

Ministère de l'Education Nationale

Université du Mali

Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2004/2005

République du Mali

Un Peuple-Un But- Une Foi

Thèse N°...../

Thèse

LES URGENCES PSYCHIATRIQUES AU MALI.

**ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE DANS LE
SERVICE DE PSYCHIATRIE DE L' HOPITAL
DU POINT-G A BAMAKO.**

THESE

présentée et soutenue publiquement le/2005
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

par **Mr. Moulaye BABY**

pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine

(**Diplôme d'Etat**)

JURY:

Président : Professeur Sidi YAYA SIMAGA

Membre : Docteur Modibo SISSOKO

Co-directeur : Docteur Bou DIAKITE

Directeur de thèse: Professeur Baba KOUMARE

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2004 - 2005**

ADMINISTRATION

DOYEN : **MOUSSA TRAORE** - PROFESSEUR

1^{ER} ASSESSEUR : **MASSA SANOGO** - MAITRE DE CONFERENCES

2^{EME} ASSESSEUR : **GANGALY DIALLO** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE.

SECRETAIRE PRINCIPAL : **YE MENIGUE ALBERT DEMBELE** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE.

AGENT COMPTABLE : **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL** – CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA

Mr Bocar SALL

Mr Souleymane SANGARE

Mr Yaya FOFANA

Mr Mamadou L. TRAORE

Mr Balla COULIBALY

Mr Mamadou DEMBELE

Mr Mamadou KOUMARE

Mr Mohamed TOURE

Mr Ali Nouhoum DIALLO

Mr Aly GUINDO

Ophtalmologie

Orthopédie-Traumatologie - Secourisme

Pneumo-phthisiologie

Hématologie

Chirurgie Générale

Pédiatrie

Chirurgie Générale

Pharmacognosie

Pédiatrie

Médecine interne

Gastro-Entérologie

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

D.E.R DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE

Mr Sambou SOUMARE

Mr Abdou Alassane TOURE

Mr Kalilou OUATTARA

Mr Amadou DOLO

Mr Alhousseini Ag MOHAMED

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Orthopédie - Traumatologie, **Chef de D.E.R.**

Urologie

Gynéco Obstétrique

O.R.L

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Djibril SANGARE
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Gangaly DIALLO
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr. Mamadou TRAORE

Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Anesthésie - Réanimation
Chirurgie Viscérale
Ophtalmologie
Gynéco-Obstétrique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aïda SOW
Mr Salif DIAKITE

Gynéco-Obstétrique
Gynéco-Obstétrique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE
Mr Sadio YENA
Mr Filifing SISSOKO
Mr Issa DIARRA
Mr Youssouf COULIBALY
Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO

Gynéco-Obstétrique
Chirurgie générale et thoracique
Chirurgie Générale
Gyneco-obstétrique
Anesthésie-Réanimation
O.R.L
ORL

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mme Diénéba DOUMBIA
Mr Mamadou L. DIOMBANA
Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J. THOMAS
Mr Nouhoum ONGOIBA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Zimogo Zié SANOGO
Mr Adama SANGARE
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Lamine TRAORE
Mr Mady MAKALOU
Mr Niani MOUNKORO
Mr Tiemoko D. COULIBALY
Mr Aly TEMBELY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Mohamed KEITA

Anesthésie-Réanimation
Stomatologie
Orthopédie -Traumatologie
Anesthésie - Réanimation
Orthopédie - Traumatologie
Ophtalmologie
Anatomie & Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Orthopédie – Traumatologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Orthopédie – Traumatologie
Ophtalmologie
Urologie
Gynécologie-Obstétrique
Odontologie
Gynécologie Obstétrique
Odontologie
O.R.L

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie–Mycologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie chef de D.E.R
Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr. Flabou Bougoudogo	Bactériologie-Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr.Massa SANOGO	Chimie Analytique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie - Virologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Lassana DOMBIA	Chimie Organique

5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie
Mr Mangara M. BAGAYOGO	Entomologie moléculaire

Mr Guimogo DOLO	Entomologie moléculaire
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie moléculaire
Mr Djibril SANGARE	Entomologie moléculaire
Mr Mouctar DIALLO	Biologie parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr Bakary Y SACKO	Biochimie

D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar Alassane TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mamady KANE	Radiologie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou Soucko	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hepato-gastro-Entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-Entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies infectieuses
Mr Soungalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique Chef de D.E.R.

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

4. MAITRE ASSISTANTS

Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Benoît KOUMARE	Chimie Analytique

5. ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Saïbou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique, Chef de D.E.R.
---------------------	---------------------------------------

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique
--------------------	----------------

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
--------------------	----------------

4. MAITRE ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A DICHOU	Santé publique

5. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP	Anthropologie médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Oumar THIERO	Biostatistique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA

Pr. Babacar FAYE

Pr. Eric PICHARD

Pr. Mounirou CISSE

Pr. Amadou Papa DIOP

Bromatologie

Pharmacodynamie

Pathologie Infectieuse

Hydrologie

Biochimie

Dedicaciones

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail:

A DIEU: Créateur des cieux et de la terre

Toi qui as guidé mes pas de chaque jour; merci pour cette volonté que tu m'as donnée et ce courage. Aides moi par cette formation à sauver des vies afin d'apaiser des cœurs blessés.

A mon Père Mr. ABDOULAYE BABY;

Pour tous les sacrifices que vous avez consentis pour notre éducation; le souci de nous voir réussir et vos conseils ont été des supports pour nous.

Recevez ici, père, l'expression de notre amour et de notre grande admiration.

Père puisse ce travail être pour vous un début de consolation car il est tien.

A ma Mère FATOUMATA SIDIBE;

Vos conseils, vos soutiens et l'éducation que vous nous avez donnée, ont été pour nous des éléments de réussite. Ce travail est la preuve de votre patience.

A mes grands parents:feus YOUBA BABY, FATOUMA HAIDARA;

J'aurais tant souhaité que vous voyiez ce jour, mais le TOUT PUISSANT en a décidé autrement .Que la terre vous soit légère; dormez en paix.

A mes frères et sœurs Fatoumata, Aly, Djidy, Youba, Aminata, Ousmane, Oumoussoda, Ibrahima, Mamadou, Aissata;

Vous m'avez été d'un grand soutien. Je n'oublierai jamais ces moments de complicité, de joie, de peine, partagés ensemble, qui sont autant de choses qui nous lient et que nous avons tous vécus intensément.

Que dieu renforce nos liens.

A ma tante **FADIMATA A. MAIGA;**

Chère tante, les sacrifices consacrés à notre éducation, les conseils ne nous ont jamais manqué.

Acceptez l'expression de notre profonde reconnaissance.

A ma tutrice **Feu Mathenin Sogodogo;**

J'aurais tant voulu que tu sois présente en ce moment, mais la volonté de DIEU reste dominante. Dors en paix.

A ma chère **KAMISSA KONE;**

Les mots me manquent pour décrire tout ce que tu as fait pour moi. Merci pour la cohésion et le calme que tu m'as enseignés. Que ce travail soit tien.

A mon ami **MORY T. TRAORE;**

En plus d'un ami, tu a été pour moi un frère. Puisse Dieu nous donner la sérénité et le courage de renforcer nos liens.

Remerciements

REMERCIEMENTS

A ma tante **Oumou H Traoré;**

Merci pour tous les sacrifices consacrés à nos éducation familiale et sociale.
Acceptez chère tante notre profonde reconnaissance.

A mon tuteur **M. ALASSANA BA;**

Homme sincère, généreux, voici quelques unes de vos qualités. Vous avez pris soin de moi, comme un fils. Acceptez l'expression de ma profonde gratitude.

A toute la famille Ba de **Hamdallaye;**

Je me suis toujours senti chez moi, grâce à votre hospitalité. Que le TOUT PUISSANT vous récompense de ce bienfait .

A **MAMADOU TANGARA;**

Tu es pour moi un ami, un père et un grand-frère. Reçois ici mes remerciements les plus sincères pour ton soutien moral et matériel.

A **IBRAHIMA BABY , SABANE BABY** et leurs familles;

Merci pour votre contribution à mon éducation.

A **MADOU DIALLO;**

Merci pour votre soutien moral, matériel et financière

A mes cousins et oncles: **Amadou Baby, Dramane Baby, Oumar Baby, Souleymane Cissé**

Recevez ici le témoignage de ma reconnaissance et de ma fraternité.

A mes amis: **Sekou Diarra, Mamadou D Koné, Ibréhima Diakité, Maré Konaté, Karamoko Diarra, Oumar Angoiba, Abdoulaye Touré, Adama Théra, Abdramane Doumbia, Mathy Konaté**

Merci pour votre compagnie.

A mon Compagnon de lutte **AMADOU BAH;**

Tu m'as toujours séduit par ton courage et ta franchise; que ce travail soit pour toi une source de stimulation.

A **Adama DIABATE**

Merci pour ta contribution à ce travail.

A mes enseignants de **l'école Fondamentale et secondaire**, particulièrement à **Mr YACOUBA KONATE;**

Vous nous avez enseigné les règles sociales de conduite. Merci tout ce que vous avez fait pour nous.

Puisse DIEU vous donner longévité et vous bénisse.

A tous **les enseignants** de la FMPOS;

Merci pour les connaissances transmises.

Aux personnels **des hôpitaux** : de **Kati, du Point-G** et **Gabriel Touré;**

Merci pour les expériences partagées.

Aux Dr : **Modibo SANGARE, Guida LANDOURE;**

Merci pour le partage des expériences.

Au **Dr JOSEPH TRAORE;**

Nous avons apprécié le concours inestimable que vous nous avez apporté dans l'élaboration de ce travail;

Merci pour votre apport dans ce travail.

Aux Docteurs: **Souleymane COULIBALY, Bakoroba COULIBY, Arouna TOGORA**

Merci pour la transmission des connaissances, la compréhension et la tolérance.

Plus que des maîtres, vous avez été des pères pour nous. Que DIEU vous donne une longévité .

A tous les assistants médicaux psychiatries:**Diamayiri Samaké, Sidy Samaké, Zantigui Keita, Mamby Keita, Jean Marie Dougnon, Mme Bagayogo, Oumou Namogo Mme Sidibé Coumba Diawara et Aboubacar Sissoubaly.**

Merci pour l'esprit de famille qu'on a partagé au service et vos soutiens.

Aux secrétaires: **Mme Samaké Hassan Koné et Mme Traoré Adam Konaté .**

Merci chères tantes.

A la famille **SIDIBE du POINT-G**, particulièrement à **Daba Sidibé;**

Merci pour l'hospitalité

A notre Maître et Président du jury:

Professeur *Sidi Yaya SIMAGA,*

Chevalier de l'Ordre du Mérite de la santé

Professeur de santé publique,

Chef du D.E.R.de santé publique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali,

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse.

Durant notre formation à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie, nous avons été impressionnés par la précision et la clarté de votre pédagogie.

Puisse le TOUT PUISSANT vous accorder longévité et bonheur, pour nous entretenir encore longtemps de vos riches expériences.

En cette solennelle occasion, nous vous renouvelons notre vive sympathie et respectueuse considération.

A notre maître et juge:

Docteur *Modibo SISSOKO,*

-Spécialiste en Psychiatrie,

-En service à l'hôpital du Point G,

Cher Maître, c'est une grande joie de vous avoir dans ce jury, malgré vos multiples occupations.

Pendant notre séjours au service de psychiatrie, nous avons apprécié votre abord facile, votre sens de l'équipe sur le terrain et la clarté de vos suggestions.

Nous avons aussi bénéficié de vos expériences de clinicien.

Vos conseils ont été pour nous un soutien inestimable, tout au long de la réalisation de ce travail.

Veillez trouver ici, cher maître le témoignage de notre profonde gratitude.

A notre Maître et codirecteur de thèse:

Médecin Colonel *Bou DIAKITE*

Assistant chef de clinique de Psychiatrie à la FMPOS,

En service à l'hôpital du Point-G,

Cher Maître, vous nous avez accepté et encadré dans ce travail, malgré vos multiples occupations.

Vos qualités humaines et votre générosité font de vous un homme remarquable.

