

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI
UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

N°.....

MEMOIRE

**Itinéraire thérapeutique et recours des patients aux soins de
santé conventionnelle du service Psychiatrie du CHU Point G De
BAMAKO au Mali**

Présenté et soutenu le 10/03/2022 devant la Faculté de
Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : Dr Hassan Abdi Mouhoumed

Pour obtenir le grade de Diplôme Etude Spécialisé en psychiatrie

Jury

Président : Pr Hamadoun SANGHO

Membre : Dr Souleymane dit Papa COULIBALY

Dr Apérou dit Eloi DARA

Co-directeur : Dr Pakuy Pierre MOUNKORO

Directeur : Pr Souleymane COULIBALY

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Dedicaces

Je dédie ce travail à ma famille à qui, je dois tout.

Remerciements

A Dieu

Je remercie DIEU LE CRÉATEUR SUPRÊME, LE CLÉMENT LE TRÈS MISÉRICORDIEUX de m'avoir donné la vie et d'y veiller, la santé et le courage nécessaires pour la réalisation de ce travail.

A mes parents,

Depuis l'enfance, vous avez guidé mes pas dans ce monde, me donnant le meilleur de vous et vos conseils multiples pour surmonter les épreuves de la vie. Alors chers parents merci pour l'éducation que j'ai reçu de vous, car c'est le socle de ce que je suis, merci pour vos soutiens qui ne m'ont pas fait défaut pour la réalisation de ce travail qui est le vôtre.

A mes frères et sœurs, Nima, Idil ; Moustapha ; Noureddine ; Mouhyadine ; Ilwada ; Fatouma
Merci d'être toujours à mes côtés, merci pour vos prière.

A mes Oncles et Tantes

Merci d'être toujours présent depuis le début de ce travail jusqu'à la fin, merci pour vos soutiens.

La Faculté de Médecine d'Odontostomatologie de Bamako et les Enseignants de la Faculté de Médecine

Merci, Professeurs, d'avoir toujours cru en nous. Merci aussi d'avoir fait de nous ce que nous sommes aujourd'hui

Au Coordinateur de DES de Psychiatrie Professeur Arouna TOGORA

Nous étions tellement habitués à vous voir sourire tout le temps que nous n'avons pas remarqué vos yeux fatigués. Vous êtes une telle inspiration pour la vie. Meri d'avoir touché nos vies de tant de manières.

A mes chers Maître et tout le personnel de la psychiatrie

Ce travail est aussi le vôtre.

Aux FAD et DCSSA,

Je vous remercie de vos soutiens et la confiance accordée.

A tout le personnel de la psychiatrie

Aux amis

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

Président du jury :**Professeur Hamadoun SANGHO**

- **Professeur titulaire en santé publique à la FMOS.**
- **Chef de Département d'Enseignement et de Recherche (DER) en Santé**
- **Ancien Directeur général de l'ex centre de Recherche, d'Etude et de Documentation pour la Survie de l'enfant (CREDOS).**
- **Chevalier de l'Ordre National du Mali.**

Cher maître,

Vous nous avez entièrement honoré en acceptant spontanément de présider ce jury.

Votre exceptionnelle disponibilité pour tous ceux qui vous sollicitent fait également de vous un maître exceptionnel auquel nous aimerions tant ressembler.

Veillez trouver ici cher maître, l'expression de toute notre reconnaissance et nos vifs remerciements.

Membre du jury :**Dr COULIBALY Souleymane dit Papa**

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

Cher maître,

Nous avons eu le plaisir de vous connaître et ainsi, nous avons pu apprécier l'homme que vous êtes : rigoureux, simple et travailleur. Vos qualités intellectuelles, votre dévouement pour la recherche, votre sociabilité, et votre modestie font de vous un modèle de maître admiré.

Veillez accepter cher maître, nos sentiments d'estime et de profond respect.

Qu'Allah vous donne une longue vie et une bonne santé.

Membre du jury :

Dr. Apérou dit Eloi DARA

- Psychiatre au CHU Point G

- Membre de la Société Malienne de Santé Mentale (SOMASAM)

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury.

Homme simple et maître patient, votre sens social, votre ténacité dans le travail, et vos immenses qualités humaines et culturelles ont su éveiller en nous admiration, et respect.

Cher maître notre admiration est grande et notre gratitude à votre égard est éternelle.

Co-directeur :

Dr MOUNKORO Pakuy Pierre

- **Psychiatre, Chef de service de psychiatrie au CHU Point-G**
- **Maître assistant à la FMOS**
- **Membre de la Société Malienne de Santé Mentale (SOMASAM)**
- **Cher maître,**

Ce travail est aussi la vôtre ; vous aviez fait preuve d'une large disponibilité dans sa réalisation.

Votre humanisme et votre simplicité avaient fait de vous une référence.

Votre souci pour la formation de la relève était reconnu de tous. Pendant notre séjour au service de psychiatrie, nous avons apprécié la compétence avec laquelle vous vous acquittiez de votre devoir de médecin et surtout de formateur.

Nous ne saurions oublier les mots d'encouragement et de réconfort que vous aviez eus à notre endroit tout au long de ce travail.

Permettez-nous ici cher Maître, de vous réitérer nos sincères remerciements et notre profonde reconnaissance. Dors en paix

Directeur :

Pr Souleymane COULIBALY

- **Psychologue clinicien au CHU Point G.**
- **Professeur Titulaire en psychologie clinique à la FMOS.**
- **Membre de la Société Africaine de Santé Mentale (SASM)**
- **Secrétaire Général de la Société Malienne de Santé Mentale (SOMASAM)**
- **Membre du Consortium Human Heredity and Health in Africa**

Cher maître,

Durant toutes les années auprès de vous, vous nous avez fasciné par votre simplicité et votre pédagogie de clarté exceptionnelle.

Votre habilité technique, votre rigueur scientifique et votre souci pour le travail bien fait, font de vous un maître idéal qui a marqué de son sceau le service de psychiatrie.

Veillez agréer cher maître l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.

LISTE DES ABREVIATIONS et ACRONYMES

ACTD= Antécédent.

ADM= Age de Début de la Maladie

D.E.S= Diplôme d'Etudes Spécialisées

CHU= Centre Hospitalier Universitaire.

CIM10 = Classification internationale des maladies 10^{ème} édition

DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder.

FMOS = Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

MC : Médecine Conventionnelle

MT : Médecine traditionnelle

SCZ= Schizophrénie

SOMMAIRE

Titres	Pages
INTRODUCTION :	1
OBJECTIF	4
Objectifs Principal :	4
Objectifs Spécifiques :	4
I. GÉNÉRALITÉS :	6
1.1 Définition de concepts	6
1.2. Les Grands regroupements nosographiques	7
II. METHODOLOGIE :	20
2.1- Cadre de l'étude :.....	20
2.2 METHODES ET MATERIELS	24
2.2.1 Type d'étude et Période	24
2.2.2-Population d'étude	24
2.2.3 Echantillonnage :	24
2.2.4 Définition opérationnelle :	24
2.2.5- Instruments de collecte de données	24
2.2.6. Variables mesurées	24
2.2.7- Outils de collecte des données	25
2.2.8- Procédures de collecte :	25
2.2.9-Analyse, saisie et traitement des données	25
2.2.10- Procédure d'obtention du consentement	25
III. RÉSULTATS	27
IV. DISCUSSION	46
V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	53
1. Conclusion	53
2. Recommandations	54
VI. References bibliographiques	56
Annexes	62
FICHE SIGNALITIQUES :	62

Liste des tableaux

Titres	Pages
Tableau I : Répartition de la population selon l'ethnie	28
Tableau II: Répartition selon la motivation de la famille à recourir aux soins conventionnels	31
Tableau III: Perception de la famille du service de psychiatrie avant le recours à la médecine conventionnelle	32
Tableau IV: Répartition selon les différents types d'itinéraires thérapeutiques	34
Tableau V : Répartition des patients selon les structures du recours	35
Tableau VI: Résultats des patients après le recours à la médecine traditionnelle	35
Tableau VII: Répartition selon le nombre du recours à la médecine traditionnelle.....	36
Tableau VIII: Répartition des patients selon les sexes en fonction du type d'itinéraires	36
Tableau IX: Répartition des patients selon les tranches d'âge en fonction du type d'itinéraires :	37
Tableau X: : Répartition des patients selon le lieu de résidence en fonction du type d'itinéraires :.....	37
Tableau XI : Répartition des patients selon la situation matrimoniale en fonction du type d'itinéraires	38
Tableau XII : Répartition des patients selon la profession en fonction du type d'itinéraires :	39
Tableau XIII: Répartition des patients selon le diagnostic en fonction du type d'itinéraires	39
Tableau XIV: Répartition des patients selon la situation matrimoniale en fonction du recours tardif ou non	42

Liste des figures :

Titres	Pages
Figure 1 Répartition de la population selon la tranche d'âge.....	27
Figure 2: Répartition de la population selon le sexe.....	27
Figure 3 : Répartition selon la profession	28
Figure 4: Répartition de la population selon le lieu de résidence	29
Figure 5 : Répartition de la population selon la situation matrimoniale	29
Figure 6 : Répartition de la population selon l'éducation	30
Figure 7: Répartition de la population selon le niveau d'instruction	30
Figure 8: Répartition selon les représentations traditionnelles de la maladie.....	31
Figure 9 : Répartition selon la durée de la maladie.....	32
Figure 10 : Répartition des patients selon le recours tardif ou non.....	33
Figure 11 : Répartition selon les premiers symptômes	33
Figure 12 : Répartition selon le diagnostic	34
Figure 13: Répartition des patients selon la durée de la maladie en fonction des types d'itinéraire	40
Figure 14: Répartition des patients selon le sexe en fonction du recours tardif ou non.....	40
Figure 15 : Répartition des patients selon Scolarisation en fonction du recours tardif ou non.....	41
Figure 16 : Répartition des patients selon le niveau d'étude en fonction du recours tardif ou non	41
Figure 17 : Répartition des patients selon le niveau d'étude en fonction du recours tardif ou non	42
Figure 18: Répartition des patients selon la représentation de la maladie en fonction du recours tardif ou non	43
Figure 19 : Répartition des patients selon le Diagnostic en fonction du recours tardif ou non	43
Figure 20 : Répartition des patients selon le Diagnostic en fonction du recours tardif ou non	44

INTRODUCTION

INTRODUCTION :

La santé mentale constitue un enjeu majeur de santé publique et un véritable défi de taille dans les pays d'Afrique de l'ouest comme le Mali à cause de nombreux problèmes d'acceptabilités liés aux considérations socio-culturelles de la population [1]. L'inacceptation fréquente de la médecine moderne au détriment de soins traditionnels génère un retard dans la prise en charge de troubles mentaux et augmente d'avantage le risque de chronicisation de la maladie. **Mechanic**, (1968) introduit le model du comportement face à la maladie. Il explique que c'est une réponse apprise culturellement et socialement au cours du développement et détermine la perception de la population face à la maladie mentale. En effet, en Afrique noire la compréhension traditionnelle suppose le corps humain comme une entité susceptible d'être possédée par des « Djinns » ou « de vieux ancêtres décédés » ou par « des sorciers malveillantes » [2-3]. Cela a été démontré par les constatations des personnels du service de psychiatrie de Point G où la majorité des sujets souffrant de troubles mentaux ont eu recours à la médecine traditionnelle avant leur arrivée [3].

A partir les années 1940, la santé mentale et la psychiatrie connaissent une véritable révolution. La première est l'émergence de l'hygiène mentale et le développement d'une psychopolitique. La seconde est l'avancée en neurobiologie et la pharmacologie avec le développement de neuroleptique. La psychiatrie et la prise en charge de troubles mentaux ont passé d'un système asilaire à l'hôpital psychiatrique ouvert [3-4]. Dans un rapport, l'OMS souligne que les traitements donnent des résultats positifs [OMS, 2001], après lesquels, jusqu'à 60 % des patients guérissent de la dépression, jusqu'à 73 % n'ont plus de crise d'épilepsie et enfin jusqu'à 77 % n'ont plus de rechutes schizophréniques. À la suite, des traitements on observe une diminution d'environ 60 % de la consommation des drogues. On estime qu'une personne sur quatre souffre d'un trouble mental ou neurologique à un moment ou à un autre de sa vie et ces pathologies affectent actuellement 450 millions de personnes. Plus précisément, il y aurait 121 millions de personnes qui souffriraient de dépression (4^e cause d'incapacité au monde, 2^e en 2030) [1]. Il n'y a pas beaucoup de données concernant la prévalence de troubles mentaux en Afrique mais dans certains pays qui ont fait une enquête nationale comme le Maroc ou le Burkina Faso en 2019, le taux est évalué à plus de 40% dans la population générale [5-6-7].

.En Novembre 2019, l'OMS avait publié un rapport ou elle a souligné le grand décalage qui existe entre les pays dans le monde. Selon ce rapport dans les pays à faible revenu, 85% des sujets souffrant de troubles mentaux n'ont pas accès à une prise en charge adéquate.

La Situation en Afrique dans la prise en charge des sujets souffrant de troubles mentaux pose de sérieuses préoccupations. La priorité étant donnée aux maladies transmissibles comme le

VIH/SIDA, les moyens alloués au programme national de santé mentale est faible et sert essentiellement au fonctionnement des hôpitaux psychiatriques localisés dans les grandes villes et donc inaccessibles à la majorité de la population qui vit dans la zone rurale [8-9].

Le concept d'itinéraire thérapeutique est défini comme « la trajectoire suivie par chaque usager parmi la gamme des recours disponibles sur le marché des soins [10]. Les études sur les parcours de soins sont un bon moyen d'évaluation du fonctionnement du système de santé d'un pays mais aussi la représentation actuelle de maladies mentales dans la population. Beaucoup d'études ont été menées en Afrique sur les parcours de soins des sujets avec de troubles mentaux. Parmi eux l'étude de **Soumaoro. K et al** [11] a montré que 73.3% des patients avaient opté pour la médecine traditionnelle comme premier choix et plus de la moitié était venue à la suite d'un échec thérapeutique chez les tradithérapeutes. Pour **Yavo PY, et al** [12] à Abidjan, 70,6% des sujets ont fait recours aux lieux de culte et 11,8% ont fait recours aux guérisseurs traditionnels.

Nous avons cherché dans ce travail à comprendre les facteurs du recours tardif de soins conventionnels de santé mentale d'où le choix de notre sujet de recherche sur les itinéraires thérapeutiques des patients hospitalisés au service de psychiatrie du CHU de Point G durant la période d'étude.

Pourquoi la plupart de nos patients nous parviennent en retard ? Quelle est la perception de la population face à la maladie mentale et la prise en charge conventionnelle de troubles mentaux ?

Ce travail a été initié en visant les objectifs ci-après.

OBJECTIFS

OBJECTIF

Objectifs Principal :

Etudier le rôle de l'itinéraire des patients dans le recours tardif aux soins de santé mentale conventionnels;

Objectifs Spécifiques :

1. Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patients
2. Déterminer les différents types d'itinéraires thérapeutiques adoptés par les patients ;
3. Déterminer les facteurs du recours tardif aux soins conventionnels;
4. Identifier la perception des patients et leur famille sur la maladie mentale en fonction des types d'itinéraires thérapeutiques ;

GÉNÉRALITÉS

I. GÉNÉRALITÉS :

1.1 Définition de concepts

Itinéraire de soins :

La notion d'**itinéraire thérapeutique**", utilisée avant tout chez les anthropologues, sociologues ou psychologues, relève des représentations de la santé et de la maladie chez les individus. Pour les anthropologues, l'itinéraire thérapeutique se rapporte, à l'échelle d'une vie ou d'un épisode morbide, à l'ensemble des systèmes de représentation de la santé et de la maladie intervenus dans les choix effectués par l'individu dans son recours aux soins, le choix de ses traitements, de ses praticiens, et dans les façons de dire et de penser sa maladie et/ou sa guérison.

Le "parcours de soins" désigne la succession d'étapes par lesquelles l'individu peut se soigner. Le "parcours de soins" n'a donc pas de dimension territoriale dans le système de santé publique français où il relève de l'adressage administratif chez des professionnels de santé.

