

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO



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

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017-2018



FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

N° 18/192 FMOS

## TITRE

Schizophrénie et rechutes : Approche  
épidémiologique et clinique en milieu hospitalier  
au CHU du Point-G

## THESE

Présentée et soutenue publiquement le 17/08 /2018 devant  
la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

**Par : M. KASSIM S DIAKITE**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(DIPLOME D'ÉTAT)**

## Jury

**Président : Pr Cheick Oumar GUINTO**

**Membre : Dr Pakuy Pierre MOUNKORO**

**Co-directeur : Dr Souleymane dit Papa COULIBALY**

**Directeur de thèse : Pr Arouna TOGORA**

**DEDICACES**

**Je dédie ce travail à mes parents**

A la mémoire de mon père feu Samou DIAKITĒ et de ma mère feu Maïmouna TANGARA, je vous suis reconnaissant pour le courage et la bravoure que vous m'avez enseigné. Reposez-vous en paix chers parents.

## REMERCIEMENTS

**Je rends grâce à Allah,**

Le Tout Puissant, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux. Que sa paix et bénédictions soient sur notre prophète Mohammad !

**A la mémoire de ma grande sœur Adama DIAKITĒ,**

Tu étais toujours attentive, protectrice à mon égard. Reposes en paix chère grande sœur.

**A ma mère Awa KANĒ,**

Merci d'avoir été ma source d'espoir durant ce parcours. Que Dieu puisse te récompenser d'une longue vie et d'une bonne santé.

**A mes sœurs et frères, Abibata, Nankan, Téninba, Salimata, Oumou, Modibo et Manè DIAKITĒ**

En plus de cette fraternité, vous avez été des amis, des confidents et des conseillers durant toutes ces années. Vous m'avez encouragé et soutenu. Je vous suis reconnaissant. Qu'Allah vous récompense.

**A ma chère fiancée Fatoumata KANĒ**

Merci pour l'accompagnement et le soutien. Merci d'avoir être toujours présente. Qu'Allah bénisse notre couple

**A la famille DIAKITĒ à Bamako, Oumou, Lahassana, Hamidou, Zoumana, Fanta, Ferimata, Wassa Badiallo DIAKITĒ,**

Merci de votre soutien et de votre disponibilité. Qu'Allah vous récompense.

**A la famille DIAWARA à Bamako, Baïkoro, Kadidiatou Tangara, Koudedia, Bandjoujou et Kassim DIAWARA,**

Merci pour votre considération et pour tout ce que vous avez été pour moi. Puisse Dieu vous donner une bonne santé.

**A la famille OUEDRAGO au Point-G, Daouda et ses frères**

Merci pour l'accueil et le respect accordés à ma personne.

**A la famille DOUMBIA à Yanfolila, Massama, Kadiatou DIAWARA,  
Massey Salif, Sékou, Mokola, Mahamadou DOUMBIA**

Merci pour les conseils et les considérations. Je me suis senti entre parmi les  
miens pendant tous ces temps. Qu'Allah vous récompense.

**Au groupe CHALLENGERS de la FMOS,**

Merci pour ces moments inoubliables de défis, surtout de défis relevés qui  
resteront parmi les meilleurs souvenirs.

**A mes amis au Point-G. Alassane FOFANA, Nianzo FOFANA, Leparfait de  
Jot GBASAGBA, Awa DIALLO**

Merci pour tous ces temps passés ensemble, Qu'Allah vous récompense.

**A mes amis d'enfance : Ousmane KOUYATE, Aboubacar SIDIBE,**

Merci pour tous ces moments passés ensemble et les encouragements.

**A mes amis de la faculté : Ousmane DICKO, Soungalo DEMBELE, tous les  
membres de la 8<sup>e</sup> promotion du numerus clausus,**

Notre rencontre a été pleine de souvenirs que je garderai. Merci pour les  
échanges.

**A mes amis des associations : ARWES, ADERS, AEI, RENNAISSANCE  
CONVERGENCE SYNDICALE,**

Merci pour la collaboration.

**Aux aînés académiques, Soumaïla BENGALY, Seydou N. TRAORE,**

Merci pour le temps accordé et le soutien, surtout aux premiers jours à cette  
faculté. Qu'Allah vous récompense

Schizophrénie et rechutes : Approche épidémiologique et clinique en milieu hospitalier au  
CHU du Point-G

**Aux personnels du service de psychiatrie du CHU Point-G Pr Arouna  
Togora, Pr Souleymane Coulibaly, Dr Souleymane dit Papa Coulibaly, Dr  
Joseph Traoré, Dr Zoua Kamaté, Dr Boubacar H Maïga, Dr Apérou dit  
Eloi Dara, Dr Kadiatou Traoré épouse Ouattara, Dr Mahammadou Koné,  
Dr Pakuy Pierre Mounkoro, Dr Alkassane Ag Ismaël Cissé, Dr Hawa  
Togola épouse Sissoko, Dr Hassan Mouhoumed, Dr Maïmouna Diop,  
Etudiants stagiaires, Infirmiers, Garçons de salle, Agents de sécurité**  
Merci pour la disponibilité, la franche collaboration et les enseignements reçus.

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

**Professeur Cheick Oumar GUINTO**

- **Maitre de Conférences à la FMOS ;**
- **Responsable de l'enseignement de la neurologie à la FMOS ;**
- **Praticien hospitalier au CHU du Point G ;**
- **Coordinateur du DES de Neurologie ;**
- **Chef de Service de Neurologie au CHU du Point G ;**
- **Président de la Société de Neurologie du Mali ;**
- **Secrétaire général de la Société Malienne de Neurosciences ;**
- **Membre du Consortium Human Heredity and Health in Africa;**

Cher Maître, c'est un réel plaisir et un privilège pour nous de vous voir présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Vos immenses qualités humaines, scientifiques, et culturelles font de vous une référence.

Votre rigueur dans la formation et la clarté de vos enseignements font de vous un maître admiré de tous.

Retrouvez ici cher maître l'expression de toute notre reconnaissance, qu'Allah vous donne une longue vie et santé.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Docteur Pakuy Pierre MOUNKORO**

- **Psychiatre au service de psychiatrie du CHU Point-G**
- **Maître assistant à la FMOS (USTTB)**

Cher Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury.

Votre disponibilité, votre dévouement pour la recherche, votre sociabilité, votre modestie et votre rigueur dans le travail bien fait font de vous un maître respecté et admiré.

Veillez accepter cher Maître, nos sentiments d'estime et de profond respect.  
Qu'Allah vous donne une longue vie et de bonne santé.

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR**

**Docteur Souleymane dit Papa COULIBALY**

- **Ancien interne des hôpitaux du Mali**
- **Psychiatre au CHU du Point G**
- **Maître-assistant à la FMOS(USTTB)**
- **Membre de la Société Malienne de Santé Mentale(SOMASAM)**

Cher Maître, nous vous remercions pour la confiance que vous avez placée en nous pour effectuer ce travail. Ce fut un réel plaisir de travailler et d'apprendre à vos côtés. Homme de principe, votre disponibilité, votre amour pour la transmission du savoir, votre rigueur et votre modestie font de vous un maître exemplaire.

Retrouvez en ce travail, cher Maître, l'expression de notre admiration et de notre profonde reconnaissance.

Puisse Dieu vous accorder longue vie et bonne santé.



**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

**Professeur Arouna TOGORA**

- **Maitre de conférences en psychiatrie à la FMOS**
- **Chef du service de la Psychiatrie au CHU du Point G**
- **Coordinateur du DES de psychiatrie**
- **Psychiatre et pédopsychiatre au CHU du Point G**
- **Vice-président de la SOMASAM**

Cher Maître, nous ne cesserons jamais de vous remercier.

Pendant notre séjour au service de psychiatrie, nous avons été touchés par votre simplicité, votre humanisme, votre préoccupation à former.

Votre dévouement pour rendre accessible les soins psychiatriques aux populations fait de vous un médecin de référence.

Retrouvez ici cher Maître, le témoignage de notre sincère reconnaissance.

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

## **ABREVIATIONS**

ATCD : antécédent

c.-à-d. : c'est à dire

CHU : centre hospitalier universitaire

CIM : classification internationale des maladies

CPK : créatine phosphokinase

CS Réf : centre de santé de référence

DES : diplôme d'étude spécialisée

DG : directeur général

DGA : directeur général adjoint

DSM : manuel diagnostique et statistique

EPH : établissement public hospitalier

FMOS : faculté de médecine et d'odontostomatologie

HTA : hypertension artérielle

IC : intervalle de confiance

INFSS : institut national de formation en science de la santé

J.C : Jésus Christ

NLP : neuroleptique à libération prolongée

OMS : organisation mondiale de la santé

p.ex. : par exemple

RDV : rendez-vous

SPSS : statistical package for the social sciences

### Liste des tableaux

<b>Tableau I :</b> Répartition des patients selon la résidence.....	38
<b>Tableau II :</b> Répartition des patients selon la profession.....	38
<b>Tableau III :</b> Répartition des patients selon le niveau d’instruction.....	39
<b>Tableau IV :</b> Répartition des patients selon le motif de consultation.....	39
<b>Tableau V :</b> Répartition des patients selon l’ATCD de trouble psychiatrique familial.....	41
<b>Tableau VI :</b> Répartition des patients selon la consanguinité entre les parents.....	41
<b>Tableau VII :</b> Répartition des patients selon durée d’évolution avant le 1 <sup>er</sup> traitement médical.....	43
<b>Tableau VIII :</b> Répartition des patients selon la durée de suivi.....	44
<b>Tableau IX :</b> Répartition des patients selon le nombre de rechute.....	44
<b>Tableau X :</b> Répartition des patients selon le recours au traitement traditionnel.....	45
<b>Tableau XI :</b> Répartition des patients selon l’appréciation du traitement traditionnel par les parents.....	46
<b>Tableau XII :</b> Répartition des patients selon le schéma thérapeutique.....	47
<b>Tableau XIII :</b> Répartition des patients selon les classes de neuroleptiques.....	48
<b>Tableau XIV :</b> Relation entre le nombre de rechutes et le sexe.....	49
<b>Tableau XV :</b> Relation entre le nombre de rechutes et la tranche d’âge.....	50
<b>Tableau XVI :</b> Relation entre le nombre de rechutes et la résidence.....	51
<b>Tableau XVII :</b> Relation entre le nombre de rechutes et la symptomatologie clinique.....	52
<b>Tableau XVIII :</b> Relation entre les facteurs associés aux rechutes et le sexe.....	53
<b>Tableau XIX :</b> Relation entre les facteurs associés aux rechutes et la tranche d’âge.....	54

**Tableau XX :** Relation entre les facteurs associés aux rechutes et la  
résidence.....55

**Tableau XXI :** Relation entre les causes alléguées aux rechutes et la  
symptomatologie clinique.....56

**Liste des figures**

<b>Figure1</b> : Répartition des patients selon le sexe.....	35
<b>Figure2</b> : Répartition des patients selon la tranche d'âge.....	36
<b>Figure3</b> : Répartition des patients selon le statut matrimonial.....	37
<b>Figure4</b> : Répartition des patients selon la symptomatologie clinique.....	40
<b>Figure5</b> : Répartition des patients selon la consommation de substances psychoactives.....	42
<b>Figure6</b> : Répartition des patients selon le type de substances psychoactives.....	<b>43</b>
<b>Figure7</b> : Répartition des patients selon les causes alléguées aux rechutes.....	45

## SOMMAIRE

1.	INTRODUCTION ET .....	1
2.	OBJECTIFS .....	3
3.	GENERALITES.....	4
4.	METHODOLOGIE.....	25
5.	RESULTATS.....	35
6.	DISCUSSION.....	57
	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	63
	BIBLIOGRAPHIE.....	66
	ANNEXES.....	73

Schizophrénie et rechutes : Approche épidémiologique et clinique en milieu hospitalier au  
CHU du Point-G

## 1. INTRODUCTION

La schizophrénie correspond à un groupe de psychoses graves qui affectent très souvent l'adulte jeune[1]. Elle affecte profondément la capacité de la personne de fonctionner efficacement dans tous les aspects de sa vie tels que son autonomie, ses relations familiales, son revenu, ses études, son emploi, son logement, sa vie communautaire et sociale[2]. C'est une maladie chronique qui, dans la plupart des cas, doit être traitée pendant toute la vie. L'évolution se fait de façon inéluctable vers une dissociation progressive de la personnalité des sujets atteints, entraînant ainsi un retentissement social et professionnel très péjoratifs [3].

Après un premier épisode psychotique, l'évolution peut se faire de quatre manières différentes[4]:

- absence de symptômes résiduels durables et absence de rechutes ultérieures dans 22 % des cas ;
- alternance de rémissions et de rechutes, avec peu ou pas de symptômes résiduels au cours des rémissions, dans 35 % des cas ;
- alternance de rémissions et de rechutes avec aggravation des symptômes résiduels au fil des rechutes dans 35 % des cas
- absence de rémission, avec une évolution continue, dans 8 % des cas.

En effet, après une rechute, 17 % des patients gardent des symptômes résiduels qui étaient absents avant la rechute[4].

Dans la schizophrénie, la rechute est fréquente et intéresse plus d'un patient sur deux dans les deux années qui suivent le premier épisode[1]. La présence de rechutes schizophréniques concernerait donc 70 % des patients atteints de schizophrénie[4]. La prévention de ces rechutes est un objectif majeur de la prise en charge de cette pathologie. De plus, des symptômes résistants aux traitements psychotropes apparaissent chez 35 % des patients après une rechute[4].

Par ailleurs, chaque rechute accroît le risque de rechutes futures[4].



Les dépenses liées au traitement chez les patients qui rechutent sont quatre fois plus importantes que chez ceux qui ne rechutent pas[4]. De Hert et al. ont observé que les dépenses gouvernementales pour chaque patient schizophrène sont dix fois plus élevées que le coût des soins de santé d'un citoyen moyen. Ce coût représente 1,9% des dépenses globales du gouvernement belge pour les soins de santé[5].

Depuis une dizaine d'années, de nouveaux médicaments qui entraînent moins d'effets secondaires et qui sont aussi efficaces ou même meilleurs que les médicaments plus anciens sont disponibles. Il arrive souvent que les personnes souffrant de schizophrénie, pour diverses raisons, réduisent la quantité de médicaments qu'elles prennent sous prescription ou arrêtent tout simplement de les prendre. La plupart du temps, il en résulte une réapparition des symptômes[6].

Au Mali, Coulibaly A. cité par DIAKITE M.I.A a retrouvé une fréquence des rechutes pour l'ensemble des pathologies psychiatriques de l'ordre de 31.49 % dans le service de psychiatrie de l'hôpital du Point G[7].

Samaké A. a trouvé dans sa thèse un taux de rechute des psychoses chroniques à 45,1 % dans le service de psychiatrie du Point-G[8]

A la lumière de ces travaux préliminaires, les rechutes dans la schizophrénie restent peu étudiées dans le contexte malien. Le but de cette étude est de faire un état de lieu des rechutes de la schizophrénie dans le service de psychiatrie du CHU du Point-G au Mali.

#### HYPOTHESE :

Beaucoup de schizophrènes suivis au service de psychiatrie du CHU Point-G feraient l'objet de rechutes, ces rechutes seraient elles liées à un abandon thérapeutique.

## **2. OBJECTIFS**

### **2.1 Objectif Général :**

Comprendre les rechutes chez les schizophrènes suivis au service de psychiatrie du CHU Point G.

### **2.2 Objectifs spécifiques :**

1. Déterminer la prévalence des rechutes chez sujets schizophrènes suivis au service de psychiatrie.
2. Décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des schizophrènes ayant rechuté
3. Mettre en évidence les événements associés à la survenue des rechutes

### **3. GÉNÉRALITÉS**

#### **3.1 DEFINITIONS**

La schizophrénie est une maladie propre à l'homme, qui affecte les fonctions supérieures du cerveau et qui est caractérisée par la présence d'une dissociation mentale et d'affects émoussés ou inappropriés, d'hallucinations et de délire. Ces symptômes se traduisent par un comportement bizarre ou inadapté du sujet atteint[9].