Pendant notre séjour au service de psychiatrie, nous avons apprécié la qualité avec laquelle vous vous acquittiez de vos devoirs.

Nous avons également apprécié votre disponibilité et votre rigueur pour le travail bien fait .

Puisse le temps consolider notre reconnaissance envers vous, pour les prestations de qualité que vous nous avez offertes durant notre séjour.

A notre Maître et directeur de thèse :

Professeur *Baba KOUMARE,*

Professeur de psychiatrie,

-Chef du D.E.R de médecine et de spécialités médicales à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali.

-Chef du service de psychiatrie à l'hôpital du Point-G.

Cher maître, nous vous remercions, pour notre acceptation et la confiance que vous nous avez portée en nous confiant ce travail .

Votre esprit didactique, tant à l'école, qu'à l'hôpital et votre générosité nous ont comblé. Tout cela révèle vos éminentes qualités humaines .

Votre détermination et engagement pour l'avancée de la psychiatrie malienne ne sont plus à démontrer.

Veillez trouver ici, cher maître , le témoignage de notre profonde gratitude.

Liste des abréviations

CE.SA.ME : Centre de Santé Mentale

C.S.T.S.S : Centre de Spécialisations des Techniciens Supérieurs de Santé

D.E.R : Département d'Enseignement et de Recherche

E.E.S : Ecole Secondaire de la Santé

EFF : Effectif

E.I.P.C : Ecole des Infirmiers du Premier Cycle

E.P.H : Etablissement Public Hospitalier

F.M.P.O.S : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako

H.TA: hypertension artérielle

I.N.S.P: Institut National de Santé Publique

I.M: Intramusculaire

I.V: Intra veineuse

P.H : Praticien Hospitalier

P.H.C : Psychose hallucinatoire chronique

P.M.D : Psychose Maniaco-Dépressive

T. S et I.S: tentative de suicide et Idée suicidaire

U.S.A : Etats Unis d'Amérique

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION:.....	1
II- OBJECTIFS:.....	4
III- GENERALITES:.....	5
IV- NOTRE ETUDE:.....	28
V- BIBLIOGRAPHIE:.....	63
VI- ANNEXES:.....	67

Introduction

I- INTRODUCTION

En **psychiatrie**, la notion d'**urgence** prend une **ampleur** à la fois **considérable** et **particulière**, en ce sens que la gravité ne relève **pas** d'une atteinte **lésionnelle évolutive**, mais d'un **processus morbide** qui englobe également **les ruptures de l'équilibre personnel, familial et social**. Elle constitue une situation de **crise**; celle-ci survient n'importe où et souvent ailleurs que dans l'intimité du domicile du patient, entraînant fréquemment un non respect des règles sociales de base (trouble de l'ordre public, acte médico-légal, mais aussi désordre dans la salle d'attente d'un praticien, des urgences d'un hôpital, d'une assistance sociale...).

En un mot, le patient dérange et se présente rarement de lui même à l'endroit où il pourra être pris en charge correctement. Le risque pour lui est d'être **rejeté** d'une structure à l'autre, et que la priorité soit donnée au maintien de l'ordre plutôt qu'à une réelle prise en charge thérapeutique, d'autant plus que les premiers intervenants: les policiers, les pompiers, les divers services sociaux, certains services administratifs; n'ont aucune compétence par rapport à la gestion de ces situations [5].

Pour PITALIE. R et col: les difficultés rencontrées dans la gestion des urgences psychiatriques en pré hospitalier, trouvent leurs origines dans l'histoire de la médecine et de la psychiatrie [21].

En milieu hospitalier la place des urgences psychiatriques semble faire l'objet de multiples disputes entre les médecins: pour certains on doit les orienter vers des structures spécialisées et pour d'autres elles doivent être gardées aux urgences générales.

Cependant leur fréquence est significative dans les services d'urgences générales.

Depuis **1986**, **Steg** a montré au cours de son premier rapport, qu'environ 25% personnes utilisant les services d'urgences médico-chirurgicales, présentent une pathologie de nature psychiatrique ou de nature sociale [22].

SAMUELIAN. JC confirme dans une étude portant sur 29.744 passages aux urgences de l'hôpital Nord de Marseille que le flux psychiatrique représente 30,8% [22] .

Selon une étude réalisée par **Michel Walter en 1999** dans un service d'accueil d'urgence générale (SAUG) du **CHU de Brest** les urgences psychiatriques représentent 15% des situations rencontrées [25].

Les études épidémiologiques en France comme aux Etats-Unis, ont montré que les urgences psychiatriques représentent 4 à 40% des urgences générales [10].

Les urgences psychiatriques représentaient pour l'année 1981; 16,6% des nouveaux cas reçus à l'hôpital psychiatrique de Binger ville et le centre de consultation de l'INSP de COTE D'IVOIRE [18].

Au Mali, **Bakoroba COULIBALY** a montré dans une étude réalisée en **1983**, que 23,1% des malades hospitalisés au service de psychiatrie de l'hôpital du point-G; n'avaient pas tenté un traitement antérieur. Cela serait dû au caractère explosif des troubles et cela est lié au caractère de ces troubles; d'où urgence. [7].

A notre connaissance, les données africaines sur les urgences psychiatriques sont insuffisantes. Cependant dans notre pays c'est à des stades avancés que les malades viennent consulter les services d'urgences générales. Et le problème qui se pose à ce niveau est l'orientation des urgences psychiatriques: les troubles psychotiques sont immédiatement orientés en psychiatrie, par contre les

troubles névrotiques sont orientées dans d'autres services: en médecine interne, en cardiologie, et parfois en urologie et ceci par la méconnaissance de leur caractères psychiatriques par les parents, l'entourage, des fois par le personnel médical. ET leur orientation en psychiatrie ne se fera qu'après épuisement des examens complémentaires.

L'insuffisance des données africaines, l'absence d'étude malienne sur ce sujet; nous a poussé à entreprendre ce travail, qui vise les objectifs suivants.

Objectifs

II- OBJECTIFS:

OBEJECTIF GENERAL

Etudier les urgences psychiatriques au Mali.

OBEJECTIFS SPECIFIQUES

- Evaluer la fréquence des urgences psychiatriques à l'hôpital du point-G.
- Décrire les paramètres socio-démographiques des patients.
- Identifier les pathologies psychiatriques ,les plus couramment rencontrées en urgence à l'hôpital du point-G.
- Analyser les difficultés rencontrées dans la prise en charge des urgences psychiatriques au service de psychiatrie du point-G.

Généralités

I-HISTORIQUE:

L'ambiguïté entre les termes <<urgence>> et <<psychiatre>> vient du fait que <<l'urgence>> renvoie à la notion d'agir et <<psychiatrie>> à la parole. Cette notion d'urgence psychiatrique est d'ailleurs apparue dans les services, d'urgence médicale et de réanimation où l'on a ressenti la nécessité de faire intervenir en urgence un psychiatre.

Afin de résoudre les situations où le savoir faire et le savoir technique ne suffisaient plus et où l'intervention somatique se révélait insuffisante (ex.: tentatives de suicide au réveil, Ivresse, agitation) c'est ainsi que l'urgence en psychiatrie s'est trouvée définie par la demande d'intervention d'un spécialiste de la relation permettant de rétablir un équilibre, familial ou professionnel [13].

Cette notion d'urgence psychiatrique a été officialisée en France par la circulaire du 15 juin 1979 du ministre de la santé (N° 896AS2).

II- DEFINITION :

Pascalis et col en 1976 [19], Debout M et col [8] ont retenu comme définition de l'urgence psychiatrique : le terme de <<détresse psychosociale>>.

Selon Jack Ewallt l'urgence psychiatrique se définit par le fait qu'<<un individu se trouve à un moment donné, en face d'une situation dépassant ses capacités individuelles d'adaptation>> [12].

Etymologiquement, urgence vient d'urgens, participe présent du verbe urger dont le sens est <<pousser ,presser >>; dans le cadre médical, ce mot évoque des situations dans lesquelles l'intervention du médecin implique la mise en place d'une thérapeutique immédiate (soigner sans délai) tout retard pouvant entraîner une évolution fatale.

La circulaire ministérielle de la France relative à l'accueil des urgences d'octobre 1992 retient comme définition de l'urgence <<demande dont la réponse ne peut être différée: il y'a urgence à partir du moment ou quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin >>:elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychiatrique[22].

III- EPIDEMIOLOGIE:

-L'assistance publique à Paris reçoit environ chaque année 50.000 à 60.000 urgences psychiatriques ce qui correspond à 15 à 20% du total des urgences. La pathologie se répartit ainsi:

15% tentative de suicide;

20%:états d'agitation, alcoolisme ou problèmes mixtes somato-psychiatriques

15%:états psychotiques;

40%:états dépressifs et névrotiques anxieux;

10%:problèmes médico-sociaux ,toxicomanies ,garde à vue.[26]

-L'étude réalisée en cote d'Ivoire sur les urgences générales en 1982 ;les urgences psychiatriques représentaient 1/20^e des cas rencontrés soit 1.014 sur 210513 cas:les motifs les plus fréquents sont:les tentatives de suicide (784cas),risque suicidaire (19cas),états d'agitation (17cas) [18]

-L'étude réalisé à l'Hôpital LAQUINTINIE à Douala par Léon Fodzo a montré que l'urgence psychiatrique représente les 3/4 de l'ensemble des patients hospitalisés en 1982[18].

IV- DESCRIPTION CLINIQUE:

4-1)TABLEAU CLINIQUE RENCONTRE EN URGENCE

Toute affection médicale ,par l'anxiété qu'elle déclenche, peut se transformer en urgence psychiatrique.

Des situations dites d'urgence ou des états syndromiques psychiatriques ont récemment fait l'objet de descriptions cliniques par divers auteurs GRIVOIS[11], CAROLI et MASSE[4] .

Sans être exhaustif ,on peut regrouper les situations les plus souvent rencontrées et donner les conduites les plus appropriées.

Trois grands groupes syndromiques s'imposent en psychiatrie d'urgence: les crises d'angoisses aiguës, les conduites d'agitation, les états dépressifs avec le risque suicidaire qu'ils comportent, bien que pouvant être classés parmi l'une de ces trois grandes catégories, une place particulière sera donnée à des états tel que les malades dits dangereux et la toxicomanie.

4-1.1)-LES CONDUITES D'AGITATION:

Epiphénomène à expression psychomotrice, l'agitation peut prendre des aspects différents, mais est habituellement le reflet de l'affection psychiatrique ou organique qui la sous tend.

Classiquement ,bien qu'il s'agisse d'une terminologie discutable, on distingue les agitations incompréhensibles ,ou incontrôlables par le sujet , ce sont les états maniaques, les accès délirantes ,les confusions mentales , l'agitation anxieuse mélancolique , l'épilepsie et les agitations compréhensibles ou contrôlables du psychopathe caractériel , de l'hystérique et des états en rapport avec l'Ivresse excito-motrice.

4°1.1.1°)LES AGITATIONS DITES INCOMPREHENSIBLES:

☛**l'agitation maniaque:** se manifeste de façon spectaculaire et bruyante.

Le diagnostic en est aisé avec l'exaltation euphorique, la fuite des idées ,logorrhée incoercible , l'hyperactivité instinctuelle et à caractère ludique , l'agitation motrice sans but et l'insomnie toujours rebelle.

L'hospitalisation immédiate en milieu spécialisé avec mise sous neuroleptiques sédatifs réduit la durée de l'épisode et évite les incidents médico-légaux.

☛**Les agitations des états délirants** ont pour vecteur principal l'angoisse psychotique .Elles résultent soit:

- d'un sentiment persécutif avec hostilité envers l'entourage,
- d'une dépersonnalisation avec angoisse de transformation corporelle,
- d'hallucinations auditives le plus souvent avec des injonctions,
- d'une rupture d'un pseudo-équilibre délirant ou <<certaines situations peuvent provoquer l'agitation, alors que le délire en lui-même n'en est pas générateur >> (CAROLIetMASSE [4]).

L'hospitalisation avec mise sous neuroleptiques constitue la solution la plus appropriée.