En sociologie, la notion de "**trajectoire de santé**" est utilisée pour parler de l'organisation de la prise en charge de la maladie par les acteurs impliqués, professionnels de la santé et du social, patient, famille. La notion de "trajectoire" ne se réfère donc pas à des mobilités mais plutôt aux chaînes d'organisation des soins : actes médicaux, mobilisation de différents savoir-faire à différents moments, répartition des tâches entre acteurs, le tout d'un bout à l'autre du processus de la maladie et de la guérison. À la différence de la notion d'itinéraire thérapeutique, cette notion est moins centrée sur l'individu et permet d'avoir une vision sur le système de santé en général avec différents niveaux d'analyse. Il en ressort que les processus de maladie sont toujours complexes et impliquent des recours à des lieux de soins précis, ces logiques restant encore peu traitées dans la littérature scientifique.

Santé mentale :

La santé mentale fait l'objet d'un large éventail d'activités qui relèvent directement ou indirectement du "bien-être", tel qu'il figure dans la définition de la santé établie par l'OMS comme étant "un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité".

La santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles

Origine Mystique :

La maladie mentale n'aurait pas une origine naturelle (explication moderne de la maladie par des causes organique, biochimique ou déclenchée par des facteurs psychosociaux). La maladie mentale est perçue dans la perspective de la médecine traditionnelle :

- elle peut être vécue comme une transgression d’interdits familiaux ou tribaux. On est malade parce que l’interdit n’a pas été respecté ;
- elle peut être perçue comme l’agression d’un tiers. Le malade est victime de la méchanceté des autres ; cela est le cas de la sorcellerie constamment évoquée en Afrique ;
- enfin, elle peut prendre la forme de l’élection d’une divinité. Le malade est sélectionné pour exercer une fonction sociale (transe ou certaines formes d’épilepsies). Le mal disparaît si la personne accepte d’exercer la fonction pour laquelle il a été choisi.

Marabout :

Fonctionnement semblable à celui du féticheur à la différence qu’il utilise le coran pour les consultations divinatoires et certains versets coraniques pour extraire la possession diabolique du patient.

Médecine traditionnelle (OMS) :

La médecine traditionnelle selon l’OMS, la MT est définie comme l’ensemble de toutes les connaissances et de toutes les pratiques, explicables ou non, transmises de génération en génération, oralement ou par écrit, utilisées dans une société humaine pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre du bien-être physique, mental, social et spirituel.

Tradipraticien de santé (TPS) :

TPS est une personne reconnue par la collectivité dans laquelle elle vit, comme compétente pour dispenser les soins de santé, grâce à l’emploi de substances végétales, animales et minérales, et d’autres méthodes, basées sur le fondement socioculturel et religieux, aussi bien que sur les connaissances, comportements et croyances liées au bien-être physique, mental, social et spirituel, ainsi qu’aux causes des maladies et invalidités prévalant dans la collectivité.

1.2. Les Grands regroupements nosographiques [13] :

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

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

1.2.1. Les psychoses :

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

Les psychoses entraînent le plus souvent un grave handicap social.

Elles sont constituées des psychoses aiguës et des psychoses chroniques [14].

1.2.1.1 Les psychoses aiguës: [15]

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

✓ Les bouffées délirantes :

Les bouffées délirantes polymorphes, ou psychoses délirantes aiguës sont caractérisées par l'écllosion soudaine d'un délire transitoire, généralement polymorphe dans ses thèmes et ses expressions. Elles constituent de véritables expériences délirantes en ce sens que le délire y est vécu comme une donnée immédiate de la conscience modifiée, comme une « expérience » qui s'impose au sujet (intuitions, illusions, hallucinations, sentiments d'étrangéité, de mystère etc.) [16].

✓ Les psychoses puerpérales :

Parmi les accidents psychiques aigus de la puerpéralité, on distingue les épisodes du post-partum précoce (les six premières semaines après l'accouchement), et les états psychotiques tardifs (moins fréquents). Au cours même de la grossesse, les accidents sont très rares.

L'âge des femmes atteintes de psychose puerpérale est en moyenne 25-31 ans.

Les psychoses puerpérales surviennent dans le post-partum précoce dans 75% des cas.

✓ Les Etats confusionnels :

La confusion mentale se caractérise par une obnubilation de la conscience entravant le fonctionnement de toute l'activité psychique avec au premier plan une baisse de la vigilance, des troubles de la mémoire, une désorientation temporo-spatiale et souvent un délire onirique, proche du rêve [17].

1.2.1.2. Les psychoses chroniques :

Les psychoses regroupent :

- ✓ Les psychoses chroniques schizophréniques
- ✓ Les psychoses chroniques non schizophréniques, sans évolution dissociative ni déficitaires.

Il s'agit :

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

1.2.1.2.1. Les psychoses schizophréniques : [15]

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

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

Un épisode aigu inaugure une schizophrénie dans 35 à 40 % des cas. Il existe deux principales variétés : les bouffées délirantes aiguës et les états dysthymiques. Les principaux éléments du syndrome schizophrénique sont le syndrome de dissociation psychique, le délire de type paranoïde et l'autisme.

Les critères diagnostic de la schizophrénie selon le DSM IV : [16]

La Schizophrénie est une affection qui dure au moins 6 mois et inclut au moins 1 mois de symptômes de la phase active (c'est à dire deux (ou plus) des manifestations suivantes : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique, symptômes négatifs). Les définitions des sous types de Schizophrénie (paranoïde, désorganisé, catatonique, indifférencie et résiduel) sont également incluses dans cette section.

1.2.1.2.2. Les psychoses chroniques non schizophréniques :

Elles sont :

- Des délires paranoïaques systématisés : la Paranoïa

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

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

Les principaux états délirants de type paranoïaque sont les délires passionnels (délires « en secteur », localisés à une idée délirante prévalente), et les délires « d'interprétation », (délires « en réseau » où des idées de persécution s'étendent progressivement). Un aspect particulier en est offert par le délire de relation de KRETSCHMER [17].

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

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

- **Des délires chroniques d'imagination ou psychoses fantastiques : la Paraphrénie**

Depuis les descriptions initiales de KRAEPLIN (1909) [18] et les travaux de NODET sur la « structure paraphrénique » on définit les paraphrénies comme des délires chroniques, à mécanisme surtout imaginatif, dont les thèmes sont volontiers fantastiques, grandioses ou cosmiques, et dont l'absence de systématisation contraste avec une longue adaptation au monde réel.

Le début est le plus souvent lent et progressif, s'étalant sur plusieurs années, entre 30 et 45 ans. Un épisode fécond, avec angoisse ou exaltation, peut être révélateur d'un état délirant déjà ancien, dont le début est passé inaperçu.

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

- **Des délires chroniques essentiellement hallucinatoires : les psychoses hallucinatoires chroniques (PHC)**

Depuis Gilbert BALLEET (1912), les psychiatres français individualisent ce cadre nosographique. Les classifications étrangères considèrent ces états comme des schizophrénies d'apparition tardive, et pour certains cas seulement comme des délires de structure paranoïaque ou paraphrénique [19].

Le tableau clinique est caractérisé par la survenue, le plus souvent chez une femme de 30 à 40 ans, d'un délire d'évolution chronique dont le mécanisme est essentiellement hallucinatoire [20].

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

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

- Les hallucinations psychiques (avec « voix intérieures », vol ou devinement de la pensée, énonciation et commentaires des actes et de la pensée, écho de la pensée, etc.) à l'origine du syndrome d'influence ;

- Les hallucinations auditives proprement dites (voix injurieuses et menaçantes, plus rarement neutres et bienveillantes) ;
- Les hallucinations cénesthésiques variées (courants électriques) de topographie variable, souvent localisées aux régions génitales et abdominales, induisant des idées de possession ;
- Les hallucinations visuelles, olfactives et gustatives, plus rares, pouvant donner naissance à des thèmes d'empoisonnement ;
- les automatismes psychomoteurs (avec gestes imposés ou inhibés et sensations de déformations corporels).

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

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

1.2.3. Les névroses : [21]

La névrose désigne des maladies de la personnalité à l'origine desquelles les facteurs psychologiques jouent un rôle majeur et qui ont en commun certains caractères :

- Elles n'altèrent pas le système de réalité ce qui les différencie des psychoses ;
- Elles s'expriment par des symptômes reconnus par le patient comme pathologiques et motivant souvent une demande d'aide médicale, même si leur signification psychologique n'est pas toujours appréhendée ;
- Elles déterminent des troubles des conduites sociales qui restent en général mineurs.
- **Les névroses se manifestent par des symptômes « compréhensibles »** : on peut les comprendre en fonction de l'histoire du sujet et des événements qui l'ont marqué. Elles représentent un mode de défense contre l'angoisse liée à des conflits inconscients et réalisent une sorte de compromis (signification symbolique des symptômes) tendant à neutraliser cette angoisse.

Les patients atteints de troubles névrotiques consultent volontiers les généralistes ou d'autres spécialistes que les psychiatres, pour des symptômes qui les font qualifier de « fonctionnels » ou « organiques ».

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

On distingue différents aspects typiques des névroses qui sont :

▪ **la névrose d'angoisse** : l'angoisse y demeure libre, flottante [22]

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

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

▪ **la névrose phobique** : l'angoisse y est portée sur un objet ou une situation [23]

La phobie est une crainte anxieuse spécifique. Elle est déclenchée par un objet ou une situation n'ayant pas en lui-même un caractère dangereux. Elle disparaît en dehors de l'objet ou de la situation ; ce qui entraîne des conduites d'évitement caractéristiques. La phobie dépasse le contrôle volontaire du malade, bien qu'il soit conscient du caractère absurde de sa crainte.

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

- Agoraphobie : peur des espaces découverts, des lieux publics ;
- Claustrophobie : peur des espaces clos ;
- Phobies des situations sociales : peur de parler et de paraître en public, peur de manger en public etc. ;
- Phobie des animaux ;
- Autres phobies : Phobie des hauteurs (étage élevé, pont), Phobie d'objets (aiguilles, couteaux, tissus velours, plume) et Phobie des transports (train, avion).

▪ **la névrose hystérique** : l'angoisse y est déplacée sur le corps : conversion somatique [24]

L'hystérie met en cause le corps. « La définition de l'hystérie, disait LASEGUE (1878), n'a jamais été donnée et ne le sera jamais. Les symptômes ne sont, ni assez conformes, ni assez égaux en durée et en intensité pour qu'un type même descriptif puisse les comprendre tous » [25].

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

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

▪ **la névrose obsessionnelle** : l'angoisse y est déplacée sur les contenus psychiques [26]

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

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

On y observe les obsessions et les compulsions :

- **Les obsessions** : sont caractérisées par « l'irruption dans la pensée d'un sentiment, d'une idée, d'une tendance, apparaissant au malade comme un phénomène morbide en désaccord avec sa pensée consciente, qui émane pourtant de sa propre activité psychique et persiste malgré ses efforts pour s'en débarrasser » (PICHOT). [24]

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

Les contenus de pensée pouvant donner lieu à l'obsession sont innombrables.

Mais en pratique on distingue les obsessions idéatives, phobiques et impulsives.

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

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

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

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

1.2.3.1. Les troubles de l'humeur : [21]

Les désordres de l'humeur comptent parmi les troubles les plus couramment observés tant en pratique psychiatrique qu'en médecine générale.

On distingue :

❖ La psychose maniaco-dépressive : [21]

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

▪ **La manie** est un état d'excitation caractérisé par :

- Une exaltation de l'humeur à tonalité euphorique ;
- Une accélération des processus psychiques avec fuites des idées ;
- Une hyperactivité désordonnée ;
- Une perturbation de certaines fonctions biologiques, le sommeil en particulier.

▪ **L'accès mélancolique** : est un état de dépression caractérisé par :

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

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

▪ **Les dépressions psychogènes** :

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

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

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

1.2.4. Les autres pathologies :

❖ L'épilepsie :

Selon Franck Semah, Catherine Chiron [26] « la crise épileptique est la manifestation clinique d'un dysfonctionnement cérébral et l'épilepsie se caractérise par la répétition des crises épileptiques non provoquées ».

La commission de l'ILAE (International League Against Epilepsy) donne les définitions suivantes [27] :

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

L'épilepsie est un domaine de la pathologie médicale qui occupe une place particulière dans le champ psychiatrique [28].

Certaines manifestations cliniques de l'épilepsie soulèvent des problèmes diagnostiques avec les troubles psychiques d'autre nature. C'est parfois le cas des crises partielles à sémiologie complexe mettant en jeu l'activité nerveuse supérieure ; c'est surtout le cas d'épisode psychopathiques plus durables à type d'états confusionnels ou confuso-délirants [29].

On distingue parmi les troubles psychiatriques observés au cours des épilepsies, les phénomènes paroxystiques « critiques », les perturbations « inter critiques » aiguës ou subaiguës et les troubles mentaux permanents qui concernent surtout la personnalité de l'épileptique [15].

❖ **Les Déficiences intellectuelles ou retards mentaux** : sont des insuffisances congénitales (ou liées à des atteintes très précoces) du développement intellectuel [15].

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

Les différents niveaux d'arriération retenus par la classification française des troubles mentaux [21] sont :

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

❖ **La Démence** : [14]

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

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

Le tableau clinique associe de façon diverse :

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

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

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

❖ **La toxicomanie ou pharmacodépendance** : [30]

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

Une toxicomanie (anglais : addiction), comprend :

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

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

- ✓ L'alcoolisme : [29] << les alcooliques sont des buveurs excessifs dont la dépendance à l'égard de l'alcool est telle qu'ils présentent soit un trouble mental décelable, soit des manifestations affectant leur santé physique et mentale, leurs relations avec autrui et leur comportement social et économique, soit des prodromes des troubles de ce genre. Ils doivent être soumis à un traitement >>. Cette définition proposée par le Comité d'experts de l'OMS en 1952 met l'accent sur la dépendance pathologique qui lie le malade à l'alcool. C'est le critère essentiel commun à toutes les formes d'alcoolisme, indépendamment de ses

modes d'expression et de son contexte sociologique. << Il y a alcoolisme lorsqu'un individu a, en fait, perdu la liberté de s'abstenir d'alcool >> [30].

Les complications neuropsychiques de l'alcoolisme chronique sont :

- Les accidents de sevrage :
 - Tremblements matinaux : « le syndrome hyperesthésique hyperémotif »,
 - Crises convulsives généralisées,
 - Hallucinoïse des buveurs,
 - Delirium tremens.
- Les troubles neuropsychiques liés aux conséquences nutritionnelles de l'alcoolisme :
 - L'encéphalopathie de Gayet Wernicke,
 - le syndrome de korsakoff.
- Les démences alcooliques :

L'affaiblissement intellectuel est fréquent chez l'alcoolique après une longue période d'intoxication. Il touche d'abord l'attention et la mémoire, il s'accompagne d'apathie, de passivité, d'indifférence, de troubles caractériels, de réduction du jugement et de l'autocritique.

- Les délires chroniques des alcooliques :

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

1.2.4. Les orientations thérapeutiques : [31]

1.2.4.1. Les thérapies médicamenteuses :

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

La classification des médicaments psychotropes la plus généralement admise est la classification clinique proposée par J. DELAY et P. DENIKER en 1957.

Elle distingue trois grands types de psychotropes, selon leur mode général d'action sur le psychisme :

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

1.2.4.2. Les antidépresseurs.

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

1.2.4.3. Les neuroleptiques.

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

1.2.4.4. Les anxiolytiques.

Essentiellement les benzodiazépines sont beaucoup les plus utilisés.

1.2.5. Les psychothérapies.

On entend généralement par psychothérapie une méthode de traitement agissant sans intervention biologique sur le psychisme : « est psychothérapique toute démarche méthodique visant à modifier de façon durable la relation de l'organisme à son milieu en agissant sur le médiateur de cette relation : le psychisme » [32]

On classe les psychothérapies en :

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

METHODOLOGIE

II. METHODOLOGIE :

2.1- Cadre de l'étude :

L'étude s'est déroulée dans le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point G, dans le service de Psychiatrie.

