

:Ministère de L'Enseignement

Supérieur et de la Recherche

Scientifique

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES

ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

(USTTB)

Faculté de Médecine, de d'Odonto-stomatologie

F.M.O.S

Année académique : 2012-2013

N°..... /

Thèse

**APPROCHE EPIDEMIOLOGIQUE DU RISQUE PSYCHOPATHOLOGIQUE
SELON LE RANG DANS LA FRATRIE AU MALI.**

Présentée et soutenue publiquement le26/12/2013 devant

la faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par Mahamadou Koné

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT

Président : Pr. Baba KOUMARE

Jury

Membres: Pr. Souleymane COULIBALY

Pr. Boubacar TOGO

Directeur: Pr.Arouna TOGORA

DEDICACE

Je dédie ce travail à la mémoire de feu **Moriba KONE**, mon père,

Ce travail est le fruit de ton engagement indéfectible pour l'éducation de tes enfants. Je prie Dieu pour le repos de ton âme ; puisse le Tout Puissant t'accorder le pardon et la paix éternelle.

A ma mère **Mariam BERTHE**,

Tu as guidé mes premiers pas; Tu t'es beaucoup sacrifiée afin de nous donner une bonne éducation.

Tes conseils et tes encouragements m'ont toujours accompagné durant mes études et ont fait de moi un homme fier d'être ton fils. J'aimerais t'offrir ce travail en guise de ma reconnaissance et de mon amour indéfectible.

A mon père adoptif feu **Cheick Fantamady KEITA**,

Ton sens élevé du don de soi restera graver dans mon esprit.

De là haut, recevez mes reconnaissances et reposez en paix.

REMERCIEMENTS :

A Allah le Tout Puissant et Miséricordieux pour m'avoir permis de mener à terme ce travail.

A mes mamans **Nana KEITA, Sanaba KEITA, Nantenin KEITA et Nantenin CAMARA,**

Ici les mots sont insuffisants pour exprimer ma reconnaissance pour les apports dont j'ai fait l'objet et qui m'ont permis d'atteindre ce niveau.

A ma femme **Nagnouma dite Batoma KEITA,**

Ce travail est le sien. Ton amour et ton attachement ne m'ont jamais fait défaut. Tu vivras toujours dans mon cœur. Trouve ici le reflet de ta contribution et l'expression de ma profonde gratitude.

.

A mon ami **Dr. FOFANA Adama,**

Plus qu'un ami, tu es pour moi un frère ; trouve à travers cette thèse

l'expression de ma profonde reconnaissance. Que Dieu le tout puissant te rembourse au centuple tout ce que tu m'as apporté comme soutien.

A mes frères **Adama, Makamba, Fode, Falaye, Souleymane, Salif, Karamoko, BAKARY...**

A tous mes neveux et nièces

Merci pour vos soutiens. Que les liens de sang fassent de nous des complices dans la vie. Qu'ALLAH nous accorde une santé de fer afin qu'ensemble nous jouissions du fruit de ce travail

A ma tante **Diahara BERTHE,**

Ce travail est le fruit de vos efforts et de vos multiples sacrifices envers ma personne; Vous avez donné le meilleur de vous-mêmes pour ma réussite.

Partagez-en toutes les satisfactions.

A toutes **mes sœurs, cousines et oncles,**

Les conseils et la confiance que vous m'avez apportés ont été d'un support inestimable dans mes résultats académiques. Veuillez trouver ici l'expression de mon attachement et de ma sincère reconnaissance.

Aux personnels de la psychiatrie :

AUX Pr Baba KOUMARE (chef de service), Pr Bakoroba COULIBALY, Pr Arouna TOGORA, Pr Souleymane COULIBALY Chers maîtres, l'immensité de vos savoirs font de vous des références pour nous la jeune génération. Merci pour le savoir transmis ;

Dr Souleymane Papa COULIBALY, Dr Mariam SIDIBE, Dr Zoa KAMATE, Dr Mahamadou DIABATE, Dr Eloi DARA, Dr Talibe KAMISSOKO , Seydou FOMBA, Mariam SACKO, Sidy SAMAKE, Mariétou DABO, Oumou NOMOGO, Massama TRAORE, Mamby KEÏTA, Amadou DIA, Issiaka BAGAYOGO, Pierre KAMATE , Monique TRAORE, Boubacar SOUSSOUBALI, Maïmouna KONE, Moussa BOIRE, Souleymane DOUMBIA, Boubacar DIARRA, N'Golo KANE, Adama TRAORE, Alou TRAORE, Idrissa SIDIBE, Bakari DIARRA .

Merci pour m'avoir chaleureusement accueilli dans le service dès mon arrivé ;

A Dr Joseph TRAORE,

Merci pour votre apport dans la réalisation de ce travail.

A feu Pr Bou DIAKITE, colonel major,

Homme de rigueur et méthodique, merci pour tout ce que vous nous avez légué comme connaissance. Dort en paix professeur.

A feu Dr MODIBO SISSOKO,

La grande facilité de votre abord et votre sens de l'humour sont salués dans ce travail. Dort en paix docteur.

HOMMAGES AU MEMBRES DU JURY

Hommages aux membres du jury

A notre maitre et président du jury,

Professeur Baba KOUMARE, Professeur titulaire de psychiatrie à la FMOS,

Chef du service de Psychiatrie du CHU Point G.

Cher maître,

Nous avons vite apprécié vos qualités humaines et hautement scientifiques.

Votre immense connaissance de la culture africaine et vos multiples connaissances scientifiques font de vous une référence internationale.

Nous sommes heureux et fiers de nous compter parmi vos multiples élèves.

Recevez ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements.

A notre Maître et juge,

**Professeur Souleymane COULIBALY, Maître de conférences à la FMOS,
Psychologue clinicien au CHU du Point G.**

Cher Maître, vous nous avez fait l'honneur d'accepter d'être membre de ce jury. Votre expérience incontestable dans la lecture critique des travaux scientifiques est gage de valeur pour ce travail.

Cher Maître, veuillez acceptez nos sincères remerciements et notre profonde gratitude.

A notre Maître et juge,

**A NOTRE MAÎTRE ET JUGE,
Professeur Boubacar TOGO**

- **Maître de conférences à la FMOS,**
- **Pédiatre et hémato-oncologiste,**
- **Chef de l'unité d'oncologie pédiatrique.**

Cher maître,

Cher Maître, nous sommes très émus de vous avoir comme membre de ce jury malgré vos multiples occupations.

Recevez ici, cher Maître, l'expression de notre reconnaissance et notre profond respect.

A notre Maître et directeur de thèse,

Professeur Arouna TOGORA, Maître de conférences à la FMOS, Psychiatre au CHU du Point G.

Cher maître, j'ai pu apprécier vos dimensions sociales inestimables. Votre abord facile, votre assiduité dans le travail et votre constante disponibilité font de vous un maître admiré et respecté par vos étudiants.

Veillez recevoir cher maître, l'expression de nos sincères remerciements et de notre profonde gratitude. Puisse **ALLAH** vous accorder à vous toute longue vie, beaucoup de santé et plein de succès.

ABREVIATIONS

BREVIATIONS :

A.MA.M.ME: Association Malienne d'Aide aux Malades Mentaux.

BDA : Bouffée Délirante Aigue

CESAME: Centre de Santé Mentale,

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSCOM : centre de santé communautaire

C.S.T.S.S: Centre de Spécialisation des Techniciens Supérieurs de Santé,

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

E.P.H: Etablissement Public Hospitalier,

F.M.O.S: Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

H.M.E : Hôpital « Mère-Enfant »

O.M.S: Organisation Mondiale de la Santé,

P.H: Praticien Hospitalier,

P.H.C: Psychose Hallucinatoire Chronique,

T.O.C: Troubles Obsessionnels Compulsifs,

PMD : Psychose Maniaco-dépressive

Tab.Tableau

SOMMAIRE

INTRODUCTION :14

I- OBJECTIFS :.....16

II-GENERALITES :.....17

III-METHODOLOGIE :.....41

IV-RESULTATS :.....51

V- DISCUSSIONS :.....79

CONCLUSION :..... ..86

RECOMMANDATIONS :.....89

BIBLIOGRAPHIE :.....92

ANNEXES :.....98

INTRODUCTION :

La fratrie est l'ensemble des frères et sœurs d'une famille. La famille est un ensemble de personnes, formée par le père, la mère et les enfants. Elle est placée sous l'autorité du père qui est le chef s'il s'agit d'une famille patrie linéaire. Ici la succession à la tête de la famille se fait de père en fils et du plus âgé au plus jeune. La fratrie commence avec l'arrivée du second enfant dans le ménage.

La mère au cours de sa période de procréation peut donner naissance à plusieurs enfants. Cette progéniture se répartit en deux ordres : celui des garçons et celui des filles. Chaque ordre compte sept enfants. Dans la société traditionnelle selon l'ordre de naissance il existe des prénoms préétablis qui ne changent pas quelle que soit la mère. [35].

A l'instar des Guidar du Cameroun [5] au Mali on perçoit les effets des enfants sur leurs parents et l'effet de l'ordre des naissances lui-même sur le caractère propre à chacun des enfants. Ce caractère ne change pas s'il s'agit du même rang quelle que soit la mère et quelle que soit l'ethnie. Aussi il y a une différence si l'enfant premier-né est un garçon ou une fille.

Le bouleversement socioculturel actuel serait à l'origine de l'évolution décadente de ces conceptions.

Dans le contexte traditionnel africain en général et malien en particulier, l'image du père est plus ou moins résorbé dans celle de l'autorité collective [5], le déplacement sur les frères des pulsions agressives souligne le poids du model culturel dans la liquidation œdipienne particulièrement chez l'ainé.

Plusieurs études ont été menées sur la fratrie [37], mais pour la plupart, ils ont mis l'accent sur l'ainé (1^{er} fils) et sous un abord exclusivement psychologique [9]. Peu de ces auteurs ont étendu leur étude aux autres membres de la fratrie. La majorité de ces auteurs souffrait de l'absence d'informations et surtout

d'instrument standardisé d'où l'intérêt de notre travail qui se situe dans une double perspective : celle de la recherche épidémiologique en santé mentale et celle socioculturelle au Mali.

Certains anthropologues et historiens maliens comme Nafet Keita et SoumailaDoumbia ont sommairement parlé du choix des prénoms en fonction du rang dans la fratrie sans aborder l'aspect profil de personnalité et caractères.

Notre objectif est d'établir la relation entre pathologies psychiatriques et l'ordre de naissance des patients (rang dans la fratrie) ainsi que les facteurs de risque psychopathologique.

Objectifs :

1-Objectif général

-Etudier les troubles psychiatriques dans la fratrie

2-Objectifs spécifiques

Déterminer les caractéristiques sociodémographiques

Déterminer la fréquence des troubles psychiatriques en fonction du rang dans la fratrie et le sexe.

Identifier les facteurs de risque de survenu des troubles psychiatriques en fonction du rang dans la fratrie.

-Déterminer les facteurs de vulnérabilité psychopathologique en rapport à la position ordinale dans la fratrie.

GENERALITES

Généralités :

I-Données historiques et culturelles :

Les caractéristiques de la fratrie et l'influence de celle-ci sur les différents membres de la famille ont surtout intéressé les psychologues et anthropologues anglo-saxons [9], et depuis la fin des années 1980, des études se sont multipliées en Europe, investissant plus largement le champ des sciences humaines et sociales [6]. C'est le cas d'Adler au début du XXe siècle, de Sulloway en 1996 et de Pierre et Angel en 2000. Ces auteurs ont à travers le tableau ci-dessous tenté de décrire le caractère de chaque individu en fonction de son rang dans la fratrie.