☛**Les confusions mentales:** elles surviennent au cours d'affections somato-psychiatriques. Témoin d'une souffrance cérébrale à expression psychiatrique, le tableau clinique est facile à reconnaître avec l'obnubilation de la conscience, la désorientation temporo-spatiale, les troubles mnésiques, l'onirisme.

L'intensité est variable au cours de la journée avec une exacerbation vespérale.

L'état général est souvent très altéré et un bilan somatique complet est toujours nécessaire.

L'hospitalisation dans un centre de soins s'impose.

☛ **L'agitation de l'épileptique** est souvent en rapport avec l'éthylisme aigu ,le quart des épilepsies tardives serait en rapport avec l'alcoolisme (LOISEAU).

Après la crise, le sujet présente souvent un état de confusion avec agitation post critique ou état crépusculaire.

Une démarche diagnostique doit être entreprise d'urgence afin d'éliminer des facteurs métaboliques (hypoglycémie) ou traumatiques (hématome sous dural).

4-1-2°) LES AGITATIONS DITES COMPREHENSIBLE OU CONTROLABLES:

Plus fréquentes, elles ont valeur de langage et posent souvent un problème difficile d'appréciation du risque réel le terme de crise semble Ici bien adapté avec la montée tensionnelle et sa résolution. Le rôle de l'entourage est mis en évidence par le terme <<d'agitation de négociation >> (CAROLI et MASSE [4]).

☛ **Les agitations du psychopathe:** caractériel prend l'aspect d'un appel direct à l'entourage avec d'authentiques conduites coléreuses ou l'interlocuteur est interpellé violemment et mis en cause.

L'agitation souvent menaçante auto ou hétéro agressivité sert de support à des demandes difficiles à satisfaire; elle traduit un manque fondamental qui se manifeste épisodiquement, mais exclusivement sur un mode de crise.

☛ **L'agitation de l'hystérique:** est d'autant plus théâtrale que les spectateurs sont plus réceptifs.

Demande non verbalisée en réponse à une frustration , la <<crise de nerfs>> ou l'agitation dite simulée permet au sujet de s'exprimer ou de se soustraire d'une situation conflictuelle.

L'hystérique peut ainsi se prendre à son propre jeu ou à celui de son milieu habituel et présenter une agitation spectaculaire avec désordre psychomoteur et hyper expressivité.

Le traitement peut souvent se borner à un entretien plus ou moins long afin de permettre au patient d'exprimer sa demande tout en gardant une attitude calme et rassurante, un examen médical et une prescription médicamenteuse de tranquillisants s'avère utile dans certains cas.

☛ **Les états d'agitation de l'alcoolique:** peuvent survenir lors d'une Ivresse ou d'un syndrome de sevrage.

4°2) LES CRISES D'ANGOISSES NEVROPATHIQUES [13]:

Elles submergent brutalement le sujet , souvent la nuit , l'envahissant d'une manière explosive et représentent le plus souvent l'expression somatique de difficultés affectives inconscientes. Cette <<tempête de symptômes fonctionnels >> à expression physique (panique intense, impression de mort imminente) et somatique (tachycardie, sueur, oppression thoracique et striction pharyngée, vomissement, diarrhées ou troubles urinaires) entraîne un état de sidération ou une agitation avec déambulation.

Un examen médical est nécessaire tant pour rassurer le sujet que pour éliminer une affection organique donnant lieu à une symptomatologie analogue (infarctus du myocarde, embolie pulmonaire, lithiase urinaire migrante, voire affection chirurgicale comme la grossesse extra-utérine ou une perforation d'ulcère).

Ayant rassuré le malade sur l'absence de danger vital sur son état somatique , on tentera de permettre à l'angoissé de formuler ses conflits. Pour ce faire , l'attitude calme et rassurante du médecin et l'entretien psychothérapeutique peuvent parfois suffire.

Si besoin on a recours à une injection intramusculaire d'un anxiolytique ou d'un neuroleptique sédatif de l'anxiété. Un traitement par voie orale sera prescrit ou maintenu afin de pouvoir réévaluer la situation dans les jours qui suivent.

4°3°) LES ETATS DEPRESSIFS ET LE RISQUE SUICIDAIRE:

Ce sont en urgence psychiatrique les troubles les plus difficiles à aborder avec en arrière plan l'évaluation du risque suicidaire.

Le risque de morbidité et l'urgence s'évalue davantage en fonction du risque suicidaire que sur l'intensité et la nature du syndrome dépressif

-La dépression névrotique:

Les éléments symptomatiques du syndrome dépressif (tristesse, inhibition psychomotrice, asthénie, anxiété troubles du sommeil et des conduites alimentaires) ne sauraient être sous-estimées.

Le désir de mort est en effet présente d'une manière ambivalente et a volontier une dimension agressive envers l'entourage .La tentative de suicide apparaît ainsi souvent comme un appel à l'aide ou comme une mise en demeure plutôt que le classique <<chantage>>.

L'hystérique: exprime son vécu dépressif contraint par sa personnalité labile et théâtrale; il s'écroule dans les attitudes catastrophiques à la moindre défaillance de son entourage avec une impression d'inauthenticité qui risque de faire méconnaître la profondeur de sa dépression et par la même l'urgence d'une prise en charge. Le suicide représente 4% des causes de décès chez les hystériques.

Le phobique: réclame en urgence un soulagement immédiat pour des difficultés qu'il exprime avec précision; dans une situation phobogène (souvent la même) il

présente une crise d'angoisse avec son cortège de symptômes neurovégétatifs. Le terme de <<panic-attack>> est employé et répond à la crise d'angoisse aiguë:

L'obsessionnel, lorsqu'il se déprime présente un état d'épuisement psychique auquel l'a conduit sa névrose. Son état dépressif représente rarement une urgence du fait de l'évolution chronique de sa névrose.

L'idée de mort ,même dans le cadre d'une obsession impulsive conduit rarement au suicide.

Le déséquilibre psychopathique: interpelle le médecin aussi violemment lorsqu'il s'agite. Le caractère souvent réactionnel et labile des manifestations et l'absence de culpabilité peuvent faire croire à une simulation, mais la morosité, le fond asthénique et les manifestations hypocondriaques constituent des traits dépressifs caractéristiques .Une gravité particulière tient au fait de la facilité du passage à l'acte.

-Les dépressions psychotiques:

La dépression mélancolique est toujours une urgence quelle que soit l'intensité de la symptomatologie.

Versant hypothymique de **la psychose maniaco dépressive**, les éléments dépressifs sont ici particulièrement nets avec la prostration, l'inhibition et le ralentissement psychomoteur avec stupeur parfois , la douleur morale intense, l'insomnie sévère, l'anorexie, l'asthénie et l'anesthésie effective... L'attention doit être portée sur, les thèmes exposés par le patient: l'indignité avec auto accusation, incurabilité, dévalorisation de soi-même; ces idées peuvent prendre une tonalité délirante avec évocation d'un châtiment extrême et expiateur, c'est à dire que le risque de suicide est permanent tout au cours de l'évolution d'un accès mélancolique et ce , tant dans les formes typiques, anxieuses , délirantes, stuporeuses que <<souriantes>>.

Le mélancolique exprime son désir de mort aussi bien par son refus d'alimentation, son raptus suicidaire ou sa préparation minutieuse et dissimulée des moyens suicidogènes que par un suicide altruiste vis-à-vis de ses proches.

L'hospitalisation s'impose d'emblée face à ce patient incapable de toute prise de décision. La surveillance doit être constante en sachant que les anti-dépresseurs ne sont actifs sur le noyau dépressif qu'au bout de 8 à 10 jours, mais qu'ils sont susceptibles de lever l'inhibition psychomotrice auparavant et de permettre ainsi le passage à l'acte gravissime; d'où l'importance de l'association d'anxiolytiques (benzodiazépines ou neuroleptiques) qui constitue véritablement le traitement de l'urgence mélancolique.

La mélancolie reste une des rares indications de la sismothérapie qu'on peut utiliser en urgence.

La dépression du schizophrène: semble plus atypique mais constitue une des causes fréquentes de consultations psychiatriques en urgence. Mode d'entrée fréquent dans la maladie chez l'adolescent, elle peut en jalonner l'évolution.

Son intensité et sa signification sont difficiles à apprécier en raison de l'existence d'un syndrome déficitaire et son apparition nécessite d'autant plus d'attention que les passages à l'acte sont imprévisibles.

La dépression du paranoïaque: l'effondrement de son système paralogique mis en place pour donner une signification à son sentiment persécutif peut entraîner chez le paranoïaque un syndrome dépressif grave souvent d'allure mélancolique. Le geste suicidaire est d'autant plus à craindre qu'il s'inscrit dans la logique du paranoïaque et peut s'étendre à un suicide altruiste ou au meurtre du persécuteur.

-LE RISQUE SUICIDAIRE:

L'appréciation du risque suicidaire est fondamentale en psychiatrie d'urgence. Le désir de mort doit être systématiquement recherché et évalué chez tout sujet déprimé ou venant de commettre une tentative de suicide .

Chez le **suicidant** , l'appréciation du risque de récurrence se fait à partir d'un certain nombre d'indices telles que :

- ✓ L'analyse du sens de la tentative de suicide, sa signification symbolique et la possibilité par l'entourage d'entendre cet appel ou d'accepter cette mise en demeure,
- ✓ La valeur cathartique avec parfois l' intégration de ce passage dans une véritable <<crise suicidaire>> avec passage à l'acte itératif,
- ✓ L'existence ou non d'une pathologie mentale retrouvée seulement chez 20à30% des suicidants,
- ✓ Le choix du moyen suicidogène, bien qu'il n'existe aucune corrélation entre l'intensité du désir de mort et le moyen utilisé.

Il ne saurait être question d'établir un barème corrélatif entre gravité du type de suicide et urgence (CAROLI:[4]).

Statistiquement; le risque de récurrence augmente cependant à chaque tentative: 35% pour 2 tentatives de suicides, 80% pour 3 tentatives.

Chez le **suicidaire**, il faut estimer la menace de suicide.

Aucun critère n'est absolu, mais certains éléments peuvent ce pendant servir de repère;

- ✓ L'existence d'un syndrome dépressif authentique notamment mélancolique ou d'un processus schizophrénique ou le geste est souvent imprévisible,
- ✓ La présence d'un syndrome suicidaire avec:

- .Des idées de mort exprimées et devenant obsédantes,
- .Un repli sur soi avec <<rétrécissement de la personnalité et un isolement affectif et social progressif,
- .Inhibition de l'agressivité vis-à-vis d'autrui et exacerbation de l'auto agressivité.

✓ Le mode d'évocation du désir de mort et l'existence de projet précis.

EPIDEMIOLOGIE:

-Aux Etats-Unis, les derniers résultats sont ceux de l'étude ECA (Epidemiological Catch ment Area) qui font état d'une prévalence des tentatives de suicide en population générale, sur toute la vie, de 2,9% [14].

-ASNISetAL [1] trouve que la fréquence des tentatives de suicide était de 35% chez les déprimés, 30% chez les sujets répondant aux critères du DSM III-R de trouble panique, de 21% chez les alcooliques et toxicomanes, de 17% chez les alcooliques et de 9% chez les patients présentant un trouble anxieux généralisé.

4-4°) LES MALADES DANGEREUX:

La dangerosité des malades vus en urgence est une notion empreinte de subjectivité pour trois raisons essentielles(CAROLI [4]):

- L'état dangereux s'avère le plus souvent transitoire,
- La tolérance de l'observation et les limites personnelles qu'elle pose en terme de danger entrent obligatoirement en ligne de compte,
- Le faisceau de circonstances extérieures peut rendre le patient dangereux.

En pratique, il existe principalement quatre situations pathologiques ou les problèmes de dangerosité sont évoqués;

Il existe soit une activité délirante, un syndrome dépressif, l'alcoolisme chronique et surtout l'Ivresse pathologique, les déséquilibres psychopathes.

Les toxicomanes:

Les toxicomanes peuvent également présenter des conduites dangereuses pour eux-mêmes et pour autrui.

Les toxicomanes sont fréquemment amenés à consulter des services d'urgences en formulant une demande qui ne se situe pas au niveau de leur souffrance psychologique.

