 252(83,4) | 302(100,0) | 0,2766   |
| 66-70    | 32(17,5) | 151(82,5) | 183(100,0) |          |
| 71-75    | 14(10,5) | 119(89,5) | 133(100,0) |          |
| 76-80    | 12(11,9) | 89(88,1)  | 101(100,0) |          |
| 81-85    | 8(13,8)  | 50(86,2)  | 58(100,0)  |          |
| ≥ 86     | 1(4,5)   | 21(95,5)  | 22(100,0)  |          |

Dans notre étude, il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre le diagnostic F20-F29 de la CIM10 et l'âge,  $p=0,2766$ .

**Tableau XVII : Répartition des sujets de 60 ans et plus selon le diagnostic F30-F39 de la CIM10 et l'âge**

| Age N(%) | F30-F39 |           |            | p-valeur |
|----------|---------|-----------|------------|----------|
|          | Oui     | Non       | Total      |          |
| 60-65    | 24(7,9) | 278(92,1) | 302(100,0) | 0,0813   |
| 66-70    | 12(6,6) | 171(93,4) | 183(100,0) |          |
| 71-75    | 3(2,3)  | 130(97,7) | 133(100,0) |          |
| 76-80    | 5(5,0)  | 96(95,0)  | 101(100,0) |          |
| 81-85    | 0(0,0)  | 58(100,0) | 58(100,0)  |          |
| ≥ 86     | 1(4,5)  | 21(95,5)  | 22(100,0)  |          |

Dans notre étude, il existait un lien statistiquement significatif entre le diagnostic F30-F39 de la CIM10 et l'âge,  $p=0,0813$ .

**Tableau XVIII : Répartition des sujets de 60 ans et plus selon le diagnostic F40-F48 de la CIM10 et l'âge**

| Age N(%)     | F40-F48 |           |            | p-valeur |
|--------------|---------|-----------|------------|----------|
|              | Oui     | Non       | Total      |          |
| <b>60-65</b> | 11(3,6) | 291(96,4) | 302(100,0) | 0,6377   |
| <b>66-70</b> | 6(3,3)  | 177(96,7) | 183(100,0) |          |
| <b>71-75</b> | 4(3,0)  | 129(97,0) | 133(100,0) |          |
| <b>76-80</b> | 2(2,0)  | 99(98,0)  | 101(100,0) |          |
| <b>81-85</b> | 0(0,0)  | 58(100,0) | 58(100,0)  |          |
| <b>≥ 86</b>  | 0(0,0)  | 22(100,0) | 22(100,0)  |          |

Dans notre étude, il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre le diagnostic F40-F48 de la CIM10 et l'âge,  $p=0,6377$ .

**Tableau XIX : Répartition des sujets âgés de 60 ans et plus selon le diagnostic F00-F09 de la CIM10 et la profession**

| Profession<br>N(%)   | F00-F09  |           |            | p-valeur |
|----------------------|----------|-----------|------------|----------|
|                      | Oui      | Non       | Total      |          |
| <b>Commerçant</b>    | 8(16,0)  | 42(84,0)  | 50(100,0)  | 0,0011   |
| <b>Cultivateur</b>   | 18(15,8) | 96(84,2)  | 114(100,0) |          |
| <b>Fonctionnaire</b> | 15(27,3) | 40(72,7)  | 55(100,0)  |          |
| <b>Ménagère</b>      | 41(17,9) | 188(82,1) | 229(100,0) |          |
| <b>Ouvrier</b>       | 15(26,8) | 41(73,2)  | 56(100,0)  |          |
| <b>Religieux</b>     | 7(50,0)  | 7(50,0)   | 14(100,0)  |          |
| <b>Retraité</b>      | 34(32,7) | 70(67,3)  | 104(100,0) |          |
| <b>Sans emploi</b>   | 26(32,1) | 55(67,9)  | 81(100,0)  |          |

Dans notre étude, il existait un lien statistiquement significatif entre le diagnostic F00-F09 de la CIM10 et la profession,  $p=0,0011$

**Tableau XX : Répartition des sujets âgés de 60 ans et plus selon le diagnostic F20-F29 de la CIM10 et la profession**

| Profession    | F20-F29  |           | Total      | p-valeur |
|---------------|----------|-----------|------------|----------|
|               | Oui      | Non       |            |          |
| N(%)          |          |           |            |          |
| Commerçant    | 4(8,0)   | 46(92,0)  | 50(100,0)  | 0,0103   |
| Cultivateur   | 17(14,9) | 97(85,1)  | 114(100,0) |          |
| Fonctionnaire | 5(9,1)   | 50(90,9)  | 55(100,0)  |          |
| Ménagère      | 48(21,0) | 181(79,0) | 229(100,0) |          |
| Ouvrier       | 10(17,9) | 46(82,1)  | 56(100,0)  |          |
| Religieux     | 0(0,0)   | 14(100,0) | 14(100,0)  |          |
| Retraité      | 8(7,7)   | 96(92,3)  | 104(100,0) |          |
| Sans emploi   | 9(11,1)  | 72(88,9)  | 81(100,0)  |          |

Dans notre étude, il existait un lien statistiquement significatif entre le diagnostic F20-F29 de la CIM10 et la profession,  $p=0,0103$ .

**Tableau XXI : Répartition des sujets âgés de 60 ans et plus selon le diagnostic F30-F39 de la CIM10 et la profession**

| Profession    | F30-F39 |           | Total      | p-valeur |
|---------------|---------|-----------|------------|----------|
|               | Oui     | Non       |            |          |
| N(%)          |         |           |            |          |
| Commerçant    | 5(10,0) | 45(90,0)  | 50(100,0)  | 0,3691   |
| Cultivateur   | 7(6,1)  | 107(93,9) | 114(100,0) |          |
| Fonctionnaire | 6(10,9) | 49(89,1)  | 55(100,0)  |          |
| Ménagère      | 14(6,1) | 215(93,9) | 229(100,0) |          |
| Ouvrier       | 2(3,6)  | 54(96,4)  | 56(100,0)  |          |
| Religieux     | 1(7,1)  | 13(92,9)  | 14(100,0)  |          |
| Retraité      | 7(6,7)  | 97(93,3)  | 104(100,0) |          |
| Sans emploi   | 1(1,2)  | 80(98,8)  | 81(100,0)  |          |

Dans notre étude, il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre le diagnostic F30-F39 de la CIM10 et la profession,  $p=0,3691$ .