Tableau.1

	Adler	Sulloway	Sylvie et Pierre
Ainé	Confiance en soi, tendance conservatrice	Confiance en soi, autorité, recours à la force, attachement aux valeurs parentales, émotifs, jaloux.	Héroïque, généreux, secourable, brillant socialement
2 ^e (cadet chez Adler et puiné chez Sulloway)	Sociable	Coopération, altruisme, empathie, sociabilité envers ses pairs, anticonformisme, rebelle, aventureux, tendance égalitaire.	Bouc émissaire, médiocre, problème de comportement, besoin de capter l'attention familiale.
3 ^e (puiné chez Adler et inexistant chez Sulloway)	Sentiment d'infériorité, peu courageux ou avec l'esprit de compétition, souvent dépend		Calme, timide, tendance à la solitude, pacifique, utilisation des privilèges accordés par sa place de petit dernier choyé par la famille.

Ces différentes descriptions ne tiennent pas compte du sexe de l'enfant.

Selon Tsoukatou « le lien fraternel constitue l'un des trois grands liens en plus du lien parental et celui conjugal » [31].

L'importance symbolique de l'ainé de sexe masculin est présente dans la tradition culturelle de nombreuses civilisations anciennes. Elle se trouve au plan symbolique dans les éléments de la tradition religieuse monothéiste et particulièrement dans l'importance de la célébration annuelle, chez les musulmans du sacrifice d'Abraham, lui-même un premier fils [5].

L'arrivée d'un bébé dans un foyer conjugal est toujours perçue comme un événement inoubliable. La famille s'agrandit, les méthodes d'éducation variaient d'un enfant à un autre suivant son rang dans la lignée des naissances enregistrées dans la famille. On remarque généralement que ce rang influence le développement psychologique de l'enfant au cours de sa croissance « ».

Dans nos sociétés traditionnelles, le prénom de l'enfant répond à un critère spécifique. Il est déterminé par le rang qu'il occupe dans l'ordre de naissance des enfants du couple [32]. Mais avec le bouleversement social et religieux, la plupart des ethnies ont perdu ces prénoms ou ont tenté de les reconstituer en conformité avec la religion, surtout musulmane (peuhls).

Chez les mianka, comme chez toutes les ethnies du Mali, il y a quatorze prénoms attribués d'après l'ordre de naissance et le sexe du bébé : sept pour les garçons et sept pour les filles. Du premier au septième garçon, on aura : Zié, Zanga, N'golo, M'pè, N'to (N'togho), Nyan, Mpa (Kurugu) et pour les filles : Niéré (Niélé), Nyo (nyogo), Nyiré, Mpèrè, Zi, Nyan et Mpa. Ce système d'appellation est cyclique, le huitième enfant porte le même nom que le premier suivi du chiffre 2 [35].

Chez les senoufos, il existe plus de trois prénoms fondamentaux : le premier garçon est Zié, le deuxième Zana (Zanga), le troisième N'golo, le quatrième

M'pè ou M'pèrè, le cinquième N'do ou M'tjo, le sixième Naniama (Gnara), le septième Nambaga, le huitième ZiéII (ou reprise du cycle). Gnélé est le prénom de la première fille chez les senoufos, la deuxième est appelée Gno, la troisième Gniré, la quatrième Bèrè (M'pèrè), la cinquième Zélé ou Ziré, la sixième Gnama ou Gnatjo, la septième Tiédouho ou Mpa.

Chez les bambara et les autres ethnies du Mali les mêmes prénoms similaires sont utilisés (tableau 2).

Après l'attribution de ses prénoms fondamentaux, l'ordre n'est plus respecté. Les parents sont libres de donner le prénom qu'ils souhaitent à leurs enfants.

Tableau 2 : prénoms des garçons selon le rang de naissance

Noms	Mianka	Senoufo	Bambara	Sarakolé	Peuhl
1 ^{er}	Zié	Zié	Ntji	Soma	Amadi
2 ^{ème}	Zanga	Zanga	Zan	Tamba	Samba
3 ^{ème}	N'golo	N'golo	N'golo		Demba
4 ^{ème}	M'pè	M'bè	M'piè		
5 ^{ème}	N'to (N'togho)	N'do	N'tjo		
6 ^{ème}	Nyo (Nyogo)	Nagnama	Niara		
7 ^{ème}	Nyan	Nambaga	Nampaga		

NB : Ces prénoms d'origine culturelle sont en voie de disparition au profit des prénoms attribués par les religions surtout musulmanes et chrétienne.

Tableau 3 : prénoms des filles relatifs au rang dans la fratrie

Noms	Mianka	Senoufo	Bambara	Sarakolé	Peuhl
1^{ère}	Niééré (Niélé)	Gneli (Gniré)	Niéélé	Sira	
2^{ème}	Nyo (Nyogo)	Gno (Gnogo)		Coumbati	
3^{ème}	Nyiré	Gnidé			
4^{ème}	M'pèrè	Bèrè (M'pèrè)	N'pènè		
5^{ème}	Zélé	Zeli (Zélé ou Ziré)			
6^{ème}	Nyan	Niama (Gnatjo)			
7^{ème}	M'pa	Tiédouho (M'paa ou Nampaga)			

Ainsi, en fonction du rang dans la fratrie et quel que soit son milieu d'apparition, tous les individus du même rang dans la fratrie ont à peu près les caractères semblables.

II- Traits de caractère des individus selon leur rang dans la Fratrie en milieu traditionnel Malien : cas des senoufos

La naissance d'un enfant est un événement majeur dans nos familles. Les anciens choisissent son prénom en fonction de certaines valeurs traditionnelles dont le rang dans la fratrie.

L'étude des prénoms individuels chez les senoufo du Fologna, attribue à chaque individu un prénom par ordre de primogéniture à l'intérieur de la famille et un caractère qui le différencie des autres. Ce caractère serait le même pour le rang et quel que soit la mère.

Il s'agit d'un ordre qui s'applique à chaque individu d'une même mère selon le genre et quel que soit le père. Il est naturel et constitue ce qu'on peut appeler le cycle de procréation d'une femme. Ce cycle est composé de 7 enfants de chacun des 2 genres. Plusieurs femmes pouvaient avoir ces quatorze enfants, car une femme ne comptait ses enfants qu'après le passage de la variole et surtout de la rougeole. Les grandes endémies, les épidémies et la malnutrition étaient sources de décès de plusieurs enfants.

Les caractères de chaque individu sont évoqués sous forme d'historiettes d'anecdotes distractives contés par les chanteurs lors des manifestations culturelles. Ces différents caractères selon le rang dans la fratrie sont :

Tableau4**II-1- Traits de Caractère des garçons**

RANG	MASCULIN	CARACTERES
1 ^{er}	Zié	Sage, timide et serein
2 ^{ème}	Zanga	Belligueux, têtu, nerveux, semeurs de trouble, turbulents,fort.
3 ^{ème}	Ngolo	Braves comblés de chance d'amour et d'affections maternelles timide.
4 ^{ème}	Mbè	Intelligents, nerveux, pleurnichards, et seraient rebelles.
5 ^{ème}	Ndo	N'aurait confiance en personne, malicieux.
6	Nagnama	travailleur, ne se plaint pas de ses autres frères.
7 ^{ème}	Nambaga	Accouchement douloureux, enfant généralement aimé et protégé par tout l'entourage, enfant fragile (frères et parents).
8 ^{ème}	Naban ou Ban ou Zié II	Reprise du cycle

Tableau5 : Traits de Caractère des filles

RANG	FEMININ	CARACTERES
1 ^{ère}	Gneli ou Geré	Sage, timide et sereine
2 ^{ème}	Gnö ou Niö	charmante, gentille, peu belliqueuse.
3 ^{ème}	Gnidé	Brave, protège son mari et ses intérêts en toute circonstance, défend son mari, et comblée d'affection parentale.
4 ^{ème}	Bèrè	Intelligente, nerveuse, pleurnicharde, et serait rebelle.
5 ^{ème}	Zéli ou Zélé (Ziré)	Timide, travailleuse, malicieuse, suit son mari, méfiante.
6 ^{ème}	Niama ou Niara	travailleuse, ne se plaint pas de ses autres sœurs et frères.
7 ^{ème}	Tiédouhö (Npaa)	Fragile, de constitution faible.
8 ^{ème}	Gnélé II	Reprise du cycle

Ces personnalités considérées comme normales sont comparables aux personnalités psychopathologiques pré morbides.

III-Les personnalités pathologiques :

Selon le DSM IV, il existe dix troubles de la personnalité :

1-La personnalité paranoïaque :

Elle est caractérisée par :

- l'hypertrophie du moi.
- Le sujet est autoritaire, sûr de lui, orgueilleux :il sait toujours tout et a toujours raison
- La psychorigidité qui s'exprime par une obstination, un mépris des autres et une intolérance.
- La méfiance est constante, il interprète toujours de façon malveillante.

2-La personnalité schizoïde :

Elle associe :

- Une froideur et une pauvreté affective.
- Un isolement.
- Le sujet montre un intérêt évident aux croyances mystiques et présente un système de pensée bizarre.

3-La personnalité schizotypique :

Caractérisée par des distorsions en terme de connaissances et perceptions et des conduites excentriques (monde imaginaire).

4-La personnalité histrionique :

Caractérisée par une quête permanente d'attention.

5-La personnalité anti sociale :

Caractérisée par un mépris et une transgression des droits d'autrui et une exploitation sans vergogne des autres.

6-La personnalité borderline : ou état « limite » caractérisée par un problème de gestion des émotions, une impulsivité, image de soi instable conduisant fréquemment à des conduites autodestructrices.

7-La personnalité narcissique :

Caractérisée par un sentiment de supériorité par rapport aux autres. Un besoin d'être admiré et un manque d'empathie.

8-La personnalité évitante :

Caractérisée par une inhibition sociale et une hypersensibilité au jugement négatif d'autrui.

9-La personnalité dépendante :

Caractérisée par un comportement soumis lié à un besoin excessif d'être pris en charge.

10-La personnalité obsessionnelle-compulsive :

Caractérisée par une préoccupation par l'ordre, la perfection et le contrôle.

IV-Spécificité du lien fraternel :

Un premier constat, les frères et sœurs ne se sont pas choisis et ont été engendrés en dehors de leur volonté propre. Ils sont contraints de cohabiter. Pour Bourguignon (2006), la vie fraternelle offre un immense terrain d'expérimentations aussi bien dans les expériences affectives, cognitives et sociales. De ce fait elle stimule les apprentissages ainsi que l'adaptation à l'environnement. C'est pourquoi, l'expérience fraternelle permet l'élaboration psychique de prémices du lien social, ultérieur. Elle nous fait observer que de sept à dix-sept ans on assiste à une transformation progressive de la relation passant d'une asymétrie à une relation plus égalitaire, marquée par la position des enfants au sein de la fratrie.

Beaucoup de variables sont importantes et elles influencent le développement de la relation des frères et sœurs : la différence d'âge, des circonstances familiales, le tempérament des frères et sœurs, les interactions avec les parents et l'environnement. Pour Weisner (1982), la variable la plus importante serait l'environnement culturel dans lequel grandissent les frères et sœurs. La culture

concerne les opinions, les représentations, les valeurs et pratiques conventionnelles de l'entourage.

C'est pourquoi il est légitime de penser que les frères et sœurs constituent les relations les plus durables de la vie d'un individu.

Enfin, Kaës (2008), soutient que la fratrie, forme un ensemble intersubjectif dans lequel se développe une réalité psychique qui lui est propre au sein de la famille. Pour lui, ce complexe est un des organisateurs majeurs des groupes, au-delà de la famille et constitue un véritable complexe, au sens psychanalytique. C'est à dire « un ensemble organisé de représentations et de souvenir à forte valeur affective, partiellement ou totalement inconscients. Un complexe se constitue à partir des relations interpersonnelles de l'histoire infantile. (Laplanche et Pontalis, 1967, p.

V- Développement psychoaffectif de l'enfant : On peut considérer la formation progressive de la personnalité comme un long processus de séparation-individuation : séparation de l'enfant d'avec son environnement immédiat et parallèlement, acquisition d'une individuation de plus en plus affirmée jusqu'à la formation d'une identité bien établie à la fin de l'adolescence.