La rémission veut en réalité dire « atténuation et maîtrise des symptômes positifs et négatifs de l'affection et, si possible, prévention de leur réapparition »[10].

La phase de stabilisation correspond à la période pendant laquelle les symptômes sont maîtrisés de manière durable à l'aide des médicaments[10].

La rechute après un premier épisode de schizophrénie correspond à la réapparition d'une symptomatologie aiguë après une phase de rémission partielle ou complète. Il n'y a pas de définition opérationnelle de la rechute permettant de modéliser les aspects évolutifs de la schizophrénie et de mesurer l'impact des thérapeutiques sur l'évolution des troubles[11].

#### **3.2 HISTORIQUE**

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique très ancienne.

Dès 2000 avant J C, le papyrus Ebers dans son livre des cœurs liste ses symptômes[3].

Des accusations de sorcellerie, soutenues par l'incompréhension et la crainte, ont pu conduire des schizophrènes vers les bûchers ou d'autres types d'exécutions. Tel pouvait être le sort réservé aux malades. Ainsi, toute personne présentant des comportements anormaux, risquait une fin funeste.

Le premier diagnostic de schizophrénie fut établi en 1809 par un médecin français, Philippe PINEL[12].

En 1852 MOREL décrit pour la première fois les signes cliniques, ensuite en 1860 il chercha l'étiologie organique de la pathologie et évoqua le concept de dégénérescence mentale et la nomma « démence précoce ».

Ainsi la schizophrénie était une dégradation du cerveau à l'origine des symptômes de la pathologie[12].

En 1895, KRAEPELIN définit la « démence précoce » et c'est donc à cette époque que les premiers symptômes positifs comme les hallucinations sont repérés. Puis HECKER décrit la schizophrénie hébéphrénique où prédomine la symptomatologie dissociative et déficitaire, avec une pauvreté ou une absence du délire exprimé[12].

En 1911 que BLEULER propose finalement le terme de schizophrénie qui signifie esprit divisé ( `SCHIZEN'' fractionnement et `PHREIN'' esprit)[13].

En 1959, SCHNEIDER tente de spécifier les critères diagnostiques de la schizophrénie[12]. FREUD a traité la schizophrénie par la psychanalyse en la décrivant comme une faiblesse dans le développement du moi. Il précisait que « la caractéristique essentielle de la schizophrénie portait sur les changements dans les relations du patient avec son entourage»[12]

### **3.3 EPIDEMIOLOGIE**

La schizophrénie est pour l'OMS la huitième cause d'handicap chez les sujets de 15 à 44 ans en termes d'années de vies ajustées sur l'incapacité[14].

En France, 600 000 personnes seraient atteintes de schizophrénie mais seules 150 000 à 200 000 sont prises en charge dans le secteur public chaque année.[15]

Deux autres études menées sur 5 ans après un premier épisode retrouvent respectivement 82 % et 70 % de rechutes[16,17].

L'étude de Robinson et al.[16] avait alerté la communauté en montrant que le risque de rechute est multiplié par 7 à l'arrêt des médicaments et dans une autre étude ils affirment que, sans traitement antipsychotique, cinq ans après la fin du premier épisode, le taux cumulatif de première rechute est de 81.9% (95% IC, 70.6%-93.2%) et le taux de seconde rechute de 78% (95% IC, 46.5%-100.0%).

Et 4 ans après la fin d'une seconde rechute, le taux cumulé de troisième rechute est de 86.2% (95% CI, 61.5%-100.0%)[18].

Selon une étude belge, 90% des patients avec un traitement antipsychotique (seulement 15.2% ne recevaient pas de traitement à la fin de l'étude) auront une rechute pendant les dix ans suivant le premier épisode psychotique.

D'autres études de suivi menées sur de plus courtes périodes après un premier épisode de psychose signalent un taux de rechutes à 1 an de l'ordre de 20 à 30 % et de 40 % après 3 ans[11].

Deux études : l'étude de Nottingham[19] qui a permis de disposer des données issues d'un suivi de 13 ans et l'étude de Madras[20] la plus longue, avec un suivi de 20 ans ; ces études rapportent respectivement un taux de rechutes de 82 et

84 %, suggérant que 15 à 20 % des patients ne rechutent pas après un premier épisode.

### **3.4 ETIOPATHOLOGIE**

L'étiologie de la schizophrénie demeure mal connue, même si plusieurs auteurs s'accordent actuellement à penser qu'il existe une composante génétique bien établie, interagissant avec des facteurs environnementaux (modèle polygénique et multifactoriel à seuil). Il existerait une prédisposition à la maladie, elle-même influencée par l'environnement (infection virale in utéro, complications obstétricales à la naissance, traumatisme crânien dans l'enfance, stress ...). La conjonction des facteurs génétiques et environnementaux conduirait lorsqu'un certain seuil de vulnérabilité serait atteint, à l'apparition de la maladie[9]

#### **3.4.1- Les facteurs de vulnérabilité génétique et environnementale.**

Les chercheurs ont mis en évidence des facteurs de vulnérabilité génétique et environnementale qui, sur le plan épidémiologique, semblent jouer un rôle important dans le développement de cette pathologie[21–24]. Ces deux éléments réunis pourraient en effet, favoriser la survenue de la maladie. Cette hypothèse globale dite de « stress-vulnérabilité » montre que le risque de développer une schizophrénie serait plus important sur un « terrain » montrant une fragilité neuropsychologique d'origine génétique complexe.

Les études de génétique ont identifié plusieurs gènes impliqués dans la schizophrénie[21].

Le risque de développer la maladie serait de 10% pour les frères et sœurs d'un patient souffrant de schizophrénie, contre 1% de la population générale. Et il serait de 50% pour un enfant dont les deux parents souffrent de la maladie[25]. De plus, des facteurs psychosociaux et biologiques peuvent participer au développement de la schizophrénie.

### **3.4.2- Les facteurs psychosociaux**

Ce sont des facteurs de risques non négligeables, classés en deux catégories :

- **Les facteurs sociodémographiques**

Ils sont nombreux et complexes. Etre isolé socialement et économiquement, avoir un nombre très réduit d'expériences professionnelles, être récemment immigré et par conséquent brutalement coupé de sa culture d'origine, peuvent apparaître comme des facteurs favorisant l'éclosion de la maladie mais peuvent également avoir été des conséquences des prodromes de la maladie[21–24].

- **Les facteurs de communication**

Montrent que le fait de vivre au sein d'une famille exprimant intensément ses émotions pourrait accroître selon certains auteurs le risque de schizophrénie. De même, la survenue d'évènements de vie stressants et un degré trop élevé d'exigences sociales pourraient y participer[25].

Si les études épidémiologiques ne démontrent pas formellement la responsabilité réelle des facteurs psychosociaux, ces éléments semblent pourtant jouer un rôle effectif dans l'intensité de la maladie et par conséquent dans la qualité de vie du patient.

### **3.4.3- Les facteurs biologiques**

Des agents infectieux, toxiques ou traumatiques ont été évoqués comme à l'origine de troubles schizophréniques, survenant de façon brutale chez l'adulte.

- **Les agents toxiques :**

L'usage de substances comme les amphétamines, le cannabis, l'alcool..., constituerait un risque de survenue de la maladie surtout le cannabis qui est le plus consommé, mais le lien causal est discuté ; il pourrait s'agir davantage de facteurs révélateurs de la pathologie, chez des sujets prédisposés à développer l'affection[21].

- **Les agents traumatiques :**

Quelques pathologies cérébrales reproduisent en partie certains des symptômes typiques de la schizophrénie.

### **3.4.4- Les facteurs neuro-biologiques**

#### **- Neuroanatomie**

Absentes chez de nombreux malades, on retrouve certaines anomalies de l'encéphale qui sont aussi présentes hors de la schizophrénie, au cours d'autres maladies mentales, ou même chez des sujets normaux ; et on ne sait pas si elles préexistent à la maladie ou si elles en sont la conséquence. Les études neuro-anatomiques, récentes, révèlent des anomalies de la substance grise (les corps cellulaires et des glies), et de la substance blanche (les fibres nerveuses, axones et dendrites, permettant la communication entre les neurones) dans le cerveau des patients schizophrènes : déficit oligodendrocytaire, perte de myéline[26–28].

#### **- Neurobiochimie**

L'implication de facteurs biochimiques dans la schizophrénie est suspectée depuis longtemps. L'hypothèse dopaminergique est encore, à l'heure actuelle, la mieux étayée. D'autres neurotransmetteurs (sérotonine, glutamate, noradrénaline, GABA, et neuropeptides) sont venus enrichir les données biologiques de ce trouble.

La dopamine reste le cœur des hypothèses biochimiques concernant la schizophrénie. La reconnaissance d'un rôle central de la dopamine dans les phénomènes psychotiques est fondée en particulier sur l'efficacité des neuroleptiques qui sont des bloqueurs dopaminergiques, et sur les effets

observés avec les psychostimulants à action dopaminergique, qui sont capables d'induire des symptômes psychotiques[12].

Un taux plasmatique de la dopamine élevé serait corrélé avec la symptomatologie positive et un taux plasmatique bas lorsque la symptomatologie négative prédomine.

Les expressions comportementales des changements d'activité dopaminergique sont dues non pas à une augmentation ou à une diminution, mais plutôt à une modification de l'équilibre fonctionnel que les voies dopaminergiques créent entre les structures innervées[12].

La sérotonine est apparentée par sa formule à plusieurs psychotomimétiques. Le système sérotoninergique interagit de façon étroite avec le système dopaminergique et on ne peut distinguer, au vu des données actuelles, si les perturbations sérotoninergiques sont une cause ou une conséquence du dysfonctionnement dopaminergique[12].

L'adrénaline et la noradrénaline (*NAD*) dérivent elles aussi d'un acide aminé, par hydroxylation de la dopamine, la *tyrosine*. Il existe des interactions entre les systèmes dopaminergiques et noradrénergiques. Une augmentation des taux de la *NAD* au niveau des structures limbiques et dans le LCR est notée chez des patients Schizophrènes. Cette augmentation est corrélée avec les symptômes positifs pour certains, et avec les symptômes positifs et négatifs pour d'autres[12].

### **3.5- DIAGNOSTIC POSITIF**

Le diagnostic de la schizophrénie est posé par le personnel médical et repose sur l'analyse du discours du patient pendant l'entretien, l'histoire de la maladie recueillie auprès de la famille, la durée d'évolution de la maladie et souvent sur des examens biologiques pour pouvoir éliminer les affections somatiques susceptibles de provoquer un trouble psychotique du même cadre.



Il repose essentiellement sur trois syndromes majeurs : le syndrome de dissociation ou désorganisation, le délire paranoïde, le repli autistique associés à une évolution d'au moins 6 mois.

Ce diagnostic est fait en fonction des critères donnés par des experts internationaux dans le 5<sup>ème</sup> manuel diagnostique et statistique des maladies DSM5 et aussi du 10<sup>ème</sup> classification internationale des maladies CIM10.

### **3.5.1- Selon la CIM 10 :**

Les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits des fonctions cognitives puissent apparaître au cours de l'évolution. Les phénomènes psychopathologiques les plus importants sont : l'écho de la pensée, les pensées imposées et le vol de la pensée, la divulgation de la pensée, la perception délirante, les idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, les hallucinations dans lesquelles des voix parlent ou discutent du sujet à la troisième personne, les troubles du cours de la pensée et les symptômes négatifs.

### **3.5.2- Selon le DSM5 :** ce manuel parle de critères qui sont

**A.** Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :

1. Idées délirantes.
2. Hallucinations.
3. Discours désorganisé (p. ex. incohérences ou déraillements fréquents).
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
5. Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle).

**B.** Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail,

les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint).

**C.** Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois les symptômes répondant au critère A (c.-à-d. les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) ; dans le même laps de temps des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du trouble peuvent ne se manifester que par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes listés dans le critère A présents sous une forme atténuée (p. ex. croyances étranges ou expériences de perceptions inhabituelles).

**D.** Un trouble schizoaffectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que :

- 1) soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou dépressif caractérisé concurremment avec la phase active des symptômes,
- 2) soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie.

**E.** Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une drogue donnant lieu à abus, ou un médicament) ou à une autre pathologie médicale.

**F.** S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace).

### **3.5.3- CARACTERISTIQUES DIAGNOSTIQUES**

Les symptômes caractéristiques de la schizophrénie correspondent à un ensemble d'anomalies cognitives, comportementales et émotionnelles, et aucun symptôme n'est pathognomonique du trouble. Le diagnostic implique la reconnaissance d'une constellation de signes et symptômes eux-mêmes associés à une altération du fonctionnement professionnel ou du fonctionnement social. Les personnes souffrant du trouble varient considérablement au regard de la plupart des caractéristiques car la schizophrénie est un syndrome cliniquement hétérogène.

Au moins deux symptômes du critère A doivent être présents dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois ou plus. Au moins un de ces symptômes doit être la présence claire d'idées délirantes (critère A1), d'hallucinations (critère A2) ou d'une désorganisation du discours (critère A3). Peuvent aussi être présents un comportement grossièrement désorganisé (critère A4) et des symptômes négatifs (critère A5). Dans les situations où les symptômes de la phase active régressent en réponse à un traitement durant le mois qui suit, le critère A est toujours rempli si le clinicien estime que les symptômes auraient persisté en l'absence de traitement.

La schizophrénie comprend des déficits dans un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement (critère B). Si le trouble commence pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau attendu de fonctionnement n'est pas atteint. Comparer la personne à un membre de la fratrie peut être utile. Les altérations persistent pendant une période substantielle de temps au cours de l'évolution du trouble, et ne paraissent pas être la conséquence directe d'une caractéristique clinique particulière. L'aboulie (c.-à-d. la tendance réduite à poursuivre un comportement dirigé vers un but ; critère A5) est liée au dysfonctionnement social décrit dans le critère B. Il existe aussi des preuves solides d'une relation étroite entre le déficit cognitif et le déficit fonctionnel chez les personnes souffrant de schizophrénie.

Certains signes du trouble doivent persister pendant une période continue d'au moins 6 mois (critère C). Des symptômes prodromiques précèdent souvent la phase active, et des symptômes résiduels peuvent la suivre, caractérisés par des formes légères ou subsyndromiques d'hallucinations ou d'idées délirantes. Les personnes peuvent exprimer une variété de croyances étranges ou inhabituelles qui n'atteignent pas des proportions délirantes (p. ex. des idées de référence ou des pensées magiques) ; elles peuvent avoir des expériences perceptuelles inhabituelles (p. ex. sentir la présence d'une personne qu'elles ne voient pas) ; leur discours peut être globalement incompréhensible et vague ; et leur comportement peut être inhabituel sans être grossièrement désorganisé (p. ex. marmonnements en public). Les symptômes négatifs sont habituels dans les phases prodromiques et résiduelles, et peuvent être sévères. Les personnes qui ont été actives socialement peuvent se replier par rapport à leurs activités antérieures.

De tels comportements sont souvent les premiers signes du trouble.

Des symptômes affectifs et de véritables épisodes de trouble de l'humeur sont courants dans la schizophrénie, et peuvent être présents en même temps que les symptômes de la phase aiguë. Cependant, pour se différencier d'un épisode de trouble de l'humeur avec manifestations psychotiques, un diagnostic de schizophrénie exige la présence d'idées délirantes et d'hallucinations en l'absence d'un épisode de trouble de l'humeur. De plus, les épisodes de trouble de l'humeur, dans leur ensemble, ne doivent être présents que dans une faible proportion de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie.

En plus des cinq domaines symptomatiques identifiés dans les critères diagnostiques, l'évaluation des domaines de la cognition, de la dépression et des symptômes maniaques est indispensable pour faire des distinctions d'importance critique entre les diverses formes cliniques qui font partie du spectre de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques.

### **3.6 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**

#### **3.6.1- Devant un épisode de délire aiguë.**

On tiendra compte de la durée d'évolution pour éliminer quelques diagnostics d'apparition récente, ce qui est souvent difficile car les modes d'entrée dans la schizophrénie sont polymorphes :

- bouffée délirante aiguë
- trouble de l'humeur délirant (manie ou dépression)
- confusion mentale (dans laquelle il existe une désorientation temporo-spatiale et un trouble de la vigilance). Il faut alors éliminer une cause organique et rechercher une prise de toxiques.