**Tableau XXII : Répartition des sujets âgés de 60 ans et plus selon le diagnostic F40-F48 de la CIM10 et la profession**

| <b>F40-F48</b>       |            |            |              |                 |
|----------------------|------------|------------|--------------|-----------------|
| <b>Profession</b>    | <b>Oui</b> | <b>Non</b> | <b>Total</b> | <b>p-valeur</b> |
| <b>N(%)</b>          |            |            |              |                 |
| <b>Commerçant</b>    | 3(6,0)     | 47(94,0)   | 50(100,0)    | 0,6552          |
| <b>Cultivateur</b>   | 3(2,6)     | 111(97,4)  | 114(100,0)   |                 |
| <b>Fonctionnaire</b> | 1(1,8)     | 54(98,2)   | 55(100,0)    |                 |
| <b>Ménagère</b>      | 4(1,7)     | 225(98,3)  | 229(100,0)   |                 |
| <b>Ouvrier</b>       | 2(3,6)     | 54(96,4)   | 56(100,0)    |                 |
| <b>Religieux</b>     | 1(7,1)     | 13(92,9)   | 14(100,0)    |                 |
| <b>Retraité</b>      | 4(3,8)     | 100(96,2)  | 104(100,0)   |                 |
| <b>Sans emploi</b>   | 4(4,9)     | 77(95,1)   | 81(100,0)    |                 |

**Dans notre étude, il n’existait pas de lien statistiquement significatif entre le diagnostic F40-F48 de la CIM10 et la profession, p=0,6552.**

# DISCUSSION

## **6-DISCUSSION ET COMMENTAIRES :**

Nous avons été confrontés à certaines difficultés pour mener ce travail :

- Le remplissage inachevé des dossiers,
- La dispersion des dossiers dans le service.

Compte tenu de l'objectif du sujet «la demande de soins des personnes âgées en psychiatrie » qui demeure particulière dans la société. Malgré cet état de fait, nous nous abstenons de généralisation systématique des résultats.

### **6-1-Profil sociodémographique des personnes âgées de 60 ans et plus :**

#### **Age et sexe :**

Dans notre étude les sujets de la tranche d'âge 60 – 65 ans étaient les plus représentés avec 37,8% des cas, suivis de ceux de 66 – 70ans avec 22,9%.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé une personne devient âgée à partir de 60 ans [2].

Dans notre étude, l'intervalle d'âge était compris 60 ans et 107 ans.

La tranche d'âge la plus représentée était comprise entre 60-65 ans avec 37,8%.

Nos résultats sont comparables à ceux Napon et al. Où, l'âge moyen des patients était de 62 ans avec une prédominance de la tranche 60 à 70 ans [23], Yaméogo N.V. qui avait trouvé l'intervalle d'âge 60-70 ans la plus représentée avec 64,53% [24] ; au Bénin à celui d'Avodé [25]. Nos résultats sont cependant différents au Bénin de celui de Traoré J. [9] qui avait trouvé la tranche d'âge la plus représentée était comprise entre 65 ans et 74 ans. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que l'étude de Traoré J. portait sur la qualité de vie des personnes âgées atteintes de démence et suivies au CNHU-HKM, un groupe spécifique de personnes âgées. Nos résultats sont aussi différents de ceux de Ska au Canada qui notait une plus grande fréquence après 75 ans [26] et de Lechowski en France qui trouvait un âge moyen de 77,8 ans avec une prédominance des sujets de plus de 80 ans [27].

Dans notre étude nous avons observé une prédominance féminine parmi la population de notre échantillon avec 51,4 % de femme contre 48,6 % d'homme.

Ce résultat est comparable à ceux de Yaméogo N.V. au Burkina Faso, dont plus de la moitié des patients en consultation externe étaient de sexe féminin, 57,95 % [24], d'Avodé au Benin [25], de Grunitzky au Togo [28], et de Ouango J.-G. et C. Taoko au Burkina faso [29], qui notaient une prédominance féminine également. Contrairement Harvey en Grande Bretagne notait une prédominance masculine avec 58% des cas [30]. Aussi, Letenneur en France [31] notait une prédominance masculine avant 80 ans et une prédominance féminine après cet âge.

### **Religion :**

Dans notre étude, la religion musulmane était la plus représentée avec 84,4% de musulman. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le Mali compte environ 95% de musulmans et 2,5% de chrétiens.

### **Profession :**

Dans notre étude les ménagères étaient les plus représentées avec 28,7% suivie des cultivateurs avec 14,3%, et des retraités(es) avec 13,0%.

Nos résultats sont comparables à ceux de Ouango J. –G. et Taoko C. qui ont eu 59,6% de femmes au foyer, 17,5% de retraités et 14,0% de cultivateurs [29] ; de Yaméogo N. V. qui avait recensé 47,48% de ménagères et 33,44% de cultivateurs [24], et de Napon C. et al. [23] qui avaient trouvé 47,22% de cultivateurs et femmes au foyer.

Par contre Traoré J. avait eu 81,31% de retraités [9]. Cette différence pourrait s'expliquer par la spécificité de sa population d'étude.

### **Statut matrimonial :**

Dans notre étude les mariés(es) représentaient 61,5% suivie des veuf(ve) avec 29%. Nos résultats sont comparables à ceux de TRAORE Joseph qui avait eu 74,74% de mariés [9], de Yaméogo N. V. [24] chez qui les patients étaient le plus souvent mariés (95,05% en consultation externe et 90,43% en hospitalisation).

Tandis que Chez Ouango J. –G. et Taoko C., la catégorie veuf(ve) était fortement représentée avec 59,6% et la polygamie a été observée chez 65.0% des hommes dans leur étude [29].

### **Nombre d'enfants vivants et décédés :**

Dans notre étude 73,9% des personnes âgées avaient tous leurs enfants vivants, avec des extrêmes allant de 1 à 21 enfants.

Par contre, 10,3% des personnes âgées avaient certains ou tous leurs enfants décédés et 1,9% n'avaient pas eu d'enfants.

Chez Yaméogo N. V. [24], le nombre moyen d'enfants était de sept (7) avec des extrêmes allant de 4 à 8 enfants. Chez J. –G. Ouango et C. Taoko, le nombre d'épouses était en moyenne de 2 avec un nombre moyen de 7 enfants (extrêmes de 0 à 26 enfants) [29].