Deux approches nous permettent d'expliquer l'influence de l'environnement sur la formation de la personnalité: les théories psychanalytiques et les théories comportementales :

- Les théories psychanalytiques font intervenir la notion de pulsion s'étayant sur les besoins physiologiques.

- Les théories comportementales s'appuient sur la mise en évidence chez les animaux, de comportements dont les « patterns » semblent innés mais qui demandent pour se développer à être renforcés par l'environnement.

Dans la description que nous devons entreprendre des principales étapes du développement, nous nous référerons à l'une ou l'autre de ces théories.

1- LA NOTION DE STADE

A cet effet, on doit à **Piaget (1936-1964)** la notion de stade dans le développement de l'enfant. **Piaget** a défini quatre stades ou phases de développement :

-le premier stade est la période de l'intelligence sensori-motrice. Il va de la naissance à l'âge de deux ans et permet la combinaison des schèmes (mouvements, reflexes, perceptions associées et coordonnées.) ;

-le deuxième stade : stade de la pensée préopératoire, de deux à sept ans, il permet l'accession à des symboles abstraits et le développement de fonction relationnelle ;

-le troisième stade, dit stade de la pensée opérationnelle concrète, entre sept et onze ans, met enjeu des comportements évolués de résolution de problèmes.

-En fin le quatrième stade : il intervient vers douze ans, c'est le stade de la pensée opérationnelle formelle qui permet à l'individu de développer des hypothèses et de déduire des solutions. Il permet la résolution de problèmes complexes. Il faut noter que ces stades de développement conçus par **Piaget**, ne sont possibles que lorsque l'enfant évolue dans un environnement harmonieux

2-LA NOTION D'ORGANISATEURS :

Utilisée par R. Spitz, elle nous paraît plus opératoire que celle de stade, car moins rigide et plus dynamique.

Spitz a décrit trois organisateurs : le sourire, vers 3 mois, c'est-à-dire à un moment où il peut être volontairement déclenché, l'angoisse du 8^e mois et la possibilité pour l'enfant de dire non vers la fin de la deuxième année.

3-LES NOTIONS DE FIXATION ET DE REGRESSION

Ce sont les corollaires nécessaires de cette conception du développement de la personnalité par acquisitions qui se succèdent dans un ordre chronologique.

La fixation correspond à l'arrêt du développement à un des stades ou des moments de l'évolution.

La régression correspond à l'abandon de certaines capacités acquises et le retour à des modes de fonctionnement plus élémentaires qui se trouvent être généralement les plus archaïques dans le temps.

4-LES TRAUMATISMES

Ils peuvent contribuer à créer des points de fixation et à favoriser dans des régions ultérieures. On entend par traumatisme, dans son sens psychologique, le fait pour l'appareil psychique d'être débordé par un afflux de stimulation qu'il ne peut contenir, organiser et maîtriser.

5- LA NAISSANCE

Elle réalise le prototype de la séparation mais on ne peut pas dire qu'elle assure pour autant l'individuation puisque, nous l'avons vu, l'enfant ne peut pas exister seul, sans un environnement nourricier.

6- LES DEUX PREMIERES ANNEES

Il est de plus en plus manifeste qu'elles ont un rôle déterminant pour la formation de la personnalité de l'enfant et pour son avenir. C'est le moment privilégié où une action préventive sur les troubles ultérieurs du développement sera la plus efficace et la plus aisée.

Elles sont dominées par :

- La nécessité d'une continuité relationnelle entre la mère et l'enfant.
- L'importance d'une interaction active entre l'enfant et sa mère.

7-L'OUVERTURE A LA SOCIALISATION

Elle n'apparaît pas, bien sûr, brutalement, quand l'enfant atteint ses trois ans, et qu'il rentre à l'école maternelle. Elle est implicitement contenue et préparée dans, et par la relation de la mère avec son enfant ; notamment par la place occupé par les autres, et particulièrement le père, dans la vie fantasmatique de la mère.

La fratrie va être l'objet d'un double mouvement d'investissement. Les uns seront spécifiques à cette fratrie et avant tout liés à des relations de rivalité et de jalousie ; les autres seront des déplacements d'investissent destinés aux parents et reporté dans un but défensif sur fratrie : déplacement des rivalités œdipiennes ou des sentiments amoureux d'un des parents sur le frère ou la sœur aînés.

8- L'ADOLESCENCE

C'est une période cruciale dans le développement de la personnalité, comme en témoigne la fréquence d'apparition des troubles mentaux à cet âge. Les traits de personnalité émergent et ont tendance à se figer tout comme vont le faire en quelques années les traits physiques de l'adulte.

L'adolescence sert d'organisateur et en même temps de révélateur aux acquis de l'enfance. Période de transition et donc de flottement elle autorise des changements notables mais en même temps elle est susceptible de déstabiliser le sujet.

VI -La morbidité psychiatrique

1. La notion de structure :

Freud dans ses Nouvelles conférences sur la Psychanalyse (1933) explique que si nous laissons tomber sur le sol un bloc de cristal, il se brise mais de façon

quelconque ; les cassures bien qu'ils soient visibles extérieurement jusque là sont déjà déterminées de façon originale et immuable par le mode de structure préalable du cristal. Il en serait de même pour la structure psychique. Peu à peu, à partir de la naissance (et sans doute avant) en fonction de l'hérédité mais surtout du mode de relation aux parents dès les tout premiers moments de la vie, des frustrations, des traumatismes et des conflits rencontrés, en fonction aussi des mécanismes de défense, le psychisme individuel s'organise, se cristallise, tout comme le cristal minéral, avec des lignes de clivage ne pouvant plus varier par la suite.

On aboutirait ainsi à une véritable structure stable dont les deux modèles sont représentés par la structure névrotique et la structure psychotique. Tant qu'un sujet répondant à l'une ou l'autre structure n'est pas soumis à de trop fortes épreuves intérieures ou l'autre structure n'est pas soumise à de trop fortes épreuves intérieures ou extérieures, à des traumatismes affectifs, à des frustrations ou des conflits trop intenses. Il ne sera pas « **malade** » pour autant. Le « **cristal** » tiendra bon.

Si à la suite d'un événement quelconque, le « cristal vient à se briser, le sujet de structure névrotique développera une névrose et le sujet de structure psychotique une psychose.

2. Les regroupements nosographiques :

Les différentes pathologies psychiatriques sont regroupées en psychoses, en névroses et en trouble de l'humeur [9].

Les névroses ont été différenciées des psychoses car elles n'entraînent pas de distorsion importante du « **sens du réel** ».

2.1 Les névroses :

La névrose se définit comme un état d'inadaptation affective, principalement caractérisée par une anxiété née de conflits psychiques, le plus souvent inconscient.

Les névroses sont habituellement classées en fonction de leur symptomatologie prédominantes (angoisse ; hystérie ; phobie ; obsession) [19].

2.1.1. Les différents types de névroses :

2.1.1.1 La névrose d'angoisse :

Est un état affectif pouvant se définir comme « un sentiment pénible d'attente » « une peur sans objet » (JANET) ou comme « le sentiment pénible d'un danger imprécis et mal définissable » (GUYOTAT). Les termes d'anxiété et d'angoisse sont souvent utilisés comme synonymes mais pendant longtemps ils ont été différenciés soit pour exprimer les degrés d'intensité d'un même phénomène (inquiétude, anxiété, angoisse) soit pour marquer une distinction entre le sentiment d'insécurité indéfinissable (anxiété) et les sentiments physiques de constriction et d'oppression (angoisse) [18].

2.1.1.2 La névrose obsessionnelle :

Est définie par la survenue d'obsession et de compulsion sur une organisation de personnalité habituellement psychasthénique ou obsessionnelle, en absence de toutes autres affections psychiatriques permanentes. La névrose obsessionnelle est la forme la plus organisée et alors la grave de la pathologie névrotique [18].

2.1.1.3. La névrose phobique :

Est une crainte angoissante spécifique ; déclenchée par un objet ou une situation n'ayant pas en eux – même un caractère dangereux ; disparaissant en dehors de l'objet ou de la situation et au-delà du contrôle volontaire bien que le malade soit conscient du caractère absurde de sa crainte [18].

2.1.1.4. La névrose hystérique :

Selon A. Porot “ disposition mentale particulière, tantôt constitutionnelle et permanente tantôt accidentelle et passagère, qui porte certains sujets à présenter des apparences d’infirmités physiques, des maladies somatiques ou d’états psychopathiques”

On peut autrement dire qu’il s’agit d’une névrose de transfert caractérisée par l’association d’une personnalité hystérique et des symptômes psychiques ou somatiques.

L’hypocondrie :

Souci exagéré concernant l’état de santé personnelle aboutissant à la crainte où à la conviction d’être atteint d’une maladie, psychique ou surtout physique, plus ou moins grave.

Il s’agit d’un trouble imaginaire reposant sur une interprétation erronée des perceptions corporelles, sans lésion objectivable.

2.2 Les psychoses :

Les psychoses se définissent comme étant un désordre mental majeur au cours duquel sont nettement altérées les possibilités de l’individu de penser, de réagir émotionnellement, de se souvenir, de communiquer, d’interpréter par une humeur inadéquate, une diminution du contrôle pulsionnel, un désir et des hallucinations. Les psychoses entraînent le plus souvent un grave handicap social. Les psychoses sont constituées d’une part des psychoses aiguës et d’autre part des psychoses chroniques [19].

2.2.3. Les différents types de psychoses :

2.2.3.1. Les psychoses aiguës :

Ce sont des états délirants et généralement polymorphes dans leur thème et expressions [22].

Ce sont des troubles aiguës, de durée brève, et dont la forme classique de ces psychoses délirantes aiguës est la bouffée délirante polymorphe ; terme non

retenu par la nosographie de l'O.M.S, mais bien individualisé dans la classification françaises [23].

Bien que leur individualité soit contestée, nous avons identifié dans ce groupe deux autres formes cliniques, symptomatiques, les psychoses puerpérales et les états confusionnels.

Les bouffées délirantes aiguës : sont caractérisées par l'éclosion soudaine d'un délire transitoire, généralement polymorphe dans ses thèmes et ses expressions, [18].

Les psychoses puerpérales : classiquement, ce terme regroupe toutes les manifestations psychiatriques de la grossesse, de la puerpéralité et de l'avortement

Classiquement, la plupart des accidents névrotiques et neuropsychiques se voient pendant la grossesse tandis que la plupart des accidents psychotiques s'observent après l'accouchement, mais cela ne se vérifie pas totalement [23].

Les états confusionnels : la confusion mentale se caractérise par une obnubilation de la conscience entravant le fonctionnement de toute l'activité psychique avec au premier plan une baisse de la vigilance, des troubles de la mémoire et une désorientation temporo-spatiale. Un délire onirique, proche du rêve, s'y observe souvent [24].

Les psychoses confusionnelles ou confusions mentales sont considérées comme les plus organiques des psychoses aiguës. [23].

2.2.3.2. Les psychoses chroniques :

Les psychoses chroniques non schizophréniques :

Sous cette appellation, on désigne en France, un groupe d'affection mentale différencié du groupe des psychoses schizophréniques par l'absence de dislocation profonde de la personnalité. Elles sont caractérisées par une altération structurale de la personnalité qui permet l'installation, le

développement et l'extension d'idées délirantes permanentes. Celles-ci procédant d'intuition, d'interprétation, d'illusion, d'hallucination, perturbant radicalement le système d'idées, de jugements de croyances, imprégnant la vie affective et relationnelle et entraînant une réfraction constante des rapports du sujet et du monde extérieur à travers le prisme délirant.

Les délires chroniques sans évolution dissociative ni déficitaires comprennent: **[18]**.

- Les délires paranoïaques systématisés (la Paranoïa)
- Les psychoses hallucinatoires chroniques
- Les délires chroniques d'imagination ou psychoses fantastiques (la paraphrénie).