#### **3.6.2- Devant un délire chronique non schizophrénique :**

- une paranoïa où le délire est logique, cohérent, compréhensible et le syndrome dissociatif absent.
- une psychose hallucinatoire chronique ; l'âge de survenue est plus tardif et la dissociation discrète voire absente. Rappelons que les anglo-saxons la considèrent comme une schizophrénie de début tardif.
- la paraphrénie; le mécanisme délirant prévalent est imaginatif, la dissociation discrète, l'âge de début tardif. Encore une fois, les anglo-saxons la considèrent comme une schizophrénie de début tardif.

#### **3.6.3- Devant un trouble de l'humeur**

- un trouble bipolaire. Il n'y a pas de syndrome dissociatif, les idées délirantes sont congruentes à l'humeur et les intervalles entre les accès permettent le plus souvent un retour à l'état antérieur.
- On éliminera une mélancolie également (trouble thymique prévalent, délire congruent à l'humeur).

#### **3.6.4- Devant les troubles chez l'enfant**

- une psychose infantile, parfois difficile à distinguer d'une schizophrénie de début infantile survenant avant l'âge de 12 ans.

### **3.6.5- Devant les affections organiques**

Certaines anomalies chromosomiques peuvent être associées à l'apparition de symptômes schizophréniques (ex. syndrome de Di George). La dysmorphie associée et le retard mental fréquent conduiront à demander une consultation génétique.

### **3.6.6- Devant une catatonie**

Un syndrome malin des neuroleptiques (élévation thermique, troubles neuro-végétatifs et dysrégulation tensionnelle, élévation des CPK).

### **3.6.7- Devant les troubles de personnalité :**

- La personnalité schizoïde ; elle est caractérisée par un détachement majeur par rapport aux relations sociales. Le sujet présente une indifférence à autrui et un certain émoussement affectif mais sans véritable syndrome autistique ou dissociatif.

-La personnalité schizotypique présente quant à elle des troubles caractérisés par un comportement excentrique et des croyances bizarres, ayant souvent trait au surnaturel, s'accompagnant d'une pauvreté des affects et d'idéations méfiantes, sans réel syndrome délirant. La pensée est souvent stéréotypée mais sans incohérence marquée et sans dissociation. Des épisodes transitoires comportant des expériences de dépersonnalisation ou des hallucinations somato-sensorielles sont possibles.

On parle d'« états prépsychotiques » car ces troubles constituent parfois l'état pré morbide d'une schizophrénie caractérisée.

## **3.7- FORMES CLINIQUES DE LA SCHIZOPHRENIE**

La schizophrénie peut se manifester sous plusieurs formes, l'évolution et le traitement peut différer du tableau clinique. Ces formes ne sont pas toujours définitives et il peut souvent avoir passage d'une forme à l'autre.

### **3.7.1- Les formes de début :**

**3.7.1.1- Début brutal :** les formes à début brutal sont nombreuses et peuvent être trompeuses

#### **- bouffée délirante aiguë**

Il s'agit de l'apparition d'un délire en quelques jours ou semaines, à l'origine de troubles du comportement. La bouffée délirante, telle que décrite dans l'école française, a une évolution le plus souvent favorable. Cependant, environ 30 % des bouffées délirantes évoluent vers une schizophrénie. Des facteurs de mauvais pronostic ont été décrits. Une évolution subaiguë, des troubles du comportement préexistants (personnalité introvertie ou schizoïde, désinvestissement scolaire ou professionnel, isolement social), un syndrome dissociatif, une mauvaise réponse au traitement neuroleptique, une pauvreté du délire, l'absence de facteur déclenchant sont des indices de mauvais pronostic mais seul le critère évolutif, après plusieurs mois d'évolution, permettra de trancher.

#### **-manie et dépression atypique**

L'existence d'hallucinations, d'une bizarrerie, d'incohérences, d'un délire non congruent à l'humeur, d'une froideur des affects avec détachement ou d'une excitation sans réelle euphorie peuvent faire évoquer le diagnostic de schizophrénie. Il faut toutefois noter que, chez l'adolescent et l'adulte jeune, la manie ou la mélancolie peuvent s'accompagner d'un délire intense, parfois au premier plan.

#### **- trouble du comportement**

Une tentative de suicide, une fugue, un voyage pathologique ou un acte médico-légal (souvent dans un contexte délirant) peuvent être inaugurations.

**3.7.1.2- Le début est le plus souvent progressif, insidieux** et difficile à distinguer des troubles du comportement qui peuvent être associés à l'adolescence.

On recherchera alors :

- un fléchissement scolaire inexpliqué, un engouement récent pour les phénomènes paranormaux,
- un retrait social, une modification de l'affectivité, une froideur du contact ou une indifférence,
- des troubles du comportement inhabituel et bizarre (négligence corporelle, modification du comportement alimentaire ou sexuel, fugue, marginalisation, inversion du rythme de vie : vie nocturne),
- l'apparition de conduites addictives (alcoolisme ou toxicomanie),
- l'apparition de symptômes pseudo-névrotiques : phobies atypiques : éreuthophobie (peur de rougir en public) ou nosophobie (peur de maladies) ; obsessions inhabituelles (hypocondriaques ou abstraites, avec des rituels bizarres) ; agoraphobie sous-tendue par des idées délirantes de référence ; des symptômes hystériques atypiques par la froideur du sujet,
- un sentiment de dépersonnalisation (dysmorphophobie, signe du miroir, angoisse de morcellement avec peur de perte de l'intégrité corporelle, des troubles de l'identité) ou, de façon moins importante, de déréalisation (impression d'étrangeté et parfois d'hostilité du monde environnant).

### **3.7.2- Formes cliniques symptomatiques :**

#### **- La schizophrénie paranoïde**

La schizophrénie paranoïde est certainement la forme la plus fréquente. Elle se caractérise par la prédominance des manifestations délirantes. Le délire paranoïde, illogique, bizarre voire impénétrable, est sous-tendu par des manifestations délirantes, hallucinatoires, interprétatives ou intuitives avec différentes thématiques et surtout d'une grande variété. Le syndrome d'automatisme mental qui regroupe des manifestations diverses montrant les sentiments de dépossession de l'intimité de la pensée est caractéristique. Il est relativement rare dans son intégralité mais il permet d'établir le diagnostic.



Cette symptomatologie paranoïde est associée à des manifestations de désorganisation ou à une symptomatologie négative, qui ne sont pas au-devant de la scène

### **- La schizophrénie désorganisée**

La schizophrénie désorganisée est caractérisée par la présence au premier plan de troubles de la pensée comme par exemple un discours confus et totalement incohérent ainsi que la présence de néologismes. Ceci est associé à un comportement en inadéquation avec une situation donnée (une tristesse à un moment où la joie devrait être présente ou inversement).

**Hébéphrénie** est l'un de type de la forme désorganisée, débute en règle générale insidieusement au cours ou au décours de l'adolescence. Une personnalité pré morbide schizoïde est parfois retrouvée. Les perturbations du fonctionnement intellectuel ainsi que l'émoussement affectif avec retrait social sont au premier plan. Le délire est pauvre ou parfois absent. Le pronostic évolutif, malgré le traitement antipsychotique est souvent défavorable et la désinsertion socioprofessionnelle habituelle. :

### **- La schizophrénie catatonique**

La schizophrénie catatonique se définit par la présence au premier plan de manifestations motrices : une catalepsie ou perte momentanée de l'activité musculaire ; une activité musculaire ou motrice excessive ou surexprimée ; un négativisme extrême ou un mutisme ; une forme extrême qui consiste en la répétition des paroles prononcées (écholalie) ou la répétition des mouvements (échopraxie)

### **- La schizophrénie dysthymique** (ou schizo-affective pour les anglo-saxons)

Les poussées processuelles associent :

- un syndrome délirant au premier plan non congruent à l'humeur.
- des troubles de l'humeur (manie, dépression, état mixte).
- une évolution périodique

Entre les poussées, le sujet présente des symptômes schizophréniques, en règle générale mineurs. Elles sont caractérisées par leur sensibilité aux traitements thymorégulateurs et leur pronostic plus favorable.

**- La schizophrénie héboïdophrénique ou Pseudo-psycho-pathique**

Cette forme se caractérise essentiellement par des troubles du comportement (impulsivité, instabilité, conduites anti-sociales ou addictives et délinquance). Le comportement est bizarre et inadapté. Il existe une froideur affective et une impossibilité à s'adapter à une vie sociale normale. Des actes hétéro-agressifs, parfois graves, peuvent en compliquer l'évolution.

**- la schizophrénie pseudonévrotique :**

Elle associe des symptômes de schizophrénie et des symptômes importants de névrose (hystérique, phobique, anxieuse ou obsessionnelle).

**- La schizophrénie indifférenciée**

La schizophrénie indifférenciée est la forme qui regroupe le plus grand nombre de symptômes des différentes formes de schizophrénie énoncées précédemment. Elle associe donc des symptômes positifs, de désorganisation ou de catatonie, sans qu'on retrouve de signes prépondérants au premier plan. Il existe fréquemment une association de symptômes, où aucun n'est présent d'une façon prédominante en termes de temps au cours de l'évolution

**- la schizophrénie simple**

Le tableau de schizophrénie est très peu marqué (pensée floue, peu de contacts, bizarrerie), avec une absence de délire (parfois simple impression de devinement de la pensée ou de transmission de pensée). Cependant, ces symptômes ont un retentissement sur le fonctionnement socio-professionnel du sujet.

**- la schizophrénie résiduelle**

Terme issu de la terminologie américaine. Il s'agit d'une forme de schizophrénie stabilisée dans laquelle persistent des symptômes négatifs mais où les symptômes positifs sont absents ou très atténués.

### **3.8-EVOLUTION**

La schizophrénie commence à un âge jeune, généralement à l'adolescence.

L'évolution est plus sévère chez l'homme que chez la femme.

La stabilisation de certaines formes (paranoïde, hébéphrénique et catatonique) est faible et se fait le plus souvent vers une forme indifférenciée dans laquelle aucune forme ne domine.

Les formes paranoïdes ont plus souvent une évolution intermittente (par poussées).

La forme catatonique pure est très rarement observée depuis les traitements neuroleptiques et l'amélioration de la prise en charge des patients.

La schizophrénie dysthymique a été individualisée par son évolution intermittente (poussées entrecoupées de rémissions partielles) et sa sensibilité aux traitements thymorégulateurs en association avec les neuroleptiques.

La schizophrénie est une maladie grave, par les troubles du comportement qu'elle implique avec une prévalence élevée de suicides (10% de décès par suicides), de la toxicomanie (40 à 50% des patients consomment régulièrement du haschich), de comportements hétéro-agressifs et le handicap fonctionnel.

En général :

- les patients ne présenteront plus de signe patent de la maladie et auront une insertion socio professionnelle considérée comme normale à 20 – 25%.
- les patients présenteront une forme intermédiaire (accès récurrents ou symptomatologie modérée) provoquant une altération variable des domaines affectifs, relationnels et professionnels à 50%.
- les patients présenteront une forme grave de la maladie (délire permanent ou symptômes déficiences interdisant toute activité soutenue) nécessitant une hospitalisation prolongée ou du moins le maintien dans un milieu exerçant une surveillance permanente à 20 – 25%.

Il s'agit d'une maladie chronique dont les symptômes s'améliorent généralement avec le traitement mais dont le risque de rechutes reste élevé.

Les rechutes peuvent survenir pour diverses raisons (rupture thérapeutique, non observance du traitement, moyens financier...).

Elles constituent un obstacle à une amélioration durable et une vraie rémission. La non observance thérapeutique a été indexée comme la première raison associée à ces rechutes.

Souvent malgré un traitement adapté, il peut se produire une exacerbation de la symptomatologie chez la personne stabilisée, ce que l'on appelle moment fécond.

Ces moments féconds constituent une véritable difficulté dans la prise en charge pour les patients et leurs entourages.

L'introduction des neuroleptiques, au cours des années 1950, a permis de limiter la durée d'hospitalisation des patients, mais la prise en charge reste très lourde.

### **3.9- PRONOSTIC**

La prise en charge de la schizophrénie est d'une longue durée, ainsi on estimerait un pronostic bon quand ces quelques facteurs sont présents :

- âge de début plus tardif (âge adulte)
- début rapide
- sexe (l'évolution serait plus favorable chez les femmes ou bien la tolérance sociale serait meilleure)
- forme paranoïde (délire au premier plan)
- institution précoce du traitement neuroleptique
- bonne réponse au traitement neuroleptique
- bonne coopération du patient et de la famille
- bonne adaptation prémorbide
- présence de symptômes thymiques (schizophrénie dysthymique)
- absence d'antécédents familiaux de schizophrénie (discuté).

### **3.10 TRAITEMENT**

Le traitement de la schizophrénie est multidimensionnaire.

#### **3.10.1–But du traitement :**

- obtenir une rémission des symptômes
- réduire la fréquence et la sévérité des épisodes aigus
- maintenir une adaptation socioprofessionnelle et la réadaptation
- limiter des évolutions déficitaires.

#### **3.10.2– Moyens**

##### **3.10.2.1 Chimiothérapie**

###### **3.10.2.1.1- Les neuroleptiques**

Les neuroleptiques ou les antipsychotiques sont les médicaments utilisés dans la prise en charge de la schizophrénie et d'autres troubles psychiatriques. Depuis leur avènement, il y a eu beaucoup d'amélioration dans la prise en charge de la schizophrénie.

Dans les années cinquante, les premières molécules qui ont été développées qui sont appelées de première génération ou typique(classiques) auront une action sur la dopamine, un messenger chimique du cerveau. Ils appartiennent à 4 classes: les phénothiazines, les butyrophénones, les thioxanthènes et les dibenzoxazépines. Ils sont actifs sur les signes dits positifs de la schizophrénie comme les hallucinations, délires... Cette classe est très souvent accompagnée d'effets dits indésirables qui peuvent être invalidants.

Les antipsychotiques de seconde génération sont appelés les atypiques, ils appartiennent à 7 classes : les benzamides, les dibenzodiazépines, les benzisoxazoles, les quinolinones, les aminobenzamides, les indolines, les benzothiazoles et les imidazolinediones. Ils agissent sur les neuromédiateurs dopamine et sérotonine, et sont efficaces sur les symptômes négatifs plus que les neuroleptiques classiques.

En dehors du classement des neuroleptiques selon les classes, ils peuvent être classés en fonction de leurs effets.

L'action peut être :

- Anti-productive, agissant sur les délires et hallucinations.
- Sédative, agissant sur les agitations et angoisses.
- Désinhibitrice, agissant dans les états d'inhibition, apathie et démotivation.

Ces différents effets peuvent se retrouver chez un seul neuroleptique : désinhibiteur à faible dose, anti-productif à dose moyen et sédatif à dose forte.

Ces molécules sont dites polyvalentes.

#### **3.10.2.1.2-Les correcteurs d'effets secondaires**

- pour les syndromes dyskinesiques, les molécules parkinsoniennes et anticholinergiques comme tropatépine, akineton et trihexyphénidyle sont utilisées. Leur utilisation sera limitée en tenant compte du risque d'accoutumance.

- pour les hypotensions orthostatiques, l'heptaminol est utilisé

#### **3.10.2.1.3-Les autres médicaments associés**

Dans certaines formes, les symptômes d'anxiété, de dépression ou de trouble de l'humeur peuvent se retrouver associés. Ces traitements y seront joints.

**Les antidépresseurs :** Dans des cas où des notes dépressives sont présentes, dépression atypique ou encore des états psychotiques avec un fond dépressif ; des antidépresseurs seront associés. Ex : amitryptiline chlorydrate, anafranil, fluoxétine

**Les thymoregulateurs :** Dans certaines formes de schizophrénie notamment les formes schizo-affectives, les sels de lithium, carbamazépine et les valproïdes peuvent être utilisés et souvent à titre préventif.

#### **3.10.2.2- La sismothérapie :**

L'indication est rare.