### **Niveau d'instruction :**

Dans notre étude 47,3% des personnes âgées étaient non alphabétisées suivie de celles ayant un niveau primaire avec 11,8%. Ce résultat est comparable à celui de Napon Christian et Al où 51,4% des patients étaient illettrés [23]. Il est inférieur à celui de J. –G. Ouago et C. Taoko, où 82,5% des sujets n’ont pas été à l’école ou n’avaient pas été alphabétisés dans leur études sur « la dépression du sujet âgé au Burkina Faso : pourquoi la demande de soins n’est-elle pas formulée ? » [29].

#### **Lieu de résidence :**

Dans notre étude les personnes âgées venaient essentiellement des différentes communes du district de Bamako 46,9%, 26,2% venaient de la région de Koulikoro, 3,1% venaient d’autres pays (Burkina Faso, Côte d’Ivoire, Gabon, Guinée, Mauritanie et USA). Ce pourcentage élevé de demande de soins venant du district de Bamako et de la région de Koulikoro s’expliquerait par le fait que le CHU point G est situé dans la commune 3 du district de Bamako et par la proximité de la région de Koulikoro au district de Bamako. Notre résultat est comparable à celui de Yaméogo N.V. [24] qui avait observé que la majeure partie de ses patients résidaient dans la province du Kadiogo (64,04% des cas en consultation externe et 68,40% en hospitalisation) lieu de son étude.

#### **Origine de la demande de soins des personnes âgées de 60 ans et plus**

L’origine de la demande de consultation venait généralement de la famille avec 61,3% suivie de celle des médecins avec 18,8%. Pour Napon Christian et al, l’entourage était à l’origine de la demande de soins dans 81,94% des cas [23]. Cela traduit sans doute l’implication du groupe familial dans la recherche de soins dans notre contexte socio-culturel. Par ailleurs l’entourage pourrait privilégier les recours traditionnels ce qui retarderait les soins conventionnels.

#### **Consommation de substances psychoactives chez les personnes âgées de 60 ans et plus :**

Dans notre étude la notion de consommation de substances psychoactives était retrouvée chez 9,4% des personnes âgées. Il faut signaler que la notion de consommation de substances psychoactives n’était précisée dans environ 90% des dossiers cliniques.

Les substances consommées étaient l’alcool, l’amphétamine, le café, le cannabis et le tabac chiqué, le cola.

#### **6-2-Epidémiologie clinique des troubles psychiatriques chez les personnes âgées de 60 ans et plus :**

Les différents motifs de consultations étaient dominés par les troubles du comportement avec 24,9%, les propos incohérents 15,2%, les troubles du sommeil 14%, les troubles de la mémoire

12,9%. Ce résultat est comparable à ceux d'autres auteurs africains, au Burkina, Ouango et al. [29] dans leur étude ont trouvé que les motifs de consultation sont dominés par les troubles du comportement, les troubles de la mémoire et les troubles cognitifs ; Napon Christian et al parmi les motifs de consultation les plus fréquents, trouvaient 48,61% de troubles du comportement [23] ; au Bénin, Sambo [32], dans son étude épidémiologique et clinique des troubles psychiques des personnes âgées, a observé que les motifs de consultation sont dominés par les amnésies et l'insomnie.

L'HTA, l'AVC, le diabète et les troubles psychotiques antérieur à l'âge de 60 ans étaient les antécédents médicaux et psychiatriques personnels fréquemment rencontrés dans notre échantillon. Napon et al trouvaient comme antécédents médicaux personnels, l'HTA et l'AVC [28].

Dans notre étude la catégorie diagnostique était dominée par, les démences et pathologies apparentées (24,1%), la Schizophrénie et troubles délirants (14,7%), les troubles de l'humeur (7,9%) ; dans 52,4% le diagnostic n'était précisé dans les dossiers. Ce résultat est supérieur à celui de Napon Christian et al qui trouvaient dans leur étude une fréquence de démences à 4,55 pour 1.000 [23] .

Nous avons observé entre l'âge, le sexe, la profession un lien statistiquement significatif avec le diagnostic.

Dans notre étude les principales classes thérapeutiques utilisées étaient les neuroleptiques avec 67,6% suivie des antidépresseurs avec 11,2% et 1% des personnes âgées avaient été référer dans d'autres services. A noter que le traitement n'avait pas été mentionné dans 15,8% de dossiers. Ce résultat est comparable à celui de Dr Joseph Traoré dans son étude, ainsi devant les SPCD (syndrome psychologique et comportementaux de la démence) perturbateurs chez les SA (sujets âgés) présentant une démence, la prescription concerne surtout les benzodiazépines et les antidépresseurs quand il s'agit de symptômes anxieux et/ou de dépression, les antipsychotiques (fréquemment Tiapride, Risperidone, Loxapine, rarement halopéridol à faible dose) quand il s'agit d'état d'agitation intense d'agressivité, d'idées délirantes ; les thymorégulateurs (valproate de sodium, carbamazépine) quand il s'agit de l'instabilité, irritabilité, agressivité [9].

Contrairement à l'étude de J.G. Ouango et C. Taoko où un traitement antidépresseur par voie orale ou injectable était institué chez tous les patients. Une psychothérapie, essentiellement de

soutient a été faite sous forme d'entretien au lit du malade, de thérapie familiale, de consultations spécifiques des psychologues ou de prise en charge des problèmes sociaux [29].

# CONCLUSION



## **CONCLUSION :**

La fréquence de demande de soins des personnes âgées représentait 7,50% des activités de soins du service. L'intervalle d'âge de 60-65 ans était la plus représentée. Les troubles de la mémoire, les troubles du comportements et l'insomnie étaient les motifs dominants qui incitaient la demande de soins. La prise en charge reposait essentiellement sur la thérapie médicamenteuse.

# RECOMMANDATIONS

## **RECOMMANDATIONS**

### **Aux autorités politiques :**

- Accorder une place de choix à la dimension santé mentale et gérontologie dans notre politique Nationale de santé.
- Intégrer le volet santé mentale et gérontologie dans les structures de soins de santé aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (équipe de santé mentale constituée de géronto-psychiatres, infirmiers, aides-soignants, travailleurs sociaux etc).
- Promouvoir la formation des médecins généralistes et autres agents de santé dans la prise en charge des problèmes de santé mentale notamment chez les personnes âgées dans la perspective d'un dépistage précoce des troubles mentaux, psycho-sociaux en vue d'une prise en charge adéquat.
- Renforcer le plateau technique des établissements de santé.