Les psychoses schizophréniques :

Le terme de schizophrénique désigne un groupe de psychoses ayant un noyau sémiologique commun, la dissociation : celle-ci marque la dislocation de la vie psychique dans les différents secteurs de l'intelligence, de la pensée, de l'affectivité, du dynamisme vital, de la vie relationnelle, de l'appréhension du réel **[18]**. il s'agit d'un groupe de psychoses chroniques d'étiologie inconnue, caractérisées par un ensemble de symptômes psychiques, diversement associés selon les cas et dominés par une discordance idéo-affective, l'incohérence, l'ambivalence, l'autisme, des hallucinations et des idées délirantes mal systématisées. Ces troubles évoluent, en règle générale vers une désorganisation d'allure déficitaire de la personnalité. **[19]**

Les formes cliniques de la schizophrénie :

Il existe différentes formes de Schizophrénie : la schizophrénie simple l'hébéphrénie catatonique, la héboïdophrénie, la schizophrénie paranoïde, les schizophrénie pseudo-névrotiques, les psychoses schizo-affectives.

Les formes frontières de la schizophrénie :

Schizophrénie pseudo névrotique :

Les troubles d'allure névrotique sont infiltrés par un processus dissociatif discret. Des phases délirantes sont possibles. Le rapport à la réalité et les capacités d'adaptation sont mieux conservées que dans les formes schizophréniques franches. Les phobies (phobies sociales) et les obsessions sont fréquentes. Les manifestations de l'hystérie peuvent aussi s'observer dans la schizophrénie (cf. psychose hystérique d'état schizophréniforme).

Les psychoses schizo-affectives ou schizophrénies dysthymiques :

2.2.3. Les troubles de l'humeur :

Les désordres de l'humeur comptent parmi les troubles les plus couramment observé tant en pratique psychiatrique que dans l'exercice quotidien du généraliste. [18].

La psychose maniaco-dépressive :

La psychose périodique maniaco-dépressive a été isolée, en tant qu'entité clinique en 1899 par KRAPELIN. Sa définition repose sur un ensemble d'arguments sémiologiques et évolutifs. L'affection se caractérise par la survenue de perturbations cycliques de l'humeur sous forme d'accès maniaques ou accès mélancoliques, le malade retrouvant son état normal dans l'intervalle des accès [24].

La manie est un état caractérisé par :

- Un syndrome psychique : exaltation de l'humeur, excitation psychique et excitation motrice, souvent associées à l'anxiété ;
- Un syndrome physique : insomnie matinale, augmentation de l'appétit, amaigrissement et tachycardie. [19]

La dépression :

C'est un trouble de l'humeur, caractérisé par une triade symptomatique :

- Humeur dépressive (tristesse pathologique).

- Ralentissement psychomoteur ou perte de l'élan vital,
- Cortège somatique et anxiété.

Et son risque permanent : le suicide.

2.2.4. Les autres pathologies :

- l'épilepsie : accidents neuropsychiques paroxystiques d'origine encéphalique résultant de la décharge hyper – synchrone généralisées, soit par des crises conclusives localisées à une partie du corps [19]

Selon Frank Semah. Catherine Chiron '25) la crise épileptique est la manifestation clinique d'un dysfonctionnement cérébral et l'épilepsie se caractérise par la répétition des crises épileptiques non provoquées :

La commission de l'ILAE donne les définitions suivantes '26)

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

L'épilepsie est la récurrence des crises épileptiques (deux ou plus) non déclenchées par des causes immédiatement identifiables. Il est à noter cependant que plusieurs crises survenant en l'espace de 24H sont considérées comme un épisode unique, ainsi que les épisodes de mal épileptique. Un individu n'ayant présenté que des convulsions fébriles ou des crises néonatales, est exclu de cette Catégorie.

La toxicomanie : état d'intoxication résultant de la consommation, périodique ou chronique, d'une drogue naturelle ou synthétique. La toxicomanie implique, contrairement à la simple accoutumance, une contrainte, une tolérance, une dépendance psychique et généralement

physique, et l'apparition d'un syndrome d'abstinence lors de l'interruption brusque de la consommation [19]

La Démence : d'origine lésionnelle, la démence est classiquement un affaiblissement, global, acquis, progressif et spontanément irréversible de toute l'activité psychique [24-18].

Incapable d'autonomie, un malade dément doit être surveillé et assisté dans la vie quotidienne. Il peut être nécessaire de prendre des mesures pour la protection de ses biens [18].

L'alcoolisme : « les alcooliques sont des buveurs excessifs dont la dépendance à l'égard de l'alcool est telle qu'ils présentent soit un trouble mental décelable, soit des manifestations affectant leur santé physique et mentale, leurs relations avec autrui et leur comportement social et économique, soit des prodromes de troubles de ce genre. Ils doivent être soumis à un traitement ».

Les Déficiences intellectuelles : sont des insuffisances congénitales ou liées à des atteintes précoces du développement intellectuel [19]. Classiquement, on distinguait dans un ordre de gravité croissante et selon des critères diagnostiques

METODOLOGIE

METHODOLOGIE :

1. Cadre de l'étude :

L'étude s'est déroulée dans le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point G, dans le service de Psychiatrie, au centre de santé mentale Jean Pierre Coudray et à l'hôpital «Mère-Enfant».

1.1 Présentation du CHU du Point-G :

L'hôpital du point G est créé en 1906 par le colonisateur sur une superficie de 25 hectares. Le nom Point G, donné à la colline qui abrite l'hôpital, est une dénomination de repère géodésique des militaires colons.

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

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

1.1.2 Organisation et fonctionnement :

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

➤ Le Conseil d'Administration :

Il est composé de 19 membres.

- Le président du conseil d'administration est un membre élu parmi les membres avec voix délibérative,
- Les autres membres du conseil d'administration sont élus avec des voix délibératives et des voix consultatives.

- Les membres du conseil d'administration sont nommés pour une période de trois (3) ans renouvelables par décret pris en conseil de ministres sur proposition du ministre de la santé.

➤ **La Direction Générale :**

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

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

➤ **Le Comité de Direction :**

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

➤ **Organes consultatifs :**

La Commission Médicale d'Etablissement :

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

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

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

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

1.1.3 Services existant au CHU du Point G :

➤ L'administration générale :

Qui comprend :

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

➤ Les services techniques :

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

- La Cafétéria,
- La Morgue.

1.1.3 Présentation du service de psychiatrie du CHU du Point « G » :

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

Les bâtiments sont situés au nord-est dans la cour de l'hôpital.

➤ Les infrastructures :

Schématiquement on distingue :

« L'ancien service », appelé communément « cabanon », entouré d'un enclos grillagé, est le 1^{er} bloc et la première construction du service, remontant au temps colonial. Il est situé à l'entrée du service, construit selon un style carcéral avec une capacité d'accueil limitée de vingt (20) lits, il recevait quatre à cinq fois ce nombre.

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

Le bloc d'admission et d'hospitalisation : Annexé à l'ancien service, la cour grillagée, il est situé au nord-est, il comporte trois parties :

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

-Le pavillon des femmes : Il est composé de bureaux pour l'administration et de deux grandes salles pour une capacité d'hospitalisation de 10 lits par salle. La

terrasse de ce pavillon sert de lieu de spectacle pour les séances de « Kotèba » thérapeutique.

-Le bloc des cases :

Il est construit en matériaux locaux et prévu pour les hospitalisations de malades avec accompagnants. Ces cases servent de moyens pour intégrer la famille dans la prise en charge du patient. Ce bloc est composé de vingt et un (21) cases de deux places chacune.

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

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

➤ **Le Personnel :**

Il est composé de :

- Un (1) Professeur Titulaire de Psychiatrie
- Trois (3) Maîtres de conférences dont un Psychologue clinicien
- Un (1) Maître Assistant
- Deux (2) Internes des Hôpitaux
- Un (1) Médecin Généraliste
- Douze (12) Assistants Médicaux spécialisés en psychiatrie
- Un Technicien de Santé
- Un Technicien de Développement Communautaire (Assistant Social)
- Quatre (4) Techniciens de Surface
- Trois (3) Agents de Sécurité
- Des étudiants hospitaliers, des étudiants stagiaires en médecine, des étudiants des différentes écoles de santé et de l'INFSS (Institut National de Formation en Sciences de la Santé) et les stagiaires-psychologues.

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

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

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

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

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

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

Le « Kotèba » thérapeutique : Le « Kotéba » est une technique psychothérapique originale à l'image du psychodrame de MORENO. Chaque vendredi, un groupe d'animateur sous la supervision du psychologue, anime le « kotèba » thérapie. La séance est ouverte au public. La séance fermée ou « kotèba » séance intime est organisé avec un seul malade, ses parents et le

1.2-Présentation de l'hôpital « Mère-Enfant » :

L'hôpital « Mère-Enfant » ou le « Luxembourg » a été crée le 24 Novembre 1998. Il comprend deux bâtiments comprenant divers services et salles avec un sous-terrain.

1.2.1-Situation géographique :

L'hôpital « Mère-Enfant » est situé au pied de la colline de Lassa sur la rive gauche du fleuve Niger en commune IV du district de Bamako et au Nord-Ouest du quartier d'Hamdallaye.

1.2.3-Les services existant a l'hôpital « Mère-Enfant » :

➤ **L'administration générale :**

Qui comprend :

La direction, le secrétariat général, la comptabilité, le bureau des entrées, le service informatique et le service de maintenance.

➤ **L'administration générale :**

Les services techniques :

-l'anesthésie, réanimation et urgences.

-le service de gynécologie

-le service de pédiatrie

-le service de cardiologie

-le service de chirurgie

-le service de neurochirurgie

-le service de médecine générale

Le service d'imagerie médicale

-le laboratoire

-la pharmacie hospitalière

-la buanderie

-la cuisine

1-3 Présentation du centre de santé mentale (CESAME) Jeans Pierre COUDRAY:

le CESAME est une structure appartenant à l'AMAM (association malienne d'aide aux malades mentaux) , située à Hamdallaye en commune IV du district de Bamako.

Le CESAME fonctionne selon le mode communautaire et dirigé par un assistant médical. C'est une structure où se relayaient les différents psychiatres du service de psychiatrie. Il s'agit d'une portion de l'ancien Lazaret du Mali. Dans son fonctionnement le service mène des activités de consultation et d'hospitalisation psychiatrique.

2-Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective couvrant la période allant de Janvier 1997 au 31 Décembre 2011 qui a porté sur un échantillon de 3012 patients.

3-Population d'étude :

Patients hospitalisés ou vus en consultation externe au service de psychiatrie du CHU du point G, du CESAME et de l'hôpital « Mère-Enfant ».

4-Matériel d'étude : l'étude a été faite à partir des fiches d'enquête établies à cet effet et portée en annexe.

5-Echantillonnage :

Critères d'inclusion :

- Patients ayant consulté ou ayant été hospitalisés dans le service de psychiatrie du CHU du point G, au CESAME ou à l'hôpital «Mère-Enfant ».
- Patients appartenant à un groupe d'affections nosographiques précisées.
Patients dont le rang dans la fratrie du côté de la mère a été précisé (frères et sœurs utérins).

Critères de non inclusion :

- Patients suivis dans une structure différente de celles citées précédemment.
- Patients dont le rang dans la fratrie du côté de la mère n'a pas été précisé.

- Patients déjà vus dans une de ces structures.

Variables dépendantes:

- La fratrie est l'ensemble des frères et sœurs d'une famille[3].
- La psychopathologie est l'étude des dysfonctionnements psychologiques. Il s'agit d'une psychologie du pathologique aussi bien que l'étude de la pathologie du psychologique.

Son objet est de décrire et d'interpréter les dysfonctionnements psychologiques chez les personnes « normales » ou « malades ».

Variables indépendantes:

- Caractéristiques sociodémographiques :
 - Age
 - Sexe
 - Niveau d'étude
 - Statut matrimonial
- Caractéristiques cliniques :
 - Diagnostic
 - consanguinité entre les parents
 - Présence d'antécédents psychiatriques dans la famille
 - La perte d'un des parents
 - Statut matrimonial des parents

6-Analyse, saisie et traitement des données :

-Ils ont été faits à l'aide de logiciels Microsoft Word 2007 et Epi-info version 2006.