• 2.1.1 Présentation du CHU du Point-G :

L'hôpital du point G est créé en 1906 sur une superficie de 25 hectares.

Le nom Point G, donné à la colline qui abrite l'hôpital, est une dénomination de repère géodésique des militaires colons.

L'hôpital militaire devient par arrêté numéro 174 de février 1958, un hôpital civil.

L'hôpital du point g est un établissement public hospitalier depuis la loi N°026048 du 22 juillet 2002, puis centre hospitalier universitaire (CHU) après la signature de la convention hospitalo-universitaire du 14 mars 2007

• Organisation et fonctionnement :

Le CHU du Point G est une structure sanitaire de 3ème référence, sur la pyramide sanitaire du pays. Il assure une mission de soins, de formation et de recherche. Il est géré par trois organes : le conseil d'Administration, la Direction Générale, et le Comité de Direction.

Le Conseil d'Administration :

Il est composé de 19 membres :

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

La Direction Générale :

Le CHU du Point G est dirigé par un Directeur Général (DG) nommé par décret pris en conseil de ministres sur proposition du ministre de la Santé ; il est assisté d'un Directeur Général Adjoint nommé par arrêté ministériel (qui fixe ses attributions spécifiques) sur proposition du Directeur Général de l'Hôpital.

Le directeur exerce ses attributions dans les limites des lois et règlements en vigueur conformément aux dispositions des articles 68, 69 et 70 de la loi N°02-050 du 22 juillet 2002 portant la loi hospitalière.

Le Comité de Direction :

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

Organes consultatifs :

La Commission Médicale d'Etablissement :

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

La Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux : dont l'organisation et le fonctionnement sont prévus dans les articles 18, 19, 20, 21,22 du décret N° 03-337 PRM du 7 Août 2003.

Le Comité Technique d'Etablissement : dont l'organisation et le fonctionnement sont prévus dans les articles 18, 19, 20, 21,22 du même décret.

Le Comité d'Hygiène et de Sécurité : dont l'organisation et le fonctionnement sont fixés par les articles 28, 29, 30, 31, 32, 33 du décret N°03- 337 PRM du 7 Août 2003.

- **Services existants au CHU du Point G :**

L'administration générale :

Qui comprend :

La Direction, le Secrétariat Général, la Comptabilité, le Contrôle Financier, le Bureau des Entrées, le Service Social, le Service Informatique, le Service des Statistiques, le Service de Maintenance. Les services techniques :

- L'Anesthésie, Réanimation et Urgences
- Le Service de Chirurgie, la Gynéco-obstétrique, l'Urologie et la Coeliochirurgie ;
- Le Service d'Hémo - Oncologie ;
- Le Service de Rhumatologie ;
- Le Service de Médecine Interne ;
- Le Service de Néphrologie et d'Hémodialyse,
- Le Service de Neurologie,
- Le Service de Cardiologie,
- Le Service des Maladies Infectieuses et tropicales,
- Le Service de Pneumo-phtisiologie,
- Le Service de Psychiatrie,
- Le Service d'Imagerie Médicale et de Médecine Nucléaire,
- Le Laboratoire,

- Le service de gastroentérologie,
- La Pharmacie Hospitalière,
- La Buanderie,
- La Cuisine,
- La Cafétéria,
- La Morgue.

- **2.1.2 Présentation du service de psychiatrie du CHU du Point « G » :**

C'est le 1er service de psychiatrie au sein d'un hôpital général et le 3ème niveau de référence au Mali.

- Les locaux

Elles sont situés au nord-est dans la cour de l'hôpital. Les infrastructures on distingue :

- « L'ancien service », appelé communément « Cabanon », entouré d'un enclos grillagé, est le 1er bloc et la première construction du service, remontant au temps colonial. Il est situé 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 d'accueil des urgences psychiatriques, 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 d'admission et d'hospitalisation :
Annexé à l'ancien service, la cour grillagée, il est situé au nord-est, il 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 a une capacité d'accueil de 44 lits d'hospitalisations.
 - Le pavillon des femmes : Il est composé de bureaux pour l'administration et de deux grandes salles pour une capacité d'hospitalisation de 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 un (21) cases de deux places chacune.

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

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

- Le Personnel :

Il est composé de :

- Un (1) Professeur Titulaire de psychologue clinique
- Un Maître Assistants médecin psychiatre
- Six psychiatre praticiens Hospitaliers
- Deux psychologues
- Dix (10) Assistants Médicaux spécialisés en psychiatrie
- Un Technicien de Santé
- Quatre (4) Techniciens de Surface
- Trois (3) Agents de Sécurité
- Huit (8) Médecin en formation spécialisée en psychiatrie (DES)
- Des étudiants hospitaliers, des étudiants stagiaires en médecine, des étudiants des différentes écoles de santé et de l'INFSS (Institut National de Formation en Sciences de la Santé) et les stagiaires-psychologues.

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

- Le fonctionnement du service de psychiatrie :

Le service fonctionne sur le mode de psychiatrie de type communautaire et il mène des :

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

Tous les jours la garde est assurée par une équipe constituée d'un médecin, d'un assistant médical, d'un technicien de surface, d'un agent de sécurité et d'un interne des hôpitaux.

Une visite hebdomadaire (tous les jeudis) aux malades, est effectuée par l'ensemble du personnel médical et paramédical.

- Le « Kotèba » thérapeutique :

Le « Kotèba » est une technique psychothérapique originale à l'image du psychodrame de MORENO. Chaque vendredi, un groupe d'animateur 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 personnel soignant.

2.2 METHODES ET MATERIELS

2.2.1 Type d'étude et Période :

Il s'agit d'une étude transversale couvrant la période allant de 1^{er} Octobre 2019 au 31 Mars 2020.

2.2.2-Population d'étude :

Il s'agit de tous les patients et accompagnants hospitalisés au service de psychiatrie du CHU du point G durant la période d'étude, recrutés de manière exhaustive et ayant acceptés de participer à l'enquête après une explication approfondie du sujet d'étude.

2.2.3 Echantillonnage :

L'échantillon a été recruté de façon exhaustive à partir de la population d'étude sur la base des critères d'inclusion et non inclusion. Il a été retenu 120 cas.

*** Critères d'inclusion :**

- Patients et accompagnants ayant été hospitalisés dans le service de psychiatrie du CHU du point G pendant la période de recrutement soit 06 mois.
- Patients et accompagnants ayant acceptés la participation à cette enquête etant facultative.

*** Critères d'exclusion :**

- Patients et leur famille ayant été hospitalisés en dehors de la période de recrutement.
- Patients et leur famille ayant refusés participer à l'étude après une explication approfondie du sujet.

2.2.4 Définition opérationnelle :

Itinéraire de soins :

- Le "itinéraire de soins" désigne la succession d'étapes par lesquelles l'individu peut se soigner.
- Recours Tardif : Correspond dans ce travail le recours au-delà de six mois entre l'apparition du premier symptôme et l'instauration d'un premier traitement conventionnel.
- Recours non tardif : Correspond dans ce travail le recours moins de six mois entre l'apparition du premier symptôme et l'instauration d'un premier traitement conventionnel.

2.2.5- Instruments de collecte de données :

L'étude a été faite à partir des entretiens avec les malades et leurs accompagnants à l'aide de fiches d'enquête établies à cet effet et portée en annexe.

2.2.6. Variables mesurées :

Les variables suivantes ont été mesurées.

- Variables qualitatives :

Le sexe, la profession, la résidence, le lieu de vie, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, le diagnostic, la situation professionnelle au moment de l'enquête, les motifs de consultation, le premier symptôme, les motivations sur les choix de recours par la famille, les différents recours aux soins (1,2,3,4), l'évolution.

Variables quantitatives :

L'âge, la durée de la maladie, type de recours.

2.2.7- Outils de collecte des données :

Nous avons collecté des données sur les fiches d'enquêtes préétablies à travers un entretien direct avec le patient et la consultation de son dossier médical.

2.2.8- Procédures de collecte :

- Les patients enquêtés ont été repérés dans le pavillon d'hospitalisation du service
- Le questionnaire a été administré à l'occasion des visites médicales durant leur séjour hospitalier
- L'obtention du consentement a été le préalable pour l'administration du questionnaire.

2.2.9-Analyse, saisie et traitement des données

Cette étude a été faite sur la base de 135 patients dont 15 n'ont pas donné leur accord. Ce qui porte à 120, la population étudiée pour l'analyse finale. Les variables qui ont été prises en compte lors de cette étude sont le sexe, la répartition sociodémographique, la tranche d'âge, l'ethnie, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction, l'origine et la profession. L'analyse et le traitement des données ont été faites avec les logiciels Excel 2016 et SPSS v

2.2.10- Procédure d'obtention du consentement :

Chaque participant ou leurs répondants étaient informés des objectifs de l'étude. La garantie de la confidentialité et de l'anonymat leurs était donnée. Le patient était informé qu'il est libre de participer ou de ne pas participer à l'étude et que sa décision n'aura pas de conséquence sur sa prise en charge.

RÉSULTATS

III. RÉSULTATS :

Nous avons inclus 120 patients dans cette étude. Cette population se caractérise comme suite :

Age	Tranche d'Age	
	Effectif	Fréquence
≤ 18 ans	1	0,8
19-28	38	31,7
29-38	48	40,0
39-48	22	18,3
46-58	9	7,5
≥59	2	1,7
Total	120	100,0

Figure 1 Répartition de la population selon la tranche d'âge.

La tranche d'âge de 29-38 ans était la plus représentée avec 40,0%.

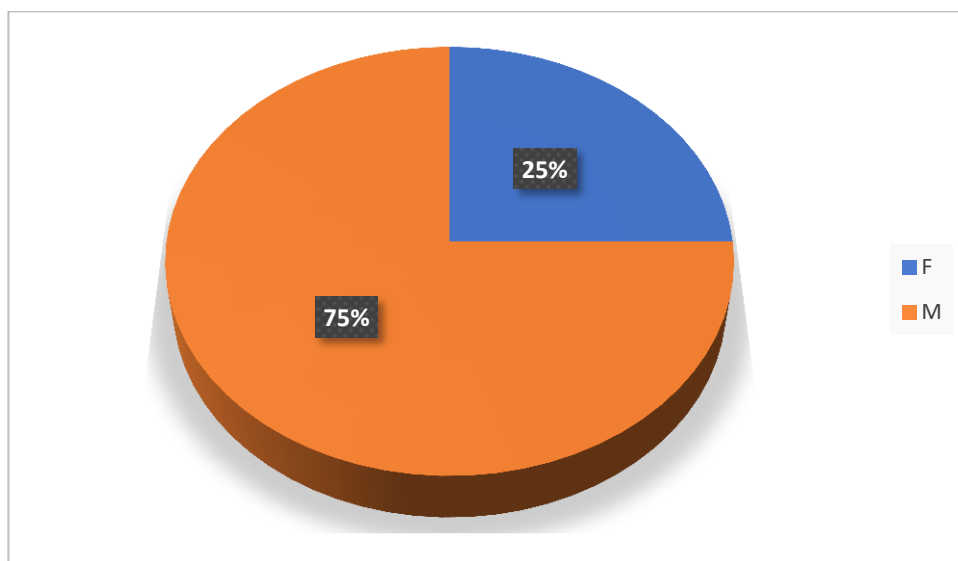


Figure 2: Répartition de la population selon le sexe

Les patients de sexe masculin étaient majoritaires avec 75.0% des cas.

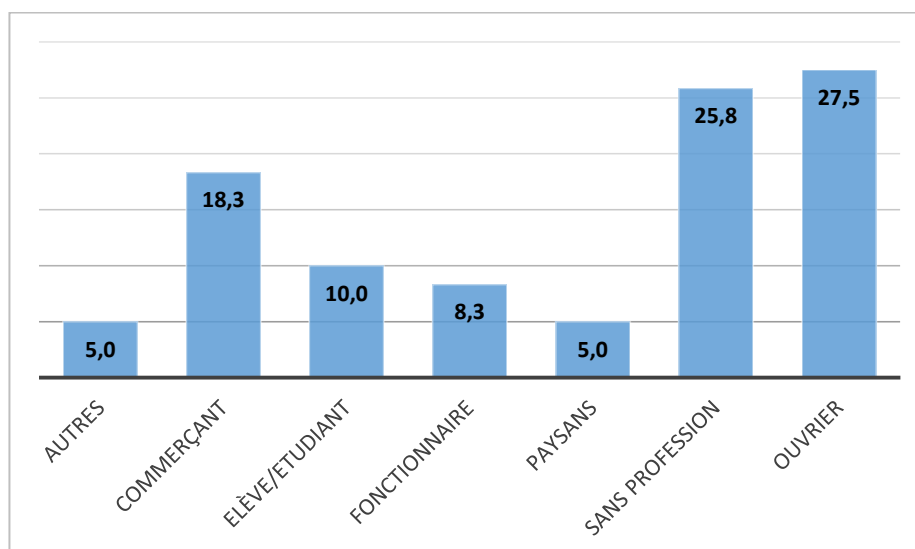


Figure 3 : Répartition selon la profession

Les ouvriers étaient les plus représentés avec 27,5% des cas.

Tableau I : Répartition de la population selon l'ethnie

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bambara	39	32,5
Bozo	2	1,7
Diawendo	1	0,9
Dogon	4	0,9
Malinke	13	11,1
Minianka	6	5,1
Maure	1	0,9
Peulh	15	12,8
Senoufo	5	4,3
Soninke	15	12,8
Sourhai	8	6,8
Wolof	1	0,9
Bobo	1	0,9
Dafing	12	10,3
Total	120	30,8

L'ethnie bambara était majoritaire avec 32,5% des cas, suivis des ethnies Peulh et Soninké avec respectivement chacune 12,8% des cas.

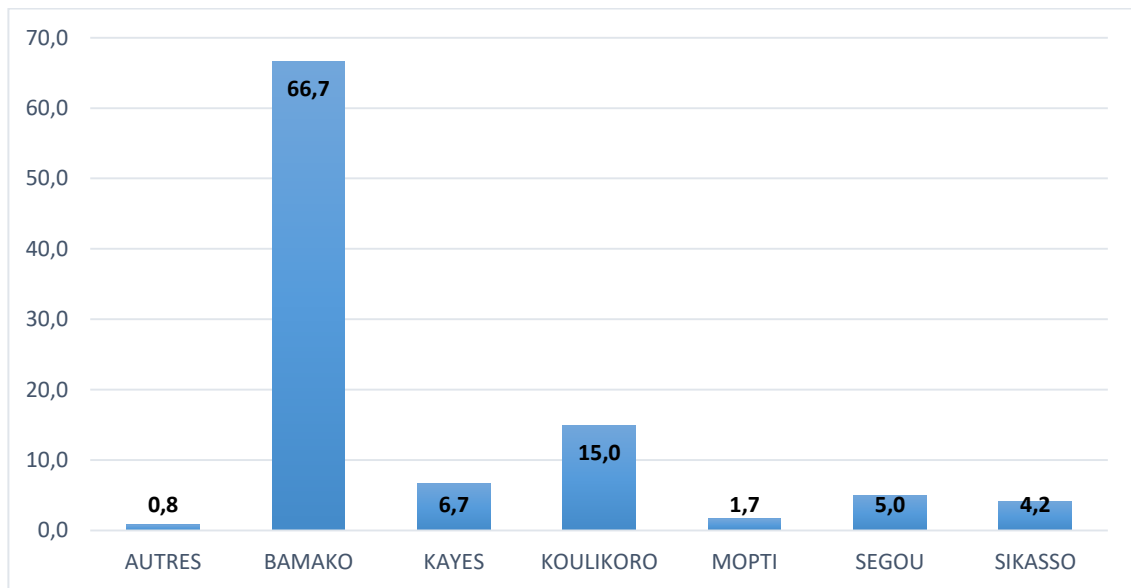


Figure 4 : Répartition de la population selon le lieu de résidence

Les patients avaient en majorité pour lieu de résidence le district de Bamako avec 66,7% des cas et Koulikoro dans 15,0% des cas.