### **Aux personnels socio-sanitaire :**

- Bien renseigner le dossier clinique des patients.
- Sensibiliser sur la question de la problématique de la santé mentale de la personne âgée.
- Référer aux spécialistes dans les délais requis les cas ne relevant pas de leurs compétences.
- Être plus attention aux plaintes des personnes âgées.

### **Aux familles/A la société :**

- Resserrer les liens affectifs autour des personnes âgées tout en préservant leur place et leur rôle dans la société.
- A domicile, se relayer dans les soins de prise en charge quotidienne de la personne âgée, surtout celles ayant des troubles psychiatriques.
- Faire consulter le plutôt la personne âgée devant tous comportements inhabituels.

## REFERENCES/BIBLIOGRAPHIES

1. Office fédéral de la santé publique. Journée mondiale de la santé; Les maladies mentales ne doivent pas être ignorées [Internet]. Confédération suisse. [cité 2 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-4279.html>
2. Organisation mondiale de la santé. Vieillesse et santé [Internet]. [cité 2 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. Santé mentale | Gérontopôle Sud [Internet]. [cité 26 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.gerontopolesud.fr/sante/sante-mentale>
4. Hanon C, Camus V. Formation à la psychiatrie du sujet âgé: quels enjeux? L'information psychiatrique. 2010;(1):15-20.
5. Hanon C. La psychiatrie de la personne âgée : contours et perspectives. Rhizome. 2019;74(4):6-6.
6. Pancrazi MP, Guinard P, Isserlis C. L'organisation de la psychiatrie du sujet âgé en Île-de-France. L'information psychiatrique. 2015;755-61.
7. Psychiatrie [Internet]. Pôle Santé Saint Jean. [cité 26 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.polesantesaintjean.fr/psychiatrie/>
8. ICHANE F. Gérontopsychiatrie : Les Troubles Psychiatriques Du Sujet Âgé - La Santé Au Quotidien ! [Internet]. La Santé Au Quotidien. 2020 [cité 26 févr 2024]. Disponible sur: <https://lasanteauquotidien.com/maladies/psychiatrie/gerontopsychiatrie-troubles-anxieux-et-psychiatriques-chez-le-sujet-age/>
9. Traoré Joseph. Etude de la qualité de vie des personnes âgées atteintes de démence et suivies au CNHU-HKM. [Cotonou (Bénin)]; 2017.
10. Organisation Mondiale Santé, Genève. Stratégie et plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/wiki/Vieillesse>
11. Organisation Mondiale Santé. Santé et vieillissement. [Internet]. 2022 [cité 1 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
12. Pierre-Henri Bréchat, Thomas Vogel, Alain Bérard, Jean Lonsdorfer, Georges Kaltenbach, Marc Berthel. Quelles actions de prévention et quelles organisations pour un vieillissement réussi ? Dans Santé Publique 2008/5 (Vol. 20).
13. Les maladies psychiatriques et les troubles du comportement [Internet]. Fédération pour la Recherche sur le Cerveau (FRC). [cité 2 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/le-cerveau-malade-et-ses-maladies-neurologiques/les-maladies-psychiatriques-et-les-troubles-du-comportement/>
14. Doctissimo. Troubles psychotiques [Internet]. Doctissimo. [cité 2 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.doctissimo.fr/sante/dictionnaire-medical/troubles-psychotiques>
15. Névrose. In: Wikipédia [Internet]. 2023 [cité 2 mars 2024]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=N%C3%A9vrose&oldid=208326713>

16. Lebeau G. Chapitre 24. Le patient désorienté. In: Psychiatrie de liaison [Internet]. Cachan: Lavoisier; 2018 [cité 2 mars 2024]. p. 219-28. (Psychiatrie). Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychiatrie-de-liaison--9782257206923-p-219.htm>
17. Association AP, Guelfi JD, Crocq MA, Boehrer AE. Dsm-5-Tr Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux, Texte Révisé. Elsevier Health Sciences; 2023. 1360 p.
18. À propos des troubles mentaux [Internet]. Gouvernement du Québec. [cité 2 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/s-informer-sur-sante-mentale-et-troubles-mentaux/mieux-comprendre-troubles-mentaux/a-propos-troubles-mentaux>
19. Organisation mondiale de la santé. la santé mentale : renforcer notre action. sept 2010;
20. Yolken RH, Torrey EF. Viruses, schizophrenia, and bipolar disorder. Clin Microbiol Rev. janv 1995;8(1):131-45.
21. Mind Disorders Encyclopedia. [cité 5 août 2008]; Disponible sur: [www.minddisorders.com](http://www.minddisorders.com)
22. Mashour GA, Walker EE, Martuza RL. Psychosurgery: past, present, and future », Brain Res. Brain Res. 48:409-19.
23. Napon C, Traore S, Niakara A, Ouango G, Ouango A, Kabore J. Les démences en Afrique subsaharienne: aspects cliniques et étiologiques en milieu hospitalier à Ouagadougou (Burkina Faso). African Journal of Neurological Sciences [Internet]. 2009 [cité 1 févr 2024];28(1). Disponible sur: <https://www.ajol.info/index.php/ajns/article/view/55132>
24. Yaméogo N.V. La demande de soins du sujet âgé au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo. [Burkina Faso]: université de Ouagadougou; 2005.
25. AVODE D, Gandaho P, DA-CRUZ P, AHYI R, ZOHOUN T. Les démences séniles en milieu hospitalier à Cotonou. Le Bénin Médical. 1998;7:23-7.
26. Ska B. Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer et autres démences au Canada. Les sélections de Médecine/Sciences 2002. 2002;(24):27-8.
27. Lechowski L, Harboun M, Dieudonné B, Hernandez K, Tortrat D, Forette B, et al. Clinical features of ambulatory patients over 80 years of age followed for Alzheimer's disease. French prospective multicenter study REAL. FR. La Revue de Medecine Interne. 2003;24:307s-13s.
28. Grunitzky et al. Prévalence des principales affections neurologiques en milieu rural au Togo. Neurologie tropicale. 1993;(4):13-6.
29. Ouango JG, Goumbri P, Karfo K, Nana B, Ouédraogo A. Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques de la démence au Burkina Faso. NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie. 2014;14(81):163-8.
30. Harvey RJ, Skelton-Robinson M, Rossor M. The prevalence and causes of dementia in people under the age of 65 years. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 2003;74(9):1206-9.