-Le test statistique khi2.

-Le taux de significativité **P** inférieur à **0,05**.

7-Considérations éthiques :

-Confidentialité des dossiers

-

8-Difficultés rencontrées au cours de l'étude :

-Absence d'information sur le sujet

-Contradictions entre les sources d'information

RESULTATS

Résultats :

TABLEAU 1 : Origine des Consultations

Origine	Fréquence	%
Point-G	1996	63,3
CSAME	464	15,4
HME	552	18,3
TOTAL	3012	100

1996 malades ont été vus au CHU du Point-G, soit 63,3%.

Tableau.2: répartition des malades selon le sexe

Sexe	Fréquence	%
Féminin	1165	38,7
Masculin	1847	61,3
Total	3012	100

Le sexe masculin était le plus affecté avec 1847 patients soit 61,3%.

TABLEAU 3 : Répartition des malades selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Fréquence	%
0-7ans	202	6,7%
8-12 ans	148	4,9%
13-17 ans	297	9,9%
18-27 ans	1048	34,8%
28-37 ans	725	24,1%
38-47 ans	343	11,4%
48-57 ans	135	4,5%
58 ans et +	114	3,8%
Total	3012	100

La tranche d'âge comprise entre 18 et 27ans était la plus représentée avec 1048 patients soit 34,8%.

Tableau 4: répartition des malades selon le rang dans la fratrie chez la mère

Rang	Fréquence	%
1^{er}	815	27,0
2^{ème}	515	17,0
3^{ème}	490	16,3
4^{ème}	399	13,3
5^{ème}	282	9,4
6^{ème}	174	5,8
7^{ème}	132	4,4
≥8^{ème}	205	6,8
Total	3012	100

Le nombre des malades baissait au fur et à mesure que le rang s'élevait dans la fratrie

TABLEAU.5 : répartition des malades selon leur situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Fréquence	%
Marié(e)	1115	37,0
Célibataire	1897	63,0
Total	3012	100

Les célibataires étaient les plus représentés avec 1897 des patients étudiés soit 63%.

TABLEAU.6 : répartition des patients selon la situation matrimoniale des parents

Situation matrimoniale des parents	Fréquence	%
Marié (e)	2832	75,4
Séparés	740	24,6
Total	3012	100

Chez 740 malades, les parents étaient séparés (soit 24,6%).

NB : séparation= divorcé, unions libres...

TABLEAU.7 : Répartition des patients selon qu'ils soient orphelin de père ou de mère :

	Père	Mère
vivant	1842 61,2%	241780,2%
décédés	1170 38,8%	595 19,8%
TOTAL	3012 100%	3012 100%

1170 patients soit 38,8% des patients avaient perdu leur père et 595 patients soit 19,8% avaient perdu leur mère.

.

TABLEAU.8 : Répartition des patients selon la consanguinité de leurs parents

Consanguinité	Fréquence	%
Présence	315	10,5
Absence	2697	89,5
Total	3012	100

La Consanguinité était présente chez 315 patients soit 10,5%.

TABLEAU.9: Répartition des patients selon la présence d'antécédents psychiatriques dans la famille

Antécédent psychiatrique familial	Fréquence	%
Absence	2594	86,1
Présence	418	13,9
Total	3012	100

L'antécédent d'affections psychiatriques dans la famille était présent chez 418 patients soit 13,9%.

TABLEAU.10: Répartition des patients selon le diagnostic

Diagnostic	Fréquence	%
Psychoses	1639	64,4
Névroses	154	5,1
Epilepsie	470	15,6
Autisme	86	2,9
Instabilité	63	2,1
Toxicomanie	72	2,4
Dépression	503	16,7
Démence	18	0,6
Autres	7	0,2
Total	3012	100

Les malades vus pour les affections psychotiques (aigues ou chroniques) étaient les plus fréquents, soit 64,4%.

TABLEAU 11 : Répartition des patients selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Fréquence	%
Non scolarisé	1133	37,6
Primaire	1173	38,9
Secondaire	485	16,1
Supérieur	221	7,4
Total	3012	100

NB :

- Niveau primaire : de la première année scolaire à la neuvième
- Niveau d'étude secondaire : après le DEF (diplôme d'étude fondamentale)
- Niveau d'étude supérieur : au-delà du BAC ou du BT

1173 malades avaient un niveau d'étude primaire soit 38,9% contre 7,4% qui avaient atteint le niveau d'étude supérieur.

Tableau 12: répartition des patients selon le rang dans la fratrie et leur sexe

Rang	Fille	Garçon	Total
1 ^{er}	281 (34,5%)	534 (65,5%)	815 (100)
2 ^{ème}	208 (40,4%)	307 (59,6%)	515 (100)
3 ^{ème}	194 (39,6%)	296 (60,4%)	490 (100)
4 ^{ème}	136 (34,1%)	263 (65,9%)	399 (100)
5 ^{ème}	117 (41,5%)	165 (58,5%)	282 (100)
6 ^{ème}	73 (41,9%)	101 (58,1%)	174 (100)
7 ^{ème}	69 (52,3%)	63 (47,7%)	132 (100)
≥8 ^{ème}	87 (4,4)	118 (93,6)	205 (100)
Total	1 165	1847	3012

Le nombre des patients était inversement proportionnel à l'élévation dans le rang dans la fratrie

Les filles au 7^{ème} rang étaient les plus atteintes (**69 filles soit 52,3%**).

Les garçons étaient dans les mêmes proportions avec une légère élévation pour les 4^{ème} avec 65,91% et les premières avec 65,5%.

**NB : 1^{ère} fille Gneli; 2^{ème} fille Gnogo ; 3^{ème} fille Gnidé ; 4^{ème} fille M'pèrè ;
5^{ème} fille Zélé ; 6^{ème} fille Gnatjo (Niama) ; 7^{ème} fille Tiédouho (M'paa)**

Tableau 13 : rang des filles et diagnostic selon la mère

	1 ^{ère}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	4 ^{ème}	5 ^{ème}	6 ^{ème}	7 ^{ème}	≥8 ^{ème}
Psychoses	249 44,9%	124 49,6%	98 50,2%	41 42,3%	20 40,0%	8 61,5%	2 50,0%	1 50,0%
Névroses	54 9,8%	14 5,6%	15 7,7%	9 9,2%	3 6,0%	2 15,4%	0 0,0%	0 0,0%
Epilepsie	83 15,0%	55 22,0%	28 14,4%	19 19,6%	11 22,0%	2 15,4%	0 0,0%	0 0,0%
Autisme	17 3,1%	8 3,2%	7 3,6%	1 1,3%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Instabilité	10 1,8%	1 0,4%	2 1,0%	2 2,0%	1 2,0%	1 7,7%	0 0,0%	0 0,0%
Toxicomanie	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Dépression	132 23,8%	45 18%	45 23,1%	22 22,5%	15 30,0%	0 0,0%	2 50,0%	1 50,0%
Démence	5 0,9%	2 0,8%	0 0,0%	3 3,1%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Autres	4 0,7%	1 0,4%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Total	554 100%	250 100%	195 100%	97 100%	50 100%	13 100%	4 100%	2 100%

Le nombre des patients était inversement proportionnel à l'élévation dans le rang dans la fratrie.

-Autres : pathologies non psychiatriques

Les psychoses étaient plus fréquentes chez les 6^{ème} avec 61,54% et 3^{ème} avec 50,26% dans la fratrie.

Les névroses et l'instabilité étaient plus élevées chez les 6^{ème} avec 15,38% et 7,69%

L'épilepsie chez les 4^{ème} avec 19,59%

La dépression chez les 7^{ème} avec 50%

La démence chez les 4^{ère} avec 3,09%

L'autisme chez les 3^{ème} dans la fratrie avec 3,59%

La toxicomanie était absente chez les filles.

Le nombre des patients est inversement proportionnel à l'élévation dans le rang dans la fratrie.

Tableau 14 : diagnostic et le rang des garçons selon la mère

Diagnostic	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	4 ^{ème}	5 ^{ème}	6 ^{ème}	7 ^{ème}	≥8 ^{ème}
Psychoses	490 59,0%	222 53,5%	176 59,5%	98 57,3%	39 59,1%	21 61,8%	8 80,0%	1 25%
Névroses	25 3,0%	15 3,6%	8 2,7%	7 4,1%	3 4,5%	3 8,8%	0 0,0%	0 0,0%
Epilepsie	122 14,7%	66 15,9%	47 15,9%	30 17,6%	14 21,3%	6 17,7%	1 10,0%	1 25,0%
Autisme	24 2,9%	16 3,9%	7 2,4%	5 2,9%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 0,0%
Instabilité	17 2,0%	9 2,2%	13 4,4%	4 2,3%	3 4,5%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Toxicomanie	36 4,3%	20 4,8%	8 2,7%	6 3,5%	1 1,5%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Dépression	111 13,4%	62 14,9%	36 12,2%	21 12,3%	6 9,1%	4 11,7%	1 10,0%	1 25,0%
Démence	4 0,5%	4 1,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Autres	2 0,2%	1 0,2%	1 0,2%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Total	831 100%	415 100%	296 100%	171 100%	66 100%	34 100%	10 100%	4 100%

NB :

Le nombre des patients était inversement proportionnel à l'élévation dans le rang dans la fratrie.

Les troubles psychotiques étaient plus élevés chez les 7^{ème} et les 6^{ème} avec respectivement 80,0% et 61,8%

Les névroses chez les 6^{ème} avec 8,8%

L'épilepsie et l'instabilité chez les 5^{ème} avec respectivement 21,2% et 4,5%

L'autisme, la dépression et la démence étaient plus fréquents chez les 2^{ème} dans la fratrie des garçons avec respectivement 3,86% ; 14,94% et 0,96%.

Pour toutes les pathologies le nombre des malades est inversement proportionnel à l'élévation du rang dans la fratrie.

NB :

-1^{er} fils : Zié

-2^{ème} fils : Zanga

-3^{ème} fils : N'golo

-4^{ème} fils : M'bè

-5^{ème} fils : N'do

-6^{ème} fils : Nagnama

-7^{ème} fils : Nambaga

Tableau.15 : répartition des patients en fonction de la perte d'un des parents et le rang dans la fratrie

Rang	Parents vivants	Parents décédés	Total
1 ^{er}	752 (92,3%)	63 (7,7%)	815
2 ^{ème}	420 (81,6%)	95 (18,4%)	515
3 ^{ème}	327 (66,7%)	163 (33,3%)	490
4 ^{ème}	284 (71,2%)	115 (28,8%)	399
5 ^{ème}	221 (78,7%)	61 (21,6%)	282
6 ^{ème}	153 (87,9%)	21 (12,1%)	174
7 ^{ème}	97 (73,5%)	35 (26,5%)	132
≥8 ^{ème}	163 (79,5%)	42 (20,5%)	205
Total	2417	595	3 012
	(80,25)	(19,75)	(100)

NB :

Le nombre des patients était inversement proportionnel à l'élévation dans le rang dans la fratrie.

Les troisièmes dans la fratrie avec **33,3%** étaient les plus nombreux à avoir perdu au moins un des parents.

TABLEAU .16: le rang des patients et lien de consanguinité des parents

Rang	Existence	Absence	Total
1 ^{er}	88 (10,8%)	727 (89,2%)	815
2 ^{ème}	67 (13,0%)	448 (87,0)	515
3 ^{ème}	39 (7,9%)	451 (92,1%)	490
4 ^{ème}	31 (13,8%)	368 (92,2%)	399
5 ^{ème}	24 (8,5%)	258 (91,5%)	282
6 ^{ème}	21 (12,1%)	153 (87,9%)	174
7 ^{ème}	17 (12,9%)	115 (87,1%)	132
≥8 ^{ème}	28 (13,7%)	177 (86,3%)	205
Total	315 (10,4%)	2697 (89,6%)	3012

NB : les chiffres entre parenthèse sont les pourcentages.