V- LES CONDUITES A TENIR EN URGENCE:

5-1°) EXAMEN DU MALADE [10]:

Dans une situation d'urgence les contraintes de temps sont particulièrement impératives. Les rubriques de ce plan d'examen n'ont pas toutes la même importance et ne doivent pas constituer une contrainte supplémentaire. On s'y référera surtout quand l'acuité de la situation perturbe la spontanéité et l'intuition clinique. Ce tableau doit donc être pris pour ce qu'il est , un aide-mémoire et un réservoir de vocabulaire.

5-1-1°) ENTRETIEN PSYCHIATRIQUE:

↪Prise de contact et premier entretien.

Le problème de la relation médecin-malade est posé Ici de façon spécifique.

Ce premier contact jouera un rôle important pour la suite de la thérapeutique qu'elle soit médicale ou psychiatrique.

Il n'existe pas de formule pour susciter la parole de celui , presque toujours sur la défensive, que l'on a en face de soi.

C'est une personne qui souffre et une certaine réserve doit être maintenue, garante de la réalité et du caractère médical de la relation .

Dans la majorité des cas , le médecin et le patient restent seuls, en tête à tête.

La présence de tiers peut faciliter les échanges, tout en rendant parfois plus complexes et plus délicats l'analyse et le contrôle de la situation.

Le médecin, sans être directif, peut aider le patient par une attitude encourageante; tout en évitant les questions stéréotypées, car elles confèrent à l'entretien l'aspect d'une enquête douanière.

➔ **Technique:** S'il n'y a pas de technique rigide, il convient cependant d'être le plus complet possible.

Anamnèse, antécédent, symptomatologie, enquête socio-professionnelle peuvent se succéder dans un ordre apparemment anarchique, avec retour en arrière sur des points particuliers.

➔ **Nature:** Ecouter le patient ne signifie pas s'installer avec lui dans le silence. Il faut rompre ce silence parfois angoissant pour le patient.

Mais si le patient fuit dans des propos peu cohérents, il convient d'adopter une attitude qui le ramène dans la réalité.

Une intervention trop directe ou insistante peut cependant déclencher une réaction négative, un mutisme, voire la fuite.

Le médecin doit donc mesurer le degré d'acceptabilité et de pertinence de l'entretien actuel: en évaluant la situation, garder le contrôle et orienter le dialogue. Cela relève plus de l'habileté que de la technique car la situation est flexible et en perpétuelle évolution. Le médecin essaie d'être à la fois l'interlocuteur actif et le modérateur du dialogue.

Si le patient comprend qu'il ne s'agit pas seulement d'un interrogatoire mais de la prise de conscience d'une situation existentielle, il coopère et apporte volontiers sur lui-même des informations précises.

➔ **Limites:** IL faut d'emblée annoncer le temps dont on dispose afin que le cas échéant la brièveté apparente d'un premier contact chaleureux ne soit pas

décevante pour le malade. ce temps dépend de nombreux facteurs mais il dépend aussi du type de malade: si le temps consacré à un patient connu et traité peut être relativement court, il sera fréquemment assez long lorsqu'on a affaire à un patient nouveau sans antécédent connu (une heure et plus...)

➔ **Questions élémentaires:** Devant toute demande formulée de façon urgente, on n'omettre pas de se poser quelques questions simples:

❶ Qu'en est-il de cette demande?

❷ Le patient cherche-t-il à:

*changer de médecin?

*impressionner son entourage ?

*imiter quelqu'un ?

❸ Dans quelle mesure cette demande est-elle urgente et pourquoi prend-elle ce détour ou ce raccourci qu'est la dramatisation ?

❹ Qui est vraiment demandeur, du malade ou de son entourage ?

➔ **Contact:** On peut le qualifier de:

* bon,

* mauvais,

* changeant,

* fuyant,

* hostile,

* inauthentique,

* limité, etc.

5°1-2°) EXAMEN PHYSIQUE:

L'urgence d'allure psychiatrique oscille parfois du domaine médical au domaine psychiatrique. Devant un tableau psychiatrique aigu, l'étiologie et la

participation organique risquent d'être négligées. L'erreur peut ici engager le pronostic vital, le sujet intéresse donc le médecin et le psychiatre.

Certains symptômes, l'ébriété, la turbulence, voire même l'agitation, doivent être initialement respectés et supportés dans la mesure où ils ne constituent pas un obstacle à un premier examen. L'analyse sémiologique peut faire revenir le balancier du pôle psychiatrique au pôle médical.

La réalité même du fait psychiatrique ne peut être décidée qu'après cet examen. Il n'existe aucune possibilité de s'en décharger sur des auxiliaires paramédicaux; quant aux examens para cliniques, en psychiatrie, il n'en existe pas qui conduisent au diagnostic comme la radiologie confirme au chirurgien son diagnostic de fracture.

↔ **Quelques règles de conduite.**

Un sujet peut être porteur d'une pathologie organique. Il faut:

❶ Penser au pronostic vital immédiat et à l'avenir psychiatrique;

❷ respecter la vigilance, ne pas endormir mais calmer;

❸ Porter une attention particulière aux:

.malades psychiatriques après 45 ans,

.patients sans antécédents psychiatriques,

.sujets dont le discours est lent (vieillards), difficile (étrangers), confus ...

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'examen clinique est à compléter au moindre doute, par:

-glycémie;

-numération formule sanguine;

-ionogramme sanguin;

créatininémie;

-radio du crâne;

- cliché du thorax;
- ECG si possible;
- recherche de toxique dans les urines, surtout si le malade est seul;
- le fond d'œil et la ponction lombaire non systématiques, comme l'EEG et le scanner, décidés après élimination des causes non neurologiques.

En l'absence d'orientation.

⚠ Ne pas oublier:

- ① l'hypoglycémie, surtout avant midi;
- ② les causes toxiques et médicamenteuses;
- ③ les causes plus rares:
 - neurologiques,
 - endocriniennes,
 - métaboliques.

⚠ Faire la part des manifestations d'origine psychiatrique menant un désordre organique ou psychiatrique:

- somatisation diverses de l'angoisse;
- troubles simulés ou factices;
- véritables conversions (hystériques), plus rares.

⚠ Ne pas oublier l'existence de pathologies mixtes ou associées.

5-2°) TRAITEMENTS.

5-2-1°) LES CONDUITES D'AGITATION:[1 2]

Actuellement le traitement de choix de l'excitation psychomotrice est constituée par:

-les butyrophénones: l'halopéridol (Haldol*), 1 ampoule renouvelable de 5mg en injection IM est particulièrement efficace dans le traitement d'attaque des états maniaques;

-Les phénothiazines: la chlorpromazine (Largactil*) sous forme d'injection IM profondes (1à2 ampoules de 25mg); une injection de levomépromazine (Nozinan*), 1 ampoule de 25mg en IM profonde peut être plus particulièrement indiquée en cas d'anxiété prévalent.

Une étude réalisée à l'hôpital psychiatrique de THIOROYE au SENEGAL sur le sultopride (Barnetil*, ampoule dosée à 200mg) à des doses de 400 à 2400mg fractionnées en 3 injections IM /jour chez 167 malades admis en urgence (notamment pour agitation psychomotrice) les résultats ont été jugés excellents chez 42 malades et bons chez 98 malades.[18]

5-2-2°) LES SUJETS ANXIEUX: [6]

Le premier acte thérapeutique est la séparation du milieu familial ceci permet de dédramatiser la situation, mais peut aggraver la désinsertion sociale, la rupture des liens conjugaux ou familiaux. Le malade finira retrouver au retour les soucis et difficultés d'ou la nécessité de mettre en place un traitement à long terme.

La chimiothérapie est à la fois la panacée et l'écueil du traitement d'urgence de la symptomatologie névrotique. Elle agit en réduisant l'angoisse, mais doit être modulée en fonction du symptôme en cause.

Elle fait essentiellement appel aux tranquillisants tels que:

-Diazépam (Valium), -Oxazépa (Séresta), clorazépat (Tranxène) qui sont surtout utilisés en traitement ambulatoire. IL importe de débiter le traitement par de petites doses (1 à 2 comprimés) afin d'apprécier la tolérance individuelle des sujets.

Les formes injectables sont à utilisées dans des manifestations critiques.

Les cas rebelles d'anxiété (résistant aux tranquillisants), surtout les obsessions et conversions hystériques, sont traités par les neuroleptiques sédatifs:-la levomépromazine (Nozinan),-la chlorpromazine (Largactil), -la prochlorpérazine (Tementil),-la thioridazine (Melleril); à des doses très faibles.

TABLEAU: Les médicaments de la trousse d'urgence chez l'adulte.[5]

CATEGORIE	CLASSE	DENOMINATION	NOM DE SPECIALITE	PRESENTATION DE LA FORME PARENTERALE	POSOLOGIE UTILE	ACTION
NEURO-LEPTIQUES	Butyro-phénones-	Dropéridol	Droleptan	amp .à 50 mg	1 amp	Rapide, brève sédative
	Benzamide	Sultopride	Barnetil	amp. 200 mg	1 à 2 amp	Rapide
	Phénothiazines	chlorpromazine	Largactil	amp.à25mg	1 à2 amp	Lente, sédative
ANXIO-LYTIQUES	Benzodiazépines	Clorzépaté	Tranxène	amp. à 20 mg	1 à 2 amp	
		Diazépam	Valium	amp. à 10 mg	1 amp	
	Carbamates	Méprobamate	Equanil	amp. à 400 mg	1 amp.	Rapide, brève
ANTIPARKINSONIENS DE SYNTHESE		Trihexyphe-nidyle	Artane	amp. à 10 mg	1 amp.	
		Chlorhydrate de tropatepine	Lepticur	amp. à 10 mg	1 amp.	
ANTICONLSIVU-VANTS	Benzodiazépines	Diazépam inject.	Valium	amp. à 10 mg	1 amp. iv lente renouvelable	
ANTIOEDE-MATEUX	Corticotropine	Tétracosactide	Synacthène	amp. à 0,25mg +1 amp. solvant	1 amp	

5-2-3°) LA DEPRESSION:[5]

L' abord thérapeutique des divers formes de la dépression prend un caractère concret. Il vise :

- à parer au risque suicidaire par des mesures appropriées;
- à faire disparaître l'état dépressif ou à réduire la durée de l'acte au moyen d'un traitement anti dépresseur;
- en respectant les indications spécifiques de ce type de chimiothérapie;
- ainsi que les contre-indications chez les sujets à risques;
- mais parfois le contexte psychologique implique également une prise en charge à références analytiques;
- et dans certains cas le traitement de la dépression s'est avère secondaire par rapport au traitement d'une étiologie qui passe au premier plan.

-Le premier acte thérapeutique: est la surveillance surtout s'il y'a la prévalence du risque suicidaire. Elle constitue d'abord à ne pas laisser à sa portée d'objets dangereux (arme, médicament, substances toxiques) mais tout devient dangereux entre ses mains si son désir de mort est obsédant. seule une présence permanente peut tenter d'éviter, sans y arriver toujours, le passage à l'acte.

La surveillance porte également sur les fonctions vitales, l' alimentation, l' hydratation. Enfin si le déprimé est particulièrement inhibé, il faut l'aider à se laver, s'habiller, veiller à son hygiène corporelle, à la prise de son traitement.

-La chimiothérapie : fait appel aux anti dépresseurs tri cycliques aux quels la mélancolie répond mieux. Ils sont toujours utilisés en première instance, à moins que des échecs antérieurs se soient soldés par un recours itératif à la sismothérapie; ou s'il y'a la prévalence de l'anxiété.

En ambulatoire: seule la clinique oriente la prescription vers un anti dépresseur tri cyclique sédatif ou psychotonique, en respectant les contre-indications propres à cette série; un certain nombre de mesures permettent d'obtenir un résultat optimal:

-Prescrire une dose correcte; des doses insuffisantes ne mettent pas forcément à l'abri d'effets indésirables et limitent considérablement l'efficacité thérapeutique.