31. Letenneur L, Gilleron V, Commenges D, Helmer C, Orgogozo JM, Dartigues JF. Are sex and educational level independent predictors of dementia and Alzheimer's disease? Incidence data from the PAQUID project. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 1999;66(2):177-83.
32. Désiré S.A. Aspects épidémiologiques et cliniques des troubles psychiques chez la personne âgée au CNHU-HKM de 2009 à 20

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

Nom : DIALLO

Prénom : Hafssatou

Titre de la thèse : ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE DE LA DEMANDE DE SOINS PSYCHIATRIQUE DES PERSONNES ÂGÉES DE 60 ANS ET PLUS AU CHU POINT G ENTRE 2015 ET 2020.

Année universitaire : 2022-2023

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odonto-stomatologie

Secteur d'intérêt : Psychiatrie, gériatrie, santé publique.

## **RESUME**

Notre étude s'est proposée d'évaluer la demande de soins des personnes âgées en psychiatrie. Etude transversale à recrutement rétrospective portant sur 799 dossiers de personnes âgées dans le service de psychiatrie du CHU point G sur les activités du 1 janvier 2015 au 31 décembre 2020. Une prédominance féminine a été observée avec 51,4%. L'intervalle d'âge la plus représentée était 60-65 ans 37,8% avec des extrême d'âge de 60-107 ans. Les femmes au foyer représentaient 28,7%, les mariés (es) 61,5%, les non alphabétisés 47,3%. Les troubles du comportement 24,9%, propos incohérents 18%, les troubles du sommeil 14,1% troubles de la mémoire 12,9% ont été les principaux motifs de consultation. L'origine de la demande de consultation venait généralement de la famille 61,3% ainsi que des médecins avec 18,8%. Le diagnostic a été établie en fonction de la CIM10 était dominé par F00-F09 24,1%, F20-F29 14,7% et F30-F39 7,9%. La prise en charge était basée sur la prise de médicaments et de psychothérapie incluant l'entourage en plus de la personne âgée. Les troubles psychiatriques de la personne âgée sont un problème de santé publique vu qu'en plus d'affecter la santé quotidienne de cette dernière, elle a une véritable répercussion sur son entourage. Ainsi les plaintes des personnes âgées et/ou les changements de comportement devraient suscitées une attention particulière tant pour la société que le corps soignant.

Mots clés : gérontopsychiatrie, demande de soins, Bamako, Mali

## **ABSTRACT**

Our study proposed to evaluate the demand for care of the elderly in psychiatry. Cross-sectional study with retrospective recruitment on 799 files of elderly people in the psychiatry department of the CHU point G on activities from January 1, 2015 to December 31, 2020. A female

predominance was observed with 51.4%. The age range most represented was 60-65 years 37.8% with extreme age 60-107 years. Housewives represented 28.7%, married 61.5%, non-literate 47.3%. Behavioural disorders 24.9%, incoherent speech 18%, sleep disorders 14.1%, memory disorders 12.9% were the main reasons for consultation. Requests for consultation generally came from family members (61.3%) and physicians (18.8%). The ICD10 diagnosis was dominated by F00-F09 24.1%, F20-F29 14.7% and F30-F39 7.9%. Management was based on medication and psychotherapy and included the elderly person's family and friends. Psychiatric disorders in the elderly are a public health problem, since in addition to affecting their day-to-day health, they have a real impact on those around them. Thus, complaints from the elderly and/or changes in their behavior should be given special attention by both society and the nursing profession.

**Key words:** gerontopsychiatry, demand for care, Bamako, Mali



# ANNEXES



## **CIM 10 chapitres 5 :**

### **(F00-F09) Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques**

- (F00) Démence de la maladie d'Alzheimer
  - (F00.0) Démence de la maladie d'Alzheimer, à début précoce
  - (F00.1) Démence de la maladie d'Alzheimer, à début tardif
  - (F00.2) Démence de la maladie d'Alzheimer, forme atypique ou mixte
  - (F00.9) Démence de la maladie d'Alzheimer, sans précision
- (F01) Démence vasculaire
  - (F01.0) Démence vasculaire à début aigu
  - (F01.1) Démence vasculaire par infarctus multiples
  - (F01.2) Démence vasculaire sous-corticale
  - (F01.3) Démence vasculaire mixte, corticale et sous-corticale
  - (F01.8) Autres formes de démence vasculaire
  - (F01.9) Démence vasculaire, sans précision
- (F02) Démence associée à d'autres maladies classées ailleurs
  - (F02.0) Démence de la maladie de Pick
  - (F02.1) Démence de la maladie de Creutzfeldt-Jakob
  - (F02.2) Démence de la maladie de Huntington
  - (F02.3) Démence de la maladie de Parkinson
  - (F02.4) Démence de la maladie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
  - (F02.8) Démence au cours d'autres maladies classées ailleurs
- (F03) Démence, sans précision
- (F04) Syndrome amnésique organique, non induit par l'alcool ou d'autres substances psychoactives
- (F05) Delirium, non induit par l'alcool ou d'autres substances psychoactives
  - (F05.0) Delirium non surajouté à une démence, ainsi décrit
  - (F05.1) Delirium surajouté à une démence
  - (F05.8) Autres formes de delirium
  - (F05.9) Delirium, sans précision

- (F06) Autres troubles mentaux, dus à une lésion ou un dysfonctionnement cérébral, ou à une affection physique
  - (F06.0) État hallucinatoire organique
  - (F06.1) Catatonie organique
  - (F06.2) Trouble délirant organique (d'allure schizophrénique)
  - (F06.3) Troubles organiques de l'humeur (affectifs)
  - (F06.4) Trouble anxieux organique
  - (F06.5) Trouble dissociatif organique
  - (F06.6) Labilité (asthénie) émotionnelle organique
  - (F06.7) Trouble cognitif léger
  - (F06.8) Autres troubles mentaux précisés dus à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral et à une affection physique
  - (F06.9) Trouble mental sans précision, dû à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral, et à une affection physique
  
- (F07) Troubles de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux
  - (F07.0) Trouble organique de la personnalité (Syndrome frontal)
  - (F07.1) Syndrome post-encéphalitique
  - (F07.2) Syndrome post-commotionnel
  - (F07.8) Autres troubles organiques de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux
  - (F07.9) Trouble organique de la personnalité et du comportement dû à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux, sans précision
  