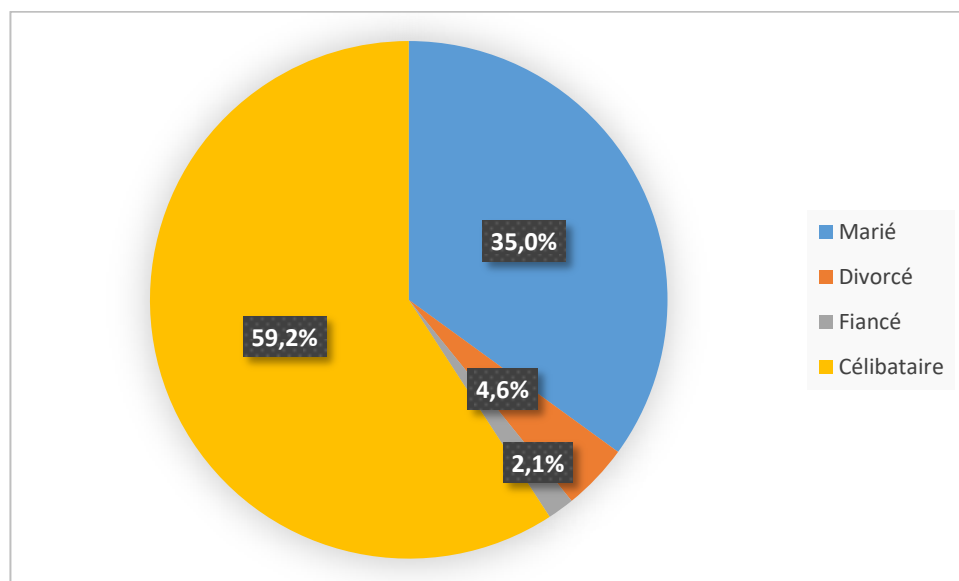


Figure 5 : Répartition de la population selon la situation matrimoniale

Les célibataires étaient les plus représentés avec 59,2% des cas suivis par les mariés avec 35,0% des cas.

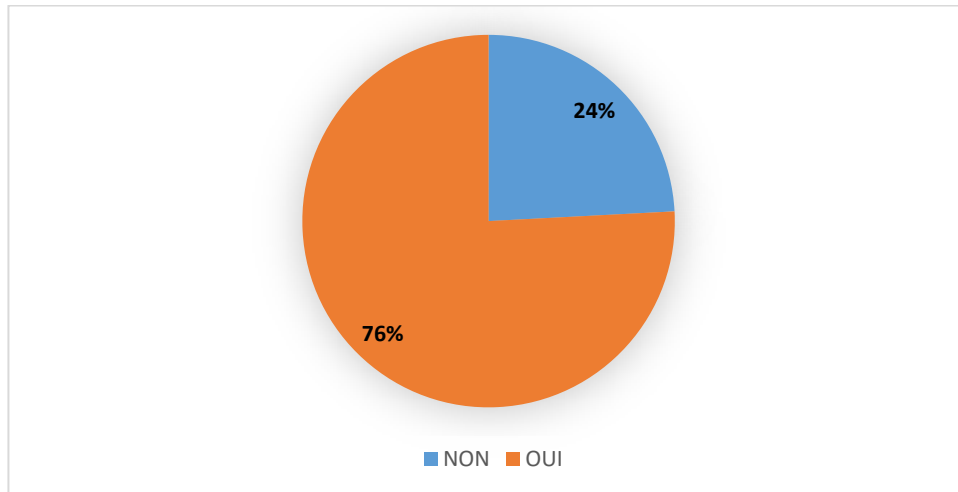


Figure 6 : Répartition de la population selon l'éducation

La majorité de nos patients avait eu une éducation avec 75.8% des cas.

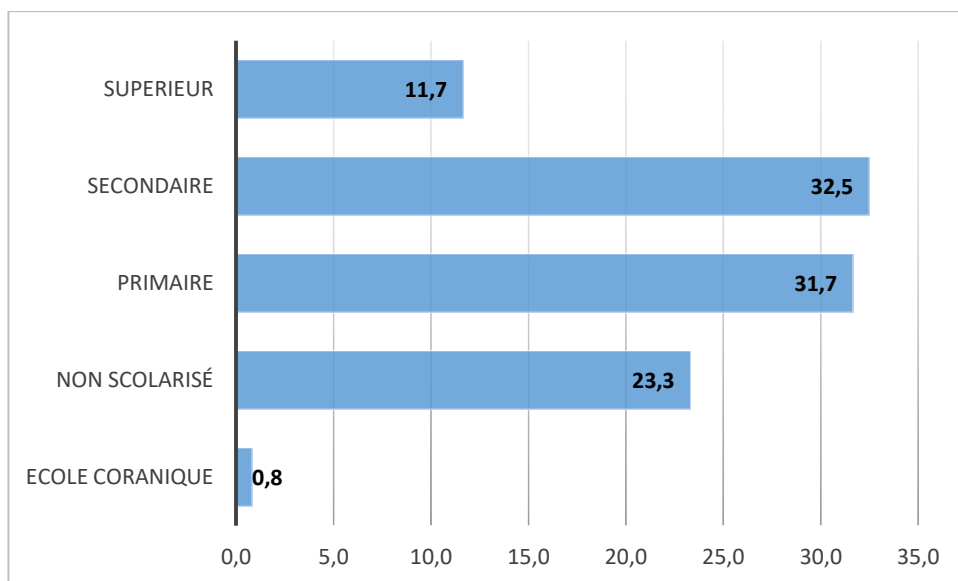


Figure 7: Répartition de la population selon le niveau d'instruction

Les patients avaient un niveau d'instruction secondaire dans 32.5% des cas et primaire dans 31.7% des cas ; Ils étaient non-scolarisés, dans 28% des cas.

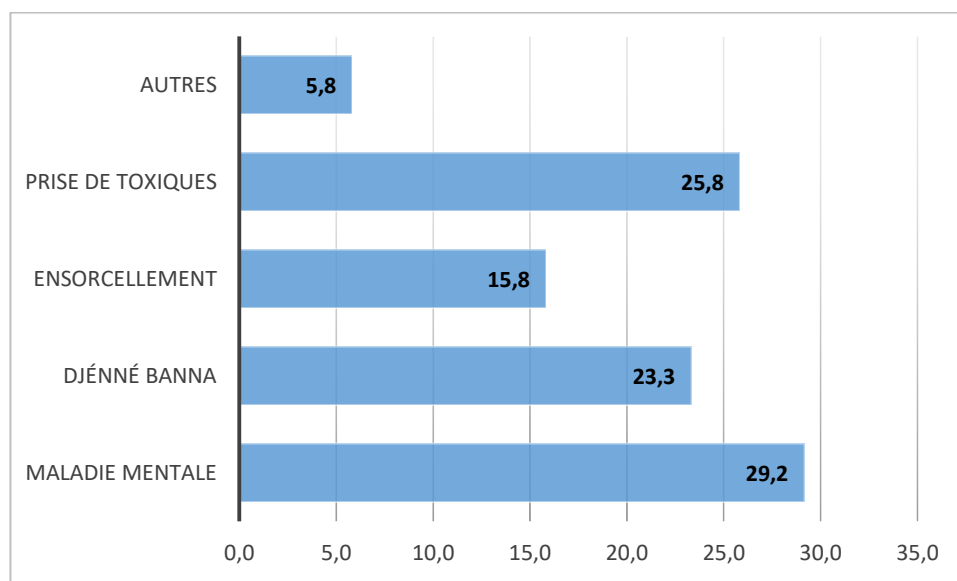


Figure 8: Répartition selon les l'attribution communautaire de la maladie.

La majorité de familles évoquait la maladie mentale comme cause de troubles avec 29,4% des cas.

Tableau II: Répartition selon la motivation de la famille à recourir aux soins conventionnels

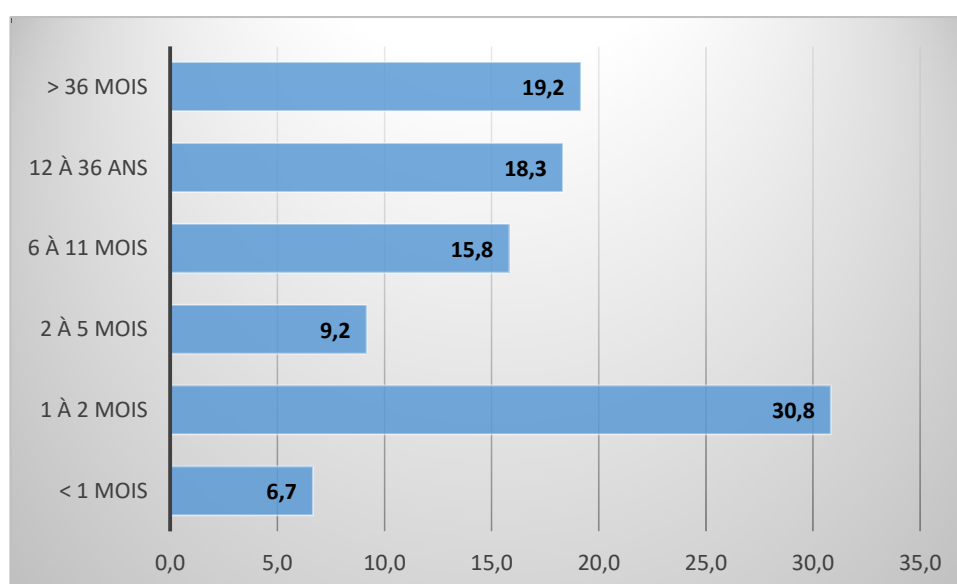
Types de motivation	Effectif	Fréquence
Facilité d'accès aux structures de santé	8	6.6
Sur conseils de l'entourage	42	35.0
Caractère violent des malades	66	55.0
Autres	4	3.3
Total	120	100.0

Le caractère violent des malades était le motif le plus fréquent avec 55% des cas suivi de celui sur conseils de l'entourage avec 35% des cas. La facilité d'accès aux structures de santé ne représentait que 7% des cas.

Tableau III: Perception de la famille du service de psychiatrie avant le recours à la médecine conventionnelle

Type de perception	Fréquence	Pourcentage
Sans aucune connaissance antérieure du service	40	33,3
Connaissance antérieure du service mais conçu uniquement pour les grands malades mentaux et dangereux	43	35,8
Le service de psychiatrie ne peut pas traiter les maladies dites traditionnelles	3	2,5
Service perçu comme onéreux	10	8,3
Autres	4	3,3
Total	120	100%

La majorité avec 35,8% des cas pensaient que le service est destiné aux grands malades mentaux ; 33,3% n'avaient aucune connaissance du service. et 8.3% des cas perçoivent le service comme onéreux.

**Figure 9 : Répartition selon la durée de la maladie**

La durée allant de 1-2mois était la plus fréquente avec 30,8% des cas, suivi de plus de 36 mois et le 12 à 36 mois avec chacun respectivement 19,2% des cas et 18,3%.

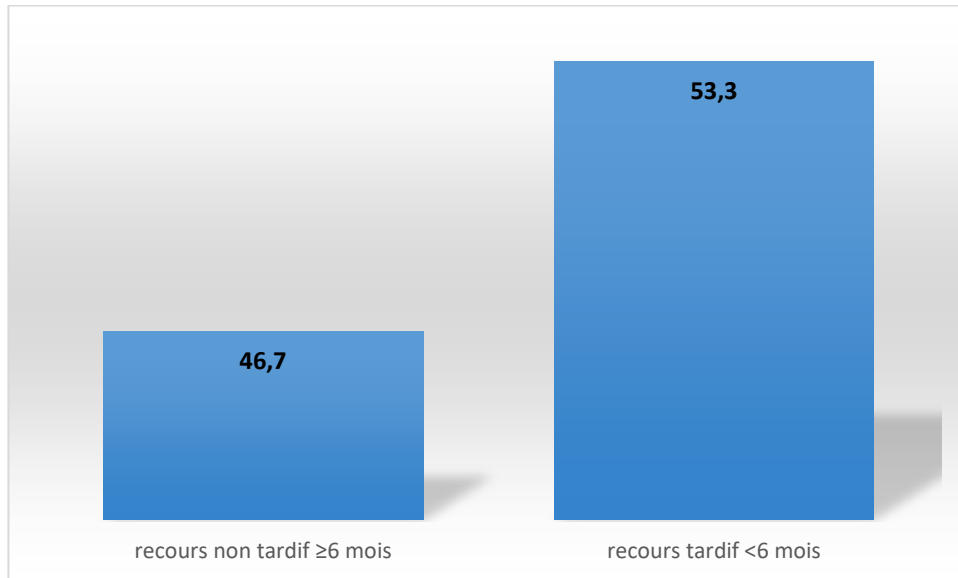


Figure 10 : Répartition des patients selon le délai du premier

La majorité de nos patients avait un recours tardif avec 53.3% des cas.

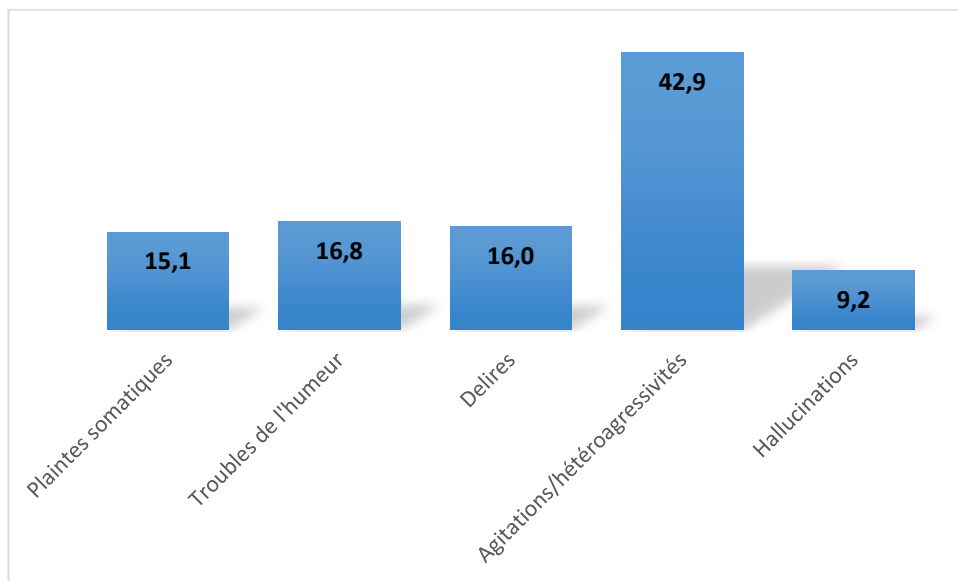


Figure 11 : Répartition selon les premiers symptômes

L'agitation/ agressivité étaient le symptôme les plus fréquents avec 42,9% des cas suivi des troubles de l'humeur avec 16,8% de cas. Les délires étaient dans 16% des cas le symptôme initial.

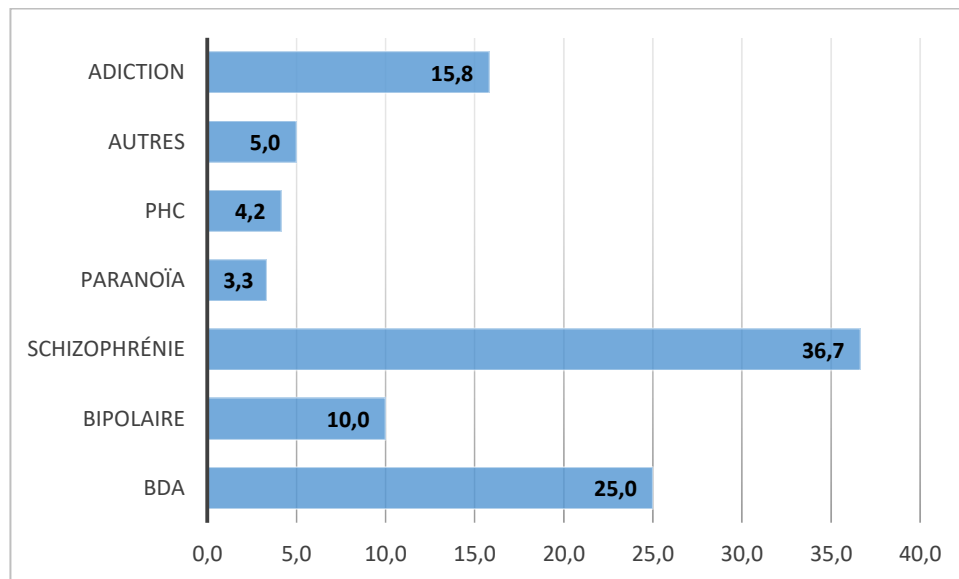


Figure 12 : Répartition selon le diagnostic

Le diagnostic de Schizophrène était posé dans 36.7% des cas, suivi de la BDA avec 25% des cas. Les troubles addictifs et troubles bipolaires représentaient chacun respectivement 15,8% et 10% des cas.