La posologie moyenne chez un adulte, en dehors de toute atteinte organique, est de **100 à 150mg/jour**. (Imipramine, Clomipramine, Amitriptyline).Elle peut être atteinte en 6 à 8 jours selon le schéma suivant:

.50mg le premier jour;

.75mg à partir du 2^ojour;

.100mg à partir du 3^ojour;

.125mg à partir du 4^ojour;

.150mg à partir du 5^ojour.

Moduler la posologie dès l'apparition d'effets indésirables marqués et impossibles à corriger.

-Répartir les prises en fonction de l'effet recherché. Les études pharmacocinétiques montrent qu'une seule prise suffit. Elle est proposée le matin pour les composés psychotoniques, le soir pour les composés sédatifs.

Cependant, cette répartition peut être modifiée en fonction des réactions propres à chaque individu, en fonction également de la dimension psychologique.

- Attendre un délai minimal avant de juger le résultat du traitement qui ne manifeste son efficacité qu'au bout de 7 à 15jours; il importe de ne pas modifier la prescription avant ce délai dont le patient aura été informé.

-Déconseiller la consommation d'alcool.

-Eviter les associations médicamenteuses si ce n'est pour corriger les effets latéraux indésirables et seulement ils s'avèrent gênant, ou compléter l'action thérapeutique.

-Proscrire l'association aux anti dépresseurs de la série des IMAO .

La surveillance du traitement est obligatoire:

.La sédation de l'état dépressif est marquée par l'atténuation de la tristesse et de l'angoisse, la reprise des intérêts et le retour du sommeil.

.Le dépistage des effets indésirables requiert un contrôle régulier de la tension artérielle, du pouls, la recherche d'une sécheresse buccale, d'une constipation, de trouble urinaire, d'un tremblement.

.certaines complications vont modifier le déroulement du traitement et sont à rechercher par un examen bihebdomadaire.

.L'échec du traitement, la survenue d'une anxiété importante ou de complication sont autant d'indication à l'hospitalisation en milieu spécialisé.

Si celle-ci s'avère impossible à obtenir, un changement d'anti dépresseurs peut être tenté sans qu'il soit nécessaire de respecter un délai supérieur à 24heures entre deux tri cycliques ou entre un tri cyclique et un autre anti dépresseurs <<nouveau >>.

La sédation de l'état dépressif n' a pas pour conséquence l'arrêt immédiat du traitement, celui-ci doit être poursuivi à la même posologie au moins 2 à 3mois après la guéris

Tableau: Critère orientant le choix d'un anti dépresseur au cours de la dépression mélancolique.

ANTIDEPRESSEUR PSYCHOTONIQUE	ANTIDEPRESSEUR SEDATIF
-Inhibition -Ralentissement moteur -Asthénie -Taux de MHPG urinaire bas	-Anxiété -Agitation -Idées de suicide très actives -Plaintes hypocondriaques -Taux de MHPG urinaire normal ou élevé

En milieu hospitalier: Les stratégies thérapeutiques restent identiques, les possibilités offertes par le plateau technique et la notion de gravité font la différence.

l'une des premières facilités offerte par l'hospitalisation est le recours à la voie parentérale qui garantit mieux l'obtention d'un taux plasmatique efficace. L'antidépresseur est administré en perfusion intraveineuse lente de 250 à 500 cm³ (ml) de soluté de chlorure de sodium, de soluté Glucosé isotonique à raison de:

.1 amp à 25mg le premier jour;

.2 amp le 2^o jour;

.3 amp le 3^o jour;

.éventuellement 4 amp le 4^o jour.

-La surveillance habituelle s'étend aux complications veineuses propres à cette voie avec des risques de phlébite, ou d'induration de la paroi

-Le relais par la voie orale se situe entre le 10^o et le 15^o jours en fonction de la tolérance veineuse.

-La durée de l'hospitalisation est fixée en fonction de deux objectifs:

.Eviter une sortie prématurée avec son risque suicidaire accru.

.Ne pas dés insérer trop longtemps le patient.

Elle peut intervenir dès le retour du sommeil et la reprise des intérêts habituels.

Tableau: -Antidépresseurs par voie parentérale.

TYPE D'ACTION	DENOMINATION COMMUNE	NOM COMMERCIAL DEPOSE	CONDITIONNEMENT	POSOLOGIE
PSYCHOTONIQUE	A.D.noradiénergiques	Tofranil	25mg	50 à 150mg
	Clomipramine	Anafranil	25mg	50 à150mg
	Viloxazine	Vivalan	115mg	115 à 460mg
	Quinupramine	Kinupril	2,5mg	7,5 à 15mg
	Trimipramine	Surmotil	25mg	50 à 200mg
SEDATIFS	A.D.serotoninergique	Laroxyl	50mg	50 à 200mg
	Doxépine	Quitaxon	25mg	50 à 150mg
	Maprotiline	Ludiomil	25mg	50 à 100mg

L'efficacité de la sertraline dans le traitement de la dépression en France est incontestable, chez 75%des patients la posologie efficace était de 50mg/jour, avec un début d'amélioration des symptôme dès la première semaine[16,9,17,20].

Une étude a montré une meilleure réponse sous sertraline que sous fluoxétine chez des patients mélancoliques, avec 59% de répondeurs pour la sertraline contre 44% pour la fluoxétine [3].

Notre Étude

Méthodologie

IV- METHODOLOGIE:

CADRE DE L'ETUDE:

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

ENVIRONNEMENT INTERNE DE L'HOPITAL DU POINT-G

4-1-1-Historique

4.1.1.1Présentation de l'hôpital 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 et les travaux ont duré 6 ans et il a été fonctionnel en 1912. Depuis cette date , il y'a eu plusieurs extensions dont:

- La construction du pavillon des indigènes en 1913,
- La construction de l'école des infirmiers, du Laboratoire et 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-phtisiologie entre 1956-1958,

La construction de la clôture en barbelé en 1960.

Le style architectural qui, à l'origine était un hôpital militaire, est de type pavillonnaire et, fut transformé en hôpital civil par l'arrêté n° 174 de février 1958 portant réforme hospitalière des services de santé du soudan, pour ensuite être érigé en établissement public hospitalier (EPH) par la loi n°02048 du 22 juillet 2002 portant réforme hospitalière.

4.1.1.2 Situation géographique :

L'hôpital du Point G est situé sur les collines du point G sur la rive gauche du fleuve Niger en Commune III du district de Bamako; il occupe une superficie de 25 hectares dont 17,30% sont bâtis.

4.1.1.3 Statut juridique :

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

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

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

4.1.1.4 Missions :

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

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

4.1.1.5 Organisation et Fonctionnement :

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

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

Les organes d'administrations et de gestions sont :

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

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

La Direction Générale

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

Il est assisté d'un directeur général adjoint nommé par arrêté ministériel (qui fixe ses attributions spécifiques) sur proposition du Directeur Général de l'hôpital.

Le Directeur Général exerce ses attributions dans les limites des lois et des règlements en vigueur conformément aux dispositions des articles 68, 69, et 70 de la loi n°02-050 du 22 juillet 2002 portant 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 de l'hôpital du Point G,
- La commission des soins infirmiers et obstétricaux dont l'organisation et le fonctionnement sont prévus dans les articles 18,19,20,21,22 dudit décret,
- Le comité technique d'établissement dont l'organisation et le fonctionnement sont prévus dans les articles 23, 24, 25, 26, 27 dudit décret,
- Le comité technique d'hygiène et de sécurité dont l'organisation et le fonctionnement sont fixés par les articles 28, 29, 30, 31, 32, 33 dudit décret.

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

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

- La direction
- Le secrétariat

- La comptabilité
- Le contrôle financier
- Le bureau des entrées
- Le service social

➤ **Le service de maintenance**

➤ **Les services médicaux** composés de :

- Le service d'anesthésie et de réanimation comprenant les urgences, l'anesthésie, la réanimation et la banque de sang,
- Le service de cardiologie avec la cardiologie A et la cardiologie B,
- Les services de chirurgie avec : la chirurgie A, la chirurgie B, la gynéco-obstétrique et l'urologie, la coelio-clinique,
- Le service d'hématologie
- Le service d'oncologie,
- Le service de médecine interne,
- Le service de néphrologie hémodialyse,
- Le service de neurologie,
- Le service des maladies infectieuses
- Le service de pneumo-phtisiologie,
- Le service de psychiatrie,
- Le service d'imagerie médicale avec radiologie/scanner, échographie, médecine nucléaire
- Le laboratoire
- La pharmacie hospitalière,
- La buanderie,
- La cuisine,

- Une cafétéria,
- Le campus (restaurant pour le personnel)
- La morgue.

4.1.2 Le service de soins psychiatriques du point G

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

➤ Les bâtiments:

Schématiquement ces bâtiments se divisent en trois blocs :

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

➤ Structure de Fonctionnement:

Les consultations ont lieu tous les lundi, mardi et mercredi de 7H 30 à 16H00 par des médecins qui se relaient entre l'hôpital du point G et le Centre de Santé Mentale (CE.SA.ME).

Après 16H00, un médecin, un interne, un infirmier assurent la permanence du service.

Dans son fonctionnement, c'est un service ouvert, communautaire associant la famille.

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

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

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

✓ Une supervision quotidienne par les internes et les médecins généralistes pour dépister d'éventuelles maladies et suivent l'évolution quotidienne de la maladie spécialisée.

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

✓ Un groupe hebdomadaire est organisé sous l'égide du psychologue en présence des médecins, des malades et de leurs parents.

✓ Le Koteba est une mise en scène théâtrale Bambara adaptant le psychodrame MORENIEN et il est organisé toutes les semaines le vendredi.

➤ Personnel médical:

Il est composé :

⇒ Un professeur, en psychiatrie

⇒ Trois Médecins assistants,

⇒ P.H (praticien hospitalier)

⇒ Un médecin généraliste

⇒ Un psychologue

⇒ Sept assistants médicaux,

⇒ Un infirmier d'Etat

⇒ Un infirmiers du 1^{er} cycle

⇒ Deux infirmiers auxiliaires

⇒ Un technicien de développement communautaire (assistance sociale)

- ⇒ Un groupe d'animateurs en art dramatique
- ⇒ Des étudiants en médecine pour des stages
- ⇒ Une secrétaire
- ⇒ Trois techniciens de surface.
- ⇒ Des étudiants en médecine dont quatre faisant fonction d'internes associés aux étudiants des différentes écoles en santé (CSTS, ESS et EIPC)

4-2-PERIODE D'ETUDE:

Cette étude a porté sur une période de 7 mois , allant du 01 septembre 2004 au 31 mars 2005.

4-3-TYPE D'ETUDE:

Il s'agit d'une étude longitudinale.

4-4-POPULATION D'ETUDE:

Patients admis aux services des urgences de l'hôpital du point-G.

4-5-ECHANTILLONNAGE:

CRITERES D'INCLUSION:

Patients âgés de 15 ans ou plus quelque soit le sexe.

Patients présentant un tableau d'urgence de psychiatrie.

Patients ayant été suivis dans le service.

Patients avec dossiers complets.

CRITRES DE NON INCLUSION:

-Patients ne présentant pas un tableau d'urgence.

-Patients avec dossiers incomplets.

-Patients non suivis dans le service.

Au total : 149 patients ont été retenus.

4-6-SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES:

Elles ont été faites à l'aide des logiciels Microsoft-Word et Epi-info version 6.04
cfr.

Résultats

V-RESUTATS:

I- FREQUENCE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES .

Cette fréquence est représentée dans le tableau suivant

TABLEAU I : Fréquence des urgences psychiatriques.

URGENCES SERVICE	EFFECTIFS ABSOLUS	POURCENTAGES %
TOUS SERVICES	760	100,0
DE PSYCHIATRIE	238	31,3

Les urgences psychiatriques représentent 238 cas sur les 760 patients admis ($N/D = 238/760$), soit 31,3% des urgences médicales.

II- CARACTERES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES:

TABLEAU II : Répartition des patients selon les tranches d'âge.

TRANCHES D'AGES	EFFECTIFS ABSOLUS	POURCENTAGES %
15-24 ans	33	22,1
25-34 ans	53	35,6
35-44 ans	41	27,5
45-54 ans	11	7,4
55-64 ans	5	3,4
65-74 ans	6	4,0
TOTAL	149	100,0

La tranche d'age 25-34 ans était la plus touchée par les urgences avec 53 cas sur 149, soit 35,6%.