- (F09) Trouble mental organique ou symptomatique, sans précision

### **(F10-F19) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives**

- (F10.-) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool
- (F11.-) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés
- (F12.-) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis
- (F13.-) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques

- (F14.-) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne
- (F15.-) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine
- (F16.-) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes
- (F17.-) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac
- (F18.-) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils
- (F19.-) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives

Utiliser les codes ci-dessus conjointement avec les derniers digits suivants :

- (.0) Intoxication aiguë
- (.1) Utilisation nocive pour la santé
- (.2) Syndrome de dépendance
  - Alcoolisme chronique
  - Dipsomanie
  - Toxicomanie
- (.3) Syndrome de sevrage
- (.4) Syndrome de sevrage avec delirium
- (.5) Trouble psychotique
- (.6) Syndrome amnésique
- (.7) Trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive
- (.8) Autres troubles mentaux et du comportement
- (.9) Trouble mental ou du comportement, sans précision

### **(F20-F29) Schizophrénie, troubles schizothymiques et troubles délirants**

- (F20) Schizophrénie
  - (F20.0) Schizophrénie paranoïde
  - (F20.1) Schizophrénie hébéphrénique
  - (F20.2) Schizophrénie catatonique
  - (F20.3) Schizophrénie indifférenciée
  - (F20.4) Dépression post-schizophrénique
  - (F20.5) Schizophrénie résiduelle
  - (F20.6) Schizophrénie simple

- (F20.8) Autres formes de schizophrénie
- (F20.9) Schizophrénie, sans précision
- (F21) Trouble schizotypique
- (F22) Troubles délirants chroniques
  - (F22.0) Trouble délirant
    - État paranoïaque
    - Paranoïa
    - Paraphrénie (tardive)
    - Psychose paranoïaque
  - (F22.8) Autres troubles délirants persistants
    - Dymorphophobie délirante
    - État paranoïaque d'involution
    - Paranoïa quérulente
  - (F22.9) Trouble délirant persistant, sans précision
- (F23) Troubles psychotiques aigus et transitoires
  - (F23.0) Trouble psychotique aigu polymorphe, sans symptômes schizophréniques
  - (F23.1) Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques
  - (F23.2) Trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique
  - (F23.3) Autre trouble psychotique aigu, essentiellement délirant
  - (F23.8) Autres troubles psychotiques aigus et transitoires
  - (F23.9) Trouble psychotique aigu et transitoire, sans précision
- (F24) Trouble délirant induit
- (F25) Troubles schizo-affectifs
  - (F25.0) Trouble schizo-affectif, type maniaque
  - (F25.1) Trouble schizo-affectif, type dépressif
  - (F25.2) Trouble schizo-affectif, type mixte
  - (F25.8) Autres troubles schizo-affectifs
  - (F25.9) Trouble schizo-affectif, sans précision

- (F28) Autres troubles psychotiques non organiques
- (F29) Psychose non organique, sans précision

### **(F30-F39) Troubles de l'humeur (affectifs)**

Article détaillé : Trouble de l'humeur.

- (F30) Épisode maniaque
  - (F30.0) Hypomanie
  - (F30.1) Manie sans symptômes psychotiques
  - (F30.2) Manie avec symptômes psychotiques
  - (F30.8) Autres épisodes maniaques
  - (F30.9) Episode maniaque, sans précision
- (F31) Trouble affectif bipolaire
  - (F31.0) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque
  - (F31.1) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques
  - (F31.2) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques
  - (F31.3) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne
  - (F31.4) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques
  - (F31.5) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques
  - (F31.6) Trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte
  - (F31.7) Trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission
  - (F31.8) Autres troubles affectifs bipolaires
  - (F31.9) Trouble affectif bipolaire, sans précision
- (F32) Épisodes dépressifs
  - (F32.0) Épisode dépressif léger
  - (F32.1) Épisode dépressif moyen
  - (F32.2) Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques

- (F32.3) Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques
- (F32.8) Autres épisodes dépressifs
- (F32.9) Épisode dépressif, sans précision
  
- (F33) Troubles dépressifs récurrents (y.c. Dépression saisonnière)
  - (F33.0) Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger
  - (F33.1) Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen
  - (F33.2) Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques
  - (F33.3) Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques
  - (F33.4) Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission
  - (F33.8) Autres troubles dépressifs récurrents
  - (F33.9) Trouble dépressif récurrent, sans précision
  
- (F34) Troubles de l'humeur (affectifs) persistants
  - (F34.0) Cyclothymie
  - (F34.1) Dysthymie
  - (F34.8) Autres troubles de l'humeur (affectifs) persistants
  - (F34.9) Trouble de l'humeur (affectif) persistant, sans précision
  
- (F38) Autres troubles de l'humeur (affectifs)
  - (F38.0) Autres troubles de l'humeur (affectifs) isolés
  - (F38.1) Autres troubles de l'humeur (affectifs) récurrents (Dépression brève récurrente)
  - (F38.8) Autres troubles de l'humeur (affectifs) précisés
  
- (F39) Trouble de l'humeur (affectif), sans précision

**(F40-F48) Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes**

- (F40) Troubles anxieux phobiques
  - (F40.0) Agoraphobie
  - (F40.1) Phobies sociales (Anthropophobie, Névrose sociale)



- (F40.2) Phobies spécifiques (isolées) (Acrophobie, Claustrophobie, Phobie simple, Phobie des animaux)
- (F40.8) Autres troubles anxieux phobiques
- (F40.9) Trouble anxieux phobique, sans précision (Etat phobique SAI, Phobie SAI)
- (F41) Autres troubles anxieux
  - (F41.0) Trouble panique (anxiété épisodique paroxystique)
  - (F41.1) Anxiété généralisée
  - (F41.2) Trouble anxieux et dépressif mixte
  - (F41.3) Autres troubles anxieux mixtes
  - (F41.8) Autres troubles anxieux précisés
  - (F41.9) Trouble anxieux, sans précision
- (F42) Trouble obsessionnel compulsif
  - (F42.0) Avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan
  - (F42.1) Avec comportements compulsifs (rituels obsessionnels) au premier plan
  - (F42.2) Forme mixte, avec idées obsédantes et comportements compulsifs
  - (F42.8) Autres troubles obsessionnels-compulsifs
  - (F42.9) Trouble obsessionnel-compulsif, sans précision
- (F43) Réactions à un facteur de stress important, et troubles de l'adaptation
  - (F43.0) Réaction aiguë à un facteur de stress
  - (F43.1) État de stress post-traumatique
  - (F43.2) Troubles de l'adaptation (Hospitalisme, Choc culturel)
  - (F43.8) Autres réactions à un facteur de stress sévère
  - (F43.9) Réaction à un facteur de stress sévère, sans précision
- (F44) Troubles dissociatifs (de conversion)
  - (F44.0) Amnésie dissociative
  - (F44.1) Fugue dissociative
  - (F44.2) Stupeur dissociative
  - (F44.3) États de transe et de possession
  - (F44.4) Troubles moteurs dissociatifs
  - (F44.5) Convulsions dissociatives