Tableau IV: Répartition selon les différents types d'itinéraires thérapeutiques

Type de recours	Fréquence	Pourcentage
Conventionnels	35	29,2
Traditionnels	85	70,8
Total	120	100,0

Le recours aux soins traditionnels était majoritaire avec 70,8% des cas.

Tableau V : Répartition des patients selon structure du recours

Type de médecine	Type de structure	Effectif	Fréquence	Total
Médecine conventionnelle	Dispensaire	1	2,9	
	CSREF	3	8,8	
	Hôpital privé	1	2,9	
	Urgences somatiques	1	2,9	
	Urgences psychiatriques	29	85,2	
	Total		35	100,0
Médecine traditionnelle	Tradipraticien herboriste	37	45,1	
	Marabout	41	50,0	
	Iman	1	1,2	
	Devin	3	3,6	
Total		82	100,0	68,3
Total global		120		100.00

Le structure de recours pour la médecine conventionnelle était les urgences psychiatriques avec 85.2% des cas alors que la structure de recours pour la médecine traditionnelle était le Marabout avec 50% de cas suivi de tradithérapeutes avec 45,1% des cas.

Tableau VI: Résultats des patients après le recours à la médecine traditionnelle (MT)

Résultats après recours à MT	Effectif	Fréquence
Echec	68	81,1
Stabilisation partielle	17	18,8
Stabilisation	-	-
Total	85	100%

La grande majorité des patients avait eu échec thérapeutique avec 81,1% des cas suivi de la stabilisation partielle avec 18.8% des cas. Aucun des patients venus n'a eu une stabilisation dans le recours de la médecine traditionnelle.

Tableau VII: Répartition selon le nombre du recours à la médecine traditionnelle

Nombre de recours	Fréquence	Pourcentage
Un recours	64	75,3
Deux recours	15	17,6
Plus deux recours	6	7,1
Total	85	100,0

La population ayant fait un seul recours était majoritaire avec 75,3% des cas.

Tableau VIII: Répartition des patients selon les sexes en fonction des types d'itinéraires

Sexe	Soins Conventionnels		Soins Traditionnels		Total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
F	9	30,0%	21	70,0%	30
M	26	28,9%	64	71,1%	90
Total	35	29,2%	85	70,8%	120

p=0,9

En fonction du type d'itinéraire, le sexe masculin représentait 71,1% des cas contre 70% des cas de sexe féminin dans le recours en soins traditionnels.

Tableau IX: Répartition des patients selon les tranches d'âge en fonction des types d'itinéraires :

Tranche d'âge	Soins Conventionnels		Soins Traditionnels		Total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
≤18 ans	0	0,0%	1	100,0%	1(100)
19-28	11	28,9%	27	71,1%	38(100)
29--38	16	33,3%	32	66,7%	48(100)
39-48	2	9,1%	20	90,9%	22(100)
46-58	5	55,6%	4	44,4%	9(100)
≥59	1	50,0%	1	50,0%	2(100)
Total	35	29,2%	85	70,8%	120(100)

p= 0,7

La tranche d'âge 29-38 ans représentait 66,7% au recours traditionnel contre 33,3% des cas dans le recours conventionnel.

Tableau X: : Répartition des patients selon le lieu de résidence en fonction des types d'itinéraires :

Adresse	Soins Conventionnels		Soins Traditionnels		Total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
AUTRES	0	0,0%	1	100,0%	1(100)
BAMAKO	29	36,3%	51	63,8%	80(100)
KAYES	2	25,0%	6	75,0%	8(100)
KOULIKORO	3	16,7%	15	83,3%	18(100)
MOPTI	0	0,0%	2	100,0%	2(100)
SEGOU	0	0,0%	6	100,0%	6(100)
SIKASSO	1	20,0%	4	80,0%	5(100)
Total	35	29,2%	85	70,8%	120(100)

P= 0,2

Le lieu de résidence était à Bamako dans 63,8% des cas du recours MT contre 36,3% des cas du recours MC.

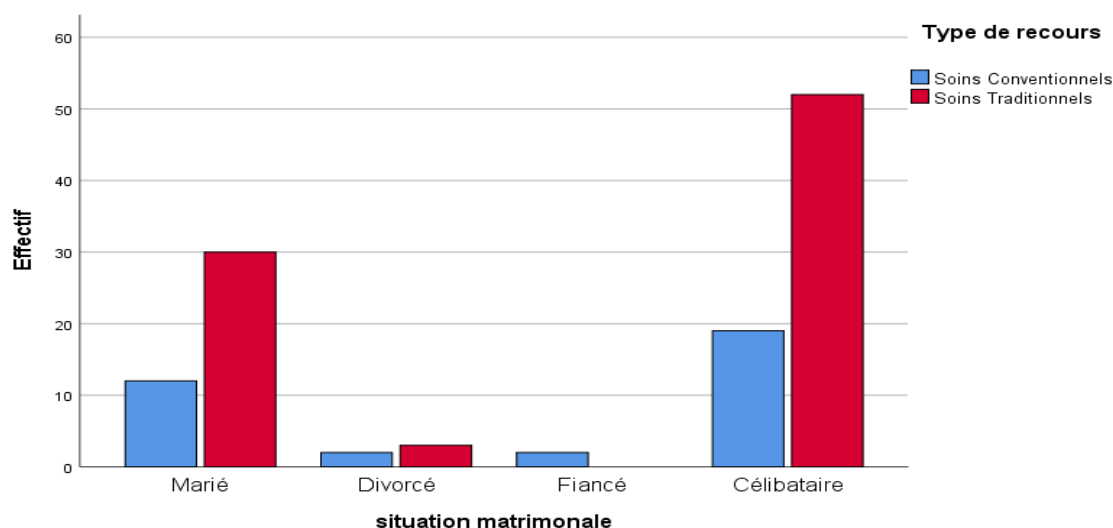


Figure 13 : Répartition des patients selon la situation matrimoniale en fonction des types d'itinéraires :

P= 0,4

Les célibataires représentaient 73,2% des cas du recours vers la MT contre 26,8% du recours vers la MC.

Tableau XI : Répartition des patients selon la situation matrimoniale en fonction des types d'itinéraires :

Niveau scolaire	Soins Conventionnels		Soins Traditionnels		Total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Ecole coranique	0	0,0%	1	100,0%	1(100)
Non scolarisé	8	28,6%	20	71,4%	28(100)
PRIMAIRE	9	23,7%	29	76,3%	38(100)
SECONDAIRE	15	38,5%	24	61,5%	39(100)
SUPERIEUR	3	21,4%	11	78,6%	14(100)
Total	35	29,2%	85	70,8%	120(100)

p = 0,4

Le niveau Secondaire représentait 61,5% des cas du recours vers la MT contre 38,5% des cas du recours vers la MC.

Tableau XII : Répartition des patients selon la profession en fonction des types d'itinéraires :

Profession	Soins Conventionnels		Soins Traditionnels		Total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Autres	1	16,7%	5	83,3%	6
Commerçant	7	31,8%	15	68,2%	22
Elève	7	58,3%	5	41,7%	12
Fonctionnaire	3	30,0%	7	70,0%	10
Paysans	1	16,7%	5	83,3%	6
Sans	6	19,4%	25	80,6%	31
Ouvrier	10	30,3%	23	69,7%	33
Total	35	29,2%	85	70,8%	120

p =0,4

La majorité des ouvriers avait un recours vers la MT avec 69,7% des cas contre 30,3% des cas du recours vers la MC

Tableau XIII: Répartition des patients selon le diagnostic en fonction du type d'itinéraires

Diagnostic	Soins Conventionnels		Soins Traditionnels		Total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
BDA	10	33,3%	20	66,7%	30
Bipolaire	6	50,0%	6	50,0%	12
Schizophrénie	9	20,5%	35	79,5%	44
Paranoïa	1	25,0%	3	75,0%	4
PHC	3	60,0%	2	40,0%	5
Autres	4	66,7%	2	33,3%	6
Addiction	2	10,5%	17	89,5%	19
Total	35	29,2%	85	70,8%	120

p = 0,03

La majorité de la schizophrénie avait un recours vers la MT en premier recours contre 20,5% des cas dans le recours vers la MC.

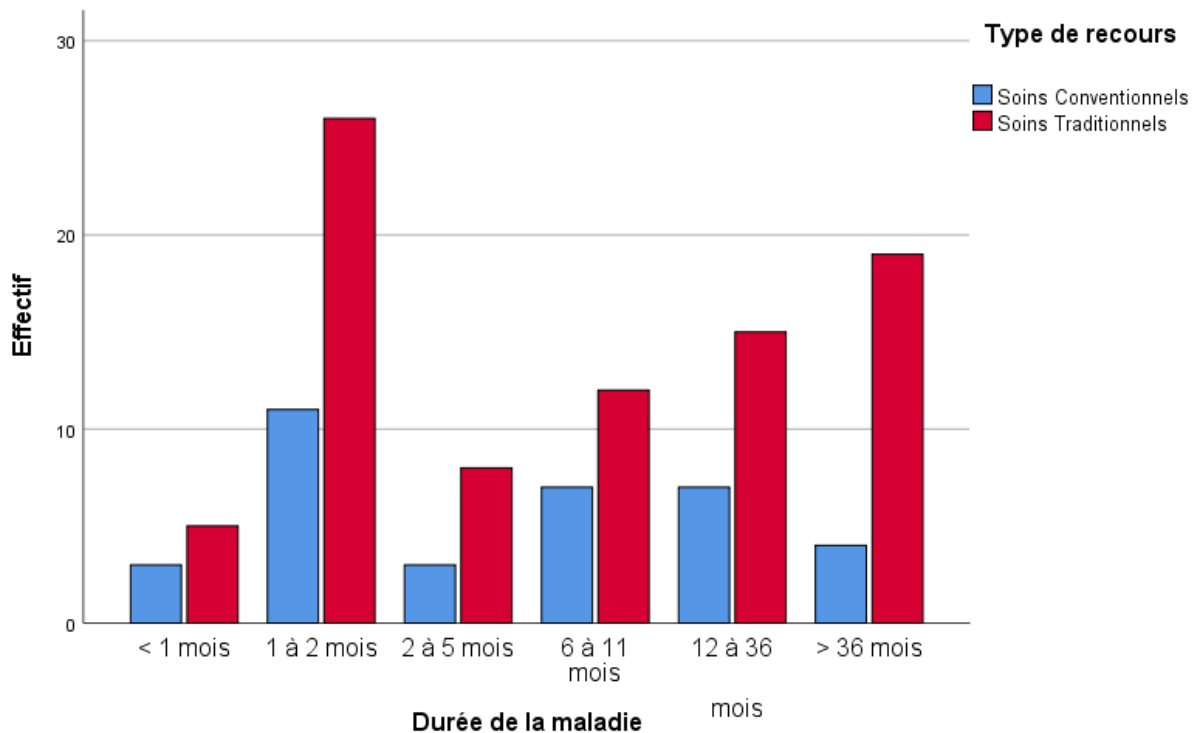


Figure 13: Répartition des patients selon le délai entre le premier symptôme et le recours aux soins conventionnels en fonction différents types d'itinéraires thérapeutiques

$p = 0,7$

Le délai de 1 à 2 mois représentait 70,3% des cas du recours vers MT contre et 29,7% des cas.

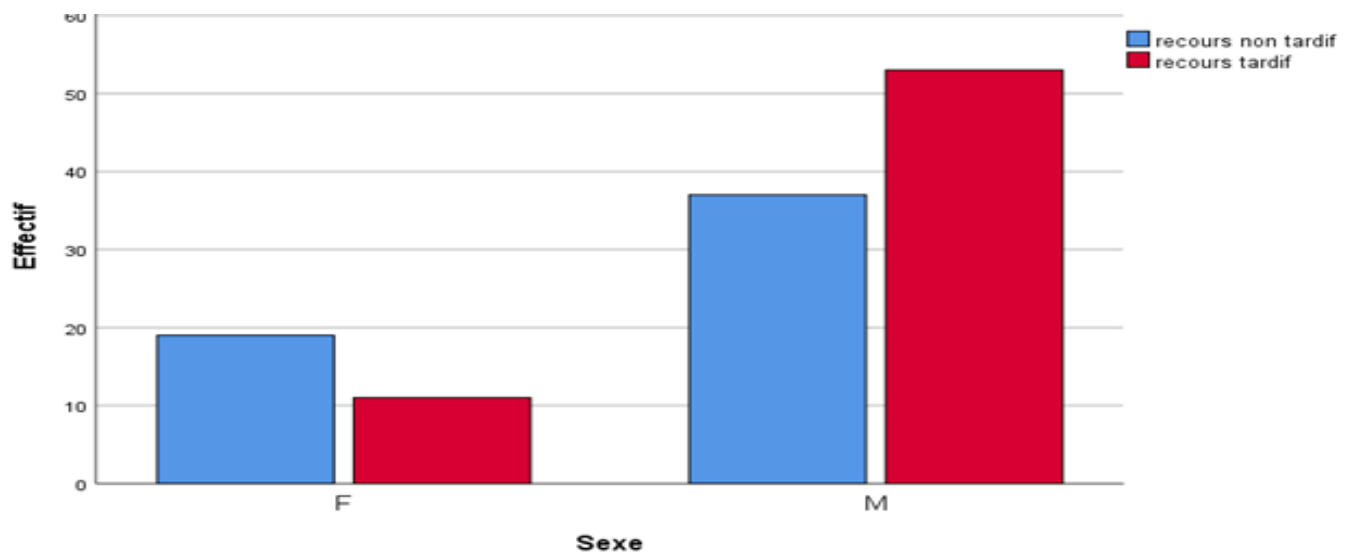


Figure 14: Répartition des patients selon le sexe en fonction du recours tardif ou non

$p=0.03$

La majorité de femme avec 63,3% des cas était de recours non tardif contre 41,1% des cas pour les hommes.

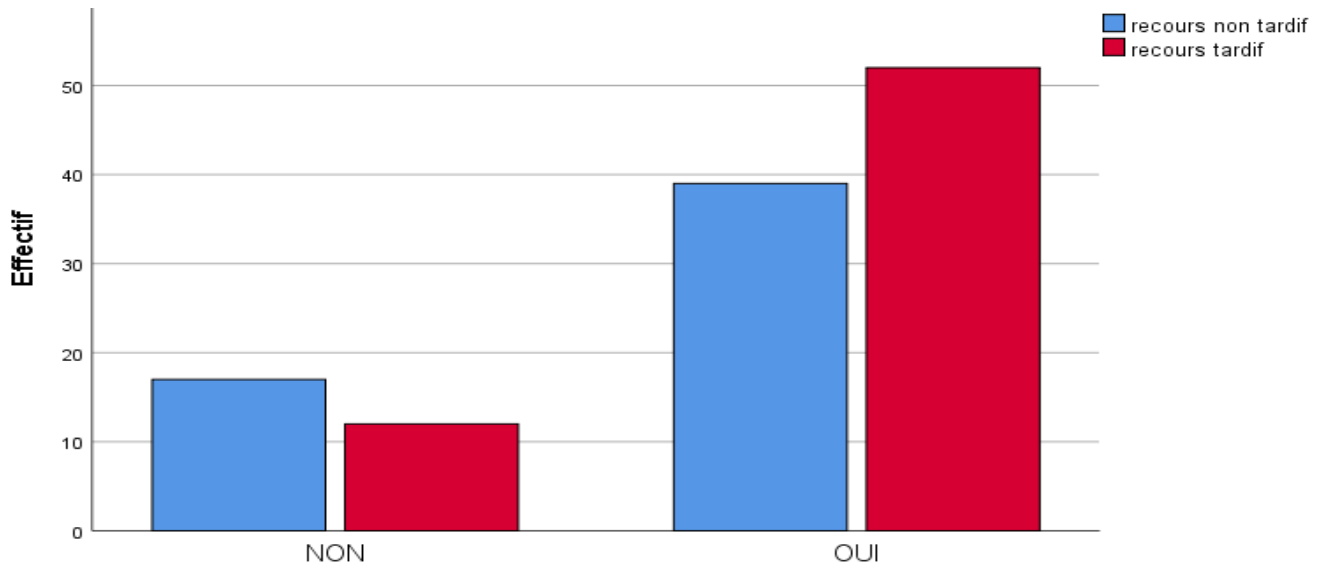


Figure 15 : Répartition des patients selon la scolarisation en fonction du recours tardif ou non

p= 0.03

La majorité des patients scolarisés avait un recours tardif avec 57,1% des contre 42,8% des cas de recours non tardif.