Hormis les antipsychotiques, dans les formes sévères ou résistantes aux molécules telles que dans la catatonie, risque suicidaire, trouble thymique chez les patients ne pouvant pas prendre de NLP, la sismothérapie (électrochocs) est

utilisée. Elle peut être associée aux autres générations de neuroleptiques surtout si persistance des symptômes psychotiques sévères et dans les comorbidités dépressives résistantes au traitement.

### **3.10.2.3– La psychothérapie**

En complément des autres moyens thérapeutiques, elle est indispensable. Il s'agit d'intervention cognitive et/ou comportementale, d'intervention familiale, d'intervention médico-pédagogique et aide à la réinsertion professionnelle du patient. Cela entraîne une bonne compréhension de la maladie pour les patients et leurs entourages surtout en cas de rechutes.

## **4. METHODOLOGIE**

### **4.1 Cadre d'étude.**

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

#### **4.1.1 Présentation du CHU du Point-G**

Le point-G est une dénomination militaire coloniale de repère géographique donnée à une colline située au Nord de Bamako dont l'hôpital porte le nom. En effet la première pierre de l'hôpital a été posée en 1906, les travaux ont duré six ans et il a été fonctionnel en 1912. Depuis cette date, il y a eu plusieurs extensions dont :

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

Le style architectural qui, à l'origine était un hôpital militaire, est de type pavillonnaire et fut transformé en hôpital civil par l'arrêté n° 174 de février 1958 portant réforme hospitalière des services de santé du Soudan, pour ensuite être érigé en établissement public hospitalier (EPH) par la loi n°02048 du 22 juillet 2002 portant réforme hospitalière. À ce jour et ce depuis la signature de la convention hospitalo-universitaire du 14 mars 2007, il est un Centre Hospitalier Universitaire (CHU).



#### **4.1.1.1 Missions**

Le CHU du point G est une structure sanitaire de troisième référence, dans la pyramide sanitaire du Mali. Il a pour objectif :

- Assurer les soins aux malades,
- Faire de la recherche médicale,
- Assurer la formation théorique et pratique des agents de santé.

#### **4.1.1.2 Organisation et Fonctionnement :**

Le décret N°03-337 / P-RM DU 7 AOUT 2003 fixe l'organisation et les modalités de fonctionnement du CHU.

Le CHU du point G est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

Les organes d'administrations et de gestions sont :

##### **➤ 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 se composent des membres avec voix délibérative et des membres avec voix consultative.

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

##### **➤ La Direction Générale**

Le CHU du point G est dirigé par un directeur général nommé par décret pris en conseil des 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 Général exerce ses attributions dans les limites des lois et des règlements en vigueur conformément aux dispositions des articles 68, 69, et 70 de la loi n°02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière.

➤ **Le Comité de Direction :**

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

➤ **Les organes consultatifs :**

- La commission médicale d'établissement dont l'organisation et la modalité de fonctionnement sont prévus dans les articles 12, 13, 14, 15, 16, 17 du décret n°03-337 PMR du 7 AOUT 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 dudit décret.

- Le comité technique d'établissement dont l'organisation et le fonctionnement sont prévus dans les articles 23, 24, 25, 26, 27 dudit décret ;

- Le comité technique d'hygiène et de sécurité dont l'organisation et le fonctionnement sont fixés par les articles 28, 29, 30, 31, 32, 33 dudit décret.

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

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

- La direction

- Le secrétariat

- La comptabilité

- Le contrôle financier

- Le bureau des entrées

- Le service social

- Le service informatique

- Le service des statistiques

- Le service de maintenance

➤ **Les services techniques**

- Le service d'anesthésie et de réanimation comprenant le service d'accueil des urgences, l'anesthésie et la réanimation ;
- Les services de chirurgie avec : la chirurgie A, la chirurgie B, la gynéco-obstétrique, l'urologie et la cœliochirurgie ;
- Le service d'anatomie et cytologie pathologique ;
- Le service d'hémato-oncologie ;
- Le service de médecine interne ;
- Le service de cardiologie avec la cardiologie A et la cardiologie B ;
- Le service de néphrologie et d'hémodialyse ;
- Le service de neurologie ;
- Le service des maladies infectieuses ;
- Le service de pneumo-phtisiologie ;
- Le service de psychiatrie ;
- Le service de rhumatologie ;
- Le service d'imagerie médicale et de médecine nucléaire ;
- Le service de médecine légale et expertise ;
- Le laboratoire ;
- La pharmacie hospitalière ;
- La buanderie,
- La cuisine,
- Une cafétéria,
- Le campus (restaurant pour le personnel)
- La morgue.

**4.2 Lieu d'étude :**

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

➤ **Les infrastructures**

Schématiquement on distingue :

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

**Le nouveau pavillon** : abritant des salles de consultation, de soins et de garde : Situé en face de la cour grillagée, entre la cafétéria et la première case d'hospitalisation. Il est composé de deux salles de garde pour les internes, et les assistants médicaux, d'une salle de soins, de deux salles de consultation, d'un secrétariat, d'un magasin et deux toilettes.

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

- **Le pavillon des hommes** : composé de bureaux pour l'administration, de chambres d'isolement qui sont au nombre de quatre (4) et de grandes salles d'hospitalisation pour les malades chroniques abandonnés par leurs familles et les malades de la file active. Ce pavillon à une capacité d'accueil actuelle de quarante-quatre (44) lits d'hospitalisation.
- **Le pavillon des femmes** : il est composé de bureaux pour l'administration et de deux grandes salles pour une capacité actuelle d'hospitalisation de dix (10) lits par salle. La terrasse de ce pavillon sert de lieu de spectacle pour les séances de « Kotèba » thérapeutique.
- **Le bloc des cases** : il est construit en matériaux locaux et prévu pour les hospitalisations de malades avec accompagnants. Ces cases servent de moyens pour intégrer la famille dans la prise en charge du patient. Ce bloc est composé de vingt et une (21) cases de deux places chacune.

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 :

- Deux (2) Maîtres de conférences dont un Psychologue clinicien et un Pédopsychiatre chef de service
- Deux (2) Maîtres Assistants
- Six (6) Psychiatres praticiens hospitaliers
- Sept (7) Assistants Médicaux spécialisés en psychiatrie
- Un (1) Technicien de Développement Communautaire (Assistant Social)
- Quatre (4) Techniciens de Santé
- Trois (3) Garçons de salle
- Deux (2) Agents de Sécurité
- Les étudiants en DES
- Des étudiants stagiaires en médecine, des étudiants des différentes écoles de santé et de l'INFSS (Institut National de Formation en Sciences de la Santé) et les stagiaires-psychologues.
- Un groupe d'animateurs en art dramatique (6 personnes), contractuel, vient tous les Vendredi à partir de 8 heures pour des représentations artistiques du « Kotèba » thérapeutique.

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

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

Les activités qui y sont menées sont :

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

Les consultations ont lieu tous les lundis, mardis et mercredis de 7H 30 à 16H00 par des médecins.

Tous les jours, la garde est assurée par une équipe constituée d'un médecin, d'un assistant médical, d'un étudiant faisant fonction d'interne, d'un garçon de salle et d'un agent de sécurité.

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

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

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

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

#### **4.3 Type d'étude.**

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive à collecte rétrospective.

#### **4.4 Période d'étude**

L'étude portait sur une période de 12 mois du 1<sup>er</sup> février 2017 au 1<sup>er</sup> février 2018.

#### **4.5 Population d'étude :**

Etait concernée la population de schizophrènes suivis au service de psychiatrie du CHU du Point G pendant 5ans du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2014

#### **4.6 Echantillonnage :**

L'échantillonnage a été exhaustif en prenant en compte tous les patients schizophrènes vus en consultation de 2010 et 2014.

##### **4.6.1 Critères d'inclusion :**

Les patients souffrant de schizophrénie selon les critères de CIM10, suivis et stabilisés depuis 6 mois au service de psychiatrie du CHU du Point G et ayant au moins présenté une rechute ont été inclus dans l'étude

##### **4.6.2 Critères de non inclusion**

Les patients souffrants de schizophrénie selon les critères de la CIM10 mais en phase active de la symptomatologie, les patients stabilisés n'ayant pas présenté de rechute et ceux dont le dossier clinique était insuffisamment renseigné, n'ont pas été inclus dans l'étude.

#### **4.7 Recueil des données.**

##### **4.7.1 Instrument de collecte.**

Une fiche d'enquête individuelle préétablie était utilisée (voir annexe). Elle avait été testée et réajustée.

##### **4.7.2 Plan de collecte des données :**

Le plan consistait à remplir les questionnaires à partir des informations obtenues d'après les dossiers faits et archivés au service de psychiatrie. Les dossiers des patients schizophrènes ont été repérés selon leurs numéros d'enregistrement dans les registres de consultation et d'hospitalisation ; puis l'enquêteur allait fouiller année par année les dossiers repérés. Il regardait ensuite le diagnostic retenu et les modalités de suivi et pour chercher la preuve notifiée d'une schizophrénie en rechute dans le dossier.

#### **4.8 Variables de l'étude :**

Les variables suivantes, regroupées en trois volets ont été analysées :

- **Variables sociodémographique :** âge, sexe, résidence, statut matrimonial, niveau d'instruction, profession, statut matrimonial des parents.
- **Variables cliniques :** motifs de consultation, symptomatologie clinique, ATCD psychiatrique familial, ATCD de consanguinité des parents, consommation de substances psychoactives, type de substances psychoactives, durée d'évolution de la maladie avant le 1<sup>er</sup> traitement médical, durée de suivi, nombre de rechute, facteurs associés aux rechutes
- **Variables thérapeutiques :** recourt au traitement traditionnel, appréciation du traitement traditionnel par les parents, schéma thérapeutique prescrit, neuroleptiques.

#### **4.9 Analyse des données :**

Les données ont été saisies et analysées sur les logiciels Microsoft Office Word 2016, SPSS version 23 et 2×2 contingency, puis traitées sur Excel 2016.

#### **4.10 Considération éthique :**

Le protocole a été approuvé. La confidentialité et anonymat ont été respectés dans les collectes des données. L'accord de l'hôpital a été de principe dans cette étude.

#### **4.11 Définition opérationnelle**

**Schizophrénie :** La schizophrénie est une maladie propre à l'Homme, qui affecte les fonctions supérieures du cerveau et qui est caractérisée par la présence d'une dissociation mentale et d'affects émoussés ou inappropriés, d'hallucinations et de délire. Ces symptômes se traduisent par un comportement bizarre ou inadapté du sujet atteint.

**Stabilisation :** La phase de stabilisation correspond à la période pendant laquelle les symptômes sont maîtrisés de manière durable à l'aide des médicaments.



**Rechute** : La rechute après un premier épisode de schizophrénie correspond à la réapparition d'une symptomatologie aiguë après une phase de rémission partielle ou complète.

**Rupture thérapeutique** : un arrêt, une interruption de traitement au cours du suivi d'un malade.

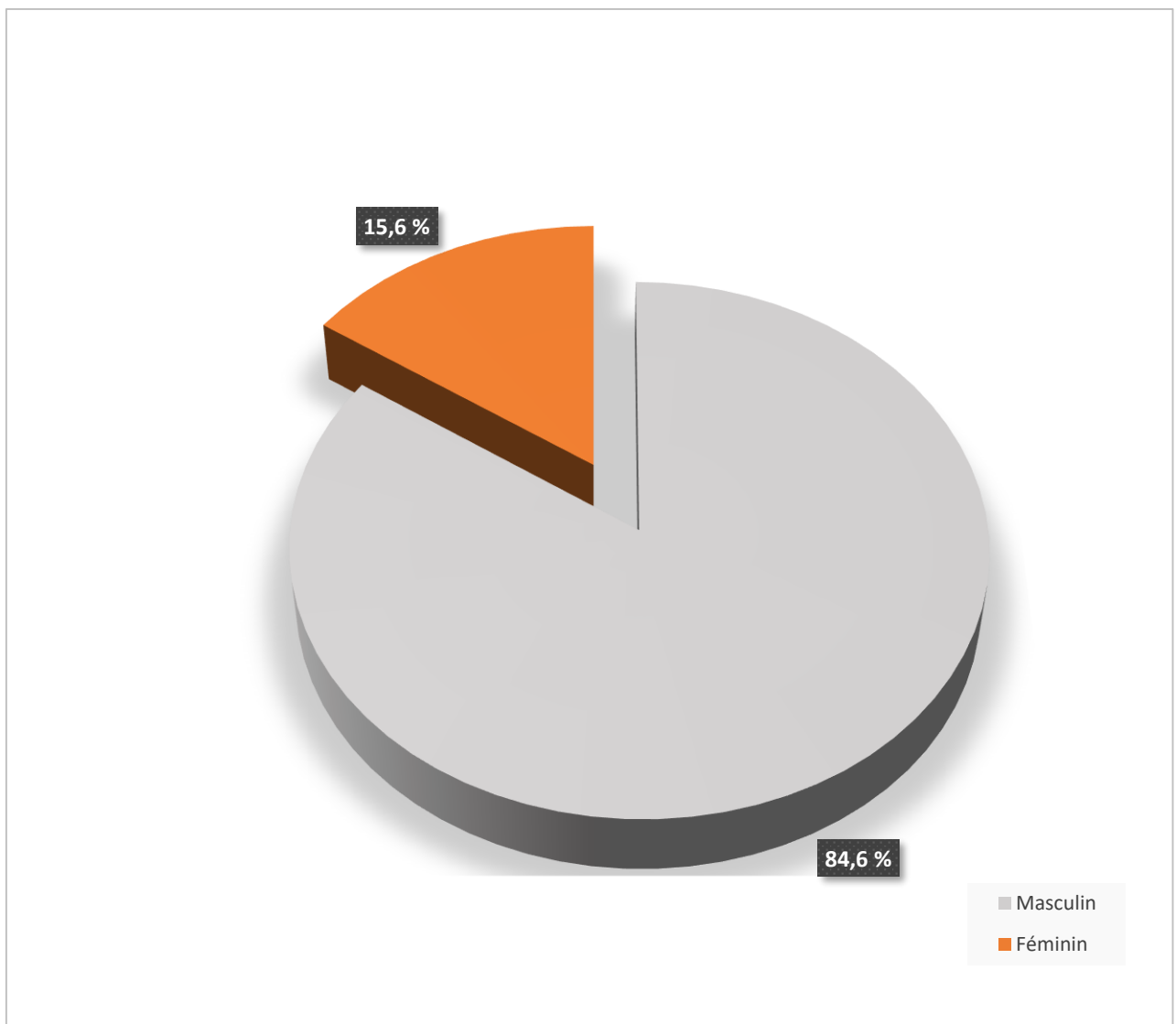
**Signes positifs** : sont des symptômes qui s'ajoutent à l'expérience de la réalité et aux comportements habituels, qui ne sont pas ressentis normalement par les individus sains.

**Signes négatifs** : un déclin des fonctions cognitives complexes d'intégration entraînant une régression des capacités et comportements habituels de l'individu.