TABLEAU III : Répartition des patients selon la situation matrimoniale.

Situation matrimoniale	Effectif absolu	Pourcentage %
Célibataire	71	47,6
Marié(e)	56	37,6
Divorcé(e)	8	5,4
Séparé(e)	3	2,0
Veuf(ve)	11	7,4
TOTAL	149	100,0

On note une prédominance des célibataires avec 71 cas sur 149, soit 47,6%, suivi des mariés avec 56 cas sur 149, soit 37,6%

TABLEAU IV: Répartition des patients selon l'ethnie.

ETHNIE	EFFECTIF ABSOLU	POURCENTAGE %
BAMANAN	49	32,9
PEULH	24	16,1
SONRHAI	6	4,0
SONINKE	11	7,4
MALINKE-KAKOLO	31	20,8
SENOUFO	7	4,7
BOBO	2	1,3
BOZO-SOMONO	2	1,3
DOGON	4	2,7
MINIANKA	2	1,3
MAURE-TOUREG	2	1,3
AUTRES*	5	3,5
TOTAL	149	100,0

Les Bamanans ont été les représentés avec 49 cas soit 32,9%, suivi des Malinkés-Kakolo avec 31 cas, soit 20,8%

*=Kassonké, Dafing, Fon, Mossi, Ouolof.

TABLEAU V: Répartition des patients selon le niveau de scolarisation en français.

Niveau Scolaire	Effectif absolu	Pourcentage %
Non scolarisé*	69	46,3
Primaire	45	30,2
Secondaire	27	18,1
Supérieur	8	5,4
TOTAL	149	100,0

Près de la moitié de nos patients (69) était non scolarisés, soit 46,3%.

*=Sujet n'ayant pas fréquenté l'école française .

TABLEAU VI: Répartition des patients selon la profession.

PROFESSION	EFFECTIF ABSOLU	POURCENTAGE %
Elève -Etudiant	23	15,4
Commerçant	13	8,7
Chauffeur	6	4,0
Ménagère	30	20,1
Militaire	4	2,7
Ouvrier	20	13,4
Cultivateur- Eleveur	24	16,1
Autre*	7	4,8
Sans profession	22	14,8
TOTAL	149	100,0

la profession ménagère a été la plus touchée dans notre étude, avec 30 cas sur 149, soit 20,1% suivi de cultivateur- éleveur, avec 16,1%, puis les élèves-étudiants.

Autre*= Médecin, Enseignant, Marabout, Animateur, Transitaire,

III- CARACTERES CLINIQUES:

TABLEAU VII : Répartition des patients selon le diagnostic retenu.

DIAGNOSTIC	Effectif Absolu	Pourcentage %
Bouffée délirante	26	17,4
Moment fécond de Schizophrénie	45	30,2
Confusion mentale	13	8,7
Toxicomanie	6	4,1
Psychose puerpérale	3	2,8
Moment fécond de Paranoïa	8	5,4
Manie	8	5,4
Dépression	14	9,4
Psychose maniaco-dépressive bipolaire	3	2,0
P.H.C	6	4,0
Epilepsie	10	6,7
Hystérie	2	1,3
Névrose d'angoisse	3	2,0
AUTRES*	2	1,3
TOTAL	149	100,0

Nous constatons qu'il y'a une prédominance des moments féconds de schizophrénie sur l'ensemble des pathologies, avec 45cas sur 149 (N/D = 45/149), soit 30,2% de l'effectif total.

*=DEMENCE et PSYCHOPATHIE .

les diagnostics ont été portés selon la C I M 10 (classification internationale des maladies

TABLEAU VIII : Répartition des patients selon les motifs de prise en charge.

Motifs de prise en charge	Effectif absolu	Pourcentage %
Agitation	19	12,8
Agressivité	42	28,2
Tentative de suicide	11	7,4
Idées de suicide	4	2,7
Mutisme	1	0,7
Inhibition	10	6,7
Etat délirant aigu	18	12,1
Fugue	9	6,0
Errance et voyage pathologiques	3	2,0
Dénudation	8	5,4
Crises anxieuses	7	4,7
Agitation + Agressivité	13	8,7
Agitation+Délire aigu	1	0,7
Agressivité+fugue	1	0,7
Inhibition+TS	2	1,3
TOTAL	149	100,0

Nous constatons qu'il y'a une prédominance des troubles du comportement comme motif de consultation: l'agressivité avec 42 cas sur 149 soit 28,2%; suivie de l'agitation avec 12,8% et leur association chez 8,7% de nos patients.

TABLEAU IX: Répartition des patients selon le mode de suivi.

MODE DE SUIVI	EFFECTIF ABSOLU	POURCENTAGE %
AMBULATOIRE	65	43,6
HOSPITALISATION	84	56,4
TOTAL	149	100,0

Prés de la moitié de nos patient ont été suivi en ambulatoire soit 43,6% (N/D = 65/149).

TABLEAU X: Répartition des patients selon le mode de suivi et le motif de prise en charge.

MODE DE SUIVI MOTIF	Ambulatoire		Hospitalisation		TOTAL	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Crises anxieuses	6	85,7	1	14,3	7	4,7
Agitation	9	47,4	10	52,6	19	12,8
Agressivité	8	19,0	34	81,0	42	28,2
Tentative de suicide	5	45,5	6	54,5	11	7,4
Idées de suicide	1	25,0	3	75,0	4	2,7
Mutisme	0	00,0	1	100,0	1	0,7
Inhibition	6	60,0	4	40,0	10	6,7
Délire aigu	14	77,8	4	22,2	18	12,1
Fugue	5	55,5	4	44,5	9	6,0
Errance et voyage pathologique	1	33,3	2	66,7	3	2,0
Dénudation	5	62,5	3	37,5	8	5,4
Agitation+Agressivité	2	15,4	11	84,6	13	8,7
Agitation+délire aigu	1	100,0	0	00,0	1	0,7
Agressivité+fugue	0	00,0	1	100,0	1	0,7
Tentative de suicide+Inhibition	2	100,0	0	00,0	2	1,3
TOTAL	65	43,6	84	56,4	149	100,0

Nous constatons que l'agressivité a été le motif le plus fréquent d'hospitalisation, avec 34 cas sur 84, soit 40,5% ; par contre le délire aigu est prédominant chez les patients suivis en ambulatoire, avec 14 cas sur 65, soit 21,5%.

TABLEAU XI: Répartition des patients selon le sexe et le mode de suivi.

SEXE Mode de suivi	Masculin		Féminin		TOTAL	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Ambulatoire	42	64,6	23	35,4	65	43,6
Hospitalisation	69	82,1	15	17,9	84	56,4
TOTAL	111	74,5	38	25,5	149	100,0

Le sexe masculin était prédominant chez nos patients suivi en externe (N/D = 42/65) soit 64,6% contre 35,4% chez le sexe féminin, sur les 65 patients suivi en ambulatoire. Le sexe ratio est de 2,92 en faveur du masculin.

TABLEAU XII: Répartition des patients selon le diagnostic et les tranches d'âges.

Tranche d'âge	15 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	TOTAL
Bouffées délirantes	7	13	5	0	0	1	26
P.M.D	1	0	1	1	0	0	3
Hystérie	2	0	0	0	0	0	2
Moment fécond de Schizophrénie	6	20	16	3	0	0	45
Confusion mentale	1	3	2	2	2	3	13
Psychose Puerpérale	3	0	0	0	0	0	3
Toxicomanie	2	4	0	0	0	0	6
Moment fécond de Paranoïa	0	0	5	1	6	0	8
Manie	4	2	1	1	0	0	8
Moment fécond de P.H.C	0	0	3	2	1	0	6
Dépression	3	4	4	1	1	1	14
Démence	0	0	0	0	0	1	1
Epilepsie	2	4	4	0	0	0	10
Névrose d'angoisse	2	0	0	0	1	0	3
Psychopathie	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL	33	53	41	11	5	6	149

Nous constatons que la tranche d'âge 25-34 ans est la plus représentée, les moments féconds de schizophrénie et les bouffées délirantes sont les pathologies dominantes dans cette tranche d'âge avec respectivement 20 cas sur 53 et 13 cas sur 53.

Les diagnostics ont été portés selon la C I M 10

TABLEAU XIII: Répartition des patients selon la qualité du contact.

Qualité du Contact	Effectif absolu	Pourcentage
Coopérant	65	43,6
Opposant	21	14,1
Agressif	6	4,0
Instable	13	8,7
Réticent	12	8,1
Indifférant	17	11,4
Difficile	15	10,1
TOTAL	149	100,0

43,6% de nos patients étaient coopérant au moment de l'entretien, seulement 4,0% étaient agressif .

TABLEAU XIV:Répartition des patients selon le niveau d'intégration familiale par rapport à l'agressivité.

Niveau d'intégration	Bon	Passable	Mauvais	TOTAL
Agressivité				
Pas d'agressivité	19	43	11	73
Verbale sélective	0	8	5	13
Verbale globale	0	14	2	16
Physique sélective	2	18	4	24
Physique globale	0	17	6	23

Plus de la moitié des patients non agressifs, soit 43 cas sur 73; (58,9%) sont passablement intégrés dans la famille et seulement 19 cas sont bien intégrés.

TABLEAU XV : Répartition des patients selon l'origine de la demande de prise en charge.

Origine de la demande de prise charge	Effectif absolu	Pourcentage %
Force de l'ordre	4	2,7
Famille	112	75,1
Médecin	31	20,8
Autre*	2	1,4

Nous constatons que la famille est à l'origine de la demande de prise en charge dans 75,1% des cas , suivi des médecins avec 20,8% .

Autre*= SAMU social et ami

TABLEAU XVI: répartition des patients selon la durée entre le début de l'épisode et le début de la stabilisation. (D)

D Début de l'épisode	Moins 1 mois		Entre 1 e 2 mois		Après 2 mois		T O T A L	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Inférieur à 2 Semaines	25	43,8	23	40,4	9	15,8	57	38,2
Supérieur où égal à 2 semaines	10	40,0	10	40,0	5	10,0	25	16,8
Supérieur à 3 semaines	15	22,4	40	59,7	12	17,9	67	45,0

Nous constatons que 49,0% de nos patients ont été stabilisés entre 1 à 2 mois de traitement, et 43,8% des patients admis avant 2 semaines d'évolution ont été stabilisés avant 1 mois.

TABLEAU XVII: Répartition des patients selon l'antécédent et le début de l'épisode.

Début de l'épisode Antécédent personnel psychiatrique	Moins de 2 semaine		2 semaine à 1 mois		Plus d'1mois		TOTAL	
	Ef	%	Ef	%	Ef	%	Ef	%
	Avec antécédent psychiatrique	28	41,8	12	17,9	27	40,3	67
Sans antécédent psychiatrique	29	35,4	13	15,8	40	48,8	82	55,0

Les patients sans antécédents sont dominants avec 82 cas sur l'effectif, soit 55,0% de l'ensemble et 35,4% de ces malades ont consulté avant 2 semaines d'évolution de leur épisode.

IV- DIFFICULTES RENCONTREES:

TABLEAU XVIII: Répartition des patients selon le circuit thérapeutique antérieur.

Circuit thérapeutique antérieur	Effectif absolu	Pourcentage %
Traditionnel	61	41,0
Conventionnel	88	59,0
TOTAL	149	100,0

Nous constatons que 41,0 % de nos patients passent chez les guérisseurs où les marabouts avant de venir à l'hôpital.

TABLEAU XIX : Répartition des patients selon l'obtention de la stabilisation et le niveau d'implication de la famille.

Obtention stabilisation Niveau d'implication de la famille	moins d'1mois		1 à2 mois		Plus de 2 mois		TOTAL	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
	Bon	40	41,2	48	49,5	9	9,3	97
Passable	8	19,5	21	51,2	12	29,3	41	27,5
Mauvais	2	18,2	4	36,4	5	45,4	11	7,4
TOTAL	50	33,6	73	49,0	26	17,4	149	100,0

49,5% des patients dont la famille s'est bien impliqué ont été stabilisés avant 2mois et 41,2% de ces malades ont été stabilisés avant 1mois.