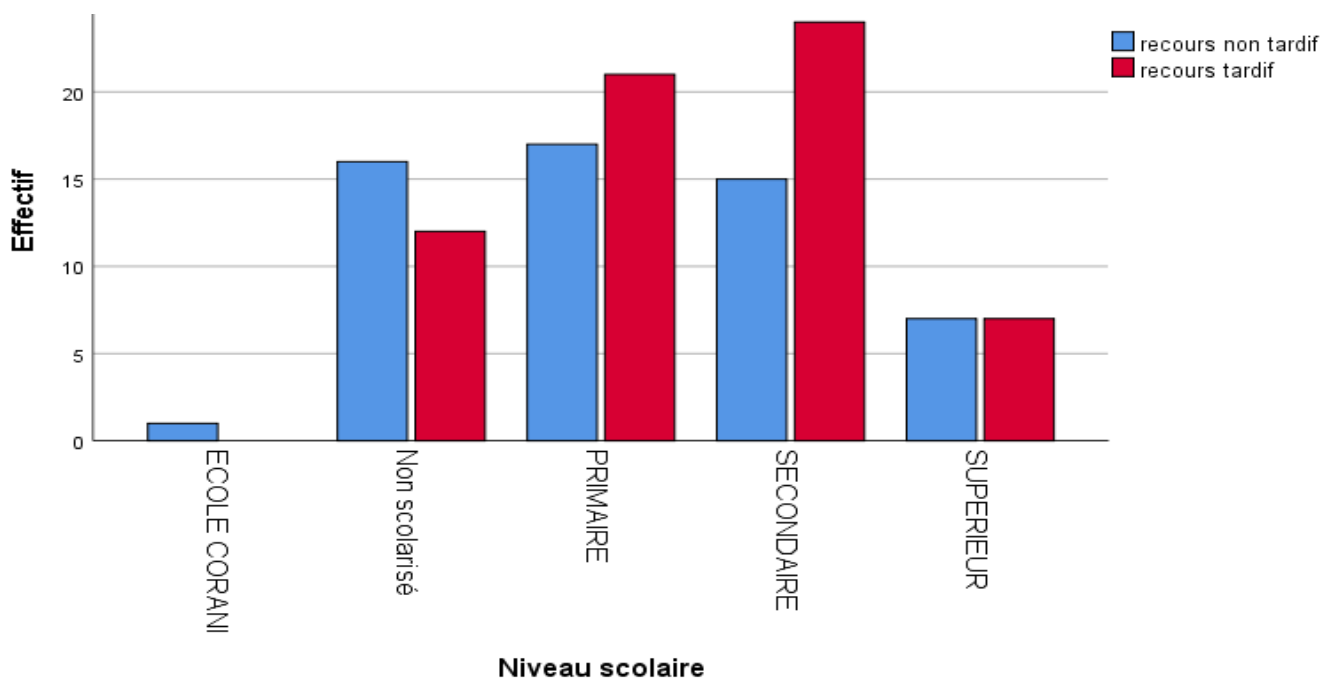


Figure 16 : Répartition des patients selon le niveau d'étude en fonction du recours tardif ou non

P= :0,4

La majorité du niveau secondaire avec 61,5% des cas était de recours tardif.

Tableau XIV : Répartition des patients selon la situation matrimoniale en fonction du recours tardif ou non

Situation matrimoniale	Recours non tardif		Recours tardif		Total
Marié	20	47,6%	22	52,4%	42
Divorcé	1	20,0%	4	80,0%	5
Fiancé	1	50,0%	1	50,0%	2
Célibataire	34	47,9%	37	52,1%	71
Total	56	46,7%	64	53,3%	120

$p = 0,4$

La plupart des patients célibataires avait un recours tardif avec 52.1% des cas contre 47,9 pour des cas de recours non tardif.

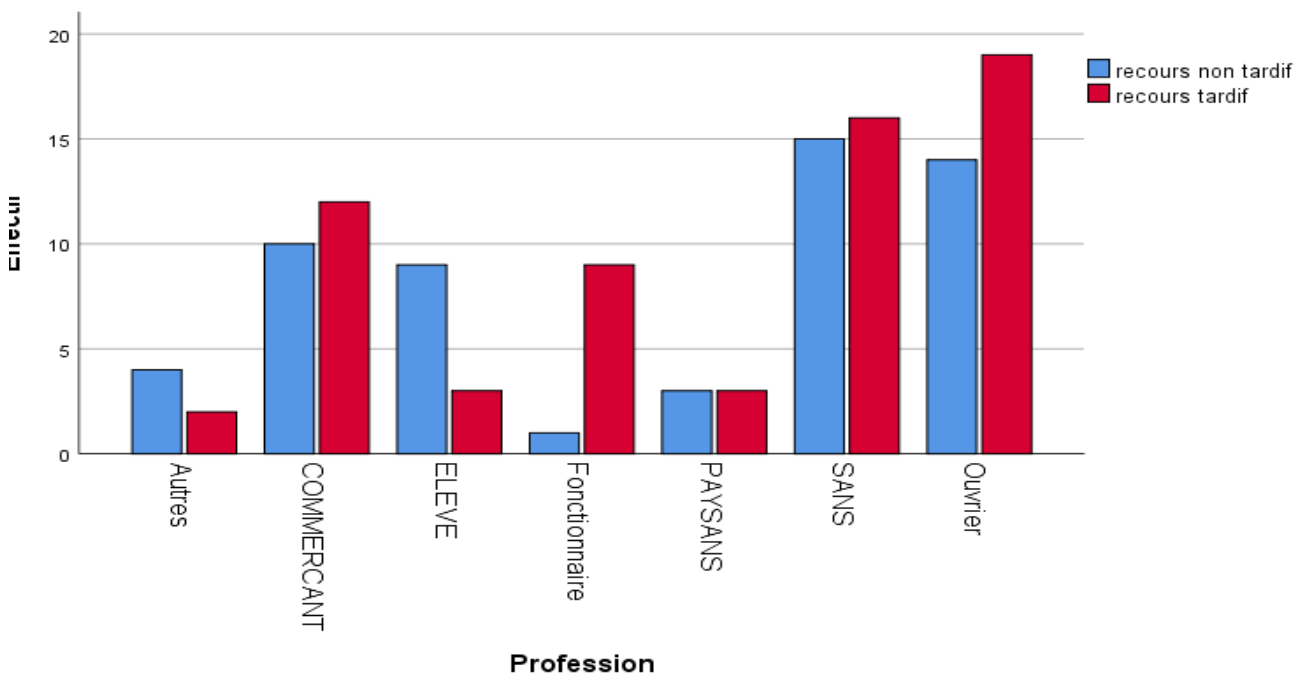


Figure 17 : Répartition des patients selon le niveau d'étude en fonction du recours tardif ou non

$p = 0,1$

La majorité des ouvriers avec 57.5% des cas avait un recours tardif contre 42,4% des cas avec un recours non tardif

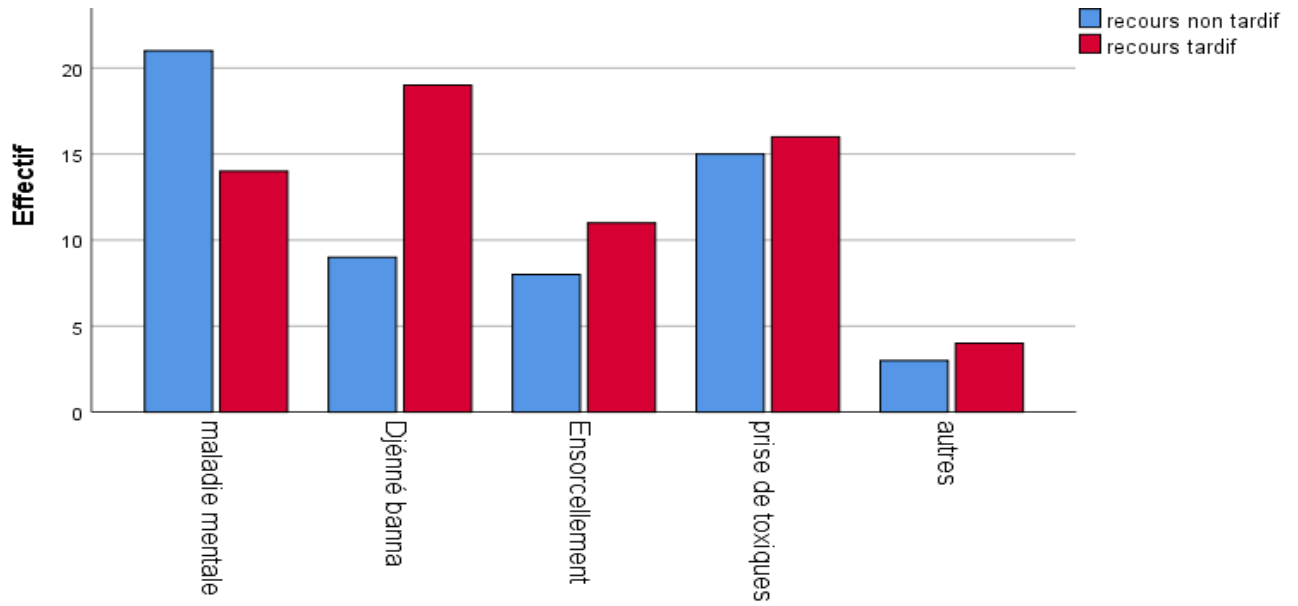


Figure 18: Répartition des patients selon la représentation de la maladie en fonction du recours tardif ou non

$p = 0,2$

La majorité des familles qui ont répondu la maladie mentale comme cause de troubles avec a eu un recours non tardif avec 60% des cas. Pour le Djenné banna la grande majorité avait recours tardif avec 67,8% des cas.

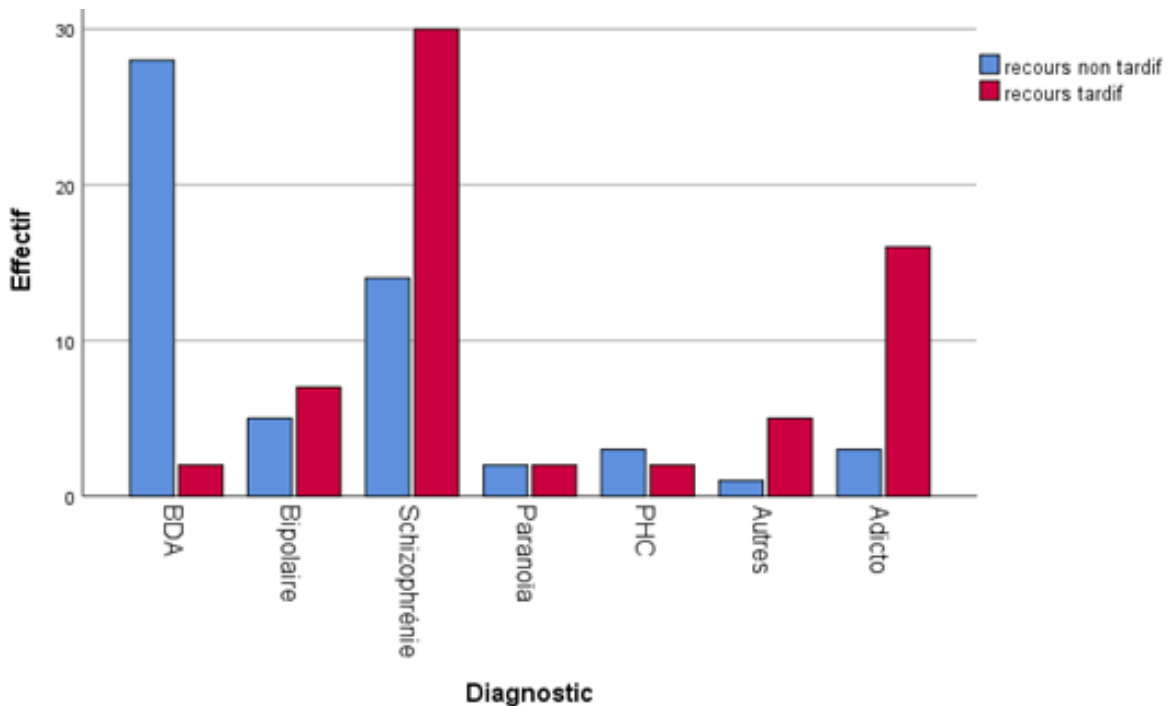


Figure 19 : Répartition des patients selon le Diagnostic en fonction du recours tardif ou non

$p = 0,001$

La majorité des patients qui présentent une schizophrénie avait un recours tardif avec un effectif 30 alors que pour la BDA la grande majorité avait un recours non tardif avec un effectif 28.

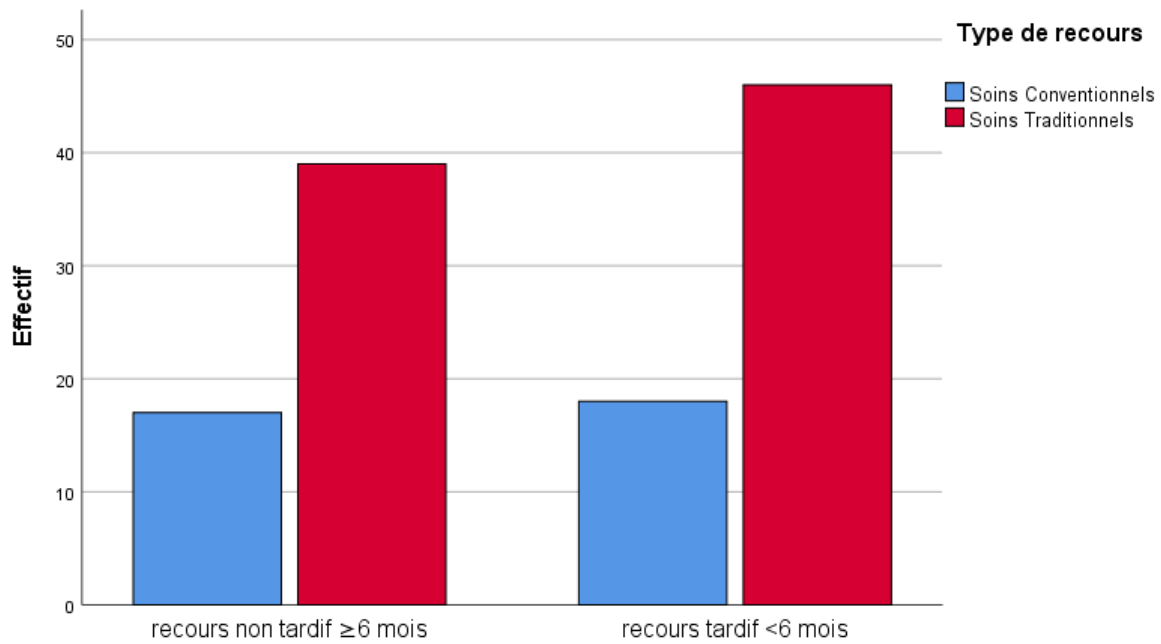


Figure 20 : Répartition des patients selon les types de recours en fonction du recours tardif ou non

p = 0,001

La majorité du recours en soins traditionnels avait un recours tardif avec 71,8% des cas contre 28,8% des cas de recours tardif.