## 5. RESULTATS :

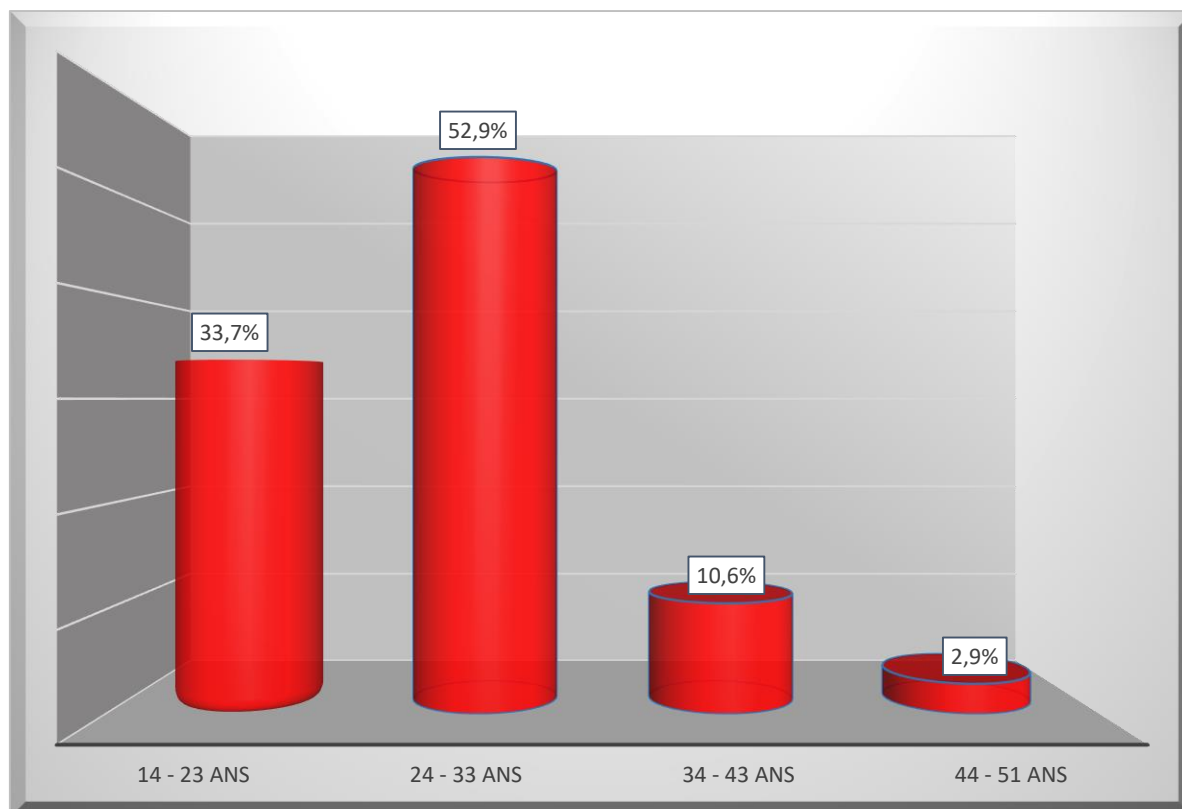
Les résultats concernent les données recueillies sur les dossiers cliniques de 793 patients suivis pour schizophrénie au service de psychiatrie de CHU du Point-G durant la période du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2014. Parmi eux, 104 dossiers dument renseignés répondant aux critères de rechutes ont été retenus soit une fréquence de 13,1 %. Cet échantillon était caractérisé comme suit :

### 5.1- Caractéristiques sociodémographiques



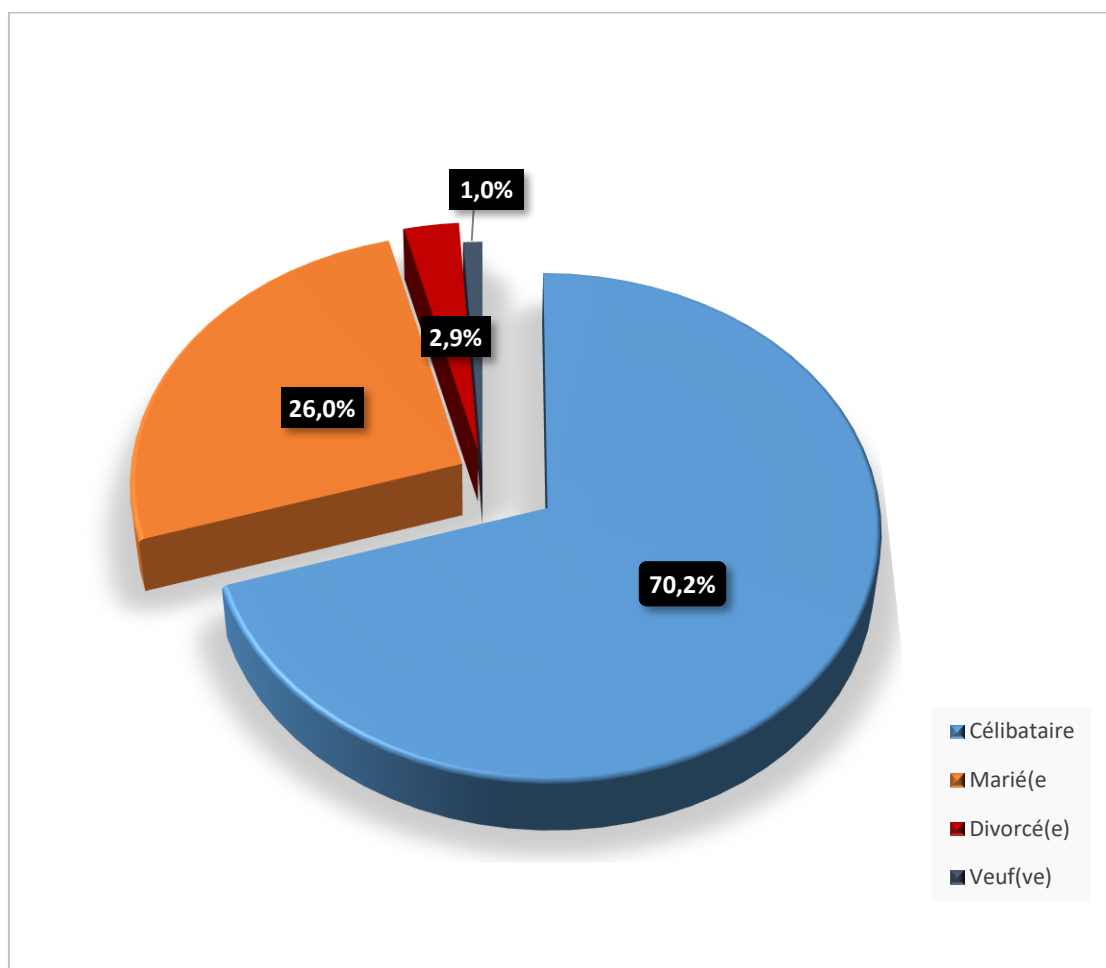
**Figure 1:** Répartition des patients selon le sexe

Les patients étaient de sexe masculin à 84,6%.



**Figure 2: Répartition des patients selon la tranche d'âges**

La tranche 24 – 33 ans était la plus représentée avec 52,9 %. L'âge moyen était 26,69 ans avec le minimum 14 et le maximum 51 ans.



**Figure 3: Répartition des patients selon le statut matrimonial**

Les célibataires étaient concernés à 70,2 %.

**Tableau I : Répartition des patients selon la résidence**

Résidence	Effectif	pourcentage(%)
<b>Urbaine</b>	<b>63</b>	<b>60,6</b>
Semi-urbaine	21	20,2
Rurale	11	10,6
Non renseignée	9	8,7
Total	104	100,0

Les patients résidant en zone urbaine ont représenté 60,6 %

**Tableau II : Répartition des patients selon la profession**

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Commerçant	11	10,6
Cultivateur/Eleveur	11	10,6
<b>Elève/Étudiant</b>	<b>23</b>	<b>22,1</b>
Ménagère	8	7,7
Porteur d'uniforme	1	1,0
Ouvrier/Artisan	12	11,5
<b>Sans profession</b>	<b>23</b>	<b>22,1</b>
Autres	15	14,4
Total	104	100,0

Les patients élèves/étudiants et les sans professions occupaient une proportion égale soit respectivement 22,1 % chacun.

Autres = pompiste, enseignant, ingénieur, aide-ménagère, gardien, chauffeur

Sans profession = ceux qui n'avaient pas de travail, ceux qui n'avaient pas de métier et ceux qui ne faisaient aucune activité rémunératrice

**Tableau III : Répartition des patients selon le niveau d'instruction**

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage(%)
Non scolarisé(e)	28	26,9
<b>Primaire</b>	<b>29</b>	<b>27,9</b>
Secondaire	23	22,1
Supérieur	23	22,1
Ecole coranique	1	1,0
Total	104	100,0

Les patients ayant un niveau d'instruction primaire étaient représentés à 27,9%.

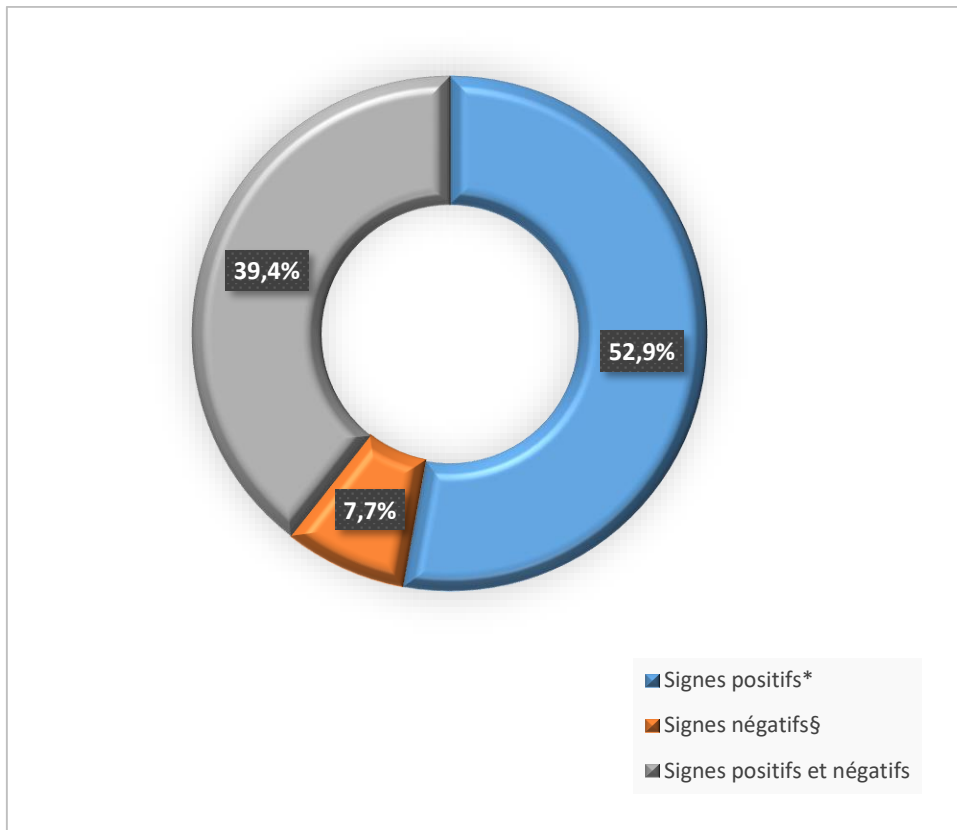
## 5.2- DONNEES CLINIQUES

**Tableau IV : Répartition des patients selon le motif de consultation.**

Motifs de consultation	Effectif	Pourcentage (%)
Insomnie	36	34,6
<b>Agitation/Agressivité/Instabilité</b>	<b>44</b>	<b>42,3</b>
Attentat à la pudeur	1	0,9
Isolement/Retrait social/Inhibition	4	3,8
Refus alimentaire	1	0,9
Homicide	1	0,9
Tentative de viol	1	0,9
Autres	16	15,4
Total	104	100,0

Les patients étaient admis pour motif Agitation/Agressivité/instabilité dans 42,3% des cas.

Autres = rire inutile, pleures, trouble de comportement, geste bizarre



**Figure 4: Répartition des patients selon la symptomatologie clinique.**

Les patients présentant les signes positifs étaient représentés à 52,9%.

Signes positifs\* = Hallucination, idées délirantes, pensées désordonnées, comportements bizarres.

Signes négatifs§ = Diminution de l'affectivité, perte d'ambition, repli social, apragmatisme, trouble de l'attention, alogie, anhédonie.

**Tableau V : Répartition des patients selon l'antécédent de trouble  
psychiatrique familial.**

<b>ATCD** trouble psychiatrique familial</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Présent</b>	<b>54</b>	<b>51,9</b>
Absent	21	20,2
Non renseigné	29	27,9
Total	104	100,0

L'ATCD familial de trouble psychiatrique était retrouvé chez 54 patients soit 51,9 %.

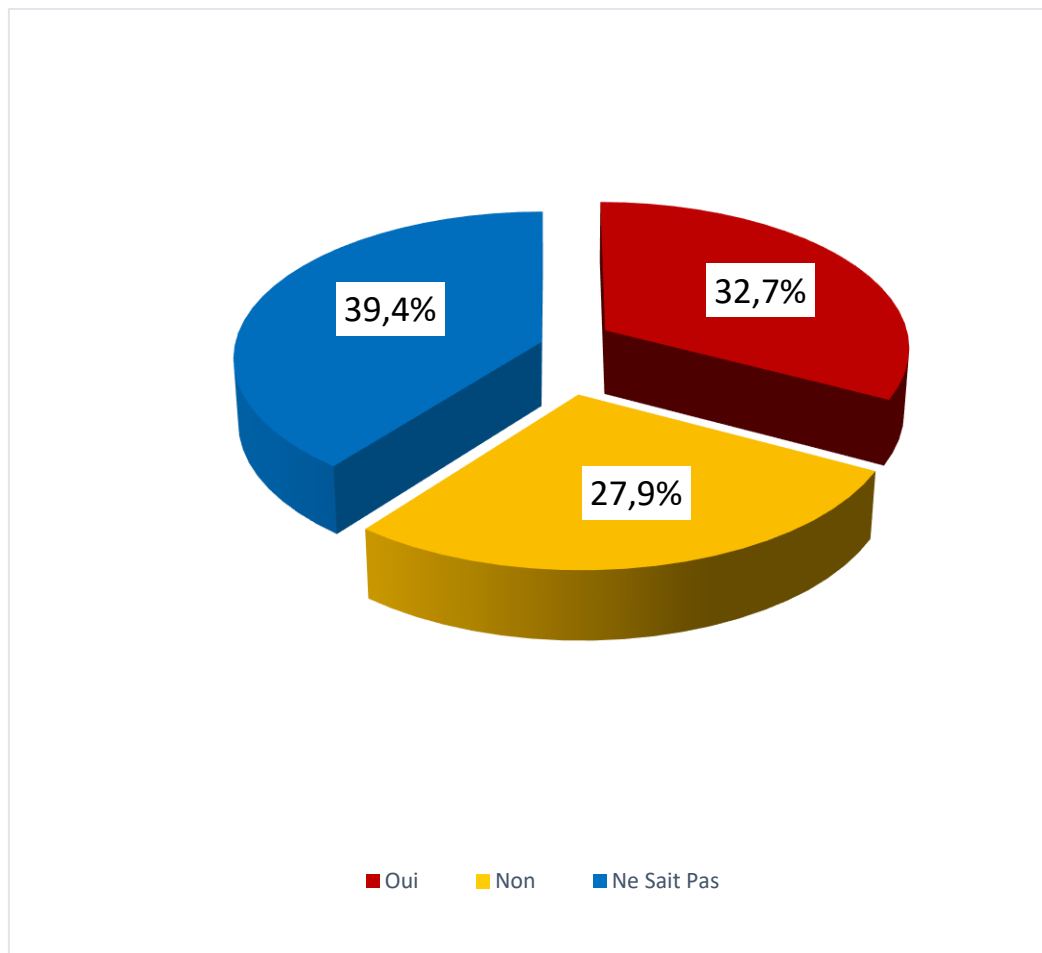
ATCD\*\* = Antécédents

**Tableau VI : Répartition des patients selon le lien de consanguinité entre les  
parents**

<b>Lien de consanguinité entre les parents</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Présent</b>	<b>20</b>	<b>19,2</b>
Absent	40	38,5
Non renseigné	44	42,3
Total	104	100,0

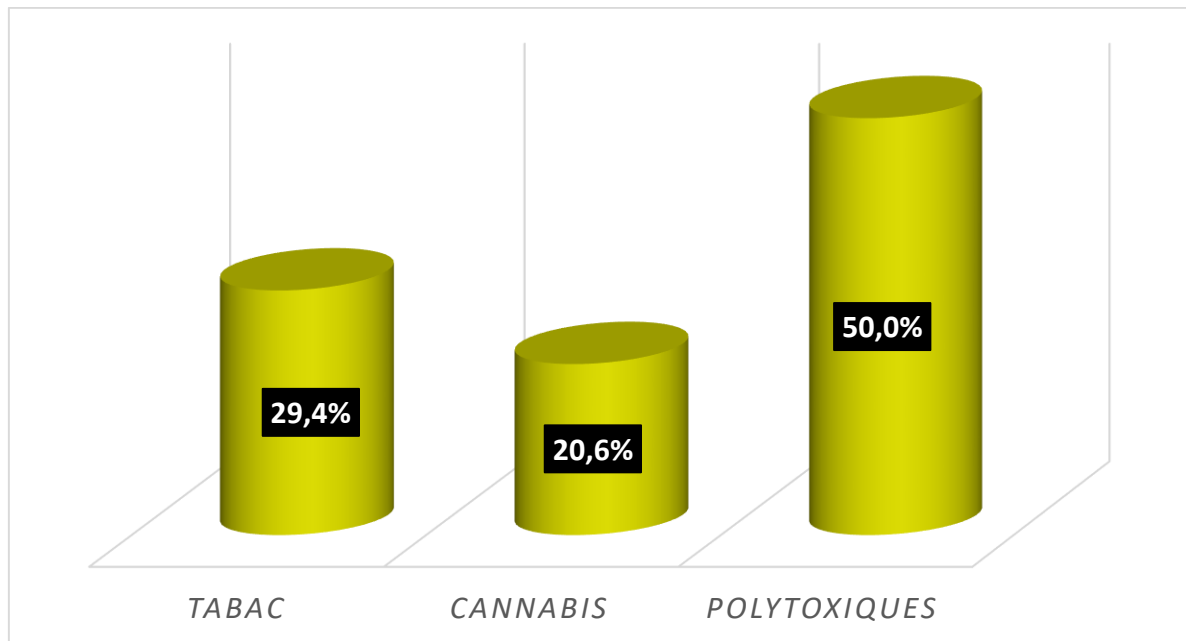
Le lien de consanguinité était présent chez 19,2 % des parents selon les dossiers.