- (F44.6) Anesthésie dissociative et atteintes sensorielles
- (F44.7) Trouble dissociatif [de conversion] mixte
- (F44.8) Autres troubles dissociatifs [de conversion] (Syndrome de Ganser, TDI)
- (F44.9) Trouble dissociatif (de conversion), sans précision
  
- (F45) Troubles somatoformes
  - (F45.0) Trouble de somatisation
  - (F45.1) Trouble somatoforme indifférencié
  - (F45.2) Trouble hypocondriaque
    - Dismorphophobie (non délirante)
    - Hypocondrie
    - Névrose hypocondriaque
    - Nosophobie
    - Peur d'une dysmorphie corporelle
  - (F45.3) Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme
  - (F45.4) Syndrome douloureux somatoforme persistant
  - (F45.8) Autres troubles somatoformes
  - (F45.9) Trouble somatoforme, sans précision
  
- (F48) Autres troubles névrotiques
  - (F48.0) Neurasthénie
  - (F48.1) Syndrome de dépersonnalisation-déréalisation
  - (F48.8) Autres troubles névrotiques précisés (Psychasthénie, Syndrome de Briquet)
  - (F48.9) Trouble névrotique, sans précision

### **(F50-F59) Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques**

- (F50) Troubles de l'alimentation
  - (F50.0) Anorexie mentale
  - (F50.1) Anorexie mentale atypique
  - (F50.2) Boulimie (bulimia nervosa)
  - (F50.3) Boulimie atypique
  - (F50.4) Hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques

- (F50.5) Vomissements associés à d'autres perturbations psychologiques
- (F50.8) Autres troubles de l'alimentation
- (F50.9) Trouble de l'alimentation, sans précision
  
- (F51) Troubles du sommeil non organiques
  - (F51.0) Insomnie non organique
  - (F51.1) Hypersomnie non organique
  - (F51.2) Trouble du rythme veille-sommeil non dû à une cause organique
  - (F51.3) Somnambulisme
  - (F51.4) Terreurs nocturnes
  - (F51.5) Cauchemars
  - (F51.8) Autres troubles du sommeil non organiques
  - (F51.9) Trouble du sommeil non organique, sans précision
  
- (F52) Dysfonctionnement sexuel, non dû à un trouble ou à une maladie organique
  - (F52.0) Absence ou perte de désir sexuel
  - (F52.1) Aversion sexuelle et manque de plaisir sexuel
  - (F52.2) Échec de la réponse génitale
  - (F52.3) Dysfonctionnement orgasmique
  - (F52.4) Éjaculation précoce
  - (F52.5) Vaginisme non organique
  - (F52.6) Dyspareunie non organique
  - (F52.7) Activité sexuelle excessive
  - (F52.8) Autres dysfonctionnements sexuels, non dus à un trouble ou à une maladie organique
  - (F52.9) Dysfonctionnement sexuel non dû à un trouble ou à une maladie organique, sans précision
  
- (F53) Troubles mentaux et du comportement associés à la puerpéralité, non classés ailleurs
  - (F53.0) Troubles mentaux et du comportement légers associés à la puerpéralité, non classés ailleurs (Dépression périnatale)
  - (F53.1) Troubles mentaux et du comportement sévères associés à la puerpéralité, non classés ailleurs (Psychose post-partum)

- (F53.8) Autres troubles mentaux et du comportement associés à la puerpéralité, non classés ailleurs
- (F53.9) Trouble mental de la puerpéralité, sans précision
- (F54) Facteurs psychologiques ou comportementaux, associés à des maladies ou à des troubles classés ailleurs
- (F55) Abus de substances n'entraînant pas la dépendance
- (F59) Syndromes comportementaux non spécifiés associés à des perturbations physiologiques ou à des facteurs physiques

### **(F60-F69) Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte**

- (F60) Troubles spécifiques de la personnalité
  - (F60.0) Personnalité paranoïaque
  - (F60.1) Personnalité schizoïde
  - (F60.2) Personnalité dyssociale
  - (F60.3) Personnalité émotionnellement labile
    - Personnalité agressive
    - Personnalité borderline
    - Personnalité explosive
  - (F60.4) Personnalité histrionique
  - (F60.5) Personnalité anankastique
  - (F60.6) Personnalité anxieuse (évitante)
  - (F60.7) Personnalité dépendante
  - (F60.8) Autres troubles spécifiques de la personnalité
    - Personnalité de type « haltlose »
    - Personnalité excentrique
    - Personnalité immature
    - Personnalité narcissique
    - Personnalité passive-agressive
    - Personnalité psycho-névrotique
  - (F60.9) Trouble de la personnalité, sans précision
- (F61) Troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité

- (F62) Modifications durables de la personnalité non attribuables à une lésion ou à une maladie cérébrale
  - (F62.0) Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe
  - (F62.1) Modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique
  - (F62.8) Autres modifications durables de la personnalité
  - (F62.9) Modification durable de la personnalité, sans précision
  
- (F63) Troubles des habitudes et des Impulsivité/impulsions
  - (F63.0) Jeu pathologique
  - (F63.1) Tendance pathologique à allumer des incendies (pyromanie)
  - (F63.2) Tendance pathologique à commettre des vols (kleptomanie)
  - (F63.3) Trichotillomanie
  - (F63.8) Autres troubles des habitudes et des impulsions (Trouble explosif intermittent)
  - (F63.9) Trouble des habitudes et des impulsions, sans précision
  
- (F64) Troubles de l'identité de genre
  - (F64.0) Transsexualisme
  - (F64.1) Éonisme, transvestisme, travestisme bivalent
  - (F64.2) Trouble de l'identité de genre de l'enfance
  - (F64.8) Autres troubles de l'identité de genre
  - (F64.9) Trouble de l'identité de genre, sans précision
  