DISCUSSION

IV. DISCUSSION

Notre avons fait une étude descriptive avec un recrutement prospectif de six mois (du 1^{er} octobre 2019 au 31 Mars 2020) et nous avons pour objectif de déterminer le parcours de soins des patients au service de psychiatrie.

Dans la réalisation de ce travail, nous avons rencontré des difficultés dans le recueil des informations sur le parcours des patients. Les patients ainsi que leurs proches donnaient des versions différentes, craignant une quelconque répercussion dans la prise en charge.

Ces informations de qualité vont servir de bases de réflexions afin d'améliorer l'accès aux soins dans la société malienne.

Cette enquête nous a permis de dégager trois grands axes de réflexion à savoir :

- Les caractéristiques sociodémographiques et économiques des enquêtés ;
- L'itinéraire thérapeutique ;
- Les connaissances et les représentations sur les maladies mentales ;

1) Les caractéristiques sociodémographiques

Dans notre étude nous avons recruté 120 patients. On note une nette prédominance masculine avec 75,0% des cas ; Cette même tendance a été trouvée dans les études menées par Coulibaly A, avec 78% des cas, Diakité AI avec 81,9% des cas et Diop M avec 72,2%, dans le service de psychiatrie au CHU Point G [33,34,35]. Les mêmes constats de la prédominance masculine sont rapportés dans les études africaines et occidentales [3, 36, 37,38].

Ces résultats ne traduisent pas qu'il y aurait plus d'hommes que de femmes parmi les sujets souffrant de troubles mentaux car ce n'est pas le cas.

L'étude de Wenkourama S.S et al menée à Lomé a montré que les femmes représentaient 57,8% contre 42,20% chez l'homme sur une population 1221 sujets présentant des troubles mentaux [39]. La différence de nos résultats avec cette étude pourrait s'expliquer par le fait que leur recrutement s'était passé dans un centre de soins primaires et non dans une structure spécialisée. Par ailleurs la femme a une place si importante dans les coutumes maliennes, que son image ne doit faire objet d'aucune « souillure ». Alors une hospitalisation ou une consultation psychiatrique de la femme est vue comme une certification de son impureté à être une matrice procréatrice d'une progéniture valide. Ainsi, par la crainte de cette stigmatisation, les proches préfèrent recourir à la médecine traditionnelle, elle qui donne une validation culturelle du diagnostic autre que la vulnérabilité par héritage.

La majorité de nos patients avait une tranche d'âge entre 29-38 ans avec 40% des cas, suivi de celle 19-28 ans avec 31, 7% des cas. Nos résultats sont comparables à celui de Coulibaly. B qui a trouvé 37,7% des cas dans la tranche d'âge 25-34 ans [40]. Dans l'étude de Diakité AI la

tranche d'âge 25-34 ans était la plus représentée avec 40% des cas [41]. Tognidé et al au Bénin avait trouvé une prédominance de la tranche d'âge 21 à 30 ans avec 27,3% suivi de la tranche d'âge 31 à 40 ans avec 20,60% [42]. Ceci pourrait s'expliquer d'une part par le caractère précoce de troubles mentaux survenant à un âge précoce de la vie mais aussi l'extrême jeunesse de la population malienne ou 65% de la population moins 25 ans.

Les patients provenant de la capitale ont été les plus nombreux avec un taux de 66,7% des cas. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la population urbaine a l'accès plus facile aux structures sanitaires spécialisées, mais aussi par le fait que la vie en milieu urbain est source de stress important.

Selon les professions, les ouvriers représentaient 27,5% des cas suivi des patients sans professions avec 25,8%. Ces résultats sont proches de ceux de Diop M. qui avait trouvé 35,2% pour les ouvriers et manœuvres et 21% pour les sans professions [35]. On constate un taux faible pour les fonctionnaires avec 8,3% des cas alors le secteur informel comme les ouvriers et le sans profession représentent plus de la moitié des cas. L'absence de politique d'accompagnement des patients présentant un handicap mental dans le marché du travail déjà saturé et la stigmatisation rendent difficile l'accès au travail dans un secteur formel et contribue davantage à la marginalisation et l'aggravation de leur trouble.

Dans cette étude les célibataires sont les plus représentés avec 59,2% des cas suivi par les mariés avec 35% des cas. La pathologie mentale commençant souvent à un âge précoce rend le mariage difficile si non impossible pour bon nombre de malades ; cette difficulté pourrait être la cause de ces résultats. Nos résultats corroborent avec ceux de DIAKITE et al qui avait trouvé 62,4% pour cette catégorie de la population. Nos résultats sont inférieurs, à ceux de Dounia Belghazi et al qui ont trouvé 74,5% des cas pour les célibataires [34] [4].

La plupart de nos patients était scolarisée avec 78,8% des cas. Le niveau secondaire était le plus représenté avec 32,5% des cas suivi du niveau primaire avec 31,7% des cas. **Soumaoro. K et al** avait trouvé un taux de 45% pour le niveau secondaire [11], **DIABATE M.K** en 2006 dans le service de psychiatrie, signalait que 37,1% des cas [43]. La plupart de troubles psychiatriques débute très tôt dans la vie et génèrent un handicap responsable de beaucoup d'abandon d'école à d'élèves qui sont dans une période charnière de leur scolarisation. Cela est souvent soutenu par la représentation sociétale ou un malade mental doit être retiré de la société.

Les symptômes comportementaux comme l'agressivité et/ou l'agitation représentaient les motifs d'hospitalisation le plus fréquent avec 42,9% des cas. Ces résultats sont comparables à ceux de **BABY.M et al** qui ont trouvé 41% des symptômes comportementaux (agitation ou agressivité) [45]. Il est difficile pour la famille de garder les sujets avec de troubles du

comportement à type d'agitation qui peut attirer l'attention dans le voisinage, ou être un risque pour l'intégrité physique d'autrui. Les motivations des familles à recourir aux soins conventionnels vont dans le même sens que cette volonté de contenir le comportement débordant de sujet. En effet, plus de la moitié des familles dise avoir été motivée par le caractère violent des patients dans 55% des cas, suivi des cas venus consulter sur conseil de l'entourage (35%). Cela pourrait expliquer après l'hospitalisation, l'arrêt de médicaments et de prises en charge. La plupart vient avec de demandes particulières qui sont de calmer le sujet, sans pour autant avoir un objectif de prise en charge conventionnelle. Dans notre société, la guérison totale est plus attendue du côté du traitement traditionnel [45].

Le diagnostic de plus d'un quart (36,7%) de patients admis était, la schizophrénie, suivi de la bouffée délirante aiguë avec 25% des cas. Dans ces deux maladies, les troubles du comportement sont en premier plan et cela déstabilise la famille et l'oriente plus vers les soins conventionnels.

Dans le délai entre le début de symptômes et la consultation aux soins conventionnels, l'intervalle 1-2 mois était le plus représenté avec 30,8% des cas, suivi du délai plus de 36 mois avec 19,2% des cas. Nous avons considéré dans notre étude que le délai supérieur ou égal à six mois était un recours tardif et il en ressort que plus de la moitié de nos patients soit 53,3% des cas avait un recours tardif contre 46,7%.

Dans cette étude plus des deux tiers (70,8%) a eu recours à la médecine traditionnelle. Ces résultats sont similaires à ceux de SY A. et al au CHU de Fann qui ont trouvé un recours à la médecine traditionnelle avec 72,6% des cas avant leur consultation aux services de soins conventionnels [48].

Le recours à la médecine conventionnelle se répartissait de la manière suivante :

- 29,2% à la première orientation thérapeutique, 75,3% étaient venus après un recours à la médecine traditionnelle, 17,6% après deux recours à la médecine traditionnelle et 7,1% après plus des deux recours à la médecine traditionnelle.

Les patients et leur proche avaient consulté les marabouts dans 50% des cas, suivi des thérapeutes herboristes dans 45% des cas. Dans l'autre côté, les patients et leur accompagnant avaient consulté les urgences psychiatriques 85,2% des cas, suivi avec 8,8% des cas dans les Csref.

Nous avons noté 81% d'échec thérapeutique chez les patients qui ont fait recours à la médecine traditionnelle et 18,8% de cas de stabilisation partielle. On constate que la majorité de nos patients s'est tournée vers les soins modernes à la suite d'un échec thérapeutique dans le recours aux soins traditionnels. Pour Dope KR et al dans leur étude 67% des patients étaient

venus en consultation après un échec thérapeutique dans la médecine traditionnelle [49]. La perception socio-culturelle de la maladie mentale est différente des explications données par les sciences modernes. En effet, les enseignements culturels considèrent les corps comme une entité susceptible d'être possédée par de Djinn ou vieux ancêtres. Et pour bon nombre de gens les '*Toubabou Fourra*' (Traitement de blancs) seraient inefficaces contre certaines maladies à connotation mystique [50]. Cette différence d'approche est appelée « distance cognitive » selon Kleinman, (1980) et engendre un retard de prise en charge adéquate des troubles psychiatriques en Afrique. Plusieurs autres études dans la sous-région ont fait la même constatation comme ceux de Soumaoro K et al qui ont rapporté 84% qui auraient utilisé la médecine traditionnelle au cours de leur maladie [11]. En Côte d'Ivoire en 2009, Yavo Patrice Yao et al ont trouvé 22,7% des cas de recours aux soins conventionnels [12]. D'autres études comme celle d'Adeosun et al à Lagos où les guérisseurs traditionnels et religieux étaient le premier contact pour la majorité des patients avec 69% des cas [50]. Pour Houyem Khiari et al en Tunisie, 34,1% ont utilisé les méthodes traditionnelles en premier lieu [51].

Dans le type 1, 85,2% sont venus directement consulter la psychiatrie et 8,8% des patients ont été référés par le CSReF.

Quel que soit les types d'itinéraires, on notait une prédominance masculine.

On remarque que la majorité des hommes et des femmes ont eu un recours vers les soins conventionnels avec chacun respectivement 71,1% et 70,0% des cas. Il n'y avait pas de lien statistique entre le sexe et les types d'itinéraire.

La tranche d'âge 29-38 ans était la plus représentée dans le recours aux soins traditionnels avec 66,7% des cas contre de 33,3% des cas aux soins modernes.

Malgré la proximité géographique du service de psychiatrie, la majorité des résidents de Bamako avait recours à la MT avec 63,8% des cas. Cela témoigne que l'accessibilité géographique n'influence pas sur le choix du recours. Une explication serait que la décision sur le choix du recours dans la société malienne est souvent prise par les plus âgés de la famille. Ces derniers sont plus imprégnés par les connaissances traditionnelles de la maladie mentale d'où le recours fréquent aux soins traditionnels.

Un peu plus de trois quarts de notre population étaient scolarisés. Dans la population qui avait fait un recours à la MT, la majorité avait un niveau primaire avec 76,3% des cas, suivi de non scolarisé et le niveau secondaire qui avaient chacun respectivement 71,4% et 61,5% des cas.

On constate que les patients non scolarisés et ceux ayant eu une scolarisation avaient recours en première intention à la MT. Il serait intéressant de rechercher le niveau d'éducation de membres de la famille qui auraient contribué dans la décision du recours aux soins.

Cependant, il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre les types d'itinéraires et le niveau d'éducation.

Nous avons trouvé que la majorité des patients souffrant de la schizophrénie avait un recours à la MT avec 79,5% en première intention contre 20,5% des cas de recours à la MC en première intention. Il existe un lien significatif entre le recours en soins conventionnels en premier lieu et la pathologie présentée ($p=0.001$). Cela témoigne que la nature de symptômes présentés par les sujets influence considérablement dans les décisions du recours aux soins. Une explication serait que les pathologies chroniques commencent de façon insidieuse, les troubles sont souvent moins d'intensité. Cela laisserait aux proches les temps de faire recours en fonction leur perception socioculturelle de la maladie.

Dans le délai entre les débuts de symptômes et la consultation aux soins conventionnels variait de moins 1 mois à plus 36 mois. L'intervalle allant de 1 à 2 mois était le plus représenté avec 70,2% des cas pour la population ayant eu un recours aux soins traditionnels contre 29,7% des cas du recours aux soins moderne. Pour l'intervalle de plus de 36 mois, 82,6% étaient de la population ayant fait un recours aux soins traditionnels. Cela serait expliqué par les nombres multiples de certains patients qui ont eu deux voire plus de recours vers la MT, ce qui retarde le recours en soins conventionnels.

Ce temps de recours nous a permis de délimiter deux catégories de population. La population qui a eu un recours de moins de six mois appelé aussi le recours non tardif et de l'autre côté celle qui a eu un recours au-delà de six mois qu'on a appelé le recours tardif.

Nous avons observé que la majorité de la gent féminine avait un recours non tardif avec 63,3% des cas contre 41,1% des hommes. Le lien statistique était significatif ($p= 0,003$). Ces résultats traduisent que les femmes arrivent aux soins conventionnels plus rapidement que les hommes. Lorsqu'il s'agit d'une femme, il y aurait plus d'exigence à avoir un résultat dans les soins de la part de la famille. Cela écourte considérablement le temps de recours aux structures de soins conventionnels.

Dans cette étude, nous avons observé que la majorité des patients scolarisés avaient un recours tardif avec 57,1% des cas. Le niveau secondaire le recours tardif représentait 61,5% des cas. De l'autre côté, les patients non scolarisés avaient un recours non tardif avec 57,1% des cas. Nos résultats sont à l'opposé de ceux de Ugu Ikwaka et al en Nigéria qui ont observé les patients avec un niveau d'éducation avait un recours préférentiel au modèle biomédical. [44]. La psychiatrie ne jouisse pas d'une bonne image dans la société, l'hospitalisation serait source de stigmatisation et pousserait les proches les recours vers les soins traditionnels qui serait mieux accepté par la société.

Dans les différents types d'itinéraires thérapeutiques, la majorité grande majorité avait un recours tardif avec 71,8% des cas contre 28,2% des cas du recours non tardif. Le lien statistique entre le recours tardif et les types de recours était significatif ($p = 0.001$). Le recours aux soins traditionnels constituaient un facteur de risque dans le recours tardif aux soins adéquate pour les troubles psychiatriques.

Dans la représentation la maladie, près d'un tiers des proches avaient évoqué la maladie mentale comme la cause de troubles (29,2), suivi avec 25,8% prise de toxiques. Près d'un tiers des proches ont incriminé une cause mystique aux troubles (23,3% de Djinne-bana et 15% d'ensorcellement). **Libery** et al en 2009, ont trouvé que 43,2% des enquêtés attribuaient une origine mystique à la maladie mentale [52].

Nous avons trouvé que les familles qui ont répondu la maladie mentale comme la cause de troubles avait un recours non tardif (60%) alors que les familles qui ont répondu djenene-bana la grande majorité avait recours tardif avec 67,8% des cas. La perception qu'on a d'une maladie influence sur le choix du recours thérapeutique, donc les familles qui évoquent un diagnostic traditionnel se tourne plus vers la médecine traditionnelle et constitue un facteur du recours tardif aux soins conventionnels. C'est d'ailleurs pourquoi **Diakite et al** affirment que « **les maladies attribuées à des facteurs surnaturels ne peuvent être traitées que par la médecine traditionnelle et le recours aux guérisseurs ou aux devins et en aucun cas par la médecine moderne** ». Les mêmes constatations ont été faites par FEUDJIOMENE NGOUANE M où 72% des répondants qui ont attribué une origine naturelle à la maladie mentale ont choisi la médecine moderne comme itinéraire thérapeutique alors que 79% des répondants ayant attribué une origine mystique à la maladie mentale ont choisi la médecine traditionnelle [53].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. Conclusion

Cette étude a permis de faire un aperçu sur les itinéraires thérapeutiques des patients admis au service de psychiatrie de Point G.