**Figure 5: Répartition des patients selon l'usage de substances psychoactives.**

L'usage de substances psychoactives a été retrouvé chez 32,7 % des patients.



**Figure 6:** Répartition des patients selon le type de substances psychoactives

Parmi les usagers de substances psychoactives, 50,0 % étaient consommateurs de plusieurs substances.

Polytoxique = Alcool, Tabac, Cannabis, cocaïne, Heroïne.

**Tableau VII :** Répartition des patients selon la durée d'évolution de la maladie avant le 1<sup>er</sup> traitement médical

Durée d'évolution avant le 1 <sup>er</sup> traitement médical	Effectif	Pourcentage(%)
< 1 mois	12	11,5
1 à 6 mois	20	19,2
<b>&gt; 6 mois</b>	<b>47</b>	<b>45,2</b>
Non précisé	25	24,0
Total	104	100,0

Les patients ayant passé plus de 6 mois avant de recevoir un premier traitement conventionnel étaient de l'ordre de 45,2 %.

**Tableau VIII : Répartition des patients selon leurs durées de suivi**

Durée de suivi	Nombre de mois
<b>Moyenne</b>	<b>35,53</b>
Minimum	7
Maximum	71

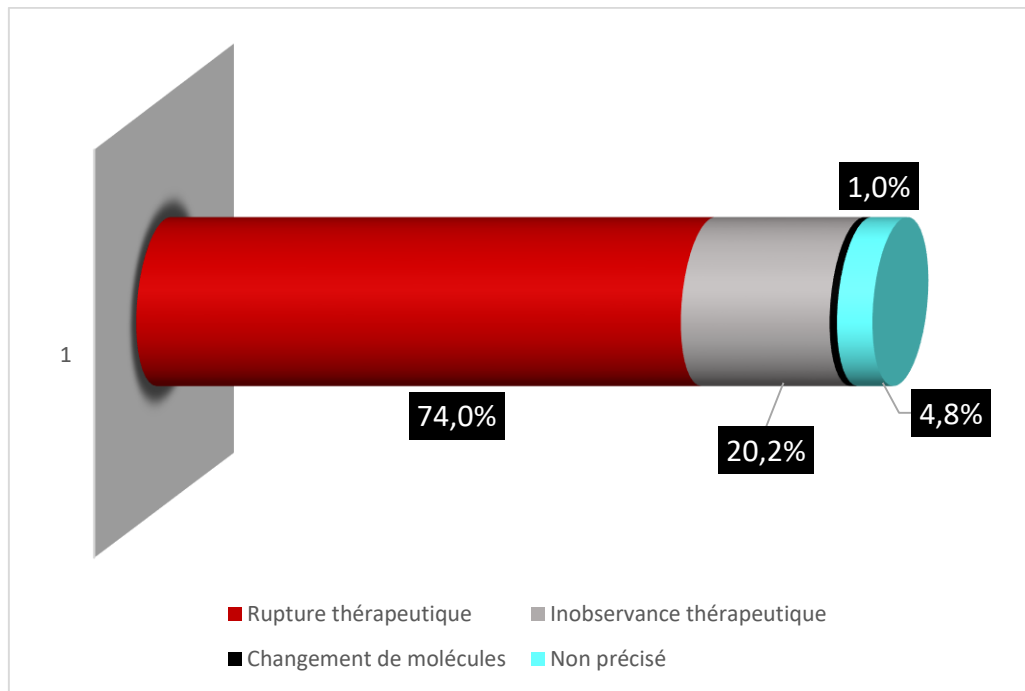
La durée moyenne de suivi était 36 mois avec le minimum de 7 mois et le maximum 71 mois.

**Tableau IX : Répartition des patients selon le nombre de rechutes**

Nombre de rechutes	Effectif	Pourcentage(%)
<b>1 fois</b>	<b>73</b>	<b>70,2</b>
2 fois	22	21,2
3 fois	8	7,7
4 fois	1	1,0
Total	104	100,0

Les patients ayant présenté une rechute étaient les plus représentés soit 70,2 %.

La moyenne des rechutes était de 1,39 avec des extrêmes allant de 1 à 4 rechutes



**Figure 7: Répartition des patients selon les causes alléguées aux rechutes.**  
La rupture thérapeutique a été retrouvée chez 74,0% des patients en rechutes.

### 5.3- DONNEES THERAPEUTIQUES

**Tableau X : Répartition des patients selon le recours au traitement traditionnel**

Recours au traitement traditionnel	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	70	67,3
Non	22	21,2
Non renseigné	12	11,5
Total	104	100,0

Les patients ayant fait recours au traitement traditionnel représentaient 67,3%.

**Tableau XI : Répartition des patients selon l'issu du traitement traditionnel pour les parents.**

Issu du traitement traditionnel	Effectif	Pourcentage(%)
<b>Non favorable</b>	<b>65</b>	<b>62,5</b>
Non renseignée	14	13,5
Peu favorable	3	2,9
Non fait	22	21,2
Total	104	100,0

L'issu du traitement traditionnel était non favorable pour les parents chez 62,5 % des patients ayant fait recours.

Non fait = ceux n'ayant pas eu recours au traitement traditionnel

**Tableau XII : Répartition des patients selon le schéma thérapeutique**

Schéma thérapeutique	Effectif	Pourcentage(%)
Neuroleptiques seuls	<b>64</b>	<b>61,5</b>
Neuroleptiques et Hypnotiques	24	23,1
Neuroleptiques et Antidépresseurs	5	4,8
Neuroleptiques et Anxiolytiques	1	1,0
Neuroleptique et Autres**	9	8,7
Neuroleptique, Hypnotique et Anxiolytique	1	1,0
Total	104	100,0

Le schéma thérapeutique le plus prescrit chez les patients était les neuroleptiques seuls soit 61,5%.

Autres\*\* = normothymiques

**Tableau XIII : Répartition des patients selon les classes de neuroleptiques**

Classes de neuroleptiques	Effectif	Pourcentage(%)
Classique quotidien	34	32,7
Classique action prolongée	11	10,6
Atypique	6	5,8
<b>Classique quotidien et action prolongée</b>	<b>51</b>	<b>49,0</b>
Classique quotidien et Atypique	1	1,0
Classique action prolongée et Atypique	1	1,0
Total	104	100,0

Parmi les patients ayant rechuté, 49,0 % étaient sous les neuroleptiques classiques

**Tableau XIV : Relation entre le nombre de rechutes et le sexe**

Nombre de rechutes	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
1 fois	63(86,3%)	10(13,7%)	73(100,0%)
2 fois	18(81,8%)	4(18,2%)	22(100,0%)
3 fois	6(75,0%)	2(25,0%)	8(100,0%)
4 fois	1(100,0%)	0(0,0%)	1(100,0%)
Total	88(84,6%)	16(15,4%)	104(100,0%)

Khi-2=1,04

P=0,79

Le sexe masculin était le plus représenté 86,3% chez les patients ayant fait au moins une rechute.

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre le sexe et le nombre de rechutes.



**Tableau XV : Relation entre le nombre de rechutes et la tranche d'âge**

Nombre de rechutes	Tranche d'âge des patients				Total
	14 - 23 ans	24 - 33 ans	34 - 43 ans	44 et 51 ans	
1 fois	26(35,6%)	37(50,7%)	8(11,0%)	2(2,7%)	73(100,0%)
2 fois	7(31,8%)	13(59,1%)	2(9,1%)	0(0,0%)	22(100,0%)
<b>3 fois</b>	2(25,0%)	<b>5(62,5%)</b>	1(12,5%)	0(0,0%)	8(100,0%)
4 fois	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(100,0%)	1(100,0%)
Total	35(33,7%)	55(52,9%)	11(10,6%)	3(2,9%)	104(100,0%)

Khi-2 = 35,27

P = 0,00

La tranche d'âge 24-33 ans était la classe ayant fait plus d'une rechute. Le lien était statistiquement significatif entre la tranche d'âge et le nombre de rechutes.

**Tableau XVI : Relation entre le nombre de rechutes et la résidence**

Nombre de rechutes	Résidence				Total
	Urbain	Sémi- urbain	Rural	Non renseignée	
1 fois	44(60,3%)	15(20,5%)	9(12,3%)	5(6,8%)	73(100,0%)
<b>2 fois</b>	<b>14(63,6%)</b>	5(22,7%)	1(4,5%)	2(9,1%)	22(100,0%)
3 fois	4(50,0%)	1(12,5%)	1(12,5%)	2(25,0%)	8(100,0%)
4 fois	1(100,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(100,0%)
Total	63(60,6%)	21(20,2%)	11(10,6%)	9(8,7%)	104(100,0%)

Khi-2 = 4,89

P = 0,84

Les patients résidant en zone urbaine ayant fait 2 rechutes étaient représentés à 63.6%.

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre la zone de résidence et le nombre de rechutes.

**Tableau XVII : Relation entre le nombre de rechutes et la symptomatologie clinique.**

Nombre de rechutes	Symptomatologie clinique			Total
	Signes positifs	Signes négatifs	Signes positif et négatif	
1 fois	37(50,7%)	5(6,8%)	31(42,5%)	73(100,0%)
2 fois	12(54,5%)	3(13,6%)	7(31,8%)	22(100,0%)
<b>3 fois</b>	<b>6(75,0%)</b>	0(0,0%)	2(25,0%)	8(100,0%)
4 fois	0(0,0%)	0(0,0%)	1(100,0%)	1(100,0%)
Total	55(52,9%)	8(7,7%)	41(39,4%)	104(100,0%)

Khi-2 = 4,96

P = 0,55

Ceux présentant des signes positifs avaient fait 3 rechutes à 75,0%.

On notait une absence de lien statistiquement significatif entre la symptomatologie positive et le nombre de rechutes.

**Tableau XVIII : Relation entre les causes alléguées aux rechutes et le Sexe**

Causes alléguées aux rechutes	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Rupture thérapeutique	67(87,0%)	10(13,0%)	77(100,0%)
Inobservance thérapeutique	15(71,4%)	6(28,6%)	21(100,0%)
Changement de molécules	1(100,0%)	0(0,0%)	1(100,0%)
Non précisé	5(100,0%)	0(0,0%)	5(100,0%)
<b>Total</b>	<b>88(84,6%)</b>	<b>16(15,4%)</b>	<b>104(100,0%)</b>
Khi-2 = 4,24		P = 0,24	

Une rupture thérapeutique était associée au sexe masculin à 87,0%.

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre les causes alléguées aux rechutes et le sexe.

**Tableau XIX : Relation entre les causes alléguées aux rechutes et la tranche d'âge des patients**

Causes alléguées aux rechutes	Tranche d'âge des patients				Total
	14 - 23 ans	24 - 33 ans	34 - 43 ans	44 et 51 ans	
<b>Rupture thérapeutique</b>	25(32,5%)	<b>40(51,9%)</b>	10(13,0%)	2(2,6%)	77(100,0%)
Inobservance thérapeutique	8(38,1%)	11(52,4%)	1(4,8%)	1(4,8%)	21(100,0%)
Changement de molécules	0(0,0%)	1(100,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(100,0%)
Non précisé	2(40,0%)	3(60,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	5(100,0%)
<b>Total</b>	<b>35(33,7%)</b>	<b>55(52,9%)</b>	<b>11(10,6%)</b>	<b>3(2,9%)</b>	<b>104(100,0%)</b>

Khi-2 = 3,21

P = 0,96

La rupture thérapeutique était observée chez la tranche d'âge 24-33 ans à 51,9%.  
Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre les causes alléguées aux rechutes et la tranche d'âge.

**Tableau XX : Relation entre les causes alléguées aux rechutes et la résidence**

Causes alléguées aux rechutes	Résidence				Total
	Urbain	Sémi-urbain	Rural	Non renseignée	
<b>Rupture thérapeutique</b>	<b>44(57,1%)</b>	16(20,8%)	9(11,7%)	8(10,4%)	77(100,0%)
Inobservance thérapeutique	15(71,4%)	4(19,0%)	1(4,8%)	1(4,8%)	21(100,0%)
Changement de molécules	1(100,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(100,0%)
Non précisé	3(60,0%)	1(20,0%)	1(20,0%)	0(0,0%)	5(100,0%)
<b>Total</b>	<b>63(60,6%)</b>	21(20,2%)	11(10,6%)	9(8,7%)	104(100,0%)

Khi-2 = 3,49

P = 0,94

La rupture thérapeutique était observée chez les patients résidants en zone urbaine dans 57,1%.

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre la zone de résidence et les causes alléguées aux rechutes.

**Tableau XXI : Relation entre les causes alléguées aux rechutes et la symptomatologie clinique**

Causes alléguées aux rechutes	Symptomatologie clinique			Total
	Signes positifs	Signes négatifs	Signes positif Et négatif	
<b>Rupture thérapeutique</b>	<b>38(49,4%)</b>	5(6,5%)	34(44,2%)	77(100,0%)
Inobservance thérapeutique	15(71,4%)	2(9,5%)	4(19,0%)	21(100,0%)
Changement de molécules	1(100,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(100,0%)
Non précisé	1(20,0%)	1(20,0%)	3(60,0%)	5(100,0%)
<b>Total</b>	<b>55(52,9%)</b>	8(7,7%)	41(39,4%)	104(100,0%)

Khi-2 = 7,88

P = 0,25

Les patients présentant la symptomatologie positive faisaient une rupture thérapeutique à 49,4%.

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre la symptomatologie clinique et les causes alléguées aux rechutes.

## 6. DISCUSSION

Au cours de cette étude nous avons rencontré certaine difficulté qui était le non renseignement des dossiers lors des consultations.

Au-delà de cette difficulté, cette étude donne une compréhension des rechutes chez les patients schizophrènes suivis au service de psychiatrie de CHU Point-G. Les données ont été recueillies sur les dossiers cliniques de 793 patients schizophrènes parmi lesquels 104 dossiers répondaient aux critères de notre étude soit 13,1%. Cette prévalence est sous-évaluée vue la quantité de dossiers inexploitable au cours de l'étude.

Bien que sous-estimée, cette fréquence reste assez élevée. Cela pourrait s'expliquer d'une part par le fait que l'évolution naturelle de la schizophrénie est émaillée de rechutes. D'autre part, après un épisode, une fois acquise une réduction symptomatique, la plupart des malades sont conduits chez les guérisseurs traditionnels et ne sont revus par les psychiatres que lors des rechutes.