- (F65) Troubles de la préférence sexuelle
  - (F65.0) Fétichisme
  - (F65.1) Transvestisme fétichiste
  - (F65.2) Exhibitionnisme
  - (F65.3) Voyeurisme
  - (F65.4) Pédophilie
  - (F65.5) Sado-masochisme
  - (F65.6) Troubles multiples de la préférence sexuelle
  - (F65.8) Autres troubles de la préférence sexuelle
  - (F65.9) Trouble de la préférence sexuelle, sans précision

- (F66) Problèmes psychologiques et comportementaux associés au développement sexuel et à l'orientation sexuelle
  - (F66.0) Trouble de la maturation sexuelle
  - (F66.1) Orientation sexuelle égodystonique
  - (F66.2) Problème sexuel relationnel
  - (F66.8) Autres troubles du développement psychosexuel
  - (F66.9) Trouble du développement psychosexuel, sans précision
  
- (F68) Autres troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
  - (F68.0) Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques
  - (F68.1) Production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'une incapacité, soit physique soit psychologique (trouble factice)
  - (F68.8) Autres troubles précisés de la personnalité et du comportement chez l'adulte
  
- (F69) Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sans précision

#### **(F70-F79) Retard mental**

- (F70.-) Retard mental léger
- (F71.-) Retard mental moyen
- (F72.-) Retard mental grave
- (F73.-) Retard mental profond
- (F78.-) Autres formes de retard mental
- (F79.-) Retard mental, sans précision

Utiliser les codes ci-dessus conjointement avec les derniers digits suivants :

- (.0) Déficience du comportement absent ou minime
- (.1) Déficience du comportement significatif, nécessitant une surveillance ou traitement
- (.8) Autres déficiences du comportement
- (.9) Sans mention d'une déficience du comportement

#### **(F80-F89) Troubles du développement psychologique**

- (F80) Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage

- (F80.0) Trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation (Dyslalie)
- (F80.1) Trouble de l'acquisition du langage, de type expressif (Dysphasie, Aphasie)
- (F80.2) Trouble de l'acquisition du langage, de type réceptif (Dysphasie, Aphasie réceptive)
- (F80.3) Aphasie acquise avec épilepsie (Syndrome de Landau et Kleffner)
- (F80.8) Autres troubles du développement de la parole et du langage (Zézaïement)
- (F80.9) Trouble du développement de la parole et du langage, sans précision
- (F81) Troubles spécifiques des acquisitions scolaires
  - (F81.0) Trouble spécifique de la lecture
  - (F81.1) Trouble spécifique de l'acquisition de l'orthographe (Dysgraphie, Dysorthographe)
  - (F81.2) Trouble spécifique de l'acquisition de l'arithmétique (Acalculie de développement, Syndrome de Gerstmann)
  - (F81.3) Trouble mixte des acquisitions scolaires
  - (F81.8) Autres troubles du développement, des acquisitions scolaires (Agraphie)
  - (F81.9) Trouble du développement, des acquisitions scolaires, sans précision
- (F82) Troubles spécifiques du développement moteur
- (F83) Troubles spécifiques mixtes du développement
- (F84) Troubles envahissants du développement
  - (F84.0) Autisme infantile
  - (F84.1) Autisme atypique
  - (F84.2) Syndrome de Rett
  - (F84.3) Autres troubles désintégratifs de l'enfance
  - (F84.4) Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés
  - (F84.5) Syndrome d'Asperger
  - (F84.8) Autres troubles envahissants du développement
  - (F84.9) Trouble envahissant du développement, sans précision

- (F88) Autres troubles du développement psychologique
- (F89) Troubles du développement psychologique, sans précision

**(F90-F98) Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescent**

- (F90) Troubles hyperkinétiques
  - (F90.0) Perturbation de l'activité et de l'attention
  - (F90.1) Trouble hyperkinétique et trouble des conduites
  - (F90.8) Autres troubles hyperkinétiques
  - (F90.9) Trouble hyperkinétique, sans précision
- (F91) Troubles des conduites
  - (F91.0) Trouble des conduites limité au milieu familial
  - (F91.1) Trouble des conduites, type mal socialisé
  - (F91.2) Trouble des conduites, type socialisé
  - (F91.3) Trouble oppositionnel avec provocation
  - (F91.8) Autres troubles des conduites
  - (F91.9) Trouble des conduites, sans précision
- (F92) Troubles mixtes des conduites et des émotions
  - (F92.0) Troubles des conduites avec dépression
  - (F92.8) Autres troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels
  - (F92.9) Trouble mixte des conduites et troubles émotionnels, sans précision
- (F93) Troubles émotionnels débutant spécifiquement dans l'enfance
  - (F93.0) Angoisse de séparation de l'enfance
  - (F93.1) Trouble anxieux phobique de l'enfance
  - (F93.2) Anxiété sociale de l'enfance
  - (F93.3) Rivalité dans la fratrie
  - (F93.8) Autres troubles émotionnels de l'enfance
    - Hyperanxiété
    - Trouble de l'identité
  - (F93.9) Trouble émotionnel de l'enfance, sans précision



- (F94) Troubles du fonctionnement social débutant spécifiquement dans l'enfance ou à l'adolescence
  - (F94.0) Mutisme sélectif
  - (F94.1) Trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance
  - (F94.2) Trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition
  - (F94.8) Autres troubles du fonctionnement social de l'enfance
  - (F94.9) Trouble du fonctionnement social de l'enfance, sans précision
  
- (F95) Tics
  - (F95.0) Tic transitoire
  - (F95.1) Tic moteur ou vocal chronique
  - (F95.2) Forme associant tics vocaux et tics moteurs (syndrome de Gilles de la Tourette)
  - (F95.8) Autres tics
  - (F95.9) Tic, sans précision
  
- (F98) Autres troubles du comportement et autres troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou à l'adolescence
  - (F98.0) Énurésie non organique
  - (F98.1) Encoprésie non organique
  - (F98.2) Trouble de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant
  - (F98.3) Pica du nourrisson et de l'enfant
  - (F98.4) Mouvements stéréotypés
  - (F98.5) Bégaiement
  - (F98.6) Bredouillement (langage précipité)
  - (F98.8) Autres troubles précisés du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (onychophagie, onanisme)
  - (F98.9) Trouble du comportement et trouble émotionnel apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, sans précision

**(F99) Trouble mental, sans autre indication**

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

**Je le jure !**