TABLEAU XX : Répartition des patients selon les situations compliquant la prise en charge.

Situations	Effectif absolu	Pourcentage %
Absentes	122	81,9
Interruption thérapeutique	15	10,1
Evasion	9	6,0
Aggravation	3	2,0
TOTAL	149	100,0

Les situations compliquant la prise en charge ont été rencontrées seulement chez 27 malades sur les 149; l'interruption thérapeutique a été la plus fréquente, avec 15 cas sur 27, soit 55,5%.

TABLEAU XXI : répartition des patients selon les heures d'arrivées.

HEURES	EFFECTIF ABSOLU	POURCENTAGE %
HEURES DE SERVICE	72	48,3
HEURES DE GARDE	77	51,7
TOTAL	149	100,0

Plus de la moitié des patients, 77 cas sur 149 (51,7%) arrivent au moment de la garde, où les personnels sur place sont insuffisants pour leur gestion.

TABLEAU XXII : Répartition des patients selon le résultat de l'examen physique.

Résultat de l'examen physique	Effectif absolu	Pourcentage %
Normal	107	71,8
Fièvre	9	6,0
Fièvre +H.T.A..	1	0,7
Fièvre +Ictère	1	0,7
Mauvais état général	12	8,0
Conjonctive	1	0,7
Goitre	2	1,3
Hémiparesie	1	0,7
H.T.A	5	3,4
Hypotension artérielle	5	3,4
Insuffisance cardiaque	2	1,3
Prolapsus génital	2	1,3
Surdité	1	0,7
TOTAL	149	100,0

L'examen physique était normal chez 107cas, soit 71,8% de l'effectif total; par contre , il était anormal chez les 42cas, soit 28,2%; les pathologies cardio-vasculaire, la fièvre et le mauvais état général étaient les anomalies les représentées.

Commentaires

et

Discussions

III-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1- FREQUENCE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

Nous avons recensé au service des urgences médicales 522 patients ayant été pris en charge. Cependant au service de psychiatrie on a enregistré 238 patients.

Cela nous fait dire que l'urgence médicale générale, représente 760 patients .Ceci nous donne une fréquence de **31,3 %**. Cette prédominance s'explique par le fait que le service de psychiatrie est le seul du genre dans le pays.

Ce résultat est comparable à celui de COULIBALY. B [7] qui a trouvé en1983, que les **23,1%** de ses malades admis, sans tenter un traitement antérieur semblaient représentés les urgences.

Ce résultat concorde avec celui de SAMUELIAN J-C [22] qui a trouvé que **30,8 %** des passages aux urgences de l'hôpital Nord de Marseille concerne la psychiatrie.

Ce résultat peut être comparé à celui de ORSOT-DESSI. M et col [18] qui ont trouvé que les urgences représentent **16,6%** des nouveaux malades reçus à l'hôpital psychiatrique de Binjer ville et le centre de consultation l'INSP de Cote d'Ivoire.

2-DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES:

Au niveau du sexe: le sexe masculin a été le plus représenté avec 111 cas sur les 149 patients, soit 74,4% des cas; ceci peut s'expliquer par le fait que l'altération de l'état de santé d'un homme se fait beaucoup plus vite sentir sur les plans socio-professionnel et familial que celui de la femme. Cette dernière est généralement occupée dans la concession familiale à des tâches ménagères.

Ce résultat concorde avec celui de MENET GACEBE .YLS [15] qui a trouvé une prédominance du sexe masculin , chez les malades hospitalisés ainsi que ceux suivis en ambulatoire avec respectivement un taux de 78,9% et 60,9%; Notre résultat est proche de celui de ORSOT-DESSI. M et Col [18] qui ont trouvé 62% de sexe masculin.

Au niveau de l'âge: la tranche d'âge 25-34 ans a été la plus représentée parmi nos patients , avec 53 cas sur 149, soit 35,6% ; c'est la population jeune qui est la plus touchée. Ceci nous amène à quelques réflexions:

- La population générale est jeune;
- Cette population est confrontée à des difficultés de la vie (scolarisation, chômage, autonomie financière) , qui ont fait de cette population qui correspond à la période de la fin d'adolescence et au début d'entrée dans la vie active, une population très touchée.

Ce résultat concorde avec celui de MENET GACEBE. YLS [15], et de ORSOT-DESSI. M et col [18] qui ont trouvé respectivement une prédominance dans les population suivantes: 21-30 ans un taux de 39,8% des hospitalisés et 34,7% des suivis en externe, et 25-34 ans un taux de 30,6% de l'effectif total.

Au niveau du statut matrimonial: les célibataires ont été les plus représentés dans notre étude avec 71 cas sur 149 , soit 47,6%; les hommes célibataires prédominent avec 41,6% contre 6% pour le sexe féminin.

Ce nombre important de célibataires s'inscrit dans la problématique relationnelle difficile de ce sujet.

Le mariage apparaît comme un moyen de protection par son facteur stabilisant.

Ce résultat concorde avec celui de MENET GACEBE.YLS [15] qui a trouvé 47% de célibataires chez les malades suivis en externe, avec une prédominance du sexe masculin;

Il est proche de celui de ORSOT-DESSI .M et col [18] qui ont trouvé 56% de célibataires, avec une prédominance masculine ;42% contre 14% de femme;
Notre résultat concorde avec celui de BRACCINI. T et col [2] qui ont trouvé 41,8% de sujets sans partenaire dans la population de 25-50 ans.

3-DONNEES CLINIQUES

Motif de prise en charge:

L'agressivité avec 28,2% et l'agitation avec 12,8% ont été les motifs de prise en charge les plus fréquents, car ces troubles du comportement sont très dérangeants et mal tolérés par l'entourage ; ce qui motive une recherche rapide de leur solution.

Ceci est proche de celui de MENET GACEBE Y.L.S.[15] qui a trouvé 20,6% d'agitation et 15,3% d'agressivité comme motifs fréquents de consultation et de demande d'hospitalisation ;

Il y'a une concordance avec celui de TEDONGMO TIAYO LH [24], qui en étudiant l'épilepsie et les troubles mentaux a trouvé que l'agressivité et l'agitation étaient les motifs fréquents d'hospitalisation des épileptiques; avec respectivement des taux de 70,3% et 13,0%.

Ce résultat concorde avec celui de ORSOT-DESSI. M et col [18] qui ont trouvé également une prédominance de l'agitation suivie d'agressivité verbale dans leur étude soit respectivement 44 cas et 19 cas sur les 110 malades;

il est plus élevé que celui de TARDIFF. K en 1984 [23] qui a trouvé, une anamnèse d' agressivité chez 15% des patients admis dans deux hôpitaux de New York , au USA.

Pour l'origine de la demande de prise en charge:

La famille a été à l'origine de la demande de prise en charge dans 72% des cas , suivie du personnel médical avec un taux de 20,8%;

ceci concorde, avec celui, de MENET GACEBE. YLS [15] qui a retrouvé la famille à l'origine dans 71,8% suivie du personnel médical avec un taux de 13,9% et de ORSOT-DESSI. M et col [18] qui ont retrouvé la famille à l'origine chez 70% des patients étudiés.

Type de prise en charge:

52% de nos patients ont été hospitalisés et chez 48% le traitement a été possible aux domiciles;

Ce ci concorde avec celui de ORSOT-DESSI. M et col [18] qui ont suivi en ambulatoire 48% de leur patients et 52% ont été hospitalisés.

Selon le diagnostic :

Les moments féconds de schizophrénie et la bouffée délirante sont les pathologies les plus représentées avec respectivement 30,2% et 17,4%, suivies de dépression avec 9,4% et la confusion mentale avec un taux de 8,7%. Cette prédominance des moments féconds de schizophrénie s'explique par le fait que: la schizophrénie débute à l'age jeune (15-25ans) , appelé habituellement psychose de l'adulte jeune, cependant dans notre étude c'est la population jeune qui a été la plus touchée.

L'installation brutale de la bouffée délirante, élève sa fréquence dans les pathologies d'urgence.

Ce résultat concorde avec celui de MENET GACEBE.YLS [15] qui a trouvé 22,5% de schizophrénie, suivi de la dépression avec 16,6% et la bouffée délirante avec 13,2%;

Nous sommes en concordance avec ORSOT-DESSI. M et col [18] qui ont trouvé une prédominance des moments féconds de schizophrénie ,et de la bouffée délirante , avec un taux de 14 cas chacun sur les 110 malades étudiés; Notre résultat est proche de celui de MICHEL WALTER [26] qui a trouvé 10% de schizophrénie sur les 15% d'urgence psychiatrique rencontrées dans un centre d'accueil et d'urgence général du CHU de Brest.

4- DIFFICULTES RENCONTRES :

Au niveau du circuit thérapeutique antérieur:

41% de nos patients avaient transité par un tradipraticiens , avant de venir à l'hôpital. Les croyances traditionnelle et culturelle en Afrique et particulièrement au Mali; font que les gens recherchent des remèdes aux troubles psychiatriques au près des tradipraticiens avant de venir consulter le service de psychiatrie .

Ce résultat est proche de celui de ORSOT-DESSI. M et col [18] qui ont trouvé que 47% de leur patient avaient déjà fait un traitement traditionnel.

Au niveau des horaires d'arrivée:

Nous avons constaté que plus de la moitié de nos patients, 76 cas, soit 51,7%; arrive aux heures de garde où les personnels sont insuffisants pour faire face à ces urgences.

Ceci concorde avec celui de BRACCINI.T et col [2] qui ont trouvé que 36,1% des admissions sont faites entre 18H-24H où l'effectif de l'équipe n'est pas adaptés au pic d'activité.

Au niveau de l'implication de la famille:

Nous notons que 74 cas de l'ensemble des patients rencontrées au service, ne sont plus revenus au rendez-vous.

Le niveau d'intégration familial était passable chez 81,2% de nos patients.

Conclusion

Et

Recommendations

I-CONCLUSION:

Cette étude **longitudinale**, ayant été conduite durant 7 mois du 01 septembre 2004 au 31 mars 2005, portant sur les urgences psychiatriques au service de psychiatrie de l'hôpital du point-G, nous a permis d'affirmer qu'il y'a une prédominance de l'urgence psychiatrique dans les urgences médicales, avec une fréquence de 31,3% des 760 patients recensés.

Elle représente une part importante de nos consultations; ce sont parfois des urgences différées, soignées traditionnellement depuis des mois.

Nous avons suivi en ambulatoire 43,6% de nos patients, la population jeune, 25-34 ans a été la plus touchée, les célibataires étaient fortement représentés, le sexe ratio est de 2,92 en faveur du masculin.

L'agressivité et l'agitation ont été les motifs les plus évoqués par les familles, qui sont le plus souvent à l'origine de la prise en charge.

Les moments féconds de schizophrénie, la bouffée délirante, la dépression et la confusion mentale ont été les pathologies psychiatriques les plus fréquemment rencontrées.

L'heure d'arrivée des patients (plus de la moitié de nos patients, soit 51,7% sont arrivés pendant la garde) ; ainsi que l'interruption thérapeutique chez 10,0% de nos patients suivis; dominant les difficultés rencontrées.

II- RECOMMANDATIONS

 Au terme de cette étude, les recommandons suivantes sont proposées et s'adressent aux:

1- Ministère de la santé :

- ① Assurer la formation continue des agents sanitaires spécialisés en psychiatrie au Mali avant l'an 2010, pour une meilleure couverture la population.
- ② Ouvrir des centres d'accueil et de soin des urgences psychiatriques dans les capitales régionales, dès maintenant , afin d'éviter l'engorgement du seul service de psychiatrie de l'hôpital du point-G.

2-Personnels de psychiatrie :

- ① sensibiliser les populations par rapport à la prise en charge conventionnelle précoce de la maladie mentale; pour une réduction des cas chroniques.

3- Médecins psychiatres:

- ① Porter une attention particulière aux troubles psychiatriques aigus, en examinant les patients dès l'admission; en vue d'améliorer leur pronostic, surtout vital.
- ② Renforcer la collaboration avec les tradipraticiens, pour l'orientation des malades aux services de psychiatries, dès que leur compétence est dépassée.