Ce taux de rechute est inférieur à ceux de Samaké A. au Mali qui avait trouvé une fréquence de rechutes pour les psychoses chroniques de l'ordre 45.1% [8] et Diakité MIA. au Mali dans son étude qui avait eu 78,18% de rechutes pour le groupe de schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants dans son étude [7].

Bouhleb S. et al en Tunisie affirmaient que 70% des patients schizophrènes rechutent après leur premier épisode [4] et d'autres études avaient eu 82% et 70% [17,29].

Nos résultats suggèrent une fréquence élevée de sujets de sexe masculin qui ont rechuté soit 84,6% (Figure 1) et une forte association du sexe masculin avec les causes alléguées aux rechutes telles que la rupture et inobservance thérapeutiques avec des risques relatifs respectifs 1,22 [0,82 ; 1,81] et 0,45 [0,20 ; 0,99]. Cette association n'était pas statistiquement significative.



Dans le contexte malien, les sujets malades mentaux de sexe masculin sont les plus conduits aux soins en milieu conventionnel.

D'une part les hommes sont sensés être les futurs chefs de famille donc à occuper de grandes responsabilités tandis que la femme doit partir dans un autre foyer. D'autre part la gestion des sujets malades mentaux de sexe masculin serait plus difficile à la maison que la femme.

Ailleurs, les préjugés de la maladie mentale seraient plus handicapants chez la femme que chez l'homme pour ses futurs projets de mariage et de vie en société. Ce qui expliquerait cette fréquence élevée de sexe masculin dans notre échantillon.

Yéo-Ténéna (Côte d'Ivoire) avait retrouvé dans son étude que parmi les patients qui rechutaient, 60,38% étaient de sexe masculin[30].

L'âge moyen des patients était 26,69 ans et le minimum était de 14 ans et le maximum 51 ans. La tranche d'âge 24-33 ans était représentée à 52,9%. Il y avait une forte association entre le nombre de rechutes et la tranche d'âge, les causes alléguées aux rechutes et la tranche d'âge soient respectivement 62,5% et 51,9%. L'association entre le nombre de rechutes et la tranche d'âge était statistiquement significative.

Bouhleb S et al dans leur étude ont trouvé 34 ans comme âge moyen.

Elghazouani Fatima avait trouvé dans son étude que l'âge moyen des patients était  $33 \pm 9,1$  ans[31].

Les célibataires ont représenté 70,2 % de l'échantillon. Ce résultat est proche de ceux de Yéo-Ténéna en Côte d'Ivoire et de Elghazouani et al au Maroc qui ont respectivement trouvé une prédominance de l'ordre de 83,02% et de 74,1% de célibataires qui ont rechuté dans leurs études[30,31].

En général, le célibat correspond à un âge relativement jeune. La même période coïncide avec le début de la plupart des pathologies mentales. Dans le contexte socioculturel malien, être déclaré malade mental ou avoir souffert d'une maladie mentale constituerait un obstacle pour se marier à cause de la stigmatisation dont

le malade mental et les institutions de prise en charge font l'objet. Parallèlement, après un premier épisode, la stabilisation serait comprise comme preuve de guérison et conduirait à un déni de la chronicité de la maladie d'où des relâchements dans le suivi. Ainsi le traitement conventionnel serait interrompu au profit des soins traditionnels.

Par ailleurs, d'autres études signalent un retard des soins par l'entourage de ne pas vouloir intervenir dans la vie des proches en voie d'accès à l'autonomisation[32] et il semblerait que les célibataires soient les plus représentés lors des premières admissions[33].

Les patients résidants en zone urbaine occupaient 60,6%. On notait une forte association entre le nombre de rechutes, les causes alléguées aux rechutes et la zone de résidence soient respectivement 63,6% et 57,1%. On notait une absence de lien statistiquement significatif entre le nombre de rechutes, les causes alléguées aux rechutes et la zone de résidence des patients.

L'urbanité jouerait un rôle dans la survenue de la maladie et pourrait être considérée comme un marqueur de risque de schizophrénie[34].

Dans notre travail, la prédominance des patients résidants en zone urbaine pourrait être due à un biais de recrutement. Etant entendu que le recrutement a lieu au service de psychiatrie qui est situé à Bamako et donc plus accessible aux patients de cette zone.

De nombreuses caractéristiques environnementales ont été associées au milieu urbain et ont fait l'objet d'hypothèses à visée explicative [35–38].

Les élèves/Étudiants et les sans professions étaient les plus représentés soit respectivement 22,1% chacun, et 27,9% de la population d'étude avaient un niveau primaire d'étude.

Notre résultat est proche de celui de Yéo-Ténéna qui avait trouvé dans son étude que 22,64% avaient un niveau primaire[30] et Elghazouani et al. ont trouvé dans leur étude que 79,6% étaient au chômage[31].

D'auteurs comme Pontonnier A-L et al. trouvaient que le début précoce pourrait être associé à la sévérité des altérations des capacités cognitives comme l'apprentissage, l'attention et la motricité, les capacités de compréhension et de production du langage ou les processus mnésiques[39].

Dans le contexte socioculturel malien, le début de la maladie correspond presque à la fin des études primaires, du coup une difficulté à achever les études. Ainsi, les élèves et étudiants sont soumis à des pressions et stress familiaux pour leur réussite dans les études. Egalement, la prise en charge de cette maladie est longue et les molécules sont souvent chères, être sans sources de revenu rendrait souvent le suivi difficile. C'est pourquoi ces fréquences élevées dans notre échantillon.

L'agitation/Agressivité/Instabilité était le motif de consultation chez les 42,3% des patients.

Dans notre société, les manifestations passives de la maladie mentale seraient plus tolérées par la famille et l'entourage, au moins temps que celles-ci ne concerneraient que le malade mental. D'autre part, les malades ne sont amenés aux soins médicaux que lorsqu'il y a une gestion difficile en famille ou dans le milieu de soins traditionnel.

La symptomatologie positive était retrouvée chez 52,9% des patients. L'association était forte entre le nombre de rechutes, les causes alléguées aux rechutes et la symptomatologie clinique soit respectivement 75,0% et 49,4%. Cette association n'était pas statistiquement significative.

L'antécédent familial de trouble psychiatrique a été retrouvé chez 51,9% des patients, et dans 19,2% il y avait un lien de consanguinité entre les parents. Ce résultat est proche de celui de Bouhleb S. qui a trouvé 43,3% d'antécédent psychiatrique familial chez les patients en rechutes [4].

Depuis quelques années, plusieurs facteurs ont été associés à la survenue de la schizophrénie entre autres les facteurs environnementaux, biologiques et de

prédisposition génétique. Beaucoup de travaux permettent d'avoir des orientations dans ce sens[12,33,40].

La plupart des patients avaient fait plus de 6 mois avant de faire un traitement médical soit 45,2%.

Dans la société malienne, les malades mentaux sont d'abord amenés aux soins traditionnels car chaque individu a une représentation culture de la maladie et plus précisément de la maladie mentale, les causes sont généralement attribuées à d'autres origines selon les cultures. Ce qui explique cette proportion élevée.

Dans notre échantillon, 70,2% avaient fait au moins une rechute avec comme moyenne de rechute 1,39.

Ce résultat est proche de ce de Yéo-Ténéna qui avait retrouvé 66,04% des patients ayant fait une rechute[30].

Bouhleb S avait eu dans son étude comme moyenne de rechute 3,8 [4].

Robison D. et al. d'autres autres auteurs affirmaient qu'après le premier épisode, il y'a 82 % et 70 % de rechutes selon les études[17,29].

La rupture thérapeutique a été associée à 74,0% de rechutes. Ce résultat concorde avec celui de Bouhleb S. (Tunisie) qui a trouvé 73,3% d'arrêt de traitement chez les patients en rechutes[4] ; Elghazouani F. avait trouvé parmi les patients qui avaient arrêté le traitement, 27 % croyaient être guéris, 21,15 % disaient avoir un manque de moyens financiers et 19,2 % parlaient d'inefficacité du traitement et d'autre étude avait retrouvé 42% d'interruption médicamenteuse sur les 3 ans[41].

Pontonnier A-L trouvait que la période initiale de la maladie s'accompagne fréquemment pour les patients d'un déni du risque de récurrence, l'alliance thérapeutique est donc précaire et les arrêts de traitements fréquents. Dans un tel contexte, les rechutes nombreuses sont inévitables [42].

Dans notre contexte, cette fréquence de rupture associée aux rechutes pourra être expliquée par le fait que la prise en charge de cette maladie est longue et coûteuse et que beaucoup de patients finiraient par abandonner le traitement

d'eux-mêmes ; les effets indésirables des neuroleptiques seraient souvent gênant pour les patients et qui pourraient être associés à un mauvais suivi à long cours ; certains patients n'ont pas toutes les informations concernant leur maladie d'où après la stabilisation ils laisseraient les médicaments ; la population a d'autres représentations de la maladie mentale.

Le recours au traitement traditionnel a été retrouvé chez 67,3% des patients et dans 62,5% le traitement traditionnel s'est révélé non favorable.

D'une part, la population aurait un accès facile aux centres de soins traditionnels qui sont plus décentralisés et d'autre part il y aurait un manque de centres et de personnels spécialisés pour la prise en charge de la maladie mentale en général.

Ailleurs, la causes sont plus souvent attribuées selon les cultures.

Le schéma thérapeutique utilisé était les neuroleptiques seuls à 61,5% et à 49,0% c'était des neuroleptiques classiques (quotidien et prolongé). Les classiques quotidiens étaient les plus prescrits.

Dans notre contexte, les neuroleptiques ne sont pas subventionnés et ceux de nouvelles générations s'avèrent plus chers. Malgré le moindre coût des neuroleptiques classiques par rapport aux atypiques, ils seraient souvent accompagnés d'effets secondaires qui pourraient être associés à une difficulté de soins.

## **CONCLUSION**

Au cours de cette étude, nous avons retrouvé un taux de rechutes élevé. Les patients étaient de sexe masculin, célibataires et jeunes avec la tranche d'âge de 24-33 ans. Ils résidaient en milieu urbain en grande partie. Les élèves /étudiants et les sans profession rechutaient à une proportion égale et le niveau primaire d'étude était le plus constaté. Beaucoup de patients avaient fait recours au traitement traditionnel et pour lequel l'issue était non favorable pour la plupart des parents.

Les parents évoquaient la rupture thérapeutique comme la cause la plus alléguée aux rechutes.

## **RECOMMANDATIONS**

Au terme de notre étude, nous avons suggéré ces recommandations à l'endroit :

### **-Du ministère de la santé**

- Aider les patients et leurs familles en subventionnant certaines molécules de la prise en charge
- Mettre en place une collaboration entre les praticiens de la médecine conventionnelle et la médecine traditionnelle pour un bon suivi des malades mentaux
- Faire plus de campagnes de sensibilisation par rapport à la maladie mentale et sa prise en charge

### **- A la faculté de médecine et d'odontostomatologie**

- Intégrer le stage en psychiatrie obligatoire pour tous les futurs médecins pour aider à la détection des signes précoces de la schizophrénie qui est un facteur de bon pronostic

### **-Aux personnels de la psychiatrie**

- D'instaurer les neuroleptiques à libération prolongée pour une bonne observance thérapeutique
- Sensibiliser les patients et leurs entourages sur toutes les perspectives de la maladie (évolution et suivi)
- Mettre tous les renseignements dans le dossier du malade lors des visites
- Penser à numériser les dossiers pour un bon archivage

**-A la communauté**

- De comprendre que la schizophrénie est une maladie chronique comme toutes les autres : HTA, Diabète... dont la prise en charge demande un suivi long et régulier
- Aider ces personnes à faire un suivi régulier
- Faciliter la réinsertion de ces personnes



## BIBLIOGRAPHIE

1. Passerieux C, Caroli F, Giraud-Baro E. Les personnes atteintes de schizophrénie et la rechute. *L'Encéphale*. déc 2009;35(6):586-94.
2. Caron S. Description du suivi thérapeutique d'une personne atteinte de schizophrénie [PhD Thesis]. Université du Québec à Trois-Rivières; 2006.
3. DIN O. Approche épidémiologique de la Schizophrénie au service de psychiatrie du CHU du Point G. 2010 [cité 3 juill 2017]; Disponible sur: <http://www.keneya.net/fmpos/theses/2010/med/pdf/10M298.pdf>
4. Bouhlel S, Jones Y, Khelifa E, Msolly M, Melki W, El-Hechmi Z. Les prodromes des rechutes schizophréniques : étude descriptive et comparative. *L'Encéphale*. oct 2012;38(5):397-403.
5. Masson A, Dubois V, Gillain B, Stillemans E, Mahieu B, Dailliet A, et al. Les rechutes psychotiques dans la schizophrénie [Internet]. *Neurone*; 2002 [cité 17 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.synopsys.be/documents/get/d2f9c1bd18bf60bb3f4aa3450c7ad8b2.pdf>
6. Prior TI. Éviter les rechutes en schizophrénie: non-observance et utilisation de médicaments injectables à action prolongée. [cité 3 juill 2017]; Disponible sur: [http://psychanalyse.com/pdf/SCHIZOPHRENIE%20-%20EVITER%20LES%20RECHUTES%20\(2%20pages%20-%20123%20ko\).pdf](http://psychanalyse.com/pdf/SCHIZOPHRENIE%20-%20EVITER%20LES%20RECHUTES%20(2%20pages%20-%20123%20ko).pdf)
7. DIAKITE MIA. La rechute en milieu psychiatrique au CHU du Point-G à propos de 165 cas. [Thèse]. Bamako: FMPOS, 2008.
8. Samaké A. identification des facteurs de rechutes chez les patients psychiatriques du CHU du Point G [ thèse]. Bamako :FMOS, 2016.
9. Approches contemporaines de la clinique des troubles schizophréniques. Hardy – Baylé MC et al., *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 1996, 37-282-A20.
10. Jérôme Palazzolo, Psychiatre, Professeur de Socio-anthropologie de la Santé (Université Internationale Senghor , Alexandrie, Egypte). Chargé de cours à l'Université de Nice-Sophia Antipolis. Chercheur associé au Laboratoire d' Anthropologie et de Sociologie : « Mémoire, Identité et Cognition sociale » (LASMIC), Nice (06). Schizophrenie\_Phase-aigue-et-

stabilisation.pdf [Internet]. [cité 23 juin 2017]. Disponible sur:  
[http://lasmic.unice.fr/PDF/Schizophrenie\\_Phase-aigue-et-stabilisation.pdf](http://lasmic.unice.fr/PDF/Schizophrenie_Phase-aigue-et-stabilisation.pdf)

11. Thomas P. Les rechutes: causes et conséquences. *L'Encéphale*. 2013;39:S79–S82.
12. Memoire Online - Fréquence et prise en charge de la schizophrénie à Lubumbashi - RIchard NDAMBO MBUYI.htm.
13. Larousse medical, 2012.
14. Dammak A, Stiti M, Vacheron MN. Stabilisation des patients schizophrènes en post-aigu : de l'hôpital à la cité. *L'Encéphale*. 1 oct 2014;40(5):401-7.
15. Delfour A. Delfour A. Evaluation des prescriptions de Risperidone à libération prolongée au centre psychothérapique de NANCY entre 2005 et 2008. [memoire phar]. 2008.
16. Robinson D, Woerner MG, Alvir JM, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(3):241-7.
17. The Scottish Schizophrenia Research Group. The Scottish first episode schizophrenia study. VIII. Five- year follow- up: clinical and psychosocial findings. *Br J Psychiatry* 1992;161:496-500.
18. De Nayer A, Masson A, Delatte B, Dubois V, Mallet L, Floris M, et al. Principes de traitement d'une prescription raisonnée d'antipsychotiques en schizophrénie: un nouveau paradigme? [Internet]. *Neurone*; 2013 [cité 17 juill 2017]. Disponible sur:  
<http://www.synopsys.be/documents/get/bc7b5eb7ee149ba1daef4d3adaa2192b.pdf>
19. Mason P, Harrison G, Glazebrook C, et al. The course of schizophrenia over 13 years. A report from the International Study on Schizophrenia (ISoS) coordinated by the World Health Organization. *Br J Psychiatry* 1996;169:580-6.
20. Thara R. Twenty- year course of schizophrenia: the Madras Longitudinal Study. *Can J Psychiatry* 2004;49:564-9.
21. Schizophrénie débutantes : diagnostics et modalités thérapeutiques (23 et 24 janvier 2003, Paris) *Information psychiatrique*, vol 79 n°7, 605-10, sept 2003, conférence de consensus.
22. Gottesman et al : the epigenetic puzzle, Cambridge Université presse, 1982.