Le nombre des patients était inversement proportionnel à l'élévation dans le rang dans la fratrie.

Les 4^{ème} et 3^{ème} sont les plus atteints avec respectivement **92,2%** et **92,0%** sans consanguinité entre les parents.

TABLEAU 17: répartition des patients selon la Situation Matrimoniale des Parents et le rang dans la fratrie.

Rang	Mariés	Célibataires	Total	%
1 ^{er}	779 (95,6%)	36 (4,4%)	815	100
2 ^{ème}	487 (94,6%)	28 (5,4%)	515	100
3 ^{ème}	464 (94,7%)	26 (5,3%)	490	100
4 ^{ème}	375 (94,0%)	24 (6,0%)	399	100
5 ^{ème}	260 (92,2%)	22 (7,8%)	282	100
6 ^{ème}	163 (93,7%)	11 (6,3%)	174	100
7 ^{ème}	124 (93,9%)	8 (6,1%)	132	100
≥8 ^{ème}	180 (87,8%)	25 (12,2%)	205	100

La séparation des parents était plus élevée chez les 5^{èmes} dans la fratrie avec 7,8%.

Chez les parents unis les 1^{er} fils étaient les plus atteints et plus le rang s'élevait, plus la proportion des malades baissait.

NB : les chiffres entre parenthèse sont les pourcentages.

Le nombre des patients était inversement proportionnel à l'élévation dans le rang dans la fratrie.

Tableau 18 : le niveau d'étude et le rang des filles selon la mère

	Non scolarisé(e)	Primaire	Secondaire	Supérieur	Total
1^{ère}	231 (48,9%)	116 (24,5%)	97 (20,5%)	29 (6,1%)	473
2^{ème}	215 (62,3%)	84 (24,3%)	35 (10,2%)	11 (3,2%)	345
3^{ème}	84 (43,1% %)	75 (38,5%)	24 (12,2%)	12 (6,2%)	195
4^{ème}	38 (45,2%)	33 (39,3%)	11 (13,1%)	2 (2,4%)	84
5^{ème}	22 (46,8%)	17 (36,2%)	7 (14,9%)	1 (2,1%)	47
6^{ème}	4 (26,7%)	9 (60,0%)	2 (13,3%)	0 (0,0%)	15
7^{ème}	0 (0,0%)	2 (50,0%)	1 (25,0%)	1 (25,0%)	4
≥8^{ème}	0 (0,0%)	2 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2
Total	594 (51,0%)	338 (29,0%)	177 (15,2%)	56 (4,8%)	1165

NB :

Le nombre des patients étaient inversement proportionnel à l'élévation dans le rang dans la fratrie.

Les non scolarisés étaient plus fréquentes chez les 2^{èmes} dans la fratrie ; les 6^{ème} étaient les plus fréquentes à s'arrêter au primaire avec 60% tandis que les 7^{ème} atteignaient le secondaire et le supérieur avec 25% pour les deux niveaux.

Le nombre des patients est inversement proportionnel à l'élévation du rang dans la fratrie quel que soit le niveau d'étude.

Tableau.19 : le niveau d'étude et le rang des garçons selon la mère.

	Non scolarisé	Primaire	Secondaire	Supérieur	Total
1^{er}	265 (31,5%)	343 (40,8%)	147 (17,5%)	86 (10,2%)	841 (100%)
2^{ème}	155 (36,5%)	159 (37,5%)	74 (17,5%)	36 (8,5%)	424 (100%)
3^{ème}	118 (39,9%)	121 (40,9%)	38 (12,8%)	19 (6,4%)	296 (100%)
4^{ème}	50 (29,2%)	74 (43,3%)	29 (17,0%)	18 (10,5%)	171 (100%)
5^{ème}	29 (43,9%)	21 (31,8%)	14 (21,2%)	2 (3,1%)	66 (100%)
6^{ème}	13 (38,2%)	13 (38,2%)	4 (11,8%)	4 (11,8%)	34 (100%)
7^{ème}	2 (18,2%)	9 (81,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	11 (100%)
≥8^{ème}	4 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (100%)
Total	636 (34,4%)	740 (40,1%)	306 (16,6%)	165 (8,9%)	1847 (100%)

NB :

Le nombre des malades étaient inversement proportionnel à l'élévation dans le rang dans la fratrie.

Parmi les malades du sexe masculin, seuls 636 soit 34,4% n'avaient pas été à l'école. Cette non scolarisation est plus marquée chez les 5^{ème} fils (Ntjo) 29 patients soit 43,94%.

14 de ces 5^{ème} fils soit 21,21% avaient atteint le niveau secondaire.

Par ailleurs, selon la fratrie quel que soit le niveau d'étude les variations se font dans les mêmes proportions.

Tableau20: le rang des filles et antécédents psychiatriques familiaux

	Absence		Présence		Total	
1	479	(84,6%)	87	(15,4%)	566	100%
2	215	(87,8%)	30	(12,2%)	245	100%
3	170	(90,4%)	18	(9,6%)	188	100%
4	85	87,6%	12	12,4%	97	100%
5	45	93,7%	3	6,3%	48	100%
6	11	73,3%	4	26,7%	15	100%
7	3	75,0%	1	25,0%	4	100%
8	2	100%	0	00,0%	2	100%
Total	1010	(8,7%)	155	(13,3%)	1165	100%

NB :

Le nombre des malades étaient inversement proportionnel à l'élévation dans le rang dans la fratrie

Les antécédents de troubles psychiatriques dans la famille étaient plus élevés chez les 6^{ème} dans la fratrie avec **26,7%**, alors que les antécédents du coté maternel étaient plus élevés chez les premières dans la fratrie.

Tableau21 : le rang des garçons et antécédent familial selon la mère

	absence	présence	Total
1^{er}	503 (66,5%)	253 (33,5%)	756 (100%)
2^{ème}	264 (60,1%)	175 (39,9%)	439 (100%)
3^{ème}	237 (82,0%)	52 (18,0%)	289 (100%)
4^{ème}	130 (69,9%)	56 (30,1%)	186 (100%)
5^{ème}	79 (68,7%)	36 (31,3%)	115 (100%)
6^{ème}	31 (83,8%)	6 (16,2%)	37 (100%)
7^{ème}	11 (84,6%)	2 (15,4%)	13 (100%)
≥8^{ème}	11 (91,7%)	1 (8,3%)	12 (100%)
Total	1266 (68,5%)	581 (31,5%)	1847 (100%)

NB :

Le nombre des malades étaient inversement proportionnel à l'élévation dans le rang dans la fratrie.

Les 2^{èmes} dans la fratrie chez les hommes sont les plus affectés avec 175 patients soit **39,9%**

Tableau.22 : Diagnostic et rang des garçons selon le père

Diagnostic	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	4 ^{ème}	5 ^{ème}	6 ^{ème}	7 ^{ème}	8 ^{ème}	≥9 ^{ème}	Total
Psychoses	538 (55,3%)	463 (66,4%)	209 (59,7%)	123 (54,9%)	83 (46,6%)	43 (62,3%)	27 (65,9%)	12 (60,0%)	8 (53,3%)	1506
Névrose	34 (3,5%)	32 (4,6%)	6 (1,7%)	39 (17,4%)	63 (35,4%)	9 (13,0%)	3 (7,3%)	1 (5,0%)	1 (6,7%)	188
Epilepsie	108 (11,1%)	65 (9,3)	48 (13,7)	25 (11,2)	16 (9,0)	8 (11,6)	9 (22,0)	6 (30,0)	5 (33,3%)	290
Autisme	41 (4,2%)	13 (1,9%)	8 (2,3%)	6 (2,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (5,0%)	0 (0,0%)	69
Instabilité	25 (2,6%)	5 (0,7%)	14 (4,0%)	3 (1,3%)	3 (1,7%)	0 (0,0%)	1 (2,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	51
Toxicomanie	28 (2,9%)	32 (4,6%)	11 (3,1%)	6 (2,7%)	3 (1,7%)	1 (1,5%)	1 (2,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	82
Dépression	147 (15,1%)	84 (12,1%)	49 (14,0%)	21 (9,4%)	10 (5,6%)	6 (8,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (6,7%)	318
Démence	20 (2,1%)	3 (0,4%)	4 (1,1%)	1 (0,5%)	0 (0,0%)	2 (2,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	30
Autres	32 (3,2%)	0 (0,0%)	1 (0,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	33
Total	973 100%	697 100%	350 100%	224 100%	178 100%	69 100%	41 100%	20 100%	15 100%	2567

Pour le rang dans la fratrie des garçons selon le coté du père, nous avons constaté que :

-les premiers dans la fratrie étaient les plus exposés à l'autisme, l'instabilité et la dépression avec **4,21%**, **2,57%** et **15,11%**.

-les deuxièmes étaient les plus exposés aux psychoses et à la toxicomanie avec **66,43%** et **4,59%**.

- les cinquièmes dans la fratrie étaient les plus exposés à la névrose avec **35,39%**

-les sixièmes dans la fratrie étaient les plus exposés à la démence avec **2,90%**

-les rangs dans la fratrie à partir de la neuvième étaient les plus exposés à l'épilepsie avec **33,33%**.

Tableau.23 : Rang des Filles selon le Père et Diagnostic

Diagnostic	1 ^{ère}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	4 ^{ème}	5 ^{ème}	6 ^{ème}	7 ^{ème}	8 ^{ème}	≥9 ^{ème}	Total
Psychoses	135 35,6%)	89 43,0%	68 46,6%	28 33,7%	21 43,8%	12 63,2%	2 50,0%	2 20,0%	2 28,6%	359
Névrose	62 16,4%	25 12,1%	11 7,5%	19 22,9%	8 16,7%	3 15,8%	0 0,0%	4 40,0%	2 28,6%	134
Epilepsie	50 13,2%	29 14,0%	26 17,8%	17 20,5%	7 14,6%	4 21,1%	1 25,0%	0 0,0%	2 28,6%	136
Autisme	15 4,0%	8 3,9%	5 3,4%	2 2,4%	1 2,1%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	31
Instabilité	9 2,4%	2 1,0%	0 0,0%	1 1,2%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 10,0%	0 0,0%	13
Toxicomanie	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0
Dépression	104 27,4%	53 25,6%	35 24,0%	15 18,1%	11 22,9%	0 0,0%	1 25,0%	3 (30,0)	1 14,2%	223
Démence	2 0,5%	1 0,4%	1 0,7%	1 1,2%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	5
Autres	2 0,5%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	2
Total	379 100%	207 100%	146 100%	83 100%	48 100%	19 100%	4 100%	10 100%	7 100%	923

Pour le rang dans la fratrie des filles selon le coté du père, nous avons constaté que :

- les premières dans la fratrie étaient les plus exposés à l'autisme avec **4,0%**
- les sixièmes dans la fratrie étaient les plus exposés aux psychoses avec **63,2%**
- les huitièmes dans la fratrie étaient les plus exposés à la névrose, l'instabilité et la dépression avec **40,0%, 10,0% et 30,0%**
- les rangs dans la fratrie à partir de la neuvième étaient les plus exposés à l'épilepsie avec **28,6%**

DISCUSSIONS

Discussions:

Au terme de notre étude, qui s'est déroulée dans trois structures sanitaires (CHU du Point G, hôpital « Mère-enfant » et le CESAME). Les difficultés rencontrées ont été pour la plupart liées aux manques de supports sociologiques et anthropologiques sur le thème de la fratrie. Aussi la mauvaise tenue des dossiers médicaux, l'absence de certaines informations sur le rang dans la fratrie et la non informatisation de ces dossiers à ce jour.

1-Caractéristiques sociodémographiques des patients :

Notre étude a concerné 3012 patients dont 1165 femmes et 1847 hommes avec un sexe ratio de 1,6 en faveur des hommes.

1-1-AGE :

Les sujets jeunes âgés de 18 à 37 ans constituaient la tranche d'âge la plus fréquente, soit **58,9%** [tab.3].