3 -Communautés :

- ① Lutter contre la stigmatisation et la marginalisation des malades mentaux dans les sociétés, après leur stabilisation; en les resocialisant et en démystifiant leur maladie afin de faciliter leur prise en charge.
- ② Soutenir les personnes atteintes de maladie psychiatrique chronique dès leur socialisation, pour le suivi régulier du traitement; en fondant des associations .
- ③ Consulter rapidement au service de psychiatrie dès l'apparition des signes précoces, afin de réduire le coût de la prise en charge.

Bibliographie

Bibliographie

1- ASNIS GM, FRIEDMAN TA et col

Suicidal behaviors in adult psychiatric out patient, I. Description and prevalence.
Am J Psychiatry 1993; 150: 108-12p.

2- BRACCINI T.

Relation entre service médico-chirurgicaux et service d'urgence psychiatrique.
Enquête épidémiologique portant sur 483 malades
Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue Française tome III ;
LXXXVII° session, Montréal; 1989; 245-50p

3- BISSERBE .JC, LANE .R et MICELI .R

Predictors of response to SSRIS in patients With major depression, Abstract,
Xxth CINP, Melbourne 1996.

4- CAROLI.F, MASSE.G

Les situation d'urgences en psychiatrie.
-Doin, édit., Paris.1985.

5- COTTEREAU.M.J , MANUS.A , MARTIN.A les urgences en psychiatrie

manuel de thérapeutique psychiatrie. paris, Masson,1990.247-88p.

6- COTTEREAU M.J

Les névroses approche descriptive et traitement.
Cahiers d' information du praticien. Paris; co-édition produit Roche;...
:13-2 8p.

7- COULIBALY .B

Approche épidémiologique de la demande de soin psychiatrique au Mali.
THèse de médecine. Bamako ,1983.N°83-M-10;54p.

8- DEBOUT.M et col

Psychiatrie d'urgence, médecine de la crise; Masson et Gié édition,
Paris.1981:161p.

9- FABRE LF, ABUZZAHAB FS et al

La psychiatrie au Mexique synergie, 1990; édition Ciba Giegy;
11-14p.

10-GRIVOIS.H, DAUCHY.S, MATHIEU.P

Urgence psychiatrique

Abrégés de l'urgence psychiatrique, 2^oédition paris, 1997. 4- 44p.

11- GRIVOIS.H

Urgences psychiatriques.

Masson et Cie, édition., Paris, 1986, 203p.

12- HENRI EY, BERNARD P et BRISSET CH.

urgence psychiatrique en pratique extra-hospitalière

manuel de psychiatrie, 6^o édition Masson, Paris 1983, 965-71p.

13- HOAREAU.J, PEIGNET.F,

les urgences psychiatriques

Encyclopédie Médico- chirurgicale, psychiatrie 4;

Paris-France 37678A10,12-1987.12p

14- MEEHAN PJ, et col

Attempted suicide Among Young adults=progress toward a meaning ful
estimate of prevalence.

Am J Psychiatry, 1992,149; 41- 4p.

15- MENET GACEBE .YLS

Demande de soins psychiatrique: Donnée épidémiologiques en milieu hospitalier au C.H.U du Point-G.

Thèse de médecine .Bamako, 2005.N° 05-M-116: 29-54p

16- MOON CAL, JOGO w et al

A double -blind comparaison of sertraline and Clomipramine in the treatment of major depressive disorders and associated anxiety in general practice.

J Psychopharmacology, 1994;8(3):171-76p.

17- OLIE JP, CUNN. KP et KATS. E

sertraline efficacy and tolération in major depression.

Presented at XIXth Collegiums International Neuropsychopharma collegiums ,Washington DC, 27june-1july 1994.

18- ORSOT-DESSI .M et col

les états aigus: réponses ambulatoires et hospitalières à l'hôpital de Benjerville.

Revue médicale de cote d'Ivoire, 1983 n°63, 29 - 44p.

19- PASCALIS.G, CHAUVOT.B, DELPECH.J

Rapport d'assistance: <<urgence en psychiatrie et psychiatrie en urgence>>.Congrès Psychiatrique -Neurologique.colmar.1981

20- PRESHORN .SH, LANE .RM.

La sertraline à 50mg par jour: dose optimal dans le traitement de la dépression; International clinical Psychopharmacology,

1995;10: 129- 41p.

21- PITALIER .R, MERCIER .C et col

Les urgences psychiatriques en pré hospitalier.

Revue des SAMU. Hors série, 2000, Toulouse,192-95p.

22- SAMUELIAN.J C.

la place des urgences psychiatriques.

Les <<Faux psychiatriques en question>> A P M, Paris ,1993; 49:

81-87p.

23- TARDIFF .K:

Characteristic of Assaultive Patents in Private Hospitals Am J Psychiatry, U.S.A,

1984;144: 1232-35p.

24-TEDONGMO TIAYO LH

Epilepsie et trouble mentaux : Etude épidémio-clinique dans le service de psychiatrie de l'hôpital du Point-G à propos de 342 cas.

Thèse de médecine, Bamako Mali N° 03-M-04: 61p.

25- WALTER.M

situation d'urgence dans la schizophrénie

Les carnets de l'Observatoire des schizophrènes

Revu Lily, France;juin 2001:23-26p.

.

Annexes

Annexe 1
FICHE D'ENQUETE:

Q1 Numéro:

Q2 Date: Heure

Q3 Nom:.....Prénom:.....

Q4 Age:

Q5 Sexe:/...../

1:masculin 2:féminin

Q5 Résidence/...../

1: rurale: 2: urbaine:

Q6 Ethnie:

1:bambara 2:peulh 3:sonrhai 4:sarakolé 5:malinké
6:senoufo 7:bobo 8:bogo-somono 9:dogon 10:mianka

Q7 Nationalité/...../

1:maliennne 2:étrangère

Q8 Fratrie: ► père: ► mère:

Q9 Profession/...../

Q10 Statut matrimoniale/...../

1: célibataire 2: marié(é) 3: divorce
4: séparé(é) 5: veuf(ve) 6: union libre:

Q11 Niveau socio-éducatif/...../

1: non scolarisé(é) 2: primaire 3: secondaire 4: supérieur

Q12 Type d'instruction/...../

1: francophone 2: arabe

Q13 Familiaux psychiatriques/...../

1: non 2: parents paternels 3: parents maternels

Q14 Personnels psychiatriques/...../

1: non 2: oui:

Q15 Circuit thérapeutique/...../

1: traditionnel 2: conventionnel:

Q16 Hospitalisation/...../

1: non 2: au mali 3: à l'extérieur

Q17 Origine de la demande de prise en charge/...../

1: patient 2: force de l'ordre 3: famille
4: médecin avec diagnostic 5: médecin sans diagnostic
6: autre (à préciser).....

Q18 Type d'accompagnant/...../

1:parent 2:voisin 3:ami(e)
4: autres (à préciser).....5:sans

Q19 Motif de prise en charge/...../

1:crises anxieuses 2:état de stupeur 3 état d'agitation
4: d'agressivité 5:tentatives de suicide 6: idées de suicides
7:état mutique 8:état d'inhibition 9:état délirant aigu
10:fugue 11: errance et voyage pathologique 12:Dénudation

Q20 Type de prise en charge/...../

1:ambulatoire 2:hospitalisation de courte
3:hospitalisation moyenne 4:hospitalisation longue.

Q21 Début de l'épisode actuel/...../

1:une semaine 2: deux semaines 3: un mois
4:deux mois 5:quatre mois 6: six mois ou plus

Q22 Qualité du contact/...../

1:coopérant 2:opposant 3:agressif 4:instable
5:réticent 6:indifférant 7:difficile.

Q23 Agressivité/...../

1:pas d'agression 2:verbale sélective 3:verbale globale
4:physique sélective 5:physique globale.

Q24 Niveau d'intégration social/...../

1:bon 2:passable 3:mauvais

Q25 Niveau d'intégration familial/...../

1:bon 2:passable 3:mauvais.

Q26 Niveau d'intégration professionnel/...../

1:bon 2:passable 3:mauvais.

Q25 Facteur déclenchant/...../

1:difficulté d'adaptation 2:stress psychosociaux 3: prise de toxique
4:traumatisme crânien 5:non retrouvé

Q26 Qualité du sommeil/...../

1:normal 2:insomnie 3:hypersomnie

Q27 EXAMEN PHYSIQUE/...../

1:Normal 2:fièvre 3:hypertension 4:altération de l'état général
5:déshydratation 6:Pathologie (à préciser).....

Q28 Examens complémentaire/...../

1:non réalisés 2:biologique normale 3:radiologique normale
4:anémie 5:hyperglycémie 6:hypercréat 7:G E positive
7:hyperprolact 8:sérologie (à préciser).....

Q29MISE EN SALLE D'ISOLEMENT/...../

1:non 2:durée courte 3:durée moyenne 4:durée longue

Q30Neuroleptique /...../

1:non 2:chlorpromazine 3:lévomepromazine 4:halopéridol
5:droperidol 6:tiapride 7:thioridazine 8:risperidone
9:sulpiride 10:amisulpride 11:pipamperone

Q31Tranquillisant/...../

1:non 2:diazepam 3:prazepam 4:clorazepate 5:clobazam
6:bromazepam 7:meprobamate 8:hydroxyzin 9:alptazolam

Q32Antidépresseurs/...../

1:non 2:amitryptiline 3:clomipramine 4:fluoxétine 5:fluvoxamine
6:imipramine 7:mianserine 8:paroxetine
9:imipramine

Q33sommifères/...../

1:non 2:nitrazepam 3:doxylamine 4:zolpidem

Q34PSYCHOTHERAPIE/...../

1:non 2:oui

Q35COMPLICATION AU COURS DU TRAITEMENT/...../

1:non 2:interruption de produit 3:évasion 4:aggravation

Q36NIVEAU D'IMPLICATION DE LA FAMILLE/...../

1:bon 2:passable 3:mauvais

Q37DIAGNOSTIC RETENU/...../

1:bouffée délirante 2:confusion mentale 3:puerpéralité
4:pharmaco-psychose 5:schizophrénie 6:paranoïa
7:PHC 8:manie 9:dépression 10:PMD 11:hystérie
12:toxicomanie 13:alcoolisme 14:autre.

Q38TEMPS ECOULE POUR OBTENIR LA STABILISATION/...../

1:<à1mois 2:(1à 2) mois 3: (2à 3) mois 4:> à 3 mois

Q39MODE DE SORTIE/...../

1:retour à la maison avec rendez-vous 2:sortie contre avis médical
3:sortie par évasion 4:décès(diagnostic).....

Annexe 2

FICHE SIGNALITIQUE

NOM: BABY

PRENOM: Moulaye

TITRE: Urgences psychiatriques au MALI: Etude épidémio-clinique dans le service de Psychiatrie de l'hôpital du Point G à Bamako.

ANNEE UNIVERSITAIRE: 2004 - 2005

PAYS D'ORIGINE: MALI

VILLE DE SOUTENANCE: Bamako.

LIEU DE DÉPOT: Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

SECTEURS D'INTERÊT: Psychiatrie - Santé publique.

RESUME: Cette étude longitudinale ayant été conduit sur 7 mois, allant du 01/09/2004 au 31/03/2005 dans le service de psychiatrie de l'hôpital du Point G.

L'objectif général était d'étudier les urgences psychiatriques.

Le sexe ratio était de 2,92 en faveur des hommes

35,6 % des patients se situaient entre 25-34 ans.

L'agressivité (28,2%) et l'agitation (12,8%) étaient les motifs de prise en charge les plus évoqués.

Les moments féconds de schizophrénie (30,2%), la Bouffée délirante (17,4%) , la dépression (09,4%) et confusion mentale (8,7%) étaient les pathologies les plus fréquentes.

Plus de la moitié de nos patients (51,7%), sont arrivés aux heures de garde.

Mots clés: Urgences psychiatriques, Etude épidémio-clinique, service de Psychiatrie , hôpital du Point-G.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront 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 race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

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

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

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

Je Le Jure !