23. Schizophrénie, Association Mondiale de la Schizophrénie et des maladies apparentées.
24. La schizophrénie débutante. Henri GRIVOIS. Luigi GROSSO. JohnLibbey Eurotext. Paris 1998.
25. Facteurs de risques, <https://www.lilly.fr/fr/maladie/schizophrénie/facteurs-de-risque.aspx>.
26. S. Dollfus, P. Delamillieure, A. Razafimandimby, L. Lecardeur, O. Maiza, P. Lebain, Apport de l'imagerie cérébrale dans la schizophrénie pour une meilleure compréhension des déficits cognitifs et de la physiopathologie de cette affection, 2007, Paris, Elsevier Masson SAS.
27. INSERM, 2014.
28. Henri Ey, Paul Bernard, Charles Brisset, 2010, Manuel de psychiatrie, 6<sup>ème</sup> édition, Paris, Masson, 1200pp.
29. Robinson D, et al. Predictors of relapse following response from.
30. Yéo-Ténéna YJM, Konan KP, Koua AM, Traoré S, Brou N, Ouraga EL et al. recutes des schizophrénies au service d'hygiène mentale (SHM) d'Abidjan. Annales Africaines de Psychiatrie. 2013; 1(2) : 11-25.
31. Elghazouani F, Aarab C, Lahlou F, Elrhazi K, Aalouane R, Rammouz I. Substances use among inpatients with relapse of schizophrenia: Cross-sectional study. In: ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES. MASSON EDITEUR 21 STREET CAMILLE DESMOULINS, ISSY, 92789 MOULINEAUX CEDEX 9, FRANCE; 2016. p. 474–478.
32. Coggia C. Schizophrénie débutante et crise familiale. [Thèse Med]. Versailles: U F R des sciences de la santé PIFO? 2010.
33. Haute couverture S, Limosin F, Rouillon F. Épidémiologie des troubles schizophréniques. Presse Médicale. 2006;35(3):461–468.
34. Vilain J, Galliot A-M, Durand-Roger J, Leboyer M, Llorca P-M, Schürhoff F, et al. Les facteurs de risque environnementaux de la schizophrénie. L'Encéphale. févr 2013;39(1):19-28.
35. Torrey EF, Rawlings R, Yolken RH. The antecedents of psychoses: a case-control study of selected risk factors. Schizophr Res 2000;46(1):17—23.
36. Pedersen CB, Raaschou-Nielsen O, Hertel O, et al. Air pollution from traffic and schizophrenia risk. Schizophr Res 2004;66(1):83—5.

37. Van Os J, Pedersen CB, Mortensen PB. Confirmation of synergy between urbanicity and familial liability in the causation of psychosis. *Am J Psychiatry* 2004;161:2312—4.
38. Kelly BD, O’Callaghan E, Waddington JL, et al. Schizophrenia and the city: a review of literature and prospective study of psychosis and urbanicity in Ireland. *Schizophr Res* 2010;116(1):75—89.
39. Épidémiologie de la schizophrénie F. Rouillon, V. Niro\*.
40. Rouillon F. , Niro V. \* Épidémiologie de la schizophrénie.
41. Gasquet I, Chartier F, Tcherny-Lessenot S, Lépine J-P. Étude Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO) France: étude observationnelle à 36 mois d’une cohorte de patients schizophrènes ambulatoires traités par antipsychotiques. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 2009;57(1):25–32.
42. Pontonnier A-L, Galland F, Vaille-Perret E, Tourtauchaux R, Jalenques I. Facteurs prédictifs de l’adaptation sociale des patients souffrant de schizophrénie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. nov 2007;165(9):656-63.
43. Nayer André R, « Étiologie de la schizophrénie : génétique et/ou systémique ? », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2001/1 (no 26), p. 175-194. DOI : 10.3917/ctf.026.0175. URL : <https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2001-1-page-175.htm>.
44. Garnier B. Quid des schizophrénies résistantes? *L’Encéphale*. 2008;34:S223–S225.
45. Raymondet P. Impact clinique des rechutes dans la schizophrénie—stratégies de prescriptions. *Inf Psychiatr*. 2008;84(10):949–54.
46. Facteurs de risques de la schizophrénie | Lilly France <https://www.lilly.fr/fr/maladie/schizophrenie/facteurs-de-risque.aspx>.
47. Ayuso-Gutierrez JL, del Rio Vega JM. Factors influencing relapse in the long-term course of schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 1997;28(2-3):199-206.
48. Masson A, Dubois V, Gillain B, Stillemans E, Mahieu B, Dailliet A, et al. Les rechutes psychotiques dans la schizophrénie. *Neurone*; 2002.
49. Palazzolo J. Observance médicamenteuse et rechutes dans la schizophrénie : des neuroleptiques classiques aux APAP. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2009;167:308-17.

50. Dammak A, Stiti M, Vacheron MN. Stabilisation des patients schizophrènes en post-aigu : de l'hôpital à la cité. *L'Encéphale*. 1 oct 2014;40(5):401-7.
51. Potvin S, Stip E, Roy J-Y. Schizophrénie et cannabinoïdes: Données cliniques, expérimentales et biologiques. *Drogue Santé Société* [Internet]. 2004 [cité 8 août 2018];2(2). Disponible sur: <http://id.erudit.org/iderudit/008536ar>
52. Koenig M, Castillo M-C, Urdapilleta I, Le Borgne P, Bouleau J-H. Regards croisés sur les signes précoces de rechute des sujets schizophrènes. *L'Encéphale*. juin 2011;37(3):207-16.
53. Mallet L, Masson A, De Nayer A, Pirson O, Gillain B, Delatte B, et al. Moduler un traitement antipsychotique en schizophrénie: pourquoi, quand, comment. *Neurone*; 2015.
54. Thomas P. Les rechutes: causes et conséquences. *L'Encéphale*. 2013;39:S79–S82.
55. Bonenfant K. Les personnes atteintes de schizophrénie et vivant en communauté: Construction d'un outil évaluant le risque de rechute psychotique. 2013;
56. Franck N, Thomas P. Les antipsychotiques dans la schizophrénie. *Lett Psychiatre*. 2014;10(6):144–147.
57. Cooper D. Les antipsychotiques atypiques dans le traitement de la schizophrénie: adhésion au traitement et analyse coût-efficacité de l'olanzapine et de la rispéridone. 2006;
58. Zhdanova T, Zadorozhna L. La vie avec la Schizophrénie [Internet]. *XHY імені ВН Каразіна*; 2016 [cité 17 juill 2017]. Disponible sur: <http://193.105.7.56/handle/123456789/13707>
59. Boucher L, Lalonde P. La famille du schizophrène : interférente ou alliée? *Santé Ment Au Qué.* 1982;7(1):50.
60. Abdel-Baki A. Évolution à long terme de la schizophrénie dans un centre urbain canadien. 2005;
61. Prior TI. Éviter les rechutes en schizophrénie: non-observance et utilisation de médicaments injectables à action prolongée.
62. Verrette M-A. Étude différentielle, selon le sexe, de l'évolution de la schizophrénie [PhD Thesis]. Université du Québec à Trois-Rivières; 1991.

63. Gasquet I, Chartier F, Tcherny-Lessenot S, Lépine J-P. Étude Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO) France : étude observationnelle à 36 mois d'une cohorte de patients schizophrènes ambulatoires traités par antipsychotiques. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. févr 2009;57(1):25-32.
64. El Ammouri A, Kisra H. Étude de l'observance thérapeutique chez une population de patients atteints de schizophrénie au Maroc. *L'Encéphale*. déc 2017;43(6):522-7.
65. Capdevielle D, Ritchie K, Villebrun D, Boulenger J-P. Durées d'hospitalisation des patients souffrant de schizophrénie : facteurs cliniques de variations et leurs conséquences. *L'Encéphale*. févr 2009;35(1):90-6.
66. Baud P. Contribution à l'histoire du concept de schizophrénie [PhD Thesis]. University of Geneva; 2003.
67. Szymanski S, Lieberman JA, Alvir JM, et al. Gender differences in onset of illness, treatment response, course, and biologic indexes in first-episode schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1995;152(5):698-703.
68. Menezes NM, Arenovich T, Zipursky RB. A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis. *Psychol Med* 2006;36(10):1349-62.
69. Larsen TK, Moe LC, Vibe-Hansen L, Johannessen JO. Premorbid functioning versus duration of untreated psychosis in 1 year outcome in first-episode psychosis. *Schizophr Res* 2000;45:1-9.
70. Johnstone EC, MacMillan JF, Frith CD, Benn DK, Crow TJ. Further investigation of the predictors of outcome following first schizophrenic episodes. *Br J Psychiatry* 1990;157:182-9.
71. Hogarty GE, Ulrich RF. The limitations of antipsychotic medication on schizophrenia relapse and adjustment and the contributions of psychosocial treatment. *J Psychiatr Res* 1998;32(3-4):243-50.
72. Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, et al. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, affective disorders. *Am J Psychiatry* 1995;152:856-61.
73. Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophren Bull* 1997;23:637-51.

74. Baylé FJ, Misdrahi D, Llorca PM, et al. Acute schizophrenia concept and definition: investigation of a French psychiatrist population. *Encephale* 2005;31:10-7.
75. Almond S, Knapp M, Francois C, et al. Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life. *Br J Psychiatry* 2004;18:346-51.
76. Nasrallah HA, White RF, Treatment-Resistant vs Pseudo-Resistant Schizophrenia, *Medscape*, <http://www.medscape.com/viewarticle/546631>, 2006.
77. Kane J, Honigfeld G, Singer J et al. Clozapine for treatment-resistant schizophrenic. A double blind comparison with chlorpromazine, *Archives of General Psychiatry*, 1988, 45 (9) : 789-96.
78. Haute Autorité de Santé, Guide, Affection de longue durée, Schizophrénies, juin 2007.

ANNEXES

**FICHE D'ENQUETE**

N°.....

Date : ...../...../2017

**I. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES**

**1. Dossier N°**.....

**2. Age :** /\_\_\_\_\_/

**3. Sexe :** /\_\_\_\_/

1=Masculin

2=Féminin

**4. Résidence :** /\_\_\_\_/

1=Urbain

2= Semi-urbain

3 = rural

4= non spécifique

**5. Statut matrimonial :** /\_\_\_\_/

1 =Célibataire

2= marié (e)

3=divorcé (e) 4= veuf (ve)

**6. Niveau d'instruction :** /\_\_\_\_/

1= Non scolarisé (e)

2=Primaire

3= Secondaire

4= Supérieur

5=

Ecole coranique

**7. Profession :** /\_\_\_\_/

1=Commerçant

2= Cultivateur/Eleveur

3= Elève / Etudiant

4=

Ménagère

5= Porteur d'uniforme

6=Ouvrier / Artisan

7=Employer de

bureau

8=Sans profession

9= Autre : .....

**8. Statut matrimonial des parents :** /\_\_\_\_/

1=Mariés

2= Séparés

3= Jamais mariés 4= Non précisé

**II. DONNEES CLINIQUES**

**9. Motif de consultation :** /\_\_\_\_/

1= Insomnie

2=Agitation/Agressivité/Instabilité

3= Attentat à la pudeur

4=

Isolement/ Retrait social/Inhibition

5= Refus alimentaire

6=Homicide

7=Echec au traitement traditionnel

8=Tentative de viol

9= *Autres* : .....

**10. Symptomatologie clinique :**

**Symptômes positifs :** /\_\_\_\_/ 1= Oui 2=Non

Hallucination

Idées délirantes

Pensées désordonnées

comportement bizarre

**Symptômes négatifs :** /\_\_\_\_/

1= Oui

2=Non

Diminution de l'affectivité

Perte d'ambition

Repli social

Apragmatisme

Trouble de l'attention Alogie

Anhédonie



**11. Antécédent psychiatrique familial :** /\_\_\_\_/

1=Oui 2= Non 3= Non précisé

**12. Consommation de substances psychoactives :** /\_\_\_\_/ 1=Oui 2= Non

3= Ne sait pas

**13. Type de substances psychoactives :** /\_\_\_\_//\_\_\_\_//\_\_\_\_//\_\_\_\_//\_\_\_\_/

1= Alcool 2= Tabac 3=Cannabis 4= Cocaïne 5=Héroïne 6= polytoxique

**14. Durée d'évolution de la maladie avant le début de la prise en charge médicale en mois :** /\_\_\_\_/

**15. Durée de suivi en mois.....**

**16. Nombre de rechute :** /\_\_\_\_/

**17. Facteurs associés aux rechutes :** /\_\_\_\_/

1= Rupture thérapeutique 2=Inobservance thérapeutique 3= Changement de molécules 4= Diminution de dose des molécules 5= Non précisé

### III. VARIABLES THERAPEUTIQUES

**18. Recours au traitement traditionnel:** /\_\_\_\_/ 1= Oui 2=Non 3= Non renseigné

**19. Issu du traitement traditionnel selon les parents :** /\_\_\_\_/ 1= Favorable  
2= Peu favorable 3= Non favorable 4= Non fait

**20. Schéma thérapeutique prescrit :** /\_\_\_\_//\_\_\_\_//\_\_\_\_//\_\_\_\_//\_\_\_\_//\_\_\_\_/

1=Neuroleptiques seuls 2= Hypnotiques 3=Antidépresseurs 4= Anxiolytiques  
5= Autre.....

**21. Neuroleptiques :** /\_\_\_\_/ /\_\_\_\_//\_\_\_\_/

1=Classique quotidien 2= Classique action prolongée 3= Atypique.

## **FICHE SIGNALITIQUE**

**Nom : DIAKITE**

**Prénom : Kassim S**

**Titre : Schizophrénie et rechutes, approche épidémiologique et clinique en milieu hospitalier au CHU du Point G.**

**Année universitaire : 2017 – 2018**

**Pays : Mali**

**Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)**

**Ville de soutenance : Bamako**

**Secteur d'intérêt : Psychiatrie, psychosocial, santé publique.**

### **Résumé :**

Les données recueillies concernaient les patients schizophrènes suivis et stabilisés au service de psychiatrie du CHU Point-G qui ont rechuté de Janvier 2010 au Décembre 2014. C'était une étude descriptive à collecte rétrospective.

Il s'agissait principalement d'hommes soit 84,6%, jeunes avec un âge moyen de 26,69 ans, la tranche d'âge était de 24-33ans dans 52,9%. Ils étaient célibataires dans 70,2%. La plupart résidait en zone urbaine soit 60,6%.

Les élèves /étudiants et les sans profession étaient majoritaires soit 44,2%(22,1% chacun) et la plupart de la population avait un niveau primaire d'étude soit 27,9%.

Les signes retrouvés lors des rechutes étaient en partie les signes positifs dans 52,9%. Un antécédent familial de trouble psychiatrique a été retrouvé chez 51,9% des patients, et 19,2% des parents des patients avaient un lien de consanguinité. Nous avons trouvé que 45,2% des patients avaient fait plus de 6 mois avant de faire un traitement médical et 67,3% avaient fait recours aux traitements traditionnels avant de venir dans un centre de santé et chez 62,5% des patients l'issu était non favorable.

Dans cette étude, la plupart des patients était sous essentiellement sous les neuroleptiques classiques (quotidien et à action prolongée) soit 49,0 %, et les classiques quotidiens étaient les plus prescrits.

La rechute a été observée dans 70,2% de cas et la rupture thérapeutique y était associée à 74,0%.

**Mots clés :** Schizophrénie, Rechutes, CHU Point-G.

## ***SERMENT D'HIPPOCRATE***

En présence des Maîtres de cette Faculté, de nos chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

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

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

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

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

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

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

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

***JE LE JURE !***