Il en ressort une nette prédominance masculine de 75%. La plus de la moitié était des célibataires et la tranche d'âge allant de 29 à 38 ans était la plus représentée avec 40% de cas. La plupart de nos patients résidait dans le district de Bamako. La grande majorité était scolarisée avec 75,8% des cas.

Les soins traditionnels étaient le premier recours dans la majorité de notre population avec 70,8% des cas. Les marabouts et les tradithérapeutes herboristes étaient consultés dans respectivement chacun 50% et 45% des cas. 81% des cas avait eu un échec thérapeutique à la suite du recours chez les tradithérapeutes.

Dans notre étude le sexe masculin, la scolarisation, recours à la médecine traditionnelle et l'attribution d'une cause surnaturelle (Djinné-banna ou ensorcellement) à la maladie constituaient un facteur du recours tardif vers les soins conventionnels.

Cette étude montre que la médecine traditionnelle reste le premier recours de nos patients souffrant de troubles mentaux pour mieux apprécier ce constat avec plus d'objectivité, il nous semble opportun d'approfondir les recherches en associant des outils de mesure.

2. Recommandations :

- **Au ministère de la santé et de l'hygiène publique :**

Mettre la santé mentale dans le programme national prioritaire ;

Mettre des unités spécialisées en santé mentale dans les structures de soins primaires et secondaires (CSCOM, CSREF)

- **Aux personnels du service de psychiatrie :**

Accepter d'instituer un dialogue avec les TPS et un cadre de concertation, d'échanges pour une collaboration efficace à tous les échelons de la pyramide sanitaire.

Développer une approche psycho-éducative dans la prise en charge des patients.

Promouvoir la santé mentale avec journée porte ouverte et des associations de parents enfants malades ;

Sensibiliser à travers des conférences et des débats dans les médias et les réseaux sociaux pour toucher l'opinion publique.

- **Aux Associations de Tradipraticiens de santé (TPS) :**

Accepter le partage d'informations et de connaissances pour une collaboration efficace avec les agents de la médecine conventionnelle.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VI. References bibliographiques

- [1] Florian Kastler. La Santé Mentale En Afrique : Un Défi Oublié Ou Une Réponse Institutionnelle Inadaptée ? Dans Santé Internationale (2011), Pages 169 À 177
- [2] Ouango, J., Karfo, K., Kere, M., Ouedraogo, M., Kabore, G. & Ouedraogo, A. Concept Traditionnel De La Folie Et Difficultés Thérapeutiques Psychiatriques Chez Les Moosé Du Kadiogo. Santé Mentale Au Québec, 23 (2), 197–211. <https://doi.org/10.7202/032459ar>.
- [3] Dougoukolo Alpha Oumar Konaré, Baba Koumaré et Marie Rose Moro Parcours thérapeutiques au Mali en santé mentale. La Pensée sauvage | « L'Autre » 2014/1 Volume 15 | pages 38 à 45
- [3] Claude-Olivier Doron Dans Pratiques en santé mentale. L'émergence du concept de « santé mentale » dans les années 1940-1960 : genèse d'une psycho-politique 2015/1 (61e année), pages 3 à 16
- [4] Yessonguilana Jean-Marie Yeo-Tenena, Yavo Patrice Yao, Place des neuroleptiques atypiques dans la prise en charge Médicamenteuse des schizophrénies du service d'hygiène Mentale d'Abidjan John Libbey Eurotext | « L'information psychiatrique » 2008/5 Volume 84 | pages 417 à 425 ISSN 0020-0204 DOI 10.3917/inpsy.8405.0417 <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2008-5-page-417.htm>
- [5] Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Et Al. The Global Prevalence Of Common Mental Disorders: A Systematic Review And Meta-Analysis 1980–2013.
- [6] Dounia Belghazi, Driss Moussaoui, Nadia Kadri Epidemiological, Clinical And Cultural Specificities Of Patients Hospitalized In The Ibn-Rushd University Psychiatric Centre Of Casablanca - Annales Medico-Psychologiques 174 (2016) 100–104
- [7] A. Ouédraogo*, J.G. Ouango ; Prevalence Of Mental Disorders In The General Population Of Burkina Faso <https://doi.org/10.1016/J.Encep.2018.03.002> 0013-7006/© 2018 L'enc'Ephale, Paris.
- [8] Véronique Petit. Circulations Et Quêtes Thérapeutiques En Santé Mentale Au Sénégal. Revue Francophone Sur La Santé Et Les Territoires, Hypotheses.Org, 2019. Hal-02426114
- [9] Abdoulaye Sow Expérience D'Intégration De La Santé Mentale En Première Ligne De Soins En Guinée Pan Afr Med J. 2020; 37: 107. Published Online 2020 Oct. 1. French. Doi : [10.11604/Pamj.2020.37.107.20351](https://doi.org/10.11604/Pamj.2020.37.107.20351)

[10] Pierrine Didier Médecine Traditionnelle Et “ Médecine Intégrative ” À Madagascar : Entre Décisions Internationales Et Applications Locales

Hal Id: Tel-01257584 <https://Halshs.Archives-Ouvertes.Fr/Tel-01257584> Submitted On 17 Jan 2016

[11] Soumaoro. K Et Al Itinéraire Thérapeutique Des Personnes Atteintes De Maladies Mentales Au Service Des Psychiatrie De L'hôpital National De Donka, Hôpital De Conakry
Revue Internationale De Psychologie Et De Recherche Psychologique **Article De Recherche**
Volume 3 Numéro 5 **Date De Réception:** 18 Avril 2018 **Date De Publication:** 01 Juin 2018

[12] Yavo Patrice Yao Et Al Itinéraires Thérapeutiques Des Schizophrènes À Abidjan

John Libbey Eurotext | « L'information Psychiatrique »

2009/5 Volume 85 | Pages 461 A 469issn 0020-0204

Ligne A L'adresse : <https://www.cairn.info/Revue-L-Information-Psychiatrique-2009-5-Page-461.htm>

[13].Agence de Santé Publique du Canada, Évaluation nationale de l'effet des expériences scolaires sur les résultats et les comportements liés à la santé chez les jeunes.

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

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

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

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

[16].DSM IV-TR-manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

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

[18]. Cottureau M.J., Manus A., Martin A. et coll. Manuel de thérapie psychiatrique, éd Masson 1990, 444 pages.

[19].Guelfi J. D. Boyer P. Consol S. Olivier-martin R : Psychiatrie; PUF fondamental. 932 p.

[20].18. Ey H. Bernard P .Brisset C.M Manuel de psychiatrie, éd. revue et complétée, 1978 Masson, Paris1974: 1252 pages

[21] Janet P. Les obsessions et la psychasthénie, classics in psychiatry, Arno Press, New York, 1976.

[22]. Lemperiere TH., Feline A. et coll. Psychiatrie de l'adulte, collection abrégés de médecine Paris 1993, 12^{ème} tirage, 430 pages.

- [23]. Janet P. Les obsessions et la psychasthénie, classics in psychiatry, Arno Press, New York, 1976.
- [24]. JANET P. L'état mental des hystériques, Alcan édit., Paris, 1894.
- [25]. Raepelin E. Leçons cliniques sur la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive. Privat édit. Toulouse. 1970.
- [26] Arzimanoglou A., Aicardi J., et Laplane D., Commission on epidemiology and prognosis, International League Against epilepsy. Guideline for epidemiologic studies on epilepsy. *Epilepsia* : 25 (2), 1984. Pp184-198.
- [27] Samuel –Lajeunesse B. Le problème des bouffées délirantes. In : actualité de la schizophrénie, PUF., Paris, 35-54, 1981.
- [28] Cottureau M.J., Manus A., Martin A. et coll. Manuel de thérapeutique psychiatrique, éd Masson 1990, 444 pages.
- [29] Ron Norton, G. Ph. D., Michael Weinrath, Ph. D., et Michel Bonin, L'usage de la cocaïne : Recommandations en matière de traitement et de réadaptation pour la stratégie canadienne antidrogue
http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/drugsdrogues/cocaine_usage_cocaine/cocaine_f.pdf
- [30] Lemperiere TH., Feline A. et coll. Psychiatrie de l'adulte, collection abrégés de médecine Paris 1993, 12^{ème} tirage, 430 pages.
- [31] Fouquet P, Les névroses alcooliques. EMC 37.380.C10.1955
- [32] Sivadon P. Traité de psychologie médicale. Tome 2 : la rencontre psychothérapeutique. P.U.F 1973.
- [33] Coulibaly A. Etude Des Rechutes Dans Le Service De Psychiatrie De L'hôpital National Du Point G. Thés. Med. N° 00-M-20, Bamako 2000
- [34] Diakité Ai. Les Psychoses Délirantes Chroniques : Etude Epidémiologique Et De La Prise En Charge Dans Le Service De Psychiatrie De L'hôpital Du Point G À Bamako, Thèse De Méd, Bamako 2007 : P-36
- [35] Diop M. Etude De L'adaptation Socioprofessionnelle Des Patients Suivis En Psychiatrie Point G. Thèse De Med N° Bamako 2016
- [36] Le Fur P, Lorand S, Lucas-Gabrielli V.
 La Morbidité Des Patients Pris En Charge À Temps Complet Dans Les Secteurs De Psychiatrie Générale. In : Coldefy Meditor. La Prise En Charge De La Santé Mentale. Paris : La Documentation Française, Collection Etudes Et Statistiques ; 2007. P. 145–71

- [37] Boudef M, Ghouma D, Bennoua S.
Les Urgences Psychiatriques : Profil Épidémiologique.
Rev Sante Plus. 1992;15. 5.
- [38] Gregory Katz Md. A Comparative Study Of Psychiatric Inpatients In A General Hospital And A Psychiatric Hospital In Israel: Demographics, Psychopathological Aspects And Drug Abuse Patterns. Imaj. 2011 ;
- [39] Saliou Salifou Daméga Wenkourama , Kokou Messanh
Profile Of Psychiatric Outpatients At The University Teaching Hospital Campus Of Lomé
Health Sci. Dis: Vol 19 (1) Suppl 1 Feb 2018available At Www.Hsd-Fmsb.Org
- [40] Diakite Mariem I.A. La Rechute En Milieu Psychiatrique Dans Le Service De Psychiatrie Du Chu Du Point G A Propos De 165 Cas. Thèse.Med N°M09m97, Bamako 2008 : P-47.
- [41] M'bow F. M. Notion De Rechute En Psychiatrie A Propos De 176 Hospitalisations D'une Année A La Clinique Moussa Diop Du Chu De Fann.
Thèse De Med. N° 81- D- 63, Dakar, 1981.
- [42] Tognidé Cm, Klikpo E, Gansou Gm, Tognon F, Gandaho P., Ezin Houngré J., Ahyi Rg. Itinéraire Thérapeutique Des Malades Mentaux Reçus Dans Le Service De Psychiatrie Du Cnhu-Hkm De Cotonou (Bénin). Le Bénin Médical 2010; 45/46: 32-
- [43] Diabate M.K. Demande De Soins Psychiatriques Chez Les Élèves Et Étudiants Dans Le Service De Psychiatrie De L'hôpital National Du Point-G.
Thèse .Med N°M323, Bamako ; 2006 P-78
- [44] Ikwuka U, Galbraith N, Manktelow K, Chen-Wilson J, Oyebode F, Muomah Rc Et Al.
Parcours Vers Les Soins De Sante Mentale Dans Le Sud. Nigeria Oriental.
Transculter La Psychiatrie. 2016; 53 (5): 574-594. Pubmed | Google Scholar.
- [45] Baby.M. Les Urgences Psychiatrie Au Mali, Etude Epidemio-Clinique Dans Le Service De Psychiatrie De L' Hopital Du Point-G A Bamako. Thès.Med N°05m212 ; Bamako ; 2005 P71
- [46] Josué Breslau 1, Elisabeth Miller et al : Troubles psychiatriques de l'enfance et de l'adolescence, consommation de substances et incapacité à obtenir leur diplôme d'études secondaires à temps. Affiliations étendre. PMID : 20638079
PMCID : PMC2962709 ; DOI : 10.1016/j.jpsychires.2010.
- [47] Abou SY, Kokou Messanh et al : Les aspects de prise en charge traditionnelle chez les patients suivis en hospitalisation psychiatrique au CHNU FANN avant leur hospitalisation.
RAFMI 2019 ; Pages 38-44.

- [48] Dope KR, Mboussou M, Mbungu F (2009) Prise en charge des malades mentaux à Libreville : les différents circuits thérapeutiques. *Medicine of Black Africa* 56 (11): 573-579
- [49] Diakite B.D., Diarra T., Traore S., (1993), “Recours Aux Soins Et Consommation Médicale Dans Le Quartier De Bankoni”, In : J. Brunet-Jailly (Éd.), *Se Soigner Au Mali*, Paris.
- [50] Ibukun Adeosun, Abosede Adekeji Adegbohun, The Pathways to the First Contact with Mental Health Services among Patients with Schizophrenia in Lagos, Nigeria
January 2013 Hindawi Publishing Corporation ; *Schizophrenia Research and Treatment*
Volume 2013, Article ID 769161, 8 pages
<https://doi.org/10.1155/2013/769161>
- [51] Houyem Khiari Et Uta Ouali. Voies D'accès Aux Soins De Santé Mentale Pour Les Patients Atteints De Maladie Mentale Grave En Tunisie. *Journal Médical Panafricain*. 2019 ; 34 : 118. Doi : 10.11604 / Pamj.2019.34.118.19661. Cet Article Est Disponible En Ligne Sur :
<Http://Www.Panafrican-Med-Journal.Com/Content/Article/34/118/Full/>
- [52] **LIBERY J.**, 2009, itinéraires thérapeutiques des schizophrènes à Abidjam en ligne sur
<http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-5-page-461.htm>
- [53] Feudjiomene Ngouane M. Les déterminants du choix de l'itinéraire thérapeutique des maladies mentales ; Mémoire ONLIGNE, Institut Supérieur Larosière - Diplôme d'état d'infirmier 2014
- [54] Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, et al : L'épidémiologie des troubles addictifs et mentaux concomitants : implications pour la prévention et l'utilisation des services. *Journal américain d'orthopsychiatrie* 66:17-31, 1996Google Scholar

ANNEXES

Annexes

FICHE SIGNALITIQUES :

Nom : ABDI MOUHOUMED

Prénom : Hassan

Titre de la thèse : Itinéraire thérapeutique et des patients aux soins de santé conventionnelle du service de psychiatrie du CHU Point G De BAMAKO au Mali

Année : 2021-2022

Pays d'origine : MALI.

Ville de soutenance : Bamako.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine d'odontostomatologie (Bamako-MALI).

Secteur d'intérêt : Santé mentale, Itinéraire thérapeutique, Psychiatrie, CHU Point G

Résumé :

Introduction

Les études sur les parcours de soins sont un bon moyen d'évaluation du fonctionnement du système de santé d'un pays mais aussi la représentation actuelle de maladies mentales dans la population en générale. L'objectif de cette étude était d'étudier le rôle des itinéraires des patients dans le recours tardif de soins de santé mentale au CHU de Point G.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à recrutement prospectif qui s'est déroulée dans le service de psychiatrie du CHU Point G à Bamako au Mali.

Résultats : la tranche d'âge 29-38 était la plus représentée avec 40% des cas, avec une prédominance masculine. La majorité de nos patients avait eu un recours vers la médecine traditionnelle (70% des cas) avant les soins conventionnels. La plus part des hommes avait eu un recours tardif aux soins conventionnels ainsi que la population scolarisée (57,1% des cas) et les proches qui ont attribué les troubles à une cause surnaturelle. La grande majorité des patients avec un diagnostic schizophrénie avait un recours tardif avec 75,5% contre 24,5% des cas de recours non tardif.

Discussion : la médecine traditionnelle constitue le premier recours de la majorité de nos patients. Les explications culturelles communément admises, influencent fortement sur le choix du recours et expliquent en partie ce profil d'itinéraire observé dans cette étude.

Conclusion : L'intérêt de cette étude serait de trouver les facteurs du recours tardif aux soins conventionnels afin de bien structurer la prise en charge de troubles mentaux.

Mots clés : Santé mentale, Itinéraire thérapeutique, Psychiatrie, CHU Point G