Ceci pourrait s'expliquer, d'une part par le caractère précoce des maladies mentales, et d'autre part du fait que la majorité de notre population est jeune. C'est généralement à cette période que le sujet a accès à la sexualité adulte et est à la recherche d'une identité au sein du groupe social. Et surtout ce sont les sujets de cette tranche d'âge qui sont exposés aux stress (chômage, problèmes de drogue, l'influence négative des medias...).

Coulibaly A [43] a trouvé 72,5% pour la tranche d'âge 19-37ans.

Ce résultat est proche de celui de TEB FERRADJ, qui dans « rang dans la fratrie et risque psychopathologique » trouve que les sujets âgés de 16 à 25 ans étaient les plus touchés.

1-2-Sexe :

Dans notre étude le sexe masculin est le plus touché avec 61,3% contre 38,7% pour le sexe féminin.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que les hommes, surtout en position d'ainé se sentent plus vite responsables et par conséquent confrontés à divers problèmes engendrés par les conditions de vie quotidienne. Aussi le malade mental de sexe masculin serait plus agressif et difficile à gérer en famille.

Nos résultats sont superposables à ceux de Roger Bastide [25] qui avait trouvé **51,6%** et Coulibaly A [43] qui a trouvé **78,0%** en faveur du sexe masculin mais contraire à celui de TAEB FERRADJ [4] qui trouve que les filles en position d'ainé sont les plus touchés.

2-3-Situation matrimoniale :

Les célibataires étaient les plus fréquents soit **63,0%** des patients.

La maladie mentale est un facteur de:

- difficulté d'intégration socioprofessionnelle
- stigmatisation rattachée à la maladie mentale
- la désocialisation secondaire aux troubles psychiatriques qui serait vectrice de séparation.

Stany[39] a trouvé que **47,0%** des patients suivis en consultation externe était célibataire.

Nos résultats concordent avec ceux de Mariam Diakité [42] et de Coulibaly A [43] qui ont respectivement trouvé **62,4%** et **60,8%**.

1-4- La provenance :

La plupart des patients provenaient du CHU du point G soit **63,3%**.

Cela s'explique par le fait que c'est la seule structure qui dispose à ce jour un service de psychiatrie au Mali.

2-Clinique :

2-1- La consanguinité entre les parents :

La consanguinité entre les parents était retrouvée chez **10,5%** des patients. Cette consanguinité entre les parents avait été plus évoquée chez les 4^{ème} dans la fratrie avec 13,8%

2-2- La présence d'antécédent psychiatrique familial :

Les antécédents psychiatriques étaient présents chez **13,3%** des patients. A signalé la présence d'antécédents psychiatriques chez les deux parents dans **0,7%** des cas. Chez les 6^{ème} dans la fratrie des filles les cas d'antécédents psychiatriques avaient été les plus évoqués avec **26,7%** [tab.24].

Chez les 2^{ème} dans la fratrie des garçons, les cas d'antécédents psychiatriques avaient été les plus évoqués avec **39,9%** [tab.25].

L'intervention des facteurs génétiques dans les psychoses paraît actuellement bien démontrée.

Les études sur les familles des schizophrènes montrent de façon concordante une augmentation du risque de morbidité d'autant plus élevé que le lien de parenté est plus étroit.

Alors que le risque de morbidité est de l'ordre de 1% dans la population générale, ils'élève à environ 4 % dans la parenté du deuxième degré (oncles, tantes,cousins, neveux), à 6% chez les parents (père et mère) et à 10 % dans le reste de la parenté du premier degré (frères, sœurs, enfants). Le risque est supérieur à 30% pour les enfants de deux parents schizophrènes.

A. CHAUVIN [44] a trouvé une fréquence de la schizophrénie de 3 à 10 % dans les familles où un des parents est schizophrène et de 20 à 40 % si les deux Parents le sont.

Ce résultat est inférieur à celui obtenu par **R. Bastide [25]** dont **28%** des pères et **31%** des mères des patients avaient présenté des troubles psychiatriques, mais proche de celui de madame Maiga[27] qui avait trouvé **8,5%**.

2-3- Le niveau d'étude :

Dans notre étude nous avons **1165** filles dont 594 étaient non scolarisées, soit 51,0%. Parmi ces filles nous avons **215** filles du 2^{ème} rang soit **62,3%**.

Ce taux élevé s'expliquerait par un fait culturel lié à ce rang. Très convoitées pour le mariage, très peu de ces filles atteignent le niveau supérieur des études **3,2%**.

Les 6^{ème} dans la fratrie chez les filles et les 7^{ème} chez les garçons avaient éprouvé beaucoup plus de difficultés à dépasser le niveau d'étude primaire.

Cependant les 6^{ème} chez les garçons et les 7^{ème} chez les filles étaient les plus fréquents à atteindre le niveau d'étude supérieur.

Ces derniers dans la fratrie sont beaucoup plus libres que les autres et par conséquent plus libre à poursuivre leur étude.

Ce résultat diffère de celui trouvé par madame MaigaSafiatou[27] dont la majorité n'avait eu aucune instruction.

Ce résultat s'explique par le fait que l'évolution des troubles psychiatriques est le souvent émaillée de rechutes dou l'entrave à la poursuite des études.

2-4-Le diagnostic :

Le nombre des patients était inversement proportionnel à l'élévation dans le rang dans la fratrie. Mais tous les rangs dans la fratrie quelque soit le sexe étaient atteints dans les même proportions.

La grande majorité des patients avaient présenté des troubles psychotiques, soit **64,0%**. Nous avons remarqué une plus grande fréquence chez les 6^{ème} des filles et les 7^{ème} des garçons avec respectivement 61,5% et 80,0% [**tab.14 et15**].

Les 6^{ème} dans la fratrie pour les deux sexes étaient les plus touchés par les **névroses** avec 15,4% chez les filles et 8,9% chez les garçons.

La **toxicomanie** était seulement présente chez les garçons et plus élevée chez les garçons du 2^{ème} rang avec 4,9. Cela cadre bien avec le caractère que lui attribue la culture (belliqueux, têtu, semeur de troubles)

Les 2^{èmes} de la fratrie chez les garçons et les 7^{ème} de la fratrie chez les filles étaient les plus exposés à la dépression avec respectivement **14,9 % et 50,0%** [tab.20 et 21].

L'autisme était plus fréquent dans le rang du 3^{ème} chez les filles (**3,6%**) et du 2^{ème} chez les garçons (**3,9%**).

Ce résultat est conforme à celui de R. Bastide qui avait trouvé les troubles psychotiques chez **28%** des patients.

2-5-La perte d'un des 2 parents:

Dans notre étude, **38,8%** des patients avaient perdu leur père et **19,8%** avaient perdu leur mère. Les 3^{èmes} dans la fratrie étaient les plus fréquents à avoir perdu au moins un des deux parents [tab.7 et19]. Cette fréquence s'expliquerait sur le plan culturel par le caractère affectif entre les 3^{ème} dans la fratrie et les parents.

Ce résultat est inférieur à celui de R. Bastide qui avait trouvé chez **77%** des patients, la perte d'au moins un parent.

2-6-statut matrimonial des parents :

Le divorce /séparation des parents est retrouvé chez 740 patients soit 24,57%.

La fréquence de la séparation des parents était plus élevée dans le rang du 2^{ème} dans la fratrie.

Il n'est pas nécessaire de vérifier que les familles monoparentales expérimentent des conditions de vie plus difficiles que les familles unies.

En outre, les données confirment une observation classique : les familles Désunies en comparaison aux familles unies sont défavorables sur le plan Conditions de vie, déficientes sur le plan du fonctionnement psychosocial et Propices aux troubles du comportement et à l'activité délictueuse. Vivre dans une famille brisée est un facteur de risque pour le développement des enfants et des adolescents, comme le démontre bien la méta-analyse de Lober et Stouthamer –Lober (1986) [28] et de Hetherington et Martin (1986) [20], ainsi Que l'analyse de Cloutier et Drolet (1990) [8] de la situation familiale au Québec. Et c'est surtout le 2ème de la fratrie qui est le plus fragile. De même dans leurs études, M.P. BOUVARD et M. DUGAS [33] ont rapporté chez environ 20 % de patients, des situations intrafamiliales anormales telles le divorce ou la séparation des parents et un climat de tension intrafamilial. Selon Hetherington et Camara, 1984 [19]; Hetherington et al. 1989 [21], les problèmes d'ajustement au divorce peuvent être accentués par des conditions stressantes telles que les conflits parentaux chroniques, l'absence de figure d'identification paternelle ou la diminution des ressources due à la monoparentalité. Ces conditions difficiles peuvent retarder l'acquisition de certaines aptitudes psychosociales chez l'enfant. Des événements à haute valeur significative sur le plan relationnel et affectif sont susceptibles d'avoir un rôle favorisant : changement du statut conjugal, Deuils, conflits familiaux et professionnels, éloignement d'un proche. **R. Cloutier** au Québec avec [36] avait trouvé **30,8%** ; ce résultat concorde avec celui de R. Bastide [37] qui avait trouvé **29,2%**.

CONCLUSION

CONCLUSION :

Notre étude a permis de faire le point sur la fréquence de la survenue des troubles psychiatriques selon le rang dans la fratrie, concernant 3012 patients ; il ressort de notre étude que :

-le nombre des patients est inversement proportionnel à l'élévation dans le rang dans la fratrie. Mais tous les rangs dans la fratrie quel que soit le sexe étaient atteints dans les mêmes proportions avec une légère augmentation chez les 1^{er} fils, 4^{ème} fils et les 7^{ème} filles.

-les garçons étaient les plus fréquents avec un sexe ratio de **1,58** en faveur des garçons.

-Les troubles d'allure psychotique étaient les plus fréquents avec une grande fréquence dans la tranche d'âge **18-27** ans [tab.3].

-Les troubles psychotiques étaient plus élevés chez les 7^{ème} et les 6^{ème} des garçons contre les 6^{ème} et le 3^{ème} dans la fratrie des filles.

-Les névroses sont fréquentes chez les 6^{ème} dans la fratrie dans les deux sexes.

L'autisme avait été plus évoqué chez les 3^{ème} dans la fratrie des filles et les 2^{ème} des garçons.

- Les 2^{èmes} dans la fratrie chez les filles avaient le taux le plus élevé d'échec scolaire.

-Dans notre étude les antécédents psychiatriques dans la famille étaient plus évoqués chez les 2^{èmes} garçons et les 6^{ème} filles.

-Les célibataires étaient les plus fréquents.

Nous avons relevé que la fratrie constitue l'un des groupes d'influence pour un individu, et ce groupe mériterait des études plus approfondies. Le groupe fraternel, bien que constitutif à l'existence des figures parentales est cependant indépendant de ces figures et subsistent au au-delà des ruptures conjugales.

Dans notre contexte socioculturel, le syndrome d'ainesse s'appliquerait mal au 1^{er} fils car être 1^{er} fils ou 1^{ère} fille n'est pas automatiquement synonyme de responsable de famille en l'absence du père.

RECOMMANATIONS

RECOMMANDATIONS :

Au terme de notre étude, les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent :

1-Au ministère de la santé :

Décentraliser les structures de prise en charge des malades mentaux dans toutes les régions du Mali pour une meilleure couverture en soins de santé mentale.

Former des spécialistes en santé mentale (psychiatres, assistants médicaux en psychiatrie, pédopsychiatres, psychologues cliniciens) pour pallier les insuffisances en personnel psychiatrique dans les structures socio-sanitaires à travers le pays (hôpitaux régionaux, centre de santé des cercles, centre de santé de référence, cscom).

Adopter et mettre en œuvre une politique nationale de santé mentale en consultant régulièrement les psychiatres.

Assurer une meilleure sensibilisation de la population sur la santé mentale sur toute l'étendue du territoire national afin de favoriser la prise en charge précoce de la maladie mentale.

Rendre disponible et à moindre frais les psychotropes.

Organiser des causeries et débat sur les facteurs de risque des troubles psychiatriques et les opportunités de prise en charge de la maladie mentale car il s'agit d'un sujet d'actualité méritant une profonde réflexion.

Informé, sensibiliser et éduquer la population sur les inconvénients des mariages consanguins et de la séparation des parents.

2-Aux personnels de la psychiatrie :

Remplir rigoureusement les supports de recueil de données médicales (fiches de consultation externe, dossiers d'hospitalisation et les différents registres) pour faciliter des recherches tout en intégrant l'environnement familial du patient.

3-A la population :

Ne pas encourager la prolifération de familles monoparentales et maintenir au minimum les placements dans les familles de substitut.

Ne pas avoir de préjuges sur la maladie mentale et de fréquenter les services de santé de psychiatrie.

Lutter contre la stigmatisation et la marginalisation des malades mentaux dans la société après leur stabilisation, en les resocialisant et en démystifiant leur maladie afin de faciliter leur réinsertion socioprofessionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie :

1-Domitille GRAS, 18 Décembre 2009 ; Université de Nantes (France), thèse de médecine.

« Santé et qualité de vie des frères et sœurs d'enfants atteints de maladies chroniques ».96p

2-Carnegie, Janvier 2008

« Psychopathologie- lien permanent ».Paris ; médecine sciences ; Masson 2008; 57p

3-Elizabeth ZEDER, Thèse de médecine ; université de Franche-Comte ; 8 Février 2010

« Altérité traumatique, adaptation, résilience entre frères et sœurs d'une personne en situation de handicap mental ».2010 ; Pp.123-162

4- BEAUCHESNE HERVE

La psychopathologie

In Manuel de Psychologie

Sous la direction de Jacques Mathieu et Raymond Thomas, Paris, Vigot ; 1985, pp 311-366.

5-Boucepci M ; Paris ; Filigrane ; NUMERO.4 ; 1995 ; p.44-59

« Syndrome d'ainité »

6-Bourguignon ,1999 .

« Le fraternel », PrarisDunod :Masson, edit.1999 ;Pp.218-

7-BEAUCHESNE HERVE

La psychopathologie

In Manuel de Psychologie

Sous la direction de Jacques Mathieu et Raymond Thomas, Paris, Vigot ; 1985, pp 311-366.- 2007

8- Cloutier R., Drolet J.

La santé mentale des familles réorganisées au Québec, rapport de l'analyse Secondaire de l'Enquête Santé – Québec, centre de recherche sur les services Communautaires, Université Laval, Québec. 1990.

9-Bergeret, Bergeret, J.

Psychologie pathologique. Paris : Masson 1986. (cf. chapitre7 à 11, p.129-210).

10- HENRI EY. , BERNARD P., BRISSET CH. Manuel de psychiatrie.

Paris : Masson, 2004, 6^e éd., 1166p.

11-Basquin N, 2003

Approche de la fratrie des enfants handicapés. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. Pp51.361.365.

12-Chaltiel P et Romano E, 2004.

L'espace fraternel dans la thérapie familiale. Pp49-65

13-19. Hetherington E. M., Camara KA.

Family in transition: the process of dissolution and reconstruction, in R.D. Parke, Reviews in Child Development Research 7: the Family, University of Chicago Pressa, Chicago, 1984

14-Almodovar J-P, 1998.

« Penser les expériences fraternelles ». Pp.51-70

15-Berger J, 1986

« Psychologie pathologique ».Paris : Masson (cf. Chapitre 7 à 11, P.129-210).

18-Lemperiere. T et Féline

Abrégé de psychiatrie de l'adulte. Masson, édit : Paris1977.

19-Guelefi J.D,

Psychiatrie de l'adulte. 464. P

20-[25] LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.B., Vocabulaire de la Psychanalyse.

Paris : PUF, 1997, 12^{ème} Ed.

21-Jonescu S. (1997)

Les mécanismes de défense. Paris : Nathan Université.

22. EY H. Bernard P. Brisset C.M.

Manuel de psychiatrie. Paris Masson. 1974 : 1250p

23- Picard PGP.

Evaluation des activités de consultations externes du service de psychiatrie du CHU de Dakar (de Juillet 1981 à Juin 1982). Thèse de médecine. Dakar. 1984 .142P

24- Guelefi. J.D. Boyer P. Consol. S. Olivier-Martin R.

Psychiatrie : PUF Fondamental. 932p.

25 –Roger BASTIDE (Sociologie des maladies mentales). 205. P

26-Bank et Kahn

processus fraternel, 1982.PP.251-260

27-Mme MaigaSafiatouLelli : Thèse de médecine sur l'étude de la déficience mentale chez les enfants à l'AMALDEME en 2009.

28-Mlle AdiaratouSangare : thèse de médecine à la FMPOS en 2008.

29-Danielle Jonkers.

La société myanga du Mali, l'harmathan Paris, 1987, 234pages, pp : 88, 89,90.

30-Dominique Zahan : la société d'initiation bambara, le N'domo, le koré.

Paris, édition mouton, 433pages

31-Tsoukatou.2005

Thérapie familiale,p.56

32-Nafogo coulibaly.2012

Typologie et signification des noms individuels Senoufo

33-Almodovar, J P.1998.pp.54-63

Penser les expériences fraternelles

34-Russet B.1981

Transfert fraternel et groupe

35-Soumaila (naissance et l'imposition du nom)

36-Cloutier. R. . Drolet .J .1990

La santé mentale des familles réorganisées au Québec, rapport de l'analyse secondaire de l'enquête santé-Québec, centre de recherche sur le service communautaire ; université Laval, Québec.

37-Baby M.

Les urgences psychiatriques au Mali, étude épidémiologique-clinique dans le service de psychiatrie de l'hôpital du point G. Thèse med .2005.70p

38-Sega Diakite.

La structure familiale et morbidité psychiatrique. Thèse med.2008.56p

39-Memet.G.Y.L.Stany

Demande de soins psychiatriques, données épidémiologiques en milieu hospitalier. Thèse de med.2005.54.p

40-Beauchesne

La psychopathologie

In manuel psychiatrie sous la direction de Jacques Mathieu et Raymond Thomas ; Paris ; Vigot.1985. 311-366p

41-Picard P.G.P

Évaluation des activités de consultations externes du service de psychiatrie du CHU de Dakar. Thèse de med. N°.121-D4. Dakar.1984

42-Mariam Diakité

La rechute en milieu psychiatrique dans le service de psychiatrie du CHU du point G.

Thèse de med.2008

43-Coulibaly A

Étude des rechutes dans le service de psychiatrie de l'hôpital du point G

Thèse.med. N°-00-M-20 Bamako.2000

44. Chauvin A.

Troubles mentaux des parents, souffrance des enfants : Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence No 8-9, Août -Septembre 1992 ISBN 02222-9617 page 477.

45.Bellerose .C et Jonhson E

Les familles monoparentales. Paris : Masson 1986(cf. chapitre 7 à 11.p.129-210)

Annexes :

Annexe 1 :

Fiche d'enquête

N°

A- Identité du patient :

Nom : Prénom :

Sexe : Age : Domicile :

Profession : Nationalité :

Religion :

Situation matrimoniale : 1- Marié(e) 2- Célibataire 3- Divorcé

4- Veuf (Ve)

Niveau de scolarisation : 1- Non scolarisé 2- Primaire 3- Secondaire

4-Supérieur

B-Rang dans la fratrie:

/1.Père / /2.Mère_ /

C-Statut matrimonial des parents :

/1.Mariés / /2.Séparés /

D- Antécédents familiaux:

/0.Absence_ / /1.Père / /2.Mère_ / / 3.Père-Mère_ /

E-Consanguinité entre les parents :

/1.Présence/ /2.Absence_ /

F-Existence des parents :

/Oui/ /Non_ /

G-Diagnostic :

1-Psychoses ; 2-Névroses ; 3-Epilepsie ; 4-Autisme ; 5-Instabilité ;
6-Toxicomanie ; 7-Dépression ; 7-Démence ; 9-Autres

H-Groupe ethnique :

/1.Mandingue / /2.Voltaïque_ / / 3.Sémitique_ /

Annexe 2 :

Le Questionnaire de Dépistage en Santé Mentale (QDSM) / Oui /, / Non /, /

Ne sais/.

1) Sisan, I dusukunbè to ka pan pantumacamanwa? / _//_//_// /

_ /

2) Sisan, I bèsunogokafawa?

/ _/

/ _//_// / _ /

3) Sisan, I bèmiirika a damatèmèwa?

/ _/

/ _//_// / _ /

4) Sisan, I jigimisènyanèn do wa?

/ _/

/ _//_// / _ /

5) Sisan, I nènakiliné to kadeguntumacamanwa?

/ _//_//_//_

/ / _ /

6) Sisan, a kaguèlèn è ma ka do mogow la wa? / _//_//_
/ / _ /

7) Sisan, I bé to kamiirikojuguw la wa? / _/
/_//_ / / _ /

8) E delilakafurakèliwcamenkèkatèmè, minwnafa ma ye wa? / _//_//_/
/ _ /

9) E hakili la, sisan, do bè e kojugumanna, cogosugubèlawawa? / _//_//_/
/ _ /

10) Sisan, e
dimikadiwa?

/ _//_//_
/ / _ /

11) Sisan, I
dusukasilèn do wa?

/ _//_//_
/ / _ /

12) Sisan, e
nugudayèlènen do wa?

/ _ /

/ _ // _ / / _ /

13) Sisan, e
farifagalèn do ekantumabèwa?

/ _ // _ // _

/ / _ /

14) Sisan, I
békadabalidow tike kasininyènsigiwa?

/ _ // _ // _

/ / _ /

15) Kun na
fènw bé to ka na e ma tuma dow la wa?

/ _ /

/ _ // _ / / _ /

16) Ni e
yémogowyèkuma na nyogonfè, e hakili la e de ko do wa ?

/ _ // _ // _ /

/ _ /

17) E bà to
kasomin fen dow la, tow tèminwkalama wa ?

/ _ // _ // _

/ / _ /

18) Daluyadob
è e bolo minwtégasanyèwa?

/ _ // _ // _

/ / _ /

Total : / _ /

Annexe 3 :

Fiche Signalétique :

Nom : KONE

Prénom : Mahamadou

Titre : Approche épidémiologique du risque psychopathologique selon le rang dans la fratrie.

Année : 2012-2013

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Psychiatrie, Santé publique.

Résumé :

Le lien fraternel est, des liens familiaux, celui qui a été le moins étudié (les frères et sœurs sont « les oubliés de notre culture »).

Le rang de l'enfant dans la famille peut avoir une influence sur son comportement. La situation familiale diffère à chaque nouvel arrivant, définissant un nouveau rôle et de nouvelles responsabilités. Le rang dans la famille prend dès lors une place particulière dans l'étude de la psychologie de l'enfant. Le but de notre étude était d'établir un lien entre l'ordre d'arriver dans la fratrie et le risque de développer une maladie mentale dans le service de psychiatrie du CHU du point G, au centre de santé mentale Jeans Pierre Coudray et à l'hôpital « Mère-Enfant ». Nous avons mené une étude rétrospective, entre Janvier 1997 et Décembre 2011. L'étude a porté sur 3012 patients.

L'échantillon était composé majoritairement d'homme avec un sex-ratio de 1,6 et la tranche d'âge de 18 – 37 ans était la plus représentée.

Les psychoses étaient les troubles les plus fréquents avec 64,4%. Nous avons remarqué une plus grande fréquence chez les 6^{ème} des filles et les 7^{ème} des garçons avec respectivement 61,5% et 80,0% [**tab.14 et15**].

Les 6^{ème} chez les filles et les 7^{ème} chez les garçons étaient les plus fréquents à s'arrêter au niveau d'étude primaire avec respectivement 60,0% et 81,8% [**tab.21 et22**].

Les névroses ont été plus observées chez les 6^{ème} dans la fratrie des deux sexes.

D'une manière significative les célibataires étaient les fréquents avec 63,0%.

Le nombre des patients étaient inversement proportionnel à l'élévation dans le rang dans la fratrie.

Mots clés : rang, fratrie, psychopathologie, Mali.

Serment d'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !