

Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



U.S.T.T-B



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FMOS

Année universitaire 2019-2020

THEME

Thèse N° :..... /

***LES TROUBLES PSYCHIQUES CHEZ LES PATIENTS
HOSPITALISÉS DANS LE SERVICE DE RHUMATOLOGIE
DU CHU POINT G***

Présenté et Soutenu publiquement le 05/ 10 /2020 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

Mme MARIKO Fatoumata DIARRA

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Pr. GUINTO Cheick. O

Membre : Dr. MOUNKORO P Pierre

Co-Directeur : Dr. PAMANTA I. Sory

Directeur : Pr. CISSE Idrissa Ah

DEDICACES

Je dédie ce travail à

A mon père feu Hamoro DIARRA

Arraché à notre grande affection, je lui confie à l'Eternel vivant le Tout miséricordieux, le Très miséricordieux !

Tu t'étais investi à nous donner une éducation rigoureuse dont nous mesurons aujourd'hui la portée. Ton souvenir restera à jamais graver dans notre mémoire. Combien serait grande mon allégresse si tu étais là pour savourer avec moi ce jour si mémorable. Hélas ! Le destin en a voulu ainsi, j'espère de toute mon existence ne jamais oublier notre dernière conversation.

Repose en paix cher père.

A ma chère mère Sira SISSOKO

Maman, mettre un enfant au monde demande aussi une certaine responsabilité à savoir son éducation, son bien-être entre autres dont tu as su bien donné à tes enfants. L'arbre que tu as planté et entretenu est maintenant mûr. Cet arbre ne t'oubliera jamais. Tu es aussi l'artisane de ce que je suis aujourd'hui. Je n'ai pas trouvé sincèrement le mot qui soit plus suffisant pour te remercier. Ce modeste travail est l'expression de toute ma reconnaissance.

Puisse DIEU le tout puissant vous accorder santé, bonheur et longue vie.

A mes chers frères et à mes chères sœurs

**Mamadou Daby DIARRA, Boubacar DIARRA, Malick DIARRA,
Moussokoura DIARRA, Aida DIARRA**

Vous avez été présents à mes côtés tout au long de ces années. Je serais reconnaissant pour toujours de l'affection et de l'aide que vous m'avez apportée.

Que Dieu fasse de nous, des enfants reconnaissants, courageux et engagés pour le combat de la vie.

Puisse l'amour et la fraternité nous unissent à jamais.

A la mémoire de mes grands parents

Merci pour la joie que vous m'avez procuré. Puisse DIEU vous accorder sa clémence, sa miséricorde et vous accueillir dans son paradis...

A mon Epoux Aboubacar MARIKO et à mon fils Abdoul Karim MARIKO

Cher époux tu es pour moi comme un père car ton soutien fut une lumière durant tout mon parcours à la faculté de médecine. Outre ta sincérité, ta modestie, ton humanisme, ton sens de partage, tu incarnes bien d'autres valeurs que j'admire. Je te serais toujours reconnaissante.

Je te rends hommage à travers ce travail pour témoigner de toute mon affection.

REMERCIEMENTS

Au Tout puissant ALLAH, Seigneur de l'univers

Le tout miséricordieux, le très miséricordieux, qui m'a éclairé, qui m'a guidé sur le droit chemin.

Au prophète MOHAMED (Bénédiction et salut soient sur lui)

A mes chers oncles

Makan DIARRA, Sekou DIARRA, Samba DIARRA, Adama DIARRA, Broulaye DIARRA, Sery DIARRA, Monzon DIARRA, Balla DIARRA, Kaly DIARRA, feu Matenin DIARRA, Abdoulaye DIARRA

Vos soutiens et votre rigueur, vos encouragements, vos conseils m'ont permis de franchir les obstacles, d'éviter les pièges et surmonter les écueils. A travers ce modeste travail, je prie le bon Dieu que le lien familial continu à être serré davantage qui est le fruit de vos efforts.

A mes chères tantes

Kakou SISSOKO, Kani DIARRA, Kanicoro SISSOKO, Mariam DIARRA, Batenimba TRAORE, Kadiatou TRAORE, Fanta KAREMBE, Ba n'ton DIARRA, Assan SISSOKO, Fatoumata SANGARE

Merci pour vos précieux conseils et encouragements. J'espère avoir été à la hauteur de votre estime. Que ce travail soit l'expression de mon respect pour vous.

A mes grands-pères N'gni et Nama DIARRA

Merci encore pour la considération, les précieux conseils et vos bénédictions.

A mes chers cousins et chères cousines

Bourama DIARRA Boubacar DIARRA, Drissa FOFANA, Seydou DIARRA, Tièman DIARRA, Daby DIARRA<<ROUGEO>>, feu Moriba DIARRA, Moussa DIARRA, Ramata FOFANA, Fatoumata DIARRA,

Veillez accepter l'expression de ma profonde gratitude pour votre soutien, affection, considération et encouragement.

A la famille MARIKO particulièrement mon beau père Mamadou MARIKO

Votre disponibilité et votre soutien m'ont beaucoup réconforté. Veuillez accepter l'expression de ma profonde gratitude.

A mes meilleures amies

Leila DOUMBIA, Habibatou CONARE, Patricia DEMBELE, Molobaly SIDIBE, Ramata DIARRA, Gnamagolo DIARRA

Je vous remercie pour les agréables souvenirs et j'espère que notre amitié demeurera pour toujours. Veuillez accepter l'expression de ma profonde gratitude pour votre soutien, affection, considération et encouragements.

A mes Aînés et collègue du service

Dr Boubacar NANAKASSE, Dr Ghislain Doris TCHOUKOUA, Maimouna CISSE

Depuis mon arrivée au sein du service, vous m'avez toujours accompagné par vos conseils constants pour le bien des patients dans un service exemplaire. Je vous remercie et vous souhaite bonheur, prospérité et bonne continuation.

Aux médecins du Service de Rhumatologie

Dr PAMANTA Ibrahima Sory, Dr TOURE Sidi, Dr DIALLO Seydou, Dr SANGARE Fanta, Dr TOURE Mohomodine, Dr BERTHE Drissa

Aucun mot ne nous conviendra assurément pour faire valoir la récompense que vous méritez et les efforts que vous fournissez pour la propagation des acquis scientifiques en termes de recherche et de formation.

Merci pour vos enseignements, l'aide et les conseils que vous m'avez prodigué tout au long de mon parcours dans le service.

Un remerciement à toute l'équipe infirmière particulièrement la surveillante du service Mme SIDIBE Fatoumata KEITA.

Vous faites partie de ces rares personnes par leur gentillesse, leur tendresse et leur grand cœur. Trouvez ici, le témoignage de toute ma reconnaissance pour votre soutien. Je vous souhaite une vie pleine de réussite, de santé et de bonheur.

A toute la 9ème promotion du numerus clausus de la FMOS

Je rends un hommage spécial à mon défunt Responsable de classe **Bamody Koné**. Que la terre te demeure légère.

Grand merci pour les bons souvenirs, que DIEU comble toute la promotion de ces bienfaits.

Aux malades hospitalisés

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

HOMMAGE AUX MEMBRES DE JURY

A notre maitre et président du jury de thèse

Professeur Cheick Oumar Guinto

- Professeur titulaire à la FMOS ;
- Maitre titulaire de Neurologie ;
- Responsable de l'enseignement de la Neurologie à la FMOS ;
- Praticien hospitalier au CHU du Point-G ;
- Coordinateur du DES de Neurologie ;
- Chef de Service de Neurologie au CHU du Point-G ;
- Président de la Société de Neurologie du Mali ;
- Membre de la Société Malienne de Neurosciences ;
- Membre du consortium Human Heredity and Healt in Africa.

Cher maitre ;

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples responsabilités. Vous êtes pour nous le model scientifique par excellence par votre capacité à inspirer, impacter et engager votre environnement. Nous avons apprécié grandement et profondément vos qualités intellectuelles et scientifiques. Votre humanisme, votre empathie pour ne citer que ces qualités forgent le respect et l'admiration pour les personnes que nous sommes. Que le Tout Puissant bénisse tout ce que votre main touchera et vous comble de joies et de bonheurs.

Veillez croire cher maitre, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maitre et juge de thèse

Docteur Pakuy Pierre MOUNKORO

- Praticien hospitalier dans le service de psychiatrie au CHU Point – G ;
- Maître assistant à la FMOS ;
- Chef du service de psychiatrie au CHU Point – G ;
- Membre de la Société Africaine de Santé Mentale (SASM) ;
- Membre de la Société Malienne de Santé Mentale (SOMASAM) ;
- Ancien chef du Centre Régional de Recherche en Médecine Traditionnelle (CRMT) Bandiagara, Département de Médecine Traditionnelle (DMT) de l'INRSP ;
- Chercheur en santé mentale, en pharmacopée et médecine traditionnelle.

Cher maitre ;

Nous sommes honorés de vous compter parmi les membres de ce jury malgré vos multiples occupations. Ces valeurs Professionnelles et humaines dont vous êtes porteuses, justifient tout l'estime que nous avons pour vous.

Les mots seraient bien faibles pour qualifier notre gratitude pour l'amélioration de ce travail.

Veillez recevoir ici cher maître, nos sentiments respectueux et plein de reconnaissance.

A notre maitre et co-directeur de thèse

Docteur Ibrahima Sory PAMANTA

- Praticien hospitalier dans le service de Rhumatologie au CHU du Point-G ;
- Spécialiste en Rhumatologie ;
- Membre fondateur et trésorier de la Société Malienne de Rhumatologie(SMRH) ;
- Membre de la Société Burkinabè de Rhumatologie (SBR) ;
- Membre de la Société Ivoirienne de Rhumatologie (SOCIRH) ;
- Membre de la Société Béninoise de Rhumatologie (SoBeR)
- Membre fondateur de la Société Africaine de Rhumatologie (SARH).

Cher maitre

Nous tenons à vous remercier d'avoir bien voulu participer à l'élaboration de ce travail. Homme de principe et de rigueur, vos qualités humaines et scientifiques, votre quête obstinée du savoir et du travail bien fait font de vous un maître admiré par ses élèves.

Cher maitre, nous avons eu la chance de bénéficier de votre encadrement dans le service. Nous avons beaucoup appris auprès de vous. Ces quelques mots pour vous témoigner notre reconnaissance. Veuillez accepter, nos sincères remerciements et soyez assuré de notre profonde gratitude.

A notre maitre et directeur de thèse

Professeur Idrissa Ah. CISSE

- Maître de conférences de Rhumatologie à la FMOS ;
- Ancien Secrétaire Principal à la FMPOS ;
- Diplômé en Médecine Tropicale et Parasitaire ;
- Diplômé en Endoscopie Digestive et en Maladies Systémiques ;
- Chef du Service de Rhumatologie au CHU du Point-G ;
- Membre International de la Société Française de Rhumatologie (SFR) ;
- Membre de l'African League of Associations for Rheumatology (AFLAR) ;
- Vice-Président de la Société Ouest-Africaine de Gériatrie et de Gériologie (SOAGG) ;
- Secrétaire général du Réseau Ouest-Africain des Myopathies (ROAMY) ;
- Ancien Président de la commission Médicale et d'Établissement (CME) au CHU du Point-G ;
- Membre de la Société Burkinabè de Rhumatologie (SBR) ;
- Membre de la Société Béninoise de Rhumatologie (SoBeR)
- Président de la Société Malienne de Rhumatologie (SMRh) ;
- Membre fondateur de la Société Africaine de Rhumatologie (SARh) ;
- Ancien Directeur Général du CHU du Point-G.

Cher maitre ;

Plus qu'un enseignant de mérite, vous êtes un éducateur de choix. Vous avez allié sagesse et l'humilité, écoute et conseils pour nous transmettre le savoir, l'éducation, le respect, la tolérance, la persévérance, la disponibilité et le tout dans la discipline. Puisse Dieu le tout puissant vous accorder santé et longévité afin que soient menés à bien vos projets, et que d'autres comme nous, puissent bénéficier de votre savoir et de vos connaissances. En ce moment solennel, l'occasion nous est offerte de vous réitérer notre profonde gratitude.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

Ac	Anticorps.
ADP	Adénopathie.
ALAT	Alanine amino-transferase.
ANCA	Anti-Neutrophil Cytoplasm Antibodie ou Anticorps anti-cytoplasme des neutrophiles.
AAN	Anticorps antinucléaires.
AINS	Anti inflammatoires non stéroïdiens.
ASAT	Aspartate amino-transferase.
BAAR	Bacille acido-alcolo-résistant.
BDI	Beck Depression Inventory.
C	Complément.
CCP	Anti-peptides cycliques citrullinés.
CD4	Cluster de différenciation 4.
CHU	Centre hospitalier universitaire.
CmHg	Centimètre de mercure.
Coll.	Collaborateur(s).
CPK	Créatine phosphokinase.
CRP	C reactive protein ou protéine C réactive.
CIM	Classification Statistique Internationale des Maladies.
DSM	Manuel de Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux.
ECBU	Examen cyto bactériologique des urines
ECG	Électrocardiogramme.
EEG	Électro-encéphalogramme.
FOGD	Fibroscopie œsogastroduodénale.
FR	Facteur rhumatoïde.
FT3	Triiodothyronine
FT4	thyroxine.

GGT	Gamma glutamyl transferases.
Hb	Hémoglobine.
IDR	Intradermoréaction
Ig	Immunoglobine.
INF	Interféron.
IL	Interleukine.
IMC	Indice de masse corporelle.
INSERM	Institut National pour la Santé Et la Recherche Médicale.
IRM	Imagerie par résonance magnétique.
IS	Immunosuppresseur.
LCR	Liquide céphalo-rachidien.
LES	Lupus érythémateux systémique
MV	Murmures vésiculaires.
NFS	Numération formule sanguine.
NK	naturel killer
OMS	Organisation Mondiale de la santé
PR	Polyarthrite rhumatoïde.
PSA	Prostate specific antigen.
RIC	Rhumatisme inflammatoire chronique.
RNP	Ribonucléoprotéine
TAC	Tension artérielle couché
TAD	Tension artérielle debout.
TDA	Trouble du déficit de l'attention.
TDM	Tomodensitométrie.
TNFα	Tumor necrosis factor alpha
TOC	Trouble obsessionnel compulsif.
TPHA	Treponema Pallidum Hemagglutininations Assay.
TR	Toucher rectal.

TSHus	Thyroid stimulating hormone ultra-sensible ou thyroestimuline ultra-sensible.
TV	Toucher vaginal.
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory.
VHB	Virus de l'hépatite virale B.
VHC	Virus de l'hépatite virale C.
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine.
VS	Vitesse de sédimentation.
GBD	Global Burden of Disease.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition en fonction du lieu de résidence	55
Tableau II : répartition en fonction de la situation matrimoniale	56
Tableau III : répartition en fonction des signes associés	57
Tableau IV : répartition en fonction de l'hémogramme	58
Tableau V : répartition selon le germe isolé à l'uroculture.....	58
Tableau VI : répartition en fonction du diagnostic retenu	59
Tableau VII : répartition en fonction des affections associées	60
Tableau VIII : répartition en fonction de la Classe médicamenteuse	61
Tableau IX : répartition selon les psychotropes prescrits	62
Tableau X : répartition en fonction de l'amélioration.....	63

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition en fonction de l'âge 55

Figure 2 : répartition en fonction du sexe 55

Figure 3 : répartition en fonction du niveau socio-économique 56

Figure 4 : répartition en fonction des signes généraux 57

Figure 5 : répartition en fonction du traitement immunosuppresseurs en cours. 61

Figure 6 : répartition en fonction de la durée du séjour 63

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
I. OBJECTIFS	2
1.1. Objectifs généraux	2
1.2. Objectifs spécifiques	3
II. GENERALITES.....	4
2.1. Définition	4
2.2. Historique :.....	9
2.3. Intérêt :	13
2.4. Classification et signes cliniques :	15
2.5. Facteurs favorisants :	32
2.6. Démarche thérapeutique :	45
2.6.1. Les objectifs thérapeutiques en psychiatrie :.....	46
2.6.2. Les Modalités de traitement en psychiatrie	46
2.7. Les moyens thérapeutiques	49
III. MÉTHODOLOGIE.....	52
3.1. Cadre et lieu d'étude	52
3.2. Type et période d'étude.....	52
3.3. Population d'étude	53
3.4. Critères d'inclusion	53
3.5. Critères de non inclusion	53
3.6. Taille de l'échantillon	53
3.7. Collecte des données	53
3.8. Les paramètres étudiés	53
3.9. Saisie et analyse des données.....	54
IV. RESULTATS	54
4.1. Caractéristiques sociodémographiques	54
4.2. Données de l'examen clinique :	57
4.3. Données des explorations paracliniques	58
4.4. Diagnostics.....	59
4.5. Traitement :.....	61
4.6. L'évolution :.....	63
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	64

5.1. Caractéristiques sociodémographiques :	64
5.2. Données de l'examen clinique	65
5.3. Données des explorations paracliniques	65
5.4. Diagnostic retenu	65
5.5. Traitement	66
5.6. L'évolution :.....	66
VI. CONCLUSION	67
VII. RECOMMANDATIONS.....	68
REFERENCES.....	69
ANNEXE	80

INTRODUCTION

Le trouble mental est défini comme étant un syndrome caractérisé par des perturbations cliniquement significatives dans la cognition, la régulation des émotions. Il s'agit d'une personne qui reflète un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques, ou développement sous-jacents au fonctionnement mental [1].

Il existe deux (02) grandes classifications des maladies mentales :

la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'OMS et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) proposé par l'association américaine de psychiatrie.

Les troubles mentaux constituent un problème de santé publique en progression dans le monde. Selon l'OMS ils toucheraient plus de 20% de la population générale sans distinction de sexe ou d'âge. Ils peuvent être aigus ou chroniques [2 ; 3].

La part croissante des affections chroniques dans les statistiques médicales est généralement expliquée par l'allongement de la durée moyenne d'existence, la récession des maladies infectieuses, et les conditions de la vie moderne (rythmes et tensions propres à la vie urbaine, conditions de travail, environnement nocif, habitudes alimentaires, consommation d'alcool et de tabac). De plus en plus, on insiste sur l'existence de sensibilités génétiques. Les affections chroniques (lombalgie chronique, Rhumatismes inflammatoires chroniques) sont de mieux en mieux circonscrites sur le plan physiologique et biologique. Elles sont assorties plus ou moins d'une dépendance thérapeutique du malade, et des coûts sociaux considérables. Il semblerait que l'apparition de certaines de ces affections, de même que leur mode d'évolution, relèvent notamment de l'expression somatique d'états psychiques et relationnels dont la variabilité dépendrait autant des affections incriminées que des patients [7 ; 8 ; 9].

Les troubles psychiques sont fréquents au cours des maladies auto-immunes telles que : le lupus érythémateux systémique surtout, la polyarthrite rhumatoïde, la sclérodermie systémique avec une prévalence très variable. Leur survenue serait imputable soit à l'affection ou à la corticothérapie très souvent utilisée dans la prise en charge ces affections. La clinique est systémique et multidisciplinaire notamment : la psychanalyse, la neurochimie, la psychologie génétique, l'anatomie pathologique, l'éthologie, la neurophysiologie [4 ; 6].

La notion de maladie n'est pas univoque :

Est-ce qu'un trouble obsessionnel compulsif (TOC), un trouble du déficit de l'attention (TDA), une psychose, une anorexie ou des addictions ? Un ouvrage de Georges Lanteri Laura revient sur ces questions et constate qu'il existe plusieurs modèles médicaux et que la sémiologie psychiatrique peine toujours à trouver son référent. La situation n'a guère évolué et pourrait même empirer avec les confusions entre la maladie, les traitements, les droits à être différent sans subir de ségrégation, à guérir, le devoir d'être soigné, et de se soigner [5].

La plupart des travaux effectués jusqu'à présent ont porté sur la dépression, dont la prévalence a été estimée entre 22 et 80 % au cours de la polyarthrite rhumatoïde et à 29,59% au cours de la lombalgie commune chronique, l'âge moyen des patients était de $46,13 \pm 13$, ans [10].

Dans le service de Rhumatologie du CHU Point G, les demandes d'avis psychiatriques ne sont pas rares.

Cependant aucune étude de la fréquence des troubles psychiques et leur impact dans la prise en charge n'a été effectuée, d'où l'intérêt de celle-ci.

I. OBJECTIFS

1.1. Objectifs généraux

Etudier les troubles psychiques dans le Service de Rhumatologie du CHU du Point G.

1.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des troubles psychiques chez les patients hospitalisés.
- Décrire les principaux tableaux cliniques psychiatriques présentés.
- Enumérez les affections somatiques associées et leur prise en charge adéquate.

II. GENERALITES

2.1. Définition

Selon OMS « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité ».

Le trouble psychique qui peut être désigné sous les termes de trouble psychiatrique ou encore trouble mental, désigne un ensemble d’affections et troubles d’origines très différentes entraînant des difficultés dans la vie d’un individu, des souffrances et des troubles du comportement. La crise est le point culminant de la maladie psychique. Comme le définissait déjà Johann Christian Reil la psychiatrie comprend au moins trois approches liées entre elles :

- le modèle biologique s'appuie sur l'idée de dérèglements organiques, biologiques, notamment au niveau du fonctionnement cérébral, et qu'il faudrait corriger ;
- le modèle psychologique dans lequel on s'intéresse au psychisme de l'individu et qu'on traite par les psychothérapies ;
- le modèle social qui s'intéresse à l'interaction du patient avec son milieu et des troubles qu'il présente [3].

L’impact des affections chroniques sur la qualité de vie des patients n’est plus à démontrer. Les rhumatismes Inflammatoires chroniques (RIC) entraînent des douleurs, une fatigue, des troubles de sommeil, des troubles anxieux et dépressifs. Par conséquent, ils engendrent un impact majeur sur le vécu journalier, l’activité professionnelle et la vie familiale du patient.

De nombreuses études ont souligné l’altération de la qualité de vie de ces patients [11,12].

La part croissante des affections chroniques dans les statistiques médicales est généralement expliquée par l’allongement de la durée d’espérance de vie, la régression des maladies infectieuses et les conditions de vie moderne (rythmes

et tensions propres à la vie urbaine, conditions de travail, environnement nocif, habitudes alimentaires, consommation d'alcool et de tabac). On insiste aussi de plus en plus sur l'existence de sensibilités génétiques. Elles sont de mieux en mieux circonscrites sur le plan physiologique et biologique, assorties de tout un arsenal de moyens thérapeutiques, curatifs ou palliatifs, qui entravent ou ralentissent leur évolution et rendent leur existence plus supportable, mais entraînent une dépendance du malade, et des coûts sociaux considérables.

La déclaration de certaines de ces maladies, de même que leur mode d'évolution, relève pour partie de l'expression somatique d'états psychiques et relationnels dont la variabilité dépendrait autant des affections incriminées que des patients. Certaines paraissent se manifester brutalement à la suite d'un évènement ou parce que les conditions précédant leur apparition sont passées inaperçues aux yeux des médecins ou du malade lui-même (absence de symptômes, troubles bénins, dépression masquée, suractivité). Il semble aussi que des manifestations d'états anxieux, asthéniques, dépressifs ou l'existence de troubles fonctionnels peuvent être considérés comme signes de prédisposition à d'éventuelles maladies organiques, sans que l'on puisse prévoir lesquelles. L'apparition de ces affections (auxquelles les sujets peuvent par ailleurs être prédisposés par des particularités génétiques ou par leur mode de vie), de même que leurs poussées évolutives se manifesteraient préférentiellement quand certaines situations critiques ne peuvent plus être assumées mentalement, ni réinterprétées dans un autre registre. Les étapes de transition de la vie physiologique, psychologique, sociale et les événements de la vie seraient souvent à l'origine de telles situations, mais des faits apparemment anodins peuvent avoir les mêmes effets déclenchants.

La difficulté à réaménager psychiquement ces situations se traduirait par de plus nombreuses manifestations d'asthénie, d'anxiété, de troubles fonctionnels et dépressifs témoignant d'états de mal-être et de fragilisation individuels sur le

plan clinique et biologique. Les recherches actuelles de la clinique analytique tendent à montrer que certains modes de structuration et de fonctionnement des instances psychiques prédisposent à des degrés divers d'atteinte des fonctions organiques, sans que l'on puisse prédire à priori sous quelle figure d'affection spécifique.

Par ailleurs, les progrès de la recherche biologique prouvent que certaines affections chroniques sont induites par des dérèglements particuliers du système immunitaire, mais dont les causes restent encore mal connues.

Or, si l'apparition de ces différents types de dérèglements semble bien correspondre à certaines configurations de dynamique psychique, on n'est pas en mesure actuellement de comprendre pourquoi on a affaire à une maladie plutôt qu'à une autre, ni de rendre compte de la totalité des mécanismes psycho-organiques qui déterminent ces changements d'état.

Ces affections seraient donc à la fois :

- aléatoires, puisque l'on ne peut prévoir à quel niveau organique va s'opérer la bifurcation, ni quelle va en être l'expression spécifiée,
- partiellement déterminées par l'organisation psychique et l'histoire du sujet.

Face à cette part d'incertitude, inhérente à la complexité du vivant, le biologiste et le psychanalyste-psychosomaticien n'ont ni la même position, ni les mêmes méthodes d'investigation. Ils semblent donc condamnés à emprunter des vols différents pour saisir au plus près les limites de cette part d'aléa et tenter d'expliquer pourquoi une femme développera une sclérose en plaques plutôt qu'un cancer du côlon [13].

De leur côté, les biologistes disposent désormais des outils scientifiques et techniques qui permettent de connaître de façon de plus en plus précise les caractéristiques génétiques d'un individu. Là aussi l'aléatoire a une place importante puisqu'il est établi que les réponses immunitaires à certains antigènes

varient d'un individu à l'autre. Mais on sait également depuis peu que la présence de certains antigènes d'histocompatibilité favorise l'expression organique clé affections associées sans liens apparents.

Sur le plan sociologique et culturel

Les travaux théoriques qui tentent de rendre compte des modes d'intégration, du psychique, du somatique et de leurs désorganisations. Ils soulignent bien que les processus de somatisation supposent une impossible maîtrise de la réalité par l'activité mentale et fantasmatique du fait d'une fragilité de l'organisation psychique ou du refoulement de la subjectivité. Le recours à des formes de réponses correspondant aux stades primitifs des rapports entre l'organique et l'affectif- sensoriel, c'est-à-dire antérieur à la phase identitaire œdipienne, à l'acquisition du langage et à l'autonomie psychomotrice.

Dans cette démarche, l'histoire de la structuration du sujet psychique est évidemment déterminante. Elle laisse dans l'ombre l'étude des facteurs sociaux et culturels qui contribuent à modifier l'organisation des stades ultimes du développement psychique (phase œdipienne). Les phases relationnelles primaires conditionnent l'avenir de la subjectivité et de l'identité psychique.

Les neurosciences ont poussé à leurs limites la compréhension des mécanismes physico-chimiques qui régissent l'activité sensorielle et cérébrale sans pouvoir expliquer la fonction imaginante ni la production d'effets signifiants.

L'immunologie découvre chaque jour de nouveaux aspects des interactions entre système nerveux, système endocrinien et système de défense de l'organisme, ainsi que des chaînes d'effets produits par les combinaisons particulières des composants biochimiques. La compréhension des données génétiques et programmatiques du système immunitaire permet dorénavant d'appréhender son rôle décisif à la fois dans les mécanismes de défense comme dans ceux de la génération et de la régulation de l'identité et de l'intégrité du système organique.

L'ensemble de ces connaissances a conduit à considérer la part de dérèglements immunitaires (hypersensibilité, déficits immunitaires, maladies auto-immunes) dans nombre des affections chroniques jusqu'à présent attribuées à d'autres facteurs, ou partiellement inexplicables.

Toutefois la branche récente de la psycho-neuro-immunomodulation s'intéresse spécifiquement à cet ensemble de phénomènes où la médiation d'hormones et de corticoïdes modulent l'activité du système immunitaire en réponse à un état relationnel. Sans doute aussi à sa représentation et à sa mémoire, participent à la très grande variabilité des états du fonctionnement du système comme à la variance individuelle des perturbations pathologiques associées à des états émotionnels. L'observation scientifique reste démunie devant ces spécificités personnelles, autant parce que ces perturbations relèvent (en l'état des connaissances) de modifications aléatoires parce que ces disciplines ne disposent pas des méthodes d'analyse qui permettent de rapporter ces affections à l'histoire somatique et à l'économie psychique du sujet. Cette conception du système immunitaire comme "intégrateur somatique" dont les réponses aux signaux dérivés de la vie relationnelle seraient les signes physiques décrits par la médecine psychosomatique incite évidemment à souhaiter de nouveaux rapprochements entre les deux disciplines.

Il est constaté que les débats autour de ces notions-appâts risquent de s'épuiser sur eux-mêmes si on ne les situe pas dans leur schéma de fonctionnement. Les recherches concernant les logiques de programmation, de structuration de différenciation progressive du système immunologique et neuropsychique qui participent à l'organisation psychosomatique représentent à l'heure actuelle les voies les plus constructives. De ce point de vue, les propositions les plus achevées des sciences cognitives et de la neuro-immunologie, comme celles des théories psychosomatiques semblent maintenant reposer sur un certain nombre de principes communs, de présupposés voisins. cela implique de prendre en

compte l'histoire et la mémoire de ces relations (mémoire neurologique, immunologique et psychique) ainsi que les modes de programmation et de fonctionnement de cette mémoire.

Les fonctions cognitives et fonctions opérationnelles sont indissociables et définies par des systèmes de relations qui assurent à la fois la clôture et l'intégrité du système. Selon les systèmes, l'incapacité à réguler des sources de perturbations (par excès ou par défaut), internes ou externes, par de nouveaux comportements se traduit par une déliaison des continuités habituellement assurées avec les autres. Par conséquent, une altération durable ou momentanée des relations de contiguïté ou de fonctionnalité entre niveaux est possible.

Enfin la constitution progressive des niveaux correspondant au système immunologique, nerveux et psychique est le résultat d'une programmation spécifique à chaque individu. Partant de ces formulations, où apparaissent de nouvelles proximités, on peut envisager de reposer la question de certaines notions ou relations fondamentales : mémoire, frayage, traces mnésiques ; relations structurelles et organisations fonctionnelles ; substrat organique des notions de plaisir et de déplaisir ; processus psychiques primaires ; régulations immunologiques structures ; destin de la subjectivité et logique organique de métabolisation énergétique [13].

2.2. Historique :

Le terme psychiatrie introduit en 1808 a d'emblée situé cette spécialité sous le signe de traitements qui comprenaient le traitement psychologique (aujourd'hui, on dirait psychothérapie). La psychiatrie est ordinairement pratiquée par un psychiatre.

En 1676 Louis XIV décréta l'ouverture des hôpitaux de France, et ceci afin d'enfermer toute personne qui n'est pas en ligne avec la société de l'époque : des "débauchés", des pères dépensiers, des fils prodiges, des blasphémateurs, ceci marqua le début de "l'emprisonnement à grande échelle des fous".

Ces hôpitaux n'étaient enclins à aucune thérapie. Les conditions qui y régnaient faisaient leur réputation ; les détenus étaient enchaînés, mal traités et flagellés. C'est dans ces conditions que les gardiens de ces hôpitaux développaient leur "expertise en psychiatrie".

Les détenus étaient souvent jetés dans une fosse grouillante de serpents afin de les ramener à la raison. Bien que travailler dans les asiles n'est pas le plus valorisant, ces gardiens se positionnaient comme porteurs exclusifs et légitimes d'une discipline médicale nouvellement créée. D'après eux c'est un art et une science aussi complexe que la chimie.

Edwin Kraepelin en 1918 définissait un psychiatre comme un chef qui pouvait intervenir sans pitié dans les conditions de vie des gens en étant soi-disant en mesure d'obtenir sûrement une baisse de la folie.

C'est depuis la Révolution française que la psychiatrie s'est érigée en discipline médicale enregistrée en 1842. Elle reste cependant peu usitée jusqu'au XIXe siècle. On parlait alors de médecine de l'aliénation mentale. A cette époque, les malades mentaux étaient considérés comme aliénés. Les spécialistes qui étudiaient et traitaient leurs affections étaient connus sous le nom d'aliénistes. L'évolution de la discipline s'est particulièrement faite en Europe avec l'école française, par la prise en compte du traitement psychique (on disait aussi moral) des troubles. Les résultats thérapeutiques étaient relativement isolés, la pharmacopée était peu développée et les cures morales nécessitaient un grand investissement souvent réservés aux privilégiés. En pastichant Michel Foucault, on pourrait dire que le rôle des psychiatres, des asiles puis des hôpitaux psychiatriques (HP) était de surveiller, isoler, classifier et ramener à la raison les malades. On retiendra notamment qu'en France, durant la Seconde Guerre mondiale, dans les hôpitaux psychiatriques 40000 patients sont morts. L'apparition de traitements psychotropes efficaces date des années 1950 et leur diffusion s'étend jusqu'aux années 1960 voire 1970. Certains psychiatres comme

Henri Baruk et dans une moindre mesure, Henri Ey s'opposait à leur utilisation. L'introduction des premiers neuroleptiques, la chlorpromazine puis l'Halopéridol, fut une véritable révolution dans les services de psychiatrie et dans la prise en charge des malades psychotiques [14].

Ces nouveaux médicaments permettaient de calmer les malades agités et délirants. Le mouvement se poursuit dans les années 1970, en partie du fait de l'avènement des psychothérapies notamment psychanalytiques et des courants de l'antipsychiatrie et du mouvement des aliénistes, la question du « malade mental » est complètement repensée. Alors que jusque-là prévalaient surtout les dogmes d'internement ou de l'enfermement des malades, un processus d'externalisation et de désinstitutionalisation a été entrepris.

Actuellement, la situation de la psychiatrie varie d'un pays à l'autre. Dans certains, des progrès sont encore réalisés et dans d'autres, des stagnations ou même des régressions sont à l'ordre du jour, en fonction du désengagement des États, et du manque chronique de spécialistes. La demande de soins augmente, à l'instar d'une baisse de la démographie médicale. Les grandes villes de Suisse, de France et de Belgique sont actuellement parmi les plus psychiatisées d'Europe [14].

La psychiatrie de liaison a été instaurée aux Etats-Unis au début des années 30 comme faisant partie d'un mouvement visant à rapprocher la psychiatrie de la médecine générale après des décennies de séparation géographique et conceptuelle. En effet, au début du 20ème siècle, une parmi les critiques les plus persistantes par rapport à l'activité des psychiatres était que ceux-ci sont isolés du reste de la communauté médicale, ne se tiennent pas au courant de l'évolution de la médecine générale et agissent dans une certaine autosuffisance [15].

Dans les années 20 et 30 les unités psychiatriques ont commencé à s'implanter en nombre croissant dans les hôpitaux généraux permettant ainsi de resserrer les liens entre la psychiatrie et la médecine par les soins aux patients, de

l'enseignement et des études cliniques. Evolution logique de ce développement, des efforts ont été faits pour offrir des consultations psychiatriques aux médecins travaillant dans les différentes divisions des hôpitaux généraux. En 1929, George W. Henry a publié un article où il a énoncé les avantages et difficultés d'établir des relations professionnelles régulières entre le psychiatre consultant et les collègues médecins et chirurgiens. Dans les années qui ont suivi, bon nombre d'hôpitaux universitaires ont commencé à développer ces liens de manière plus organisée avec parfois la mise en place de véritables structures de liaison travaillant sans unité de soins, au lit du malade, offrant des consultations psychiatriques et de l'enseignement. Parallèlement à ces activités de consultation, les psychiatres se sont engagés dans des recherches à l'interface de la médecine et de la psychiatrie. L'émergence de la médecine psychosomatique dans les années 30 a stimulé l'intérêt pour ces recherches. Après 1945, les services de liaison ont commencé à se multiplier de même que la littérature sur les aspects conceptuels de cette psychiatrie extramuros, la formulation de ses objectifs et ses modes d'action a commencé à se complexifier.

Dans sa forme la plus simple, la consultation de liaison aboutissait à l'établissement d'un diagnostic à des conseils thérapeutiques et impliquait peu de contacts avec l'équipe soignante et rarement de l'enseignement.

Dans les années 50 et 60 l'approche s'est élargie vers un intérêt pour la personnalité du patient et son influence dans la réaction face à la maladie, vers les situations de crises et les psychothérapies au lit du patient. On s'est aussi intéressé aux médecins eux-mêmes et plus particulièrement aux problèmes relationnels qu'ils pouvaient rencontrer avec les patients, l'équipe soignante et l'entourage familial. Au cours des années 70 les consultations de liaison ont continué leur expansion dans de nombreux centres universitaires, l'enseignement de la psychiatrie de liaison devenant progressivement une partie

intégrante de la formation du psychiatre. Parallèlement, de nouveaux problèmes cliniques à la frontière entre médecine et psychiatrie ont été identifiés et des nouvelles technologies médicales ont fait apparaître des problèmes éthiques liés aux droits des patients d'accepter ou refuser un traitement. A titre d'exemple, l'hémodialyse, la chirurgie cardiaque, les soins intensifs, la transplantation d'organe et la chirurgie de l'obésité ont poussé la psychiatrie de liaison à s'adapter aux avancées thérapeutiques de manière à pouvoir « parler la même langue » que le somaticien mais aussi à être en mesure d'offrir un conseil sur le diagnostic, la prise en charge et la prévention des problèmes psychiatriques associés à ce type de soins [16].

2.3. Intérêt :

L'espérance de vie d'un patient souffrant d'affection psychiatrique sévère est de 20 % inférieure à celle constatée en population générale. La première cause de surmortalité est le suicide. Les accidents et les causes médicales sont également surreprésentés, particulièrement les maladies cardiovasculaires et respiratoires dont le taux de comorbidité est compris entre 30 et 60 %. De nombreux facteurs de risque, similaires à ceux rencontrés en population générale, ont été identifiés. Certains sont non modifiables (sexe, appartenance ethnique, antécédents personnels et familiaux), d'autres peuvent faire l'objet de politique de prévention et de soins en particulier les troubles liés la consommation d'alcool, de tabac (taux de tabagisme multiplié par 1,5 à 3 chez les patients schizophrènes) et d'autres drogues, l'HTA, les dyslipidémies, le syndrome métabolique secondaire au traitement psychotrope, le diabète et les rhumatismes inflammatoires chroniques(RIC).

Ainsi, on note une prévalence de 28 % à 60 % du syndrome métabolique en cas de troubles schizophréniques et de 30 % en cas de troubles bipolaires. Ces facteurs de risque sont en partie liés aux affections psychiatriques et en partie aux effets iatrogènes des traitements psychotropes, en particulier les traitements

antipsychotiques classiques et antidépresseurs, notamment lorsqu'ils sont pris au long cours. Ces traitements peuvent avoir des effets indésirables d'ordre métabolique, cardiovasculaire et hormonal. Ils nécessitent une surveillance systématique et périodique.

Parmi les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, la prévalence de la dépression, suite à une évaluation psychiatrique, varie de 13 % à 20 % [17].

Cette prévalence peut être plus importante pour atteindre 40% chez ce type de patients [9].

Elle est beaucoup plus fréquente lorsqu'elle est estimée sur la base d'une auto-déclaration. La prévalence de la dépression, tous types cliniques confondus, était de 42 % et celle d'épisodes dépressifs majeurs de 17%. Le risque relatif et la sévérité de la dépression n'étaient pas corrélés au degré de l'atteinte ostéo-articulaire [19].

Au cours des 30 dernières années, l'intérêt envers la santé, l'activité physique, le bien-être, la qualité de vie et les processus psychologiques qui s'y rapportent s'est accru. Le problème de la santé mentale des populations est de plus en plus prégnant. Une étude du Health Survey of England considérait en 1995 que 20 % des femmes et 14 % des hommes avaient souffert à un moment de leur vie de troubles mentaux et estimait qu'un adulte sur 7 serait touché par des troubles psychologiques. Une méta-analyse récente à partir des données épidémiologiques de l'OMS, de la banque mondiale et de l'école de Santé publique de Harvard University, de l'étude du Global Burden of Disease (GBD), souligne que les troubles neuropsychiatriques figurent parmi les cinq premières causes d'incapacité. La forme « dépression » (troubles de l'humeur) explique par elle-même 10% de la déficience.

2.4. Classification et signes cliniques :

La classification des troubles mentaux pour cette thèse se réfère à la suivante :

- DMS-V (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), qui est l'œuvre de l'association américaine de psychiatrie [2].
- INSERM (Institut National de la santé et de la recherche médicale), il est une classification typiquement française s'appuyant sur des données psychopathologiques [20].
- CIM-10-CA: c'est la classification statistique internationale des maladies et les problèmes de santé connexes dixième révision, version Canada [21].
- Les classifications actuelles des maladies mentales, Classement par troubles et critères diagnostics

Classification de L'OMS

- (F00-F09) Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques
- (F10-F19) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives
- (F20-F29) Schizophrénie, troubles schizothymiques et troubles délirants
- (F30-F39) Troubles de l'humeur (affectifs)
- (F40-F48) Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
- (F50-F59) Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
- (F60-F69) Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
- (F70-F79) Retard mental
- (F80-F89) Troubles du développement psychologique
- (F90-F98) Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence

– (F99) Trouble mental, sans autre indication.

Le syndrome dépressif selon le DSM

• Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé selon le DSM-5

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur.

NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.

1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours signalés par le sujet (se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (pleure ou est au bord des larmes).

NB : Eventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

- 7) Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
- 8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- 9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement la peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.

NB : Les critères A à C caractérisent l'épisode dépressif majeur.

La réaction à une perte significative (décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notées au niveau du critère A et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé associé à la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte :

- Troubles :
 - psychotiques – Aigus – Chroniques
 - de l'humeur – Unipolaire – Bipolaire

- anxieux
- d’addictologie
- du comportement alimentaire
- de la personnalité
- développement de l’enfant et de l’adolescent
- Manifestations psychiatriques de cause organique

Tableaux cliniques des troubles psychiatriques

Les syndromes aigus comprennent

Les états :

- dépressifs aigus,
- délirants aigus,
- confuso-oniriques.

Les syndromes chroniques comprennent :

Les états :

- dépressifs de longue durée,
- délirants chroniques,

Les changements de comportement.

- Les syndromes aigus

Etats dépressifs aigus :

Ils sont caractérisés par

- une anxiété aiguë accompagnée d’une agitation prononcée.
- des états de stupeur anxieuse, allant parfois jusqu’au mutisme avec refus de se nourrir pouvant amener à la prostration physique. Le contenu de ces dépressions concerne l’éloignement de la famille et du lieu d’origine.
- des cas de dépression aiguë avec des contenus centrés, sur le bien-être physique, s’exprimant par des idées hypochondriaques et cénesthopathiques qui repoussent quelquefois la dépression à une place secondaire. Ce type de dépression est fréquemment caractérisé par une baisse de l’élan vital parfois

au détriment des contenus précis, notamment les idées phobiques. Chez ces malades les idées hypochondriaques axées sur certaines régions corporelles disparaissent souvent au profit de l'expérience d'une incapacité vitale globale.

Ce syndrome s'accompagne quelquefois de troubles endocriniens réels, telle l'aménorrhée transitoire ou de maladie somatique cardiovasculaire ou intestinale.

Etats délirants aigus :

Ils correspondent aux bouffées délirantes polymorphes observées à l'ordinaire. Ils se rapprochent souvent de la description clinique de la paranoïa de Kraepelin ou du délire sensitif de Kretschmer, mais se distinguent de ces deux diagnostics par leur tonalité anxieuse et agitée menant jusqu'au suicide ou à l'homicide. Les idées délirantes sont rarement organisées en un véritable système et sont fréquemment en rapport avec l'histoire vécue. Les cénesthopathies peuvent être le point de départ d'interprétations délirantes. Ces états délirants peuvent être accompagnés d'hallucinations et de troubles de l'orientation dans le temps et l'espace. L'isolement linguistique a été indexé par certains auteurs comme étant à l'origine de ces états délirants.

Etats confuso-oniriques :

Ils apparaissent au cours du voyage ou après le débarquement. Selon Epstein, L, c'est la plus typique des psychoses des migrants et des personnes âgées. Ils sont caractérisés par un aspect plus ou moins hystérimorphe et une tonalité anxieuse consécutive à la rencontre d'une réalité difficile à accepter. Quelques auteurs ont joint d'autres tableaux à ce groupe assez différent aussi bien par leur aspect clinique et leur étiologie, leur trait commun étant la désorientation confusionnelle. Il s'agit très souvent d'états délirants aigus accompagnés d'hallucinations intenses parfois des psychoses éthyliques.

Tous ces syndromes aigus ont en commun leur disparition rapide et le fait que leurs rechutes sont exceptionnelles. Leur déclin va en général de pair avec l'abolition de la situation particulière déclenchante, il a lieu après le rapatriement, à la fin de l'isolation linguistique ou l'intégration réussie dans le nouveau milieu. Il existe beaucoup de formes de transition de ces syndromes. Certains auteurs ont cru y trouver une certaine succession : la dépression anxieuse serait la réaction primaire sur laquelle se greffent les autres syndromes qui sont considérés comme secondaires [24,25].

▪ **Les syndromes chroniques :**

Etats dépressifs chroniques :

Ils sont constitués d'une part, par des tableaux cliniques faits de syndromes cénesthopathiques dans lesquels les plaintes excessives prédominent ; d'autre part, par des syndromes qui ont été décrits comme des « états dépressifs pseudo psychasthéniques des migrants ». En général, dépourvus de contenus structurés, ils sont caractérisés par un abaissement considérable de l'intérêt pour l'entourage et un manque de volonté pour les efforts physiques, amenant à un retrait social accompagné d'un ralentissement de l'idéation et de l'expression motrice. Tous ces états dépressifs sont marqués par une forte résistance à tout effort thérapeutique.

Etats délirants chroniques :

Ils correspondent au tableau clinique de la paranoïa. Le contenu centré souvent sur les expériences vécues, concerne la persécution ou quelquefois l'infidélité du partenaire. Parmi les descriptions de l'évolution de ce syndrome on trouve les mêmes types retrouvés dans le délire systématique des autochtones : rigidité, développement progressif avec élargissement du système ou même des manifestations épisodiques. Le « délire à deux » a été également signalé chez ces migrants. Du point de vue clinique aucun critère ne permet une

différenciation entre ces états chez les migrants et chez les autochtones, leur fréquence seule semble plus élevée chez les migrants.

Changements de comportement :

Ils sont constitués d'éléments classés par assez d'auteurs comme « psychopathiques ». Il s'agit d'une part de changement de caractère au profit d'un comportement agressif quelque fois criminel sur le plan de la relation entre les sexes amenant souvent à la promiscuité ou la prostitution. Ces attitudes asociales ressemblent au caractère schizoïde avec souvent une apparence bizarre qui ne favorise pas des possibilités de prise de contact stable avec d'autres personnes. Si l'alcoolisme est un symptôme concomitant des « psychopathes asociaux ».

Cela peut se retrouver chez les malades affectés par d'autres syndromes décrits plus haut ou chez ceux qui n'ont pas de symptômes permettant leur classement dans un groupe précis.

Schizophrénie :

Les troubles schizophréniques se caractérisent par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont préservées, certains déficits des fonctions cognitives puissent apparaître au cours de l'évolution. Les pensées imposées, le vol de la pensée, la divulgation de la pensée, les perceptions délirantes, les idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, les hallucinations dans lesquelles des voix parlent ou discutent du sujet à la troisième personne, les troubles du cours de la pensée et les symptômes négatifs. L'évolution des troubles schizophréniques peut être continue, épisodique avec survenue d'un déficit progressif ou stable, elle peut comporter un ou plusieurs épisodes suivis d'une rémission complète ou incomplète. On ne doit pas poser le diagnostic de schizophrénie quand les troubles affectifs précèdent les symptômes schizophréniques. Par ailleurs, on ne doit pas porter le diagnostic de schizophrénie quand il existe une atteinte

cérébrale manifeste ou une intoxication par une drogue. Des troubles semblables peuvent apparaître au cours d'une épilepsie ou d'une affection cérébrale.

Trouble affectif bipolaire :

C'est un trouble caractérisé par plusieurs épisodes au cours desquels l'humeur et le niveau d'activité du sujet sont profondément perturbés, tantôt dans le sens d'une élévation de l'humeur et une augmentation de l'énergie et de l'activité (hypomanie ou manie), tantôt dans le sens d'un abaissement de l'humeur et d'une réduction de l'énergie et de l'activité (dépression). Les épisodes récurrents de dépression ou de manie sont classés comme bipolaire. La maladie Maniaco-dépressive en est une parfaite illustration.

Troubles de la personnalité :

Ce groupe comprend divers états et types de comportement cliniquement significatifs qui ont tendance à persister et qui sont l'expression de la manière caractéristique de vivre de l'individu et de sa façon d'établir des rapports avec lui-même et avec autrui. Certains de ces états et types de comportement apparaissent précocement au cours du développement individuel sous l'influence conjointe de facteurs constitutionnels et sociaux, tandis que d'autres sont acquis plus tard dans la vie. Les troubles spécifiques de la personnalité, les troubles mixtes et autres troubles de la personnalité et les modifications durables de la personnalité représentent des modalités de comportement profondément enracinées et durables, consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de nature très variée. Ces troubles représentent des déviations soit extrêmes soit significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée. De tels types de comportement sont généralement stables et englobent de multiples domaines du comportement et du fonctionnement psychologique. Ils sont souvent, mais pas toujours, associés à

une souffrance subjective et à une altération du fonctionnement social d'intensité variable.

Les principaux tableaux décrits sont

Troubles spécifiques de la personnalité :

Il s'agit de perturbations sévères de la personnalité et des tendances comportementales de l'individu, non directement imputables à une maladie, une lésion, une atteinte cérébrale, ou à un autre trouble psychiatrique. Ces perturbations concernent plusieurs secteurs de la personnalité ; elles s'accompagnent en général d'un bouleversement personnel et social considérable, apparaissent habituellement durant l'enfance ou l'adolescence et persistent pendant tout l'âge adulte.

▪ Personnalité paranoïaque :

Trouble de la personnalité caractérisée par une sensibilité excessive aux rebuffades, un refus de pardonner les insultes, un caractère soupçonneux, une tendance à fausser les événements en interprétant les actions impartiales ou amicales d'autrui comme hostiles ou méprisantes, une suspicion répétée, sans justification, ce qui concerne la fidélité de son conjoint ou partenaire sexuel et un sens tenace et agressif de ses propres droits. Il peut exister une tendance à une surévaluation de sa propre importance, souvent une référence excessive à sa propre personne.

▪ Traits de personnalité paranoïaque :

La personnalité paranoïaque implique la présence d'au moins quatre des sept symptômes suivants :

- Le sujet s'attend, sans raison suffisante, à ce que les autres se servent de lui, le nuisent ou le trompent ;

- Il est préoccupé par des doutes injustifiés concernant la loyauté ou la fidélité de ses amis et collègues, d'une façon plus générale de son entourage ;
 - Il est réticent à se confier à autrui car il craint que sa confiance ne soit utilisée contre lui ;
 - Il discerne des significations cachées, humiliantes ou menaçantes, dans des événements anodins ;
 - Il est rancunier, ne pardonne pas d'être blessé, insulté ou dédaigné ;
 - Il s'imagine des attaques contre sa personne ou sa réputation, auxquelles il va réagir par la colère ou la rétorsion ;
 - Il met en doute de manière répétée et sans justification la fidélité de son conjoint.
- **Ces comportements ne doivent pas avoir lieu dans le caractère :**
- d'un trouble émotionnel accompagné de manifestations psychotiques ou d'un autre trouble psychique.
 - d'un problème médical global.
 - des troubles paranoïaques généralisés de la personnalité, fanatiques, plaideur et sensitive

▪ **Personnalité schizoïde :**

Trouble de la personnalité caractérisé par un retrait des contacts (sociaux, affectifs ou autres), une préférence pour la fantaisie, les activités solitaires et l'introspection. Il existe une limitation à exprimer ses sentiments et à éprouver du plaisir.

▪ **Traits de personnalité Schizoïde :**

Il s'agit d'un mode général de détachement par rapport aux relations sociales, et de restriction des expressions émotionnelles. Cette personnalité se caractérise par la présence d'au moins 4 des traits suivants :

- le sujet ne recherche, ni n'apprécie les relations sociales y compris intrafamiliales proches
- il choisit presque toujours des activités solitaires
- il présente peu ou pas d'intérêt pour le sexe
- il n'éprouve du plaisir que pour de rares activités
- il n'a pas de confidents en dehors des parents du 1er degré
- il semble indifférent aux critiques autant qu'aux éloges d'autrui
- il présente une froideur, un émoussement de l'affectivité.

▪ **Personnalité dyssociale :**

Trouble de la personnalité caractérisée par un mépris des obligations sociales et une indifférence froide pour autrui. Il y a un écart considérable entre le comportement et les normes sociales établies. Le comportement n'est guère modifié par les expériences vécues, y compris par les sanctions. Il existe une faible tolérance à la frustration et un abaissement du seuil de décharge de l'agressivité y compris de la violence ; il y a une tendance à blâmer autrui ou à justifier un comportement amenant le sujet à entrer en conflit avec la société par des rationalisations plausibles.

▪ **Traits de personnalité antisociale :**

Mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent au moins par trois ou plus des signes suivants :

- incapacité à se conformer aux normes sociales quant aux comportements licites, avec des arrestations répétées ;
- impulsivité, ou incapacité à prévoir ;
- irritabilité et agressivité, indiquée par des conflits et agressions physiques ;
- dédain complet pour la sécurité de soi ou des autres ;

- irresponsabilité chronique, indiquée par l'incapacité à tenir des engagements soutenus ou d'honorer des obligations financières ;
 - Absence de remords ou de culpabilité, indiquée par l'indifférence ou la recherche systématique d'excuses plausibles pour avoir blessé, maltraité, trompé ou volé autrui.
- **Le manuel liste également les critères nécessaires suivants :**
- il y a désordres comportementaux remontant avant l'âge de 15 ans ;
 - la fréquence du comportement antisocial n'est pas limitée à des épisodes de manie ou de schizophrénie.

Personnalité émotionnellement labile :

Trouble de la personnalité caractérisée par une tendance nette à agir de façon impulsive et sans considération pour les conséquences possibles, une humeur imprévisible et capricieuse, une tendance aux explosions émotionnelles et une difficulté à contrôler les comportements impulsifs. Une tendance aussi à adopter un comportement querelleur et à entrer en conflit avec les autres, particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou empêchés. Deux types peuvent être distingués : le type impulsif, caractérisé principalement par une instabilité émotionnelle et un manque de contrôle des impulsions, et le type borderline. Ce dernier se caractérise par des perturbations de l'image de soi, de l'établissement de projets et des préférences personnelles, par un sentiment chronique de vide intérieur, par des relations interpersonnelles intenses et instables et par une tendance à adopter un comportement autodestructeur, comprenant des tentatives de suicide et des gestes suicidaires.

Traits de personnalité borderline :

« Un schéma envahissant d'instabilité dans les relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, également marqué par l'impulsivité commençant chez le jeune adulte et présent dans un grand nombre de contextes. »

Selon le DSM-V [18], il faut au moins 5 des 9 critères présents pendant un laps de temps significatif :

- efforts effrénés pour éviter un abandon réel ou imaginé ;
 - mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation ;
 - perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi ;
 - impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (dépenses excessives, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie ou d'anorexie) ;
 - répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations ;
 - instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours) ;
 - sentiments chroniques de vide ;
 - colères intenses (rage) et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées, colère subite et exagérée) ;
 - survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.
- **En somme, le trouble de personnalité limite est principalement caractérisé par :**
- la peur du rejet et de l'abandon

- l'instabilité de l'humeur ;
- la difficulté à contrôler les pulsions, les actions, ou les réactions impulsives souvent néfastes ;
- des relations interpersonnelles instables ;
- une difficulté avec l'intimité ;
- une dissociation et une méfiance importante en présence de stress.

▪ **Personnalité histrionique :**

Trouble de la personnalité caractérisée par une affectivité superficielle et labile, une dramatisation, un théâtralisme, une expression exagérée des émotions, une suggestibilité, un égocentrisme, une auto-complaisance, un manque de considération pour autrui, une tendance à être facilement blessé, un besoin d'excitation et un désir permanent d'être apprécié et d'être l'objet d'attention.

▪ **Traits de personnalité Histrionique :**

Mode généralisé de réponse émotionnelle excessive en quête d'attention, représenté par au moins cinq des huit manifestations suivantes :

- le sujet est mal-à-l'aise dans des situations où il n'est pas le centre de l'attention d'autrui ;
- l'interaction avec autrui est souvent caractérisée par un comportement de séduction inadapté, ou d'attitude provocante ;
- l'expression émotionnelle est superficielle et instable ;
- le sujet utilise régulièrement son aspect physique pour attirer l'attention ;
- la manière de parler est trop subjective et pauvre en détails ;
- il y a une dramatisation (théâtralisme, exagération du pathos) et une exagération de l'expression émotionnelle ;
- le sujet fait preuve de suggestibilité : il est facilement influencé par les autres ou par les circonstances ;

- le sujet a tendance à considérer que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité.

▪ **Personnalité anankastique (obsessionnelle) :**

Trouble de la personnalité caractérisée par un sentiment de doute, un perfectionnisme, une scrupulosité, des vérifications et des préoccupations pour les détails, un entêtement, une prudence et une rigidité excessives. Le trouble peut s'accompagner de pensées ou d'impulsions répétitives et intrusives n'atteignant pas la sévérité d'un trouble obsessionnel compulsif.

▪ **Traits de personnalité obsessionnelle compulsive :**

Mode générale de préoccupation pour l'ordre, le perfectionnisme et le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens d'une souplesse, une ouverture et de l'efficacité qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre (4) des manifestations suivantes :

- préoccupation pour les détails, les règles, les inventaires, l'organisation ou les plans au point que le but principal de l'activité est perdu de vue
- perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches (incapacité d'achever un projet parce que des exigences personnelles trop strictes ne sont pas remplies)
- dévotion excessive pour le travail et la production à l'exclusion des loisirs et des amitiés (sans que cela soit expliqué par des impératifs économiques évidents)
- est trop consciencieux, scrupuleux, et rigide sur des questions de morale, d'éthique ou de valeur (sans que cela soit expliqué par une appartenance religieuse ou culturelle)
- réticence à déléguer des tâches ou à travailler avec autrui à moins que les autres se soumettent exactement à sa manière de faire les choses

- se montre avec l'argent pour soi-même et les autres ; l'argent est perçu comme quelque chose qui doit être thésaurisé en vue de catastrophes futures
- se montre rigide et têtu

▪ **Personnalité anxieuse (évitante):**

Trouble de la personnalité caractérisée par un sentiment de tension et d'appréhension, d'insécurité et d'infériorité. Il existe un désir perpétuel d'être aimé et accepté, une hypersensibilité à la critique et au rejet, une réticence à nouer des relations et une tendance à éviter certaines activités en raison d'une exagération des dangers ou des risques potentiels de situations banales.

▪ **Traits de personnalité évitant :**

Mode général d'inhibition sociale, de sentiment de ne pas être à la hauteur et d'hypersensibilité au jugement négatif d'autrui qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre (4) des manifestations suivantes :

- le sujet évite les activités sociales professionnelles qui impliquent des contacts importants avec autrui par crainte d'être critiqué, désapprouvé ou rejeté
- réticence à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé
- est réservé dans les relations intimes par crainte d'être exposé à la honte et au ridicule
- craint d'être critiqué ou rejeté dans les situations sociales
- est inhibé dans les situations interpersonnelles nouvelles à cause d'un sentiment de ne pas être à la hauteur
- se perçoit comme socialement incompetent, sans attrait ou inférieur aux autres, est particulièrement réticent à prendre des risques personnels ou à s'engager dans de nouvelles activités par crainte d'éprouver de l'embarras.

▪ **Personnalité dépendante :**

Trouble de la personnalité caractérisée par une tendance systématique à laisser passivement autrui prendre les décisions, importantes ou mineures, le concernant, par une crainte d'être abandonné, des sentiments d'impuissance et d'incompétence, une soumission passive à la volonté d'autrui (personnes plus âgées) et une difficulté à faire face aux exigences de la vie quotidienne. Un manque d'énergie peut se manifester dans le domaine intellectuel ou émotionnel ; il existe souvent une tendance à rejeter la responsabilité sur autrui.

▪ **Traits de personnalité dépendante :**

Besoin général et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement soumis et "collant" et à une peur de la séparation, qui apparaît au début de l'âge adulte et présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- le sujet a du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui ;
- a besoin que d'autres assument les responsabilités dans la plupart des domaines importants de sa vie ;
- a du mal à exprimer un désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation.

NB : ne pas tenir compte d'une crainte réaliste de sanctions ;

- a du mal à initier des projets ou à faire des choses seul (par manque de confiance en son propre jugement ou en ses propres capacités plutôt que par manque de motivation ou d'énergie) ;
- cherche à outrance à obtenir le soutien et l'appui d'autrui, au point de faire volontairement des choses désagréables ;
- se sent mal à l'aise ou impuissant quand il est seul par crainte exagérée d'être incapable de se débrouiller ;

- lorsqu'une relation proche se termine, cherche de manière urgente une autre relation qui puisse assurer les soins et le soutien dont il a besoin ;
- est préoccupé de manière irréaliste par la crainte d'être laissé à se débrouiller seul.

La personnalité dépendante coexiste souvent avec d'autres problèmes de personnalité et de l'humeur difficiles à distinguer. Le degré selon lequel des comportements dépendants sont considérés comme adaptés varie selon l'âge et le groupe socioculturel [2, 21].

2.5. Facteurs favorisants :

Les facteurs qui peuvent induire ou faciliter l'expression de ces problèmes sont nombreux et complexes. Des origines génétiques et/ou organiques sont parfois identifiées, des traumatismes (événements subis) sont souvent incriminés, de même que des conditions de vie (stress, tensions diverses, abus de certaines substances). Les conditions de travail n'en sont pas les moindres. Douleur psychosomatique se définit par une atteinte somatique associée à une atteinte psychique. Ces manifestations somatiques ou d'expressions corporelles trouvent leurs origines dans le psychique, ce qui correspond à des situations où il est impossible de trouver une lésion ou une dysfonction du corps. La composante psychiatrique majeure ainsi le trouble initial l'inscrivant dans un processus de cercle vicieux. Elle est caractérisée par la présence de plaintes et/ou de dysfonctionnements physiques sans qu'il existe d'anomalies structurelles objectivables pouvant rendre compte de ces troubles au regard des connaissances médicales et scientifiques actuelles. A noter que l'expression des manifestations du corps (et les symptômes somatiques) se trouvent majorés dans un contexte psychiatrique, ce qui n'exclut pas pour autant de réels dysfonctionnements mécaniques. "L'investigation soigneuse d'une cause organique au symptôme douloureux doit s'accompagner d'une lecture d'emblée

élargie aux dimensions psychiques et sociales de la souffrance" [22 ; 23 ; 24 ; 25].

La douleur est une expérience multidimensionnelle, difficile à circonscrire, comprenant des aspects sensori-discriminatifs permettant de déterminer la localisation spatiale, la durée, la qualité et l'intensité de la stimulation, mais aussi des aspects affectivo-émotionnels et cognitifs qui doivent être considérés comme faisant partie intégrante de l'expérience douloureuse. La perception d'un stimulus nociceptif est associée à une sensation désagréable qui reflète le caractère affectif et émotionnel de la douleur et qui se manifeste notamment par la survenue d'épisodes anxieux et / ou dépressifs de stress, de colère ou encore de peur. La composante cognitive quant à elle permet aussi de moduler la perception de la douleur et réciproquement.

Ainsi, elle peut avoir une forte répercussion sur les fonctions cognitives telles que la prise de décision chez des patients atteints de douleur chronique, affectant négativement leur qualité de vie. Il est donc essentiel de mieux comprendre les mécanismes à l'origine de ces différentes composantes, pour traiter plus efficacement les patients douloureux chroniques [26].

Le modèle de peur/évitement permet d'expliquer comment l'incapacité chronique se développe chez certains patients lombalgiques. Les patients porteurs de fortes peurs liées à la douleur développent une interprétation négative selon laquelle l'activité physique génèrerait des lésions et exacerberait la douleur [27].

Différentes études menées principalement auprès de lombalgiques chroniques ont montré que les peurs et croyances étaient liées à la sévérité de la lombalgie, à la chronicité ainsi qu'à l'incapacité fonctionnelle [28].

Parmi les critères psychologiques, plusieurs composantes peuvent être explorées : la dépression, l'anxiété, la personnalité, l'estime de soi, le « coping »

(stratégies d'adaptation développées par le patient face à la douleur), les peurs et les croyances concernant le rachis lombaire [29].

L'étude des relations bidirectionnelles entre fonctionnement psychique et psychopathologie, d'une part, physiologie et physiopathologie du système immunitaire, d'autre part, représente de nos jours une des voies les plus stimulantes des recherches psychobiologiques et offre l'espoir d'une élucidation, au moins partielle, de nombreuses énigmes posés par l'expérience psychosomatique. On sait clairement aujourd'hui que le système nerveux est doté d'un pouvoir de modulation sur les fonctions immunitaires. A l'inverse, le système immunitaire semble capable d'informer en permanence le système nerveux sur son propre état de fonctionnement, notamment sur l'existence d'un conflit antigènes-anticorps. Ces échanges bidirectionnels ainsi que le partage par les systèmes nerveux et immunitaire de nombreuses propriétés communes (traitement de l'information, mise en mémoire, contacts spécifiques de cellule à cellule, capacité sécrétoire de médiateurs humoraux) incitent à voir dans le système immunitaire une image en miroir du système nerveux, les lymphocytes circulants pouvant être comparés à un cerveau mobile, doté de caractéristiques sensorielles et effectrices. Réciproquement, la similarité du vocabulaire employé pour décrire certaines fonctions immunitaires ou certaines fonctions psychiques (distinction entre le "soi" et le "non-soi", "réactions de défense", "stimulation" ou "dépression", de l'humeur ou des fonctions lymphocytaire) crée l'illusion d'une relation analogique entre l'équilibre psychique à un instant donné et la solidité concomitante des défenses immunitaires : il serait tentant de croire qu'une "dépression nerveuse" s'accompagne tout naturellement d'une "dépression immunitaire". Une telle simplification est certainement abusive, et pourtant, depuis la publication de la monographie de Robert Ader, il y a déjà 15 ans, sur la "Psycho-neuroimmunologie", les preuves s'accumulent sur les fondements scientifiques de tels liens privilégiés [30, 31, 54].

Le champ des maladies auto-immunes se prête tout particulièrement à une approche psycho-neuroimmunologique, en permettant d'aborder :

- les manifestations psychiatriques des maladies du système,
- le rôle des événements vitaux éprouvants et des facteurs de stress quotidien dans le déclenchement d'une maladie auto-immune et/ou la fluctuation des symptômes,
- la notion d'un profil de personnalité associé, voire précurseur, d'un dérèglement auto-immun. Ce sont surtout le lupus et plus encore la polyarthrite rhumatoïde qui, jusqu'à présent, ont suscité le plus grand nombre de travaux pouvant s'intégrer dans une telle perspective [32].

Les perturbations de l'auto-immunité naturelle dans les troubles de l'humeur, et les effets immunitaires des modalités de régulation émotionnelle. Les troubles psychiatriques dans les maladies auto-immunes sont généralement dus à des mécanismes qui agissent directement sur le cerveau. Il y a d'une part une production de certains médiateurs de l'inflammation qui vont entraîner une perturbation de la production de certains neurotransmetteurs (le taux élevé d'interféron alpha dans le lupus va entraîner une baisse de la sérotonine dans le cerveau ce qui va être à l'origine de syndromes dépressifs). D'autre part, les anticorps produits lors des maladies auto-immunes vont attaquer certaines zones et cellules cérébrales, ce qui va également modifier la production des neurotransmetteurs. Cependant les troubles psychiatriques, notamment les troubles anxieux et la dépression, peuvent également être liés à une réaction psychologique à la maladie auto-immune qui est une maladie chronique pouvant occasionner douleurs physiques importantes voire des handicaps, ou être l'effet secondaire de la corticothérapie qui est un traitement de référence des maladies auto-immunes et qui peut également entraîner des troubles de l'humeur.

De très nombreuses publications soulignent la très grande fréquence des manifestations psychiatriques du lupus systémique, largement dominées par les

syndromes dépressifs, mais aussi la fréquence importante des troubles dépressifs dans la sclérodermie [33, 34].

Entre 40 et 80% des lupiques présentent des symptômes dépressifs. Ces derniers sont généralement liés à une atteinte organique cérébrale et associés à des troubles cognitifs, bien que les manifestations psychiatriques posent, classiquement, chez des patients déjà traités, le problème du diagnostic différentiel avec l'effet iatrogène de la corticothérapie et avec une réaction psychogène à une affection sévère, douloureuse et d'évolution capricieuse. La présence d'anticorps dirigés contre les protéines P ribosomales, dans le sérum et le liquide céphalo-rachidien, serait un témoin assez fiable du mécanisme neurogène central des troubles psychiques. Le rôle des anticorps anti phospholipides et des accidents thromboemboliques cérébraux a également été évoqué [35, 36, 37].

Il est sans doute plus surprenant de constater que pratiquement la moitié d'une population de patients suivis en consultation externe pour sclérodermie systémique présente des symptômes de dépression légère, et presque un cinquième de dépression moyenne sévère. Quant à la polyarthrite rhumatoïde (PR), elle s'accompagne aussi de manifestations psychiatriques, mais à un degré moindre : 15 à 17% de syndromes dépressifs dans une enquête de population, méthode qui évite ainsi le biais de recrutement des patients suivis en milieu hospitalier. Toutefois la prévalence de la dépression est liée, chez les sujets atteints de PR, à la longueur d'évolution de la maladie et à la consommation médicale.

Pour certains auteurs, ce sont en effet l'évolutivité de la PR, l'importance des manifestations douloureuses de la maladie, et l'obligation de renoncer à des activités investies et valorisantes, qui conditionnent la réaction dépressive, alors que pour d'autres, c'est l'intensité des affects dépressifs qui conditionne la perception douloureuse [38, 39, 40, 52].

Une étude très intéressante méthodologique a été effectuée sur le rôle respectif des événements de vie éprouvants (stress majeurs) et des tracasseries quotidiennes (stress mineurs) dans la sévérité et les fluctuations d'un jour à l'autre de la symptomatologie du lupus systémique, sur une population de 41 sujets. Les auteurs ont utilisé la technique de l'agenda pour faire évaluer par les patients eux-mêmes, jour après jour, sur une durée totale de 56 jours, l'intensité de divers symptômes somatiques, le niveau de stress quotidien, mais aussi la présence d'une humeur dépressive, d'anxiété, et de sentiments de colère. Cette technique a l'avantage de pouvoir tester les deux relations de causalité, psycho-somatique et somato-psycho-émotionnelle, en corrélant les mesures d'un type effectuées le jour j avec les mesures d'un autre type effectuées le jour j+1. Il ressort de cette étude que l'intensité moyenne des symptômes sur la période d'observation des 56 jours dépend bien plus de l'impact des stress quotidiens pendant la même période que de l'impact des événements de vie éprouvants ayant éventuellement précédé la poussée. Par ailleurs, la symptomatologie physique du jour j est prédite par les stress subis et par l'humeur dépressive du jour j-1, même si la plus grande partie de la variance est expliquée par l'intensité des symptômes physiques de la veille.

Enfin, les auteurs constatent qu'environ 1/5 de la population étudiée présente des corrélations significatives entre le stress ou les variables émotionnelles et les symptômes physiques : ce sous-groupe peut être considéré comme définissant une population de sujets répondeurs au stress, ce qui laisse entendre que dans toute affection à composante psychosomatique la part attribuable à des facteurs psycho-émotionnels est très variable d'un sujet à un autre. Ces travaux épidémiologiques de type clinique, sont à mettre en rapport avec plusieurs publications concernant l'effet du stress ou de l'humeur dépressive, chez l'homme, sur les fonctions immunitaires.

Des travaux ont permis de retrouver des anomalies du même type chez des sujets hospitalisés pour un épisode dépressif majeur, comparés à des témoins

normothymiques. L'absence de différences significatives entre des déprimés suivis en ambulatoire et un groupe témoin a conduit ces auteurs à vérifier que l'hospitalisation ne pouvait, à elle seule, être responsable de l'anomalie constatée (comparaison à des patients hospitalisés pour une intervention sur hernie discale) [41, 42, 43].

Il existe des relations concordantes entre d'une part, dépression clinique, et d'autre part, élévation des polynucléaires neutrophiles circulants, diminution du nombre de cellules "tueuses naturelles" (naturel killer ou NK), une réduction de l'activité des cellules NK, une diminution du nombre total des lymphocytes T et B, impliqués respectivement dans l'immunité cellulaire et humorale, une augmentation du rapport entre lymphocytes T auxiliaires (CD4) et lymphocytes cytotoxiques ou immuno-suppresseurs (CD8), enfin une diminution des réponses lymphocytaires aux mitogènes. La littérature sur le stress des examens est également très fournie. Ils avaient constaté une baisse du nombre relatif de lymphocytes (sur le nombre total de globules blancs), une diminution relative des lymphocytes T, sans modification du rapport T "helper" sur T suppresseurs (CD4/CD8), une atténuation des réponses aux mitogènes, enfin une diminution de l'activité NK. Cette dernière était d'autant plus basse que les étudiants avaient subi, avant l'investigation, des changements vitaux plus intenses ou souffraient d'un isolement social plus accusé. La notion d'un profil psychologique associé de manière significative et peut-être précurseur de la PR a été suggérée depuis plus de 50 ans. Ce profil associerait une tendance au perfectionnisme, une attitude altruiste, voire auto-sacrificielle, une inhibition émotionnelle, une réserve dans les relations interpersonnelles, l'investissement dans des activités sociales [44].

La restriction émotionnelle ou plus précisément la difficulté à identifier et à mettre en mots ses propres émotions définit le concept d'alexithymie, largement étudié dans le champ psychosomatique. La polyarthrite rhumatoïde a été

explorée sous cet angle, au même titre que de nombreuses autres affections réputées psychosomatiques. Une prévalence de 27 % de sujets alexithymiques (comparativement à 7 % pour un groupe contrôle apparié pour l'âge et le sexe) a pu être retrouvée. L'étude étant de type transversal, il n'est pas possible de savoir s'il s'agit là d'un trouble primaire dans la régulation des émotions, éventuellement contributif à la survenue de la maladie, ou d'un trouble secondaire, à interpréter comme une modalité adaptative (ou de "coping") face au handicap fonctionnel et à la limitation douloureuse engendrés par l'affection [45,55].

Le profil de la personnalité du patient polyarthrite n'est pas sans rappeler la description d'une personnalité de type C censée être associée et avoir un rôle pronostique dans les affections cancéreuses. Ce profil, défini par contraste avec une typologie plus classique, opérationnelle dans le domaine cardiovasculaire (profil de comportement A versus B), regroupe soumission, esprit de conciliation, répression de l'hostilité, effacement des besoins personnels et vulnérabilité dépressive. Sa valeur pronostique a été notamment testée dans l'évolution des mélanomes malins. Il constitue ainsi l'image en négatif du profil comportemental de type A, organisé autour de l'impatience, de la compétitivité, de l'affirmation de soi et de l'engagement dans une lutte permanente, le profil de type B étant, lui, un profil plus adapté et équilibré, sous-tendu par un rapport plus décontracté au temps et aux autres, et une bien moindre tension psychique.

Les travaux s'inscrivent dans une même optique de psychologie différentielle, en essayant de définir notamment une personnalité de type 1 qui serait impliquée dans la morbidité et mortalité par cancers, voire par maladies auto-immunes, et une personnalité de type 2, impliquée, dans la morbidité et mortalité cardiovasculaires. Le type 1 est en effet très proche du type C [46].

Les altérations de l'immunité au cours des syndromes dépressifs ne se limitent pas à l'atténuation des réponses lymphoprolifératives à divers mitogènes, à la

réduction de l'activité des cellules NK ou à l'augmentation du rapport entre lymphocytes T auxiliaires et lymphocytes T suppresseurs. Elles comportent également la possibilité d'apparition d'anticorps antinucléaires à des doses détectables. Une comparaison de 24 patients présentant une dépression majeure dont 11 avec caractéristiques mélancoliques, 12 patients présentant une dépression mineure et 14 témoins en bonne santé. Les patients prenant un thymorégulateur ou des doses thérapeutiques de neuroleptiques avaient été exclus. Les résultats montrent une élévation de certains anticorps (anticardiolipines : groupe des anti-phospholipides) chez les mélancoliques et une présence plus fréquente d'anticorps anti-DNA chez les déprimés (72 % de positivité versus 0 % chez les témoins); les taux de tous ces auto-anticorps étaient inter corrélés, ils étaient corrélés aux taux de récepteurs circulants à l'interleukine 2, témoignant d'une activation des lymphocytes T.

L'élévation parallèle des anticorps antinucléaires et anti phospholipides suggère une activation polyclonale des lymphocytes B, plutôt qu'une réactivité croisée d'une même population d'anticorps à l'égard d'une autre catégorie de constituants du soi. Une telle activation polyclonale a été également constatée dans le cadre des maladies auto-immunes. Il semblerait, par conséquent, que lors d'un syndrome dépressif, surtout lorsque ce dernier est sévère, l'auto-immunité naturelle puisse s'emballer, soit à la faveur d'hypothétiques altérations cellulaires, soit en raison d'un déséquilibre entre lymphocytes T auxiliaires et lymphocytes T suppresseurs, entraînant une rupture de l'état de tolérance à l'égard des constituants du soi et une activation polyclonale des lymphocytes B producteurs d'anticorps. La communauté de tels mécanismes supposés avec certains modèles étiopathogéniques des maladies auto-immunes est intrigante. Encore faudrait-il intégrer dans un tel schéma le rôle modulateur joué par diverses hormones, TSH, et surtout hormones sexuelles, et corticostéroïdes [47, 49, 53].

Nous manquons de données sur les effets immunologiques possibles d'une intervention psychothérapique chez des patients présentant une maladie auto-immune. En revanche, nous disposons de quelques travaux suggestifs sur les effets immunitaires de l'expression d'émotions provoquées expérimentalement chez des sujets sains. Comparativement à l'évocation de situation neutre, l'expression émotionnelle s'accompagne, dans les vingt minutes qui suivent, d'une

augmentation du pourcentage des cellules NK et de l'activité de ces dernières ainsi qu'une augmentation du pourcentage de lymphocytes T supprimeurs/cytotoxiques, quelle que soit la valence, positive ou négative, des émotions induites. De telles modifications vont donc en sens inverse de celles constatées dans de nombreuses autres études chez des sujets confrontés à des événements de vie éprouvants ou à des stress prolongés. La seule différence entre émotions induites positives et émotions induites négatives est que les premières s'accompagnent plutôt d'une augmentation des réponses lymphocytaires prolifératives à la phyto-hémagglutinine, alors que les secondes accompagnent plutôt d'une atténuation des mêmes réponses.

D'autres publications rapportent que des étudiants à qui l'on demande, lors d'un protocole expérimental, de raconter dans une lettre imaginaire à un ami un événement vécu particulièrement stressant, présentent des taux d'anticorps anti-EBV d'autant plus élevés qu'ils ont tendance à avoir des difficultés à exprimer leurs émotions au sein d'une telle évocation fictive. Ces résultats suggèrent donc une association entre tendance à la répression émotionnelle et réactivation de virus saprophytes, présents de manière quiescente dans de nombreux organismes, comme les virus du groupe herpès, possiblement à la faveur d'une diminution de l'activité des lymphocytes T supprimeurs/cytotoxiques [48, 50, 51].

La sclérodémie systémique est une maladie systémique caractérisée par des phénomènes vasculaires et par une fibrose de la peau et de nombreux organes. C'est une affection grave qui met en jeu le pronostic vital [56].

Des symptômes douloureux ainsi qu'une diminution de l'activité fonctionnelle des patients sont fréquents au cours de son évolution. De plus, l'atteinte cutanée est à l'origine de modification de l'apparence corporelle. Ainsi, différents facteurs concourent à un retentissement psychologique au cours de cette maladie. Néanmoins, il y a peu de données sur la prévalence des troubles de l'humeur et des troubles anxieux. Trois études de cohortes chez des patients anglo-saxons ou méditerranéens sont disponibles [34,57].

Dans deux études nord-américaines des symptômes dépressifs étaient observés chez 48 à 50 % des malades ayant rempli un questionnaire d'auto-évaluation, l'inventaire de dépression de Beck (BDI), alors que dans un travail grec seulement 19,3 % de patients évalués avec une échelle validée pour le dépistage avaient un score compatible avec un syndrome dépressif. Les caractéristiques cliniques recueillies ne semblaient pas associées à l'intensité des symptômes dépressifs. L'objectif de cette étude transversale était d'estimer la prévalence de la dépression et de l'anxiété dans une série française de patients souffrant des sclérodémies systémiques. La dépression associée à la sclérodémie systémique est extrêmement fréquente. Elle comporte une forte charge anxieuse. Ni la diffusion cutanée, ni la durée d'évolution ne semblent prédictives des troubles dépressifs, mais la sévérité de la maladie et l'absence de support social favorisent probablement leur apparition [34, 57, 58].

La polyarthrite rhumatoïde (PR) et la dépression sont deux maladies qui ont une relation intriquée avec des influences réciproques et même certains points communs. Elle est une maladie auto-immune responsable de douleurs chroniques, déformations articulaires et d'handicap fonctionnel engendrant une altération de la qualité de vie des patients.

La dépression est une maladie psychiatrique fréquente au cours des maladies chroniques, surtout quand elles sont douloureuses.

La forte activité de la PR ainsi que l'altération de la qualité de vie constituent des facteurs de risque de survenue d'une dépression. Il faut savoir dépister et prendre en charge la dépression pour éviter son retentissement négatif sur le cours de la PR. Une bonne prise en charge de la PR permet d'éviter la survenue d'une dépression [59, 61].

La prévalence de la dépression au cours de la PR a été estimée à 45%. Elle varie selon les populations. Margaretten et al. ont observé que les patients d'origine asiatique atteints de PR avaient une plus faible prévalence de dépression comparés aux patients caucasiens, aux patients africains, aux patients américains et aux patients hispaniques [62, 63, 64].

La prévalence de la dépression au cours de la sclérodémie systémique varie entre 17 et 65 %. Les principaux facteurs de risque incriminés sont la douleur, le handicap fonctionnel, le préjudice esthétique et l'insatisfaction de l'image corporelle qui en découle, la perte de la vie sociale, l'incapacité à travailler, le faible niveau d'étude, les atteintes cardio-pulmonaire, œsophagienne ou digestive et articulaire, ainsi que l'altération de la qualité de vie (atteinte neuropsychiatrique au cours de la sclérodémie systémique), les facteurs prédictifs de survenue d'une dépression au cours de la PR peuvent être spécifiques ou non. Des différences génétiques, neuro-hormonales, psychobiologiques et sociales expliquent cette différence [65, 66, 67].

Au cours de la PR, la prédominance féminine des patients déprimés pourrait être expliquée par la plus grande vulnérabilité psychologique des femmes à la douleur ainsi qu'au retentissement esthétique, fonctionnel et social de la PR. Ces constatations ne sont pas toujours observées : dans une étude égyptienne, il a été observé une plus forte prévalence de la dépression chez les hommes (88,8 %) par rapport aux femmes (70 %). Une PR en rémission entraînerait une

amélioration des troubles dépressifs alors qu'une PR plus active, plus érosive, engendrant plus de déformations articulaires et de handicap fonctionnel induirait leur persistance, voire leur aggravation. Certains traitements antidépresseurs, précisément l'imipramine, induiraient même une baisse significative des taux de FR et ce dès la deuxième semaine de traitement [68].

Concernant la relation entre la dépression et les médicaments utilisés en cas de PR, une étude canadienne a rapporté une plus grande prévalence de la dépression chez les patients atteints de PR ayant des troubles gastro-intestinaux dus aux anti-inflammatoires non stéroïdiens. Cependant, la nature rétrospective de cette étude ne permet pas de savoir si c'était les troubles dyspeptiques causés par les AINS qui étaient responsable de la survenue de dépression, ou bien si la dépression constituait un facteur de risque de survenue de troubles gastro-intestinaux induits par les anti-inflammatoires non stéroïdiens [69].

Ertenli et al. avaient rapporté une baisse des valeurs des scores de dépression chez des patients atteints de spondylarthrite ankylosante, après leur traitement par infliximab. Mis à part les corticoïdes dont les complications psychiatriques sont bien connus. Cette relation entre douleur et dépression serait soutenue par des bases biologiques communes médiées par quatre neurotransmetteurs impliqués aussi bien dans la douleur que dans la dépression : la sérotonine, la norépinephrine, la substance P et le corticotrophin-releasing factor [70,71, 72].

L'élévation de la VS et de la CRP témoigne des phénomènes inflammatoires qui surviennent au cours des PR actives, ces phénomènes sont médiés par les différentes cytokines pro inflammatoires. Ces dernières joueraient un rôle clé dans la physiopathologie de la dépression. Cette relation pourrait être expliquée par l'existence d'un mécanisme neuro-immunobiologique commun médié par les cytokines pro-inflammatoires [59, 73, 74].

L'élévation du taux sérique des cytokines est positivement corrélée à des symptômes observés au cours de la dépression (anorexie, baisse de la libido,

perte de poids, fatigue, troubles du sommeil, troubles cognitifs). Ces cytokines sont associées à des mécanismes neurochimiques et neuroendocriniens impliqués dans la physiopathologie de la dépression en agissant comme neuromodulateurs. Elles seraient un élément clé dans la médiation des caractéristiques comportementales, neuroendocrines et neurochimiques des troubles dépressifs. Une méta-analyse sur le rôle des cytokines dans la dépression a conclu que parmi les différentes cytokines impliquées, seulement le TNF α et l'IL6 étaient significativement corrélés à la dépression. L'existence de thérapies spécifiques dirigées contre ces cytokines (anti-TNF α et anti-IL6) laisse penser à une éventuelle action sur la dépression lors de l'utilisation de ces traitements [59, 60, 70, 75].

2.6. Démarche thérapeutique :

Le traitement débute une fois que le lien thérapeutique est créé entre les intervenants car nous recherchons l'implication maximale du patient dans son plan de traitement. Les procédures existantes dans les secteurs musculo-squelettique et de neurologie. Le traitement est établi en fonction des objectifs, des attentes, des besoins du patient, et en termes de projet thérapeutique. Il faut ainsi aider le patient à les verbaliser afin de diminuer le cercle-vicieux des douleurs chroniques, tel que décrit plus haut. Les objectifs de traitement seront adaptés au rythme du patient, tant somatique que psychique. Ils tiendront compte de son projet de vie, de ses craintes et de son vécu. Ils se doivent d'être réalistes et progressifs à court et moyen terme.

Toute anticipation ou élaboration d'objectifs trop lointains peuvent se révéler délétère par une potentielle mise en échec du patient, si nous ne prenons pas en considération les fluctuations de son état.

La fréquence et l'intensité du traitement dépendent de la fluctuation psychique du patient et de son niveau de collaboration. Les protocoles de soins somatiques peuvent être court-circuités par les troubles du comportement ou des priorités

médicales en soins psychiatriques, ce qui nécessite une forte adaptation des traitements, ceci en discussion et en accord avec l'équipe médicale et soignante.

2.6.1. Les objectifs thérapeutiques en psychiatrie :

- diminution de la douleur à 3 mois (échelle EVA),
- augmentation du périmètre de marche (120 m dans l'unité, 700 m sur le domaine),
- déplacements indépendants pour venir à la séance de physiothérapie (périmètre de marche de 1000 m minimum et respect du cadre thérapeutique),
- respect du cadre thérapeutique (horaires, lieu de rendez-vous) établi durant le traitement,
- diminution de l'expression de la souffrance psychique.

Le traitement de physiothérapie s'effectue sur prescription médicale.

Le physiothérapeute évalue la douleur (échelle), les capacités fonctionnelles, les troubles moteurs, le niveau lésionnel et l'irradiation neurogène.

2.6.2. Les Modalités de traitement en psychiatrie

▪ Séances individuelles :

- de 30 à 90 min selon l'état psychique du patient lors du traitement, à un ou deux physiothérapeutes, selon évaluation,
- fréquence: 2 à 3 séances individuelles par semaine.
- Objectifs ciblés pour chacun: mise en route d'un processus de reprise de confiance en soi, en ses compétences et capacité à oser refaire l'expérience des activités, à trouver du plaisir et de la gratification dans l'investissement du "mouvement".

▪ Séances groupales:

- de 60 à 80 minutes,
- fréquence: 1 fois par semaine, selon l'unité [76, 77, 78].

Le traitement psychothérapeutique est parfois associé au traitement pharmacologique dans la prise en charge de ce syndrome. De façon générale, la psychothérapie aide l'individu dans l'acceptation de la douleur musculo-squelettique tout comme dans la gestion des émotions générées par celle-ci. Les approches psychothérapeutiques. L'approche cognitivo-comportementale constitue, celle ayant prouvé son efficacité dans la diminution des symptômes douloureux. Une recherche portant sur l'intervention psychothérapeutique chez les femmes souffrant de fibromyalgie met en lumière l'efficacité de l'art-thérapie centrée sur l'expression non verbale des émotions. Ainsi, les modalités quant au traitement par l'expression émotionnelle divergent d'une approche théorique à l'autre. Ces divergences soulèvent l'importance d'adresser les moyens psychothérapeutiques et leur efficacité au sein des futures études sur le sujet. Plusieurs études soutiennent l'importance d'un traitement de nature multidisciplinaire qui met l'accent à la fois sur les manifestations symptomatologiques physique et émotionnelle de ce syndrome. Une médication appropriée à la singularité symptomatologique de l'individu combinée à un programme d'exercice physique ainsi qu'une psychothérapie axée sur l'expression des émotions semblent constituer le traitement multidisciplinaire le plus efficace pour la prise en charge de la fibromyalgie. Les aspects psychologiques La section aborde les facteurs psychologiques prédisposant et des traits de personnalité présents chez les gens qui en sont atteints. Bien que le syndrome soit marqué par plusieurs symptômes de nature physique et neurologique, il présente également des manifestations psychologiques significatives. Les recherches de nature psychologique dépeignent un portrait de vulnérabilité psychique chez les individus souffrant qui se traduit par une hyperréactivité au stress, une tendance à la victimisation ainsi qu'un besoin de dépendance significatif à l'autre (79).

Il est important de différencier les atteintes psychiatriques qui sont liées à la maladie auto-immune elle-même, de celles qui sont secondaires au fait de souffrir d'une maladie chronique invalidante (dépression et anxiété), mais aussi de celles qui sont secondaires à un traitement par corticoïdes, ou encore de celles qui étaient déjà préexistantes à la maladie, car le traitement diffère en fonction de la cause. Pour cela, il est important que le diagnostic puisse résulter d'une concertation entre le psychiatre et le médecin qui prend en charge votre maladie auto-immune. Lorsqu'il est établi que les troubles psychiatriques sont dus à la maladie auto-immune, le traitement est celui de la maladie auto-immune elle-même.

Il peut être parfois nécessaire d'y adjoindre d'autres traitements comme les anxiolytiques ou les antidépresseurs ou les régulateurs de l'humeur lorsqu'il s'agit d'un trouble dépressif par exemple.

Une prise en charge psychothérapeutique peut également être indiquée : thérapie cognitive et comportementale, psychoéducation, thérapies brèves, dans le cadre d'une maladie auto-immune, une prise en charge complète (à 100 %) pour maladie de longue durée, ce qui permet au patient de bénéficier de soins gratuitement. Dans la mesure du possible, le maintien d'une activité professionnelle devra être favorisé et il faut discuter avec le médecin conseil, si une modification du poste de travail s'impose. Il faut renseigner les patients sur l'existence de nombreuses associations de malades, auxquelles ils peuvent adhérer, qui soutiennent les patients atteints de maladie auto-immune. Un soutien psychologique est souvent nécessaire pour ces maladies chroniques qui induisent souvent un syndrome dépressif réactionnel. Il peut se résumer à un soutien par l'entourage familial ou nécessiter une prise en charge psychologique voire psychiatrique spécifique. Un traitement antidépresseur est parfois nécessaire.

2.7. Les moyens thérapeutiques

La prise en charge des troubles psychiques fait intervenir des moyens : chimiques, physiques, psychologiques, sociologiques ergo-thérapeutiques.

▪ La chimiothérapie :

Elle fait intervenir des médicaments psychotropes parmi lesquels nous avons : les neuroleptiques, les antidépresseurs, les normo-thymiques, les anxiolytiques et les hypnotiques.

▪ Les neuroleptiques :

L'introduction des neuroleptiques dans la thérapeutique psychiatrique par l'école française a été une grande innovation en 1952.

Delay et Deniker définissent les neuroleptiques suivant les cinq (5) critères qui sont:

- action psycholeptique;
- action inhibitrice à l'égard de l'excitation, de l'agitation;
- réduction des états maniaques;
- action réductrice vis-à-vis certaines psychoses aiguës et chroniques et vis-à-vis des psychoses expérimentales;
- importance des manifestations psychomotrices neurologiques,

neurovégétatives et prédominance d'action sur les structures sous corticales.

Les effets thérapeutiques recherchés des neuroleptiques peuvent se résumer en trois (3) actions principales qui sont : l'action de sédation, l'action de désinhibition ou de psycho stimulation et l'action antipsychotique.

Les neuroleptiques sont principalement utilisés dans les psychoses aiguës, les psychoses schizophréniques et les psychoses durables non schizophréniques mais aussi dans certaines névroses.

▪ **Les antidépresseurs :**

Classe de psychotrope appartenant au groupe des psychoanaleptiques ; ce sont les médicaments de l'humeur triste et douloureuse, principalement quand il s'agit d'une affection durable et s'inscrivant dans un état dépressif. Les indications des antidépresseurs restent surtout la dépression et ils sont efficaces dans 60 à 70 % des dépressions tous types confondus. Toutefois, un certain nombre d'indications se sont développées récemment notamment les attaques de panique, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles des conduites alimentaires.

▪ **Les psychothérapies :**

Au sens large, les psychothérapies regroupent toutes les méthodes de traitement des désordres psychiques, voire des désordres somatiques utilisant des moyens psychologiques et d'une manière plus précise la relation du thérapeute et du malade. On distingue les psychothérapies individuelles et les psychothérapies collectives.

▪ **Les psychothérapies individuelles :**

Il s'agit de la psychothérapie d'accompagnement : qui se définit d'elle-même ; tout médecin la pratique, parfois sans y songer. On peut en rapprocher la psychothérapie de soutien qui vise à aider un sujet à traverser une phase difficile de son existence.

– la suggestion : qui intervient au moins pour une part dans toute psychothérapie.

– les thérapies comportementales ; les techniques de relaxation.

▪ **Les psychothérapies collectives :**

Elles s'exercent sur des groupes relativement restreints de sujets.

Le fait pour chacun d'eux, de confronter ses propres difficultés avec celles des autres, de les projeter et de les revivre dans la personne des autres, représente, avec les multiples interférences de la dynamique de groupe, un puissant moyen d'action psychologique. On distingue entre autres :

- la psychanalyse du groupe qui réunit plusieurs patients et un analyste.
- le psychodrame de Moreno qui réunit un patient, un thérapeute (ou un couple de thérapeute homme et femme) et des participants auxiliaires avec lesquels des échanges de rôles peuvent intervenir.
- la psychothérapie familiale
- la psychothérapie institutionnelle qui se propose de concevoir la vie hospitalière comme un plein temps thérapeutique.

III. MÉTHODOLOGIE

3.1. Cadre et lieu d'étude

L'étude s'est déroulée dans le Service de Rhumatologie du CHU Point-G, Bamako (Mali).

En effet le Service de Rhumatologie du CHU Point-G a été créé officiellement en Juillet 2005. Il est situé à l'étage, au-dessus de la Chirurgie I (Service de Chirurgie B annexe), à l'Est de la Direction administrative et du bureau des entrées de l'hôpital, au Nord du Service de Néphrologie annexe. Une plaque à la montée des escaliers faisant face à la salle de consultation du Service de Chirurgie "A" indique l'emplacement du service.

- Actuellement, le fonctionnement du Service est assuré par 12 personnes [5 médecins rhumatologues dont le Chef de Service, 2 étudiants en thèse, 2 infirmiers (techniciens supérieurs) y compris le surveillant, 3 techniciens de surface].
- Un bureau pour le chef de Service détaché du bloc servant aussi à la consultation externe et situé à côté du Service d'Anatomie Pathologie.
- Un bureau pour le chef de Service adjoint servant aussi à la consultation externe.
- Un bureau pour le Surveillant du service (Major).
- Trois salles de garde : une pour les étudiants en médecine (en année de thèse), une pour les infirmiers et une pour les techniciens de surface.
- -Deux salles d'hospitalisation de six lits chacune (une salle des femmes et l'autre pour les hommes).
- Une unité d'ostéodensitométrie, créée en Janvier 2010.

3.2. Type et période d'étude

IL s'est agi d'une étude transversale, rétro-prospective et descriptive. Elle a porté sur les dossiers des patients hospitalisés dans le service de Rhumatologie

du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2018, sur une période allant de mars 2018 à février 2020.

3.3. Population d'étude

Notre étude a porté sur les dossiers des patients hospitalisés et ayant présenté des troubles psychiques pendant cette période au service de Rhumatologie du CHU Point G.

3.4. Critères d'inclusion

A été inclus dans notre étude tout dossier de patient hospitalisé dans le service de Rhumatologie pendant cette période et ayant :

- présenté un trouble psychiatrique suite à un avis psychiatrique donné.

3.5. Critères de non inclusion

N'a pas été inclus tout dossier de patient n'ayant pas présenté un trouble psychiatrique.

Tout dossier non exploitable.

Les patients non hospitalisés.

3.6. Taille de l'échantillon

Sur 962 dossiers de patients hospitalisés dans le service du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2018, 49 dossiers comportaient un diagnostic de troubles psychiques.

3.7. Collecte des données

Une fiche d'enquête préétablie a permis de recueillir les données.

3.8. Les paramètres étudiés

Une fiche d'enquête (voir annexes) a été établie pour chaque dossier de patient permettant l'analyse des différentes données : clinique, thérapeutique et évolutive.

La fiche d'enquête sert aussi de dossier individuel médical pour le patient.

3.9. Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies grâce au logiciel Microsoft Word 2013. Elles ont été ensuite analysées à l'aide du logiciel SPSS 25.

3.10 Considerations éthiques

L'anonymat et la confidentialité ont prévalu tout au long de notre étude et l'accès aux dossiers étant limité seulement aux médecins soignants.

IV. RESULTATS

Sur 962 dossiers recensés, 49 dossiers comportaient un diagnostic de troubles psychiques soit une fréquence de 5.1%.

4.1. Caractéristiques sociodémographiques

4.1.1. Age :

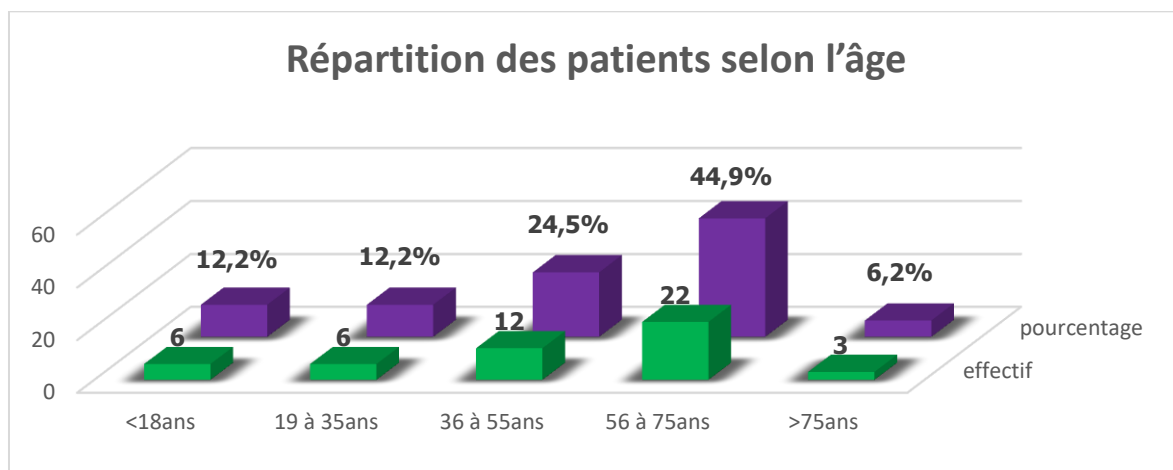


Figure 1 : Répartition en fonction de l'âge

La tranche d'âge 56-75ans a prédominé avec 44.9%.

4.1.2. Sexe :

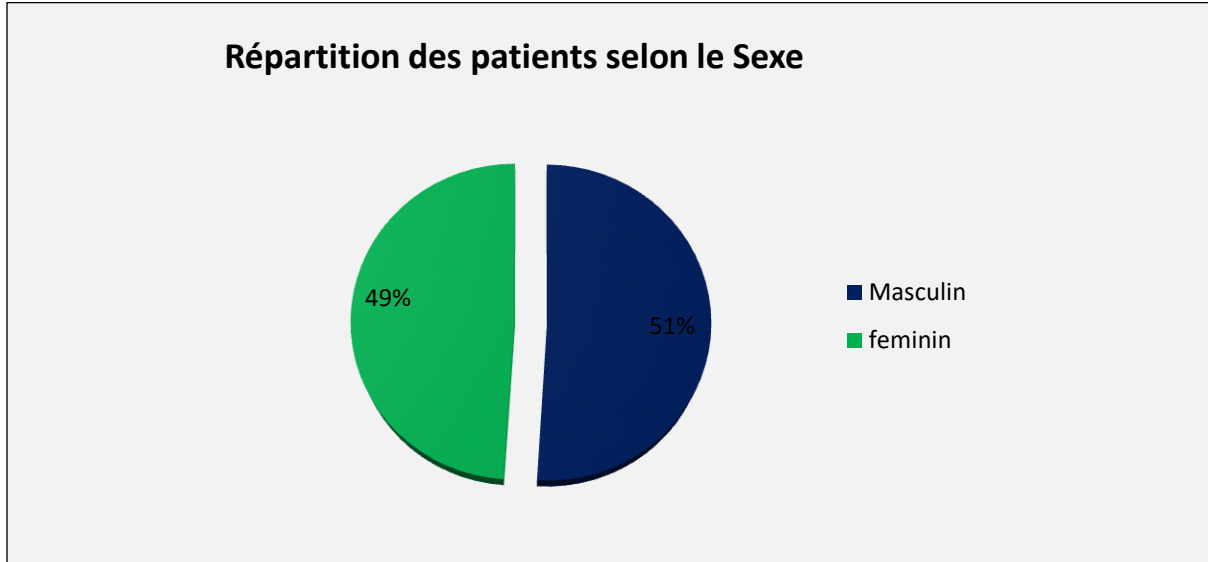


Figure 2 : répartition en fonction du sexe

Le sexe masculin est plus représenté avec 51.0%.

4.1.3. Origine :

Tableau I : Répartition en fonction du lieu de résidence

Origine	Effectifs	Pourcentage
Urbaine	36	73.5
Rural	13	26.5
Totale	49	100

Le milieu urbain a été la résidence dominante avec 73.5%.

4.1.4. Niveau socio-économique

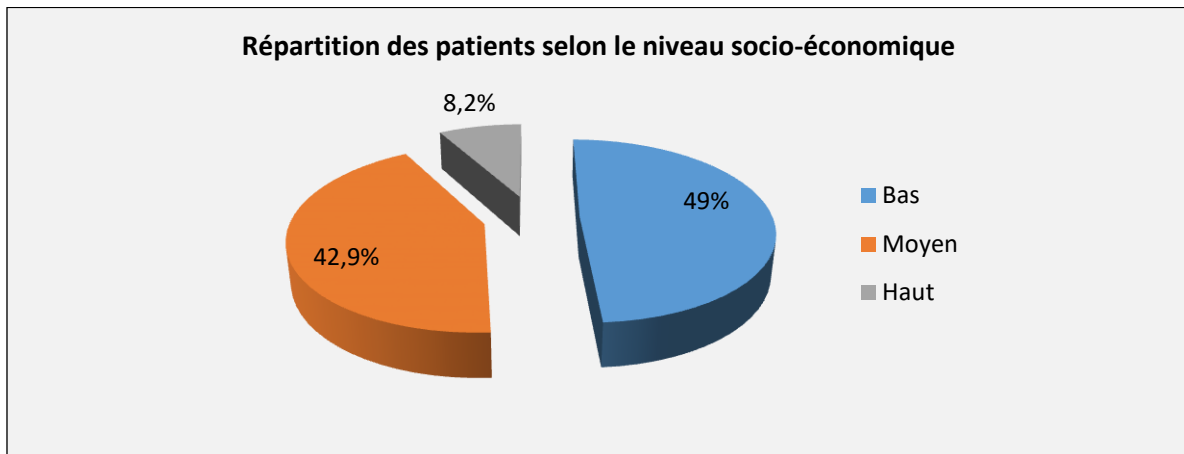


Figure 3 : répartition en fonction du niveau socio-économique

Le bas niveau socio-économique a été le plus représenté avec 49%.

4.1.5. Situation matrimoniale

Tableau II : répartition en fonction de la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectifs	Pourcentage
Célibataire	12	24.5
Marié(e)	34	69.4
Veuf (Ve)	3	6.1
Total	49	100

La majorité des patients était mariée avec 69,4%.

4.1.6. Antécédents

Aucun antécédent personnel ou familial de troubles psychiques n'a été rapporté.

4.2. Données de l'examen clinique :

4.2.1. Signes généraux :

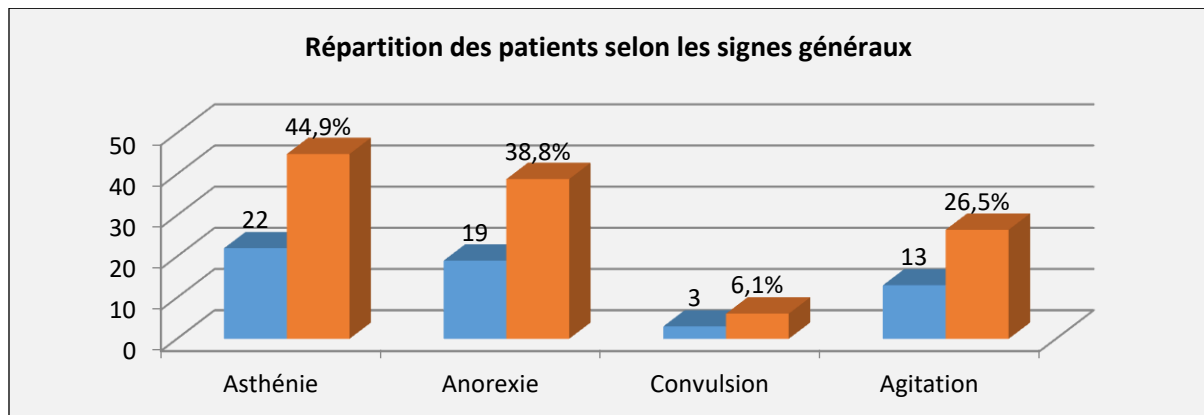


Figure 4 : répartition en fonction des signes généraux

L'asthénie a été plus rapportée avec 44,9%.

Plusieurs signes généraux ont été recensés à la fois chez certains patients.

Tableau III : répartition en fonction des signes associés

Signes associés	Effectifs	Pourcentage
Eléments dissociatifs	1	2.1
Insomnie	24	49.0
Refus alimentaire	6	12.2
Tentative suicide	2	4.1
Hallucination	6	12.2
Logorrhée	5	10.2
Mutisme	3	6.1
Instabilité de l'humeur	10	20.4

La moitié presque 49.0% a rapporté une insomnie.

4.3. Données des explorations paracliniques

4.3.1. Biologie :

Tableau IV : répartition en fonction de l'hémogramme

NFS	Effectifs	Pourcentage
Anémie	32	65,3
Polyglobulie	2	4,1
Normale	15	30.6
Total	49	100

L'anémie a été constatée chez 32 patients soit 65,3%.

Cinq patients étaient séropositifs au VIH type 2 (10.2%) sur dix-huit testés.

Tableau V : répartition selon le germe isolé à l'uroculture

Germes	Effectifs	Pourcentage
<i>Escherichia coli</i>	4	8.2
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	2.0
<i>Staphylococcus aureus</i>	2	4.1
<i>Candida albican</i>	1	2.0
Entérobactérie	2	4.1
<i>Acinetrobacter baumanii</i>	1	2.0
<i>Klebsiella oxytoca</i>	1	2.0
<i>Photobacter danselae</i>	1	2.0
<i>Proteus vulgaris</i>	1	2.0

L'ECBU a révélé quatorze cas (28.5%) d'infection urinaire.

Autres

Electro-encéphalogramme

Elle a retrouvé une souffrance cérébrale diffuse chez deux patients (4.0%).

Une épilepsie focale symptomatique a été conclue chez deux autres (4.0%).

4.4. Diagnostics

4.4.1. Diagnostic retenu

Tableau VI : répartition en fonction du diagnostic retenu

Diagnostic retenu	Effectifs	Pourcentage
Psychose	6	12.2
Trouble névrotique	1	2.0
Trouble de personnalité	5	10.2
Trouble à expression somatique et/ou comportementale	3	6.1
Syndrome dépressif	19	38.8
Etat confusionnel	6	12.2
Démence	9	18.4
Imprécision diagnostique	5	10.2

Le syndrome dépressif a prédominé avec 38,8%.

Tableau VII : répartition en fonction des affections associées

Affections associées	Effectifs	Pourcentage
Rhumatisme inflammatoire chronique		
LES	6	12.2
PR	3	6.1
Syndrome de Sharp	1	2.0
Maladie de Still	1	2.0
Maladie de Crohn	1	2.0
Total	12	24.3
Infections		
Spondilodiscite mycobactérienne probable	9	18.4
Arthrite septique	6	12.2
Tuberculose multifocale	3	6.1
Septicémie	4	8.2
Total	22	44,9
Dégénératives		
Arthrose	8	16.3
Ostéoporose	1	2.0
Total	9	18,3
Tumorales		
Métastases osseuses	6	12.2
Myélome multiple	2	4.0
Total	8	16,2
Microcristalline		
Goutte	4	8.2

Les infections étaient plus dominantes chez vingt-deux patients (44,9%).

4.5. Traitement :

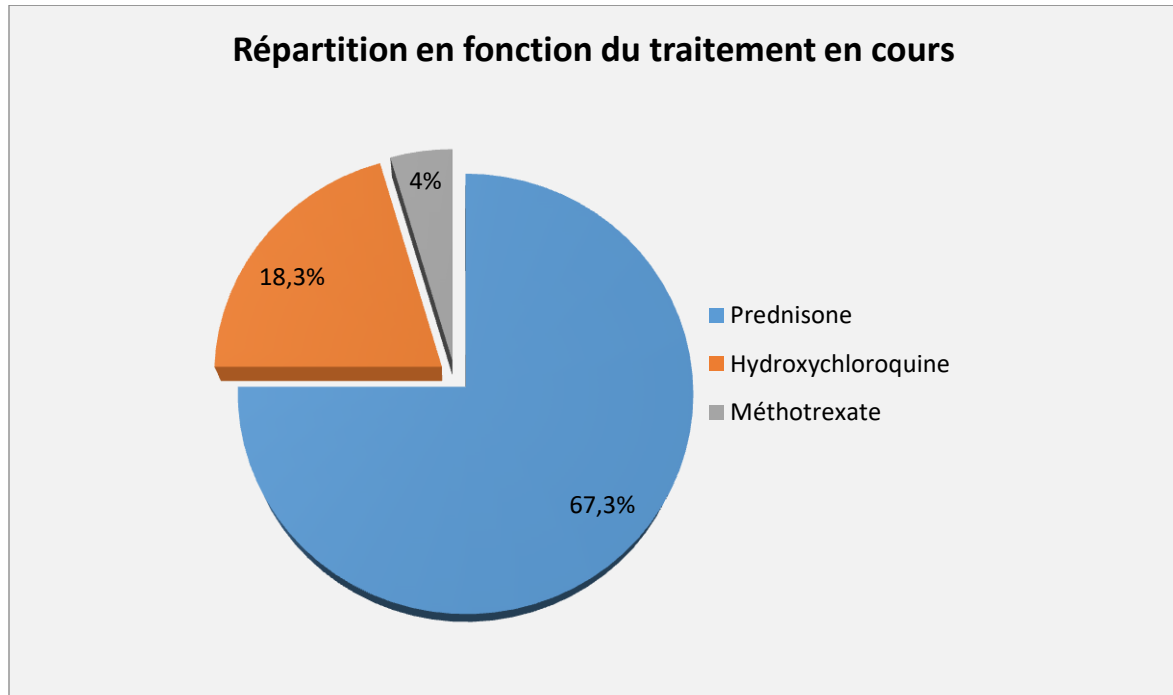


Figure 5 : répartition en fonction du traitement immunosuppresseurs en cours

Quarante-quatre patients (89.6%) ont bénéficié d'un traitement immunosuppresseur.

La prednisone orale était la plus utilisée (0.5-1mg/kg/jour).

Cependant onze patients (22.4%) ont bénéficié d'un bolus de méthylprednisolone en progression (J1=500mg ; J2=250mg ; J3=125mg).

Tableau VIII : répartition en fonction de la Classe médicamenteuse

Classe thérapeutique	Effectifs	Pourcentage
Antidépresseurs	33	67.3
Anxiolytiques	19	38.8
Neuroleptiques	14	28.6

Les antidépresseurs étaient les plus utilisés dans 67,3% des cas.

Tableau IX : répartition selon les psychotropes prescrits

Molécules utilisés	Effectifs	Pourcentage
Inhibiteurs sélectifs de la recapture des sérotonines		
Amitriptyline	19	38.8
Fluoxétine	6	12.2
Clomipramine	5	10.2
Amitriptyline+Fluoxétine	1	2.0
Paroxétine	2	4.0
Total	33	67,3
Benzodiazépines		
Hydroxyzine	7	14.3
Alprazolam	5	10.2
Bromazépam	5	10.2
Clobazam	1	2.0
Cyamémazine	1	2.0
Total	19	38,8
Neuroleptiques		
Halopéridol	5	10.2
Chlorpromazine	4	8.2
Triapide	5	10.2
Total	14	28,6

L'amitriptyline a été le plus utilisé avec 38.8%.

4.6. L'évolution :

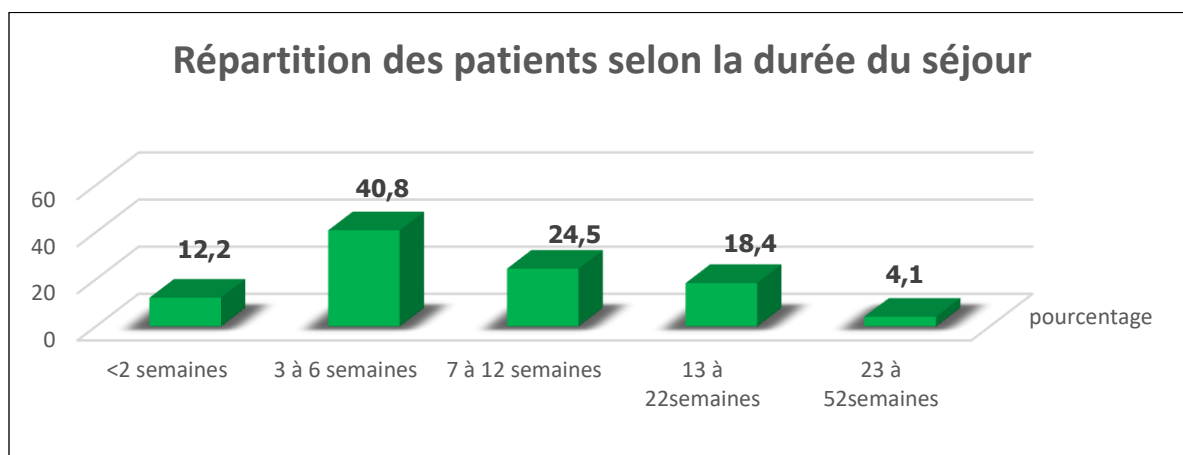


Figure 6 : répartition en fonction de la durée du séjour

La durée moyenne du séjour était de 4.5 semaines avec des extrêmes de 02 semaines et 52 semaines.

Tableau X : répartition en fonction de l'amélioration

Type	Effectifs	pourcentage
Rémission complète	24	48,9%
Rémission partielle	10	20,4%
Décès	11	22,4%
Contre avis médical	4	8,2%
Total	49	100

Vingt-quatre cas (48,9%) de rémission complète.

▪ Les complications

Dans cette série, nous avons recensé les complications iatrogènes suivantes :

– Ophtalmologique

- Un cas de maculopathie ;
- Un cas de maculopathie associé à des cataractes.

– Cardiaque

- Un cas de péricardite.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Sur les 49 dossiers retenus, un dossier présentait seulement un trouble psychique sans affection rhumatismale associée. Pour mener à bien ce travail, nous avons été confrontés à certaines difficultés notamment : aucune information sur les traits de personnalité des patients, l'ordre d'apparition des troubles (organiques et mentaux).

5.1. Caractéristiques sociodémographiques :

5.1.1. Age :

La tranche d'âge 56-75 ans a prédominé avec 44.9%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que cette population constitue la portion croissante des admissions dans les hôpitaux.

5.1.2. Sexe

Le sexe masculin (51.0%) était le plus fréquent, contrairement à ZAKARIA.A qui a retrouvé le sexe féminin avec 63.8% [82].

5.1.3. L'origine

Le milieu urbain a été la résidence dominante avec 73.5% proche de celui rapporté par ZAKARIA.A (98%) [82]. Cela s'expliquerait par la situation géographique du lieu de l'étude.

5.1.4. Niveau socio-économique

Près de la moitié des patients (49.0%) avait un bas niveau socio-économique. En effet, un bas niveau socio-économique constitue un facteur associé à l'installation de troubles dépressifs. Cela peut être expliqué par le fait que la plupart des affections rhumatologiques sont chroniques.

5.1.5. Situation matrimoniale

Les mariés étaient majoritaires dans cette série (69.4%). Ce résultat est inférieur à celui de ZAKARIA. A (76%) [82].

5.2. Données de l'examen clinique

5.2.1. Signes généraux :

L'asthénie, symptôme le plus rapporté (44.9%) conforte les données de la littérature [6].

Cependant Plusieurs signes généraux ont été rapportés à la fois chez certains patients. Les troubles psychiques étaient recensés au cours de la PR, du lupus systémique.

5.2.2. Signes associés :

La moitié presque, 49.0% a rapporté une insomnie. Cela s'explique par l'intensité de la douleur et la chronicité des affections rhumatologiques.

5.3. Données des explorations paracliniques

5.3.1. Biologie

L'anémie a été constatée chez 32 patients (65.3%).

Plusieurs facteurs de risque d'anémie hémolytique étaient retrouvés : les infections, les RIC, et le myélome multiple respectivement 38.7%, 24.3%, 4.0%.

L'électro-encéphalogramme a été contributif dans quatre cas révélant : deux cas (4.0%) de souffrance cérébrale diffuse et deux cas (4.0%) d'une épilepsie focale symptomatique.

5.4. Diagnostic retenu

La dépression a été le diagnostic le plus retenu avec 38.8%. Ce résultat est légèrement supérieur à celui de ZAKARIA qui a retrouvé 37.0%.

Un biais d'échantillonnage serait aussi envisageable.

Affections associées

Les infections étaient les plus fréquentes (44.9%) puis les RIC (24.3%). Les patients présentant un lupus présentaient tous des troubles psychiques.

Touré.S et al en ont rapporté (13.9%) dans l'étude des manifestations neuropsychiatriques associées au lupus systémique dans le service [83].

Les troubles psychiques pourraient également être liés à une réaction psychique découlant de la maladie auto-immune chronique occasionnant douleurs physiques et souvent un handicap.

5.5. Traitement

Les antidépresseurs étaient les plus utilisés (67.3%).

Cependant les antidépresseurs (amitriptyline) étaient utilisés chez certains patients comme coantalgiques dans la prise en charge des douleurs chroniques.

Les RIC (LES, PR, syndrome de Sharp, maladie de Still) ont motivé l'utilisation des immunosuppresseurs (22.3%).

Le recours à la corticothérapie (67.3%) était lié aux RIC et abcès mycobactériens. Un bolus de méthylprednisolone a été administré dans 22.4% des cas.

Nous n'avons pas recensé de trouble psychique imputable à la corticothérapie (troubles de l'humeur iatrogénique).

5.6. L'évolution :

La durée moyenne de séjour était de 4.5 semaines avec des extrêmes de :

02 semaines et 52 semaines. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des affections rhumatologiques sont chroniques et les consultations tardives par les patients.

Nous avons recensé 24 cas de rémission complète (48.9%), 10 cas de rémission partielle (20.4%). Cependant ont été enregistrés 11 cas de décès, 4 sorties de patient contre avis médical. La durée de rémission était assez variable.

VI. CONCLUSION

Les troubles psychiques ne sont pas rares chez les patients hospitalisés dans le service de Rhumatologie. Ses conséquences sont importantes tant sur le plan individuel que social. L'évaluation initiale des patients doit comporter une évaluation de la douleur ainsi que de son retentissement fonctionnel et psychologique notamment sa composante anxieuse et/ou dépressive, afin de mieux guider la prise en charge qui doit être multidisciplinaire. Notre travail a permis de montrer une forte prévalence de la dépression au sein des patients hospitalisés ainsi que leur association à certains facteurs. Il s'agit généralement de sujet de sexe masculin, d'âge mûr (56-75 ans). Le diagnostic n'en demeure pas moins étié.

VII. RECOMMANDATIONS

Pour la prise en charge des patients hospitalisés atteints de troubles psychiques :

– **Aux autorités sanitaires**

Rendre accessible les examens complémentaires nécessaires.

Améliorer les conditions d'accès aux médicaments.

Faciliter la réinsertion des patients.

Former les spécialistes en nombre pour une prise en charge adéquate.

– **A la direction générale du CHU Point G**

Améliorer les conditions d'hospitalisation (catégorisation effective et conséquente des hospitalisations).

– **Au personnel soignant**

Etre plus disponible, être à l'écoute des patients et de leur entourage afin d'améliorer le rapport soignant/soigné.

Favoriser la prise en charge en ambulatoire des patients pour éviter la stigmatisation des patients.

Optimiser la collaboration psychiatre et médecin en charge du patient.

– **Aux populations**

Encourager la consultation médicale au tout début des troubles du comportement.

Etre assidu dans le suivi de la maladie.

REFERENCES

1. Livre blanc de la psychiatrie française, version de février 2012, Op. Cit.
Pages 1; 3
2. **DSM-V :**
Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders), l'American psychiatric, 5^e éd. Masson, Paris, 2013-2015.
3. **OMS :**
Enquêtes de santé mentale au monde,
JAMA 2004 ; 291 :2581-2590
4. **Sheperd et al.**
« Are specialised affective disorder services useful? »,
The psychiatric, 2009:33; 11-16
5. **Chantal Henry, Carole Boudebese, Bruno Etain,**
« L'apport des centres experts en psychiatrie ».
Apport des neurosciences à la psychiatrie clinique 2013.
6. [Http://www.lareponsesedupsy.info](http://www.lareponsesedupsy.info), consulté le 07 septembre 2020.
7. **Golberg M,**
"Cet obscur objet de l'épidémiologie", SCIENCES SOCIALES ET SANTE,
1982 (1) :55-99.
8. **Behrens V., Seligman P, Cameron L.**
The prevalence of back pain, hand discomfort, and dermatitis in the US working population.
Am J Public Health, 1994; 84: 1780-1785.
9. **Chevallier J, Carter H AND VIDAL-Trecan G.**
La fréquence des lombalgies et des lomboradiculalgies en consultation libérale en France, leur cout en hospitalisation à l'Assistance Publique de Paris. Rev Rhum, 1988 ; 55 : 751-754.

10. Bahiri R.

Aspect épidémiologique de la lombalgie à Rabat.

Mémoire de fin de résidanat, 2000, Rabat (Maroc).

11. Ambriz Murillo Y, MenorAlmagro R, Campos-González ID, Cardiel MH. Health related quality of life in rheumatoid arthritis, osteoarthritis, diabetes mellitus, end stage renal disease and geriatric subjects. experience from a General Hospital in Mexico.

Clin Rheumatol. 2015;11(3):68–72.

12. Guillemin F.

Qualité de vie en rhumatologie. Encycl. Méd. Chir. Elsevier, Paris, Appareil locomoteur, 15-907-A-10, 1997,4p.

13.Danchin. A.,

Signes immuns. Un concept central: la fermeture', PROSPECTIVE ET SANTE, numéro spécial 'Immunologie, nouvelle frontière", no 42, 1987 (p.15-19) - <http://www.ecole-psychosomatique.org/BilliardMire.html>.

Consulter le 26/06/2019.

14.Lipowski ZJ. Consultation-liaison psychiatry: the first half century. Gen HospPsychiatry 1986; 8:305-315.

15.Camus V, De Mendonca Lima CA, Simeone I, Wertheimer J.

Geriatric psychiatry liaison-consultation: the need for specific units in general hospitals.

Int J Geriatr Psychiatry 1994; 9:933-935.

16.Lipowsky ZJ.

Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine.

I. General principles, psychosom Med 1967; 29: 133-71.

17.Johnston M, Pollard B, Hennessey P.

Construct validation of the hospital anxiety and depression scale with clinical populations.

J Psychosom Res 2000;48(6):579-84.

18. Covic T, Tyson G, Spencer D, Howe G.

Depression in rheumatoid arthritis patients: demographic, clinical, and psychological predictors.

J Psychosom Res 2006;60(5):469-76.

19. Creed F, Murphy S, Jayson MV. Measurement of psychiatric disorder in B rheumatoid arthritis.

J Psychosom Res 1990;34(1):79-87.

20. INSERM section psychiatrie :

Classification française des troubles mentaux.

Bulletin, institut national de la santé et de la recherche médicale, 24, 1968, suppl. n°2, 29p.

21. CIM-10 :

Classification internationale des maladies, 10ème révision (CIM-10/icd10), chapitre V :

Troubles mentaux et du comportement, descriptions cliniques et directives pour le diagnostic, Genève, OMS, Paris, Masson, 1993 ;

22. Airagnes G, Tripodi D, Petit Le Manac'h A.

Douleur chronique : la place du psychiatre.

Annales Médicopsychologiques, revue psychiatrique 2014;172(2):146-153.

23. Cedraschi C, Piguet V, Luthy C, Rentsch D, Desmeules J, Allaz A.

Aspects psychologiques de la douleur chronique.

Rev Rhum 2009;76(6):587-592.

24. Harding V, Williams A.

Extending Physiotherapy Skills Using a Psychological Approach: Cognitive-behavioural management of chronic pain.

Physiotherapy 1995;81(11):681-688.

25. Henry P.

De quelques aspects psychologiques et psychopathologiques des douleurs chroniques.

Douleur et Analgésie 1992;5(2):37-41.

26. Stéphane Grégoire, Emilie Muller, Fabien Marchand.

Structures et mécanismes cérébraux impliqués dans les aspects émotionnels et cognitifs de la douleur.

Douleur Evaluation – Diagnostic – Traitement (2010) 11, 182-193.

27. Vlaeyen JW, Kole-Snijders AM, Boeren RG, et al.

Fear of movement/ (re) injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance.

Pain 1995;62:363-72.

28. Linton SJ, Andersson T.

Can chronic disability be prevented? A randomized trial of a cognitivebehavior intervention and two forms of information for patients with spinal pain.

Spine 2000;25:2825-31.

-Burton AK, Waddel G, Tillotson KM, et al.

Information and advice to patients with back pain can have a positive effect.

A randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care.

Spine 1999;24:2484-91.

29. Berbard Duphan, Jean François, Roche, Gérard Mallen.

Définition et évaluation de la dimension psychologique de la lombalgie.

Rev Rhum 2001 ; 68 : 141 – 144.

30. Gachelin G,

Emotions et immunité.

In : **J Mc Dougall et al.**

Corps et Histoire. Paris, Les Belles Lettres, 1986 : 45-98.

31. Ader R.

Psychoneuroimmunology, New York, Academic Press, 1981.

32. Rogers MP, Fozdar M.

Psychoneuroimmunology of autoimmune disorders.

Adv Neuroimmunol 1996 ; 6 : 169-177.

33. Miguel EC, Pereira RM, Pereira CA et al.

Psychiatric manifestations of systemic lupus erythematosus :
clinical features, symptoms, and signs of central nervous system activity in 43
patients.

Medecine 1994 ; 73 : 224-232.

34. Roca RP, Wigley FM, White B.

Depressive symptoms associated with scleroderma.

Arthritis Rheum 1996 ; 39 (6) : 1035-1040.

35. Liang MH, Rogers M, Carson M et al.

The psychosocial impact of systemic lupus erythematosus and rheumatoid
arthritis.

Arthritis Rheum 1984 ; 27 : 13-19.

36. Nojima Y, Minota S, Yamada A. et al.

Correlation of antibodies to ribosomal P protein with psychosis in patients with
systemic lupus erythematosus.

Ann Rheum Dis 1992 ; 51 : 1053-1055.

37. Mills JA.

Systemic lupus erythematosus.

N Engl J Med 1994 ; 330 : 1871-1879.

38. Katz PP, Yelin EH.

The development of depressive symptoms among women with rheumatoid
arthritis.

Arthritis Rheum 1995 ; 38 : 49-56.

39. Katz PP, Yelin EH.

Prevalence and correlates of depressive symptoms among persons with
rheumatoid arthritis.

J Rheumatol 1993 ; 20 : 790-796.

40. Parker JC, Smarr KL, Angelone EO et al.

Psychological factors, immunologic activation and disease activity in rheumatoid arthritis.

Arthritis Care Res 1992 ; 5 : 196-201.

41. Adams SG JR, Dammers PM, Saia TL, et al.

Stress, depression, and anxiety predict average symptom severity and daily symptom fluctuation in systemic lupus erythematosus.

J Behav Med 1994 ; 17(5) : 459-477.

42. Schleifer SJ, Keller SE, Meyerson AT et al.

Lymphocyte function in major depressive disorder,

Arch Gen Psychiatry 1984, 41 : 484-486.

43. Schleifer SJ, Keller SE, Siris SG et al.

Depression and immunity lymphocyte function in ambulatory depressed patients, hospitalized schizophrenic patients, and patients hospitalized for herniorrhaphy,

Arch Gen Psychiatry 1985, 42 : 129-133.

44. Halliday JL.

Psychological aspects of rheumatoid arthritis.

Proc Roy Soc Med 1942 ; 35 : 455-457.

- Moos RH.

Personality factors associated with rheumatoid arthritis. A review.

J Chron Dis 1964 ; 17 : 41.

45. Fernandez A, Sriram TG, Rajkumar S, et al.

Alexithymic characteristics in rheumatoid arthritis : a controlled study.

Psychother Psychosom 1989 ; 51 : 45-50.

46. Temoshok L.

Personality, coping style, emotion and cancer : towards an integrative model.

Cancer Surv 1987, 6 : 545-567.

47. Wilder RL.

Neuroendocrine-immune system interactions and autoimmunity.

Annu Rev Immunol 1995 ; 13 : 307-338.

48. Futterman AD, Kemeny ME, Shapiro D, et al.

Immunological and physiological changes associated with induced positive and negative mood.

Psychosom Med 1994 ; 56 : 499-511.

49. Maes M, Bosmans E, Suy E, et al.

Antiphospholipid, antinuclear, Epstein-Barr and cytomegalovirus antibodies, and soluble interleukin-2 receptors in depressive patients.

J Affect Dis 1991 ; 21 : 133-140.

50. Bartrop RW, Luckhurst E, Lazarus L et al,

Depressed lymphocyte function after bereavement.

Lancet 1977, 1 : 834-836.

51. Esterling BA, Antoni MH, Kumar M, et al.

Emotional repression, stress disclosure responses, and Epstein-Barr viral capsid antigen titers.

Psychosom Med 1990 ; 52 : 397-410.

52. Consoli S., Bayle O., Baudin M., et al.

- Attitudes distinctives au test de Rosenzweig de sujets présentant un phénomène de Raynaud primitif ou secondaire.

Psychiatrie et Psychobiologie 1987 ; 2, [1] : 42-50.

53. Kiecolt-GLASER JK, GARNER W, SPEICHER C et al.

Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students.

Psychosom Med 1984 ; 46 : 7-14.

54. Herbert TB, Cohen S.

Depression and immunity : a meta-analytic review. Psychol Bull 1993 ; 113 : 472-486.

55. Poulsen A.

Psychodynamic, time-limited group therapy in rheumatic disease - a controlled study with special reference to alexithymia.

Psychother Psychosom 1991 ; 56 : 12-23.

56. Steen VD,

Medsker TA. Severe organ involvement in systemic sclerosis with diffuse scleroderma.

Arthritis Rheum 2000;43:24_37-44.

57. Benrud-Larson LM, Haythornthwaite JA, Heinberg LJ, Boling C, Reed J, White B.

The impact of pain and symptoms of depression in scleroderma.

Pain 2002;95:267-75.

58. Angelopoulos NV, Drosos AA, Moutsopoulos HM.

Psychiatric symptoms associated with scleroderma.

Psychother Psychosom 2001; 70:145-50).

59. Mella LFB, Bértolo MB, Dalgalarondo P.

Depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients.

Rev Bras de Psiquiatr 2010;32: 257-63.

60. Dowlati Y, Herrmann N, Swardfager W, Liu H, Sham L, Reim EK et al.

A meta-analysis of cytokines in major depression.

Biol Psychiatry 2010;67:446-57.

61. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW.

Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence.

Arch Intern Med 2000;160: 2101-7.

62. Abdel-Nasser AM, El-Azim SA, Taal E, ElBadawy SA, Rasker JJ, Valkenburg HA.

Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: an analysis of their occurrence and determinants.

Br J Rheumatol 1998;37:391-7.

63. Ho RCM, Fu EHY, Chua ANC, Cheak AAC, Mak A.

Clinical and psychosocial factors associated with depression and anxiety in Singaporean patients with rheumatoid arthritis.

Int J Rheum Dis 2011;14:37-47.

64. Margaretten M, Yelin E, Imboden J, Graf J, Barton J, Katz P et al.

Predictors of depression in a multiethnic cohort of patients with rheumatoid arthritis.

Arthritis Rheum 2009;61:1586-91.

65. Launay D, Baubet T, Cottencin O, Bérezné A, Zéphir H, Morell-Dubois

S. Atteintes neuropsychiatriques au cours de la sclérodémie systémique.

Presse Med 2010;39:539-47.

66. Kuehner C.

Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations.

Acta Psychiatr Scand 2003;108:163-74.

67. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG et al.

Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder.

JAMA 1996;276:293-9.

68. Haydu GG, Goldschmidt L, Drymiotis AD.

Effect of imipramine on the rheumatoid factor titre of psychotic patients with depressive symptomatology.

Ann Rheum Dis 1974;33:273-5.

69. Juby A, Davis P.

Psychological profiles of patients with upper gastrointestinal symptomatology induced by non-steroidal antiinflammatory drugs.

Ann Rheum Dis 1991; 50:211-3.

70. Ertenli I, Ozer S, Kiraz S.

Infliximab, a TNFalpha antagonist treatment in patients with ankylosing spondylitis: the impact on depression, anxiety and quality of life level.

Rheumatol Int 2010;16:10.1007-296-010.

71. Brown SC, Glass JM, Park DC.

The relationship of pain and depression to cognitive function in rheumatoid arthritis patients.

Pain 2002;96:279-84.

72. Campbell LC, Clauw DJ, Keefe FJ.

Persistent pain and depression: a biopsychosocial perspective.

Biol Psychiatry 2003;54: 399-409.

73. Morel J, Miossec P, Combe B.

Immunopathologie de la polyarthrite rhumatoïde.

EMC Rhumatologie Orthopédie 2004;1:218-30.

74. Miossec P.

Cytokines et polyarthrite rhumatoïde: de la physiopathologie au traitement.

Immunoanal Biol Spec 1996;11:292-6.

75. Schiepers OJG, Wichers MC, Maes M.

Cytokines and major depression.

Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2005;29: 201-17.

76. Airagnes G, Tripodi D,

Petit Le Manac'h A. Douleur chronique: la place du psychiatre.

Annales Médicopsychologiques, revue psychiatrique. 2014;172(2):146-153.

77. Cedraschi C, Piguet V, Luthy C, Rentsch D, Desmeules J, Allaz A.

Aspects psychologiques de la douleur chronique.

Rev Rhum 2009;76(6):587-592.

78. Henry P.

De quelques aspects psychologiques et psychopathologiques des douleurs chroniques.

Douleur et Analgésie. 1992;5(2):37-41.

79. Mezerai M., & Tachon, J.-P.

Actualité de la fibromyalgie.

L'information psychiatrique 2004; 80(9), 739-744.

80.KAMATE.Z:

Etude des troubles psychiatriques chez les émigres dans le service de psychiatrie du CHU Point-G.

Thèse de médecine, n°, pp : 34 ;

81.TEMBELY.M B :

Troubles psychiques et migration: problématique de leur prise en charge dans le service de psychiatrie du CHU Point-G.

Thèse de médecine, n°, pp : 46

82.ZAKARIA.A :

Evaluation psycho-comportementale dans la lombalgie chronique au CHU Hassan II FES.

Thèse de médecine, n°201205712, pp : 36

83.TOURE .S :

Etude des manifestations neuropsychiatriques associées au lupus systémique dans le service de Rhumatologie du CHU Point-G de Bamako.

Mémoire de diplôme d'études spécialisées (DES), 2017, Abidjan-Cocody
[COTE D'IVOIRE]

ANNEXE

FICHE D'EXPLOITATION

N°=.....

I. Identité :

- Nom et Prénom :
- Age : Sexe : M F
- Origine : Urbaine Rurale
- Niveau socio-économique : Bas Moyen Haut
- Profession :
- Situation matrimoniale : Célibataire Marié(e) Divorcé Veuf(ve)

II. Données

cliniques :

.....

- **Date d'hospitalisation** :
- **Date de sortie** :
- **Motif d'hospitalisation** :
- **Mode d'admission** : urgences consultation autre service:
- **Antécédents** :

1. Familiaux :

- Consanguinité : Oui Non
 Degré :
- Autres (à préciser) :

2. Médicaux personnels:

.....

3. Chirurgicaux personnels:

.....

4. Gynéco-

obstétricaux:.....

5. Traitements

antérieurs

:

.....

6. Habitudes:

❖ Examen urologique : Oui Non

▪ Troubles sphinctériens: Oui Non
Type :

Durée:.....

▪ Touchers pelviens: Oui Non
Type: TR TV

Résultat:.....

- Prostate: Taille:.....Consistance:.....

➤ Signes associés:

- | | | |
|---------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 1) Agitation | 2) Eléments dissociatifs | 3) Hétéro agressivité |
| 4) Insomnie | 5) Sevrage (préciser) | 6) Refus alimentaire |
| 7) Tentative de suicide | 8) Hallucinations (préciser) | |
| 9) Logorrhée | 10) Mutisme | 11) Instabilité d'humeur |
| 12) Anorexie (à préciser) | 13) Autres à préciser : | |

IV. Para-clinique :

➤ Biologie :

- ❖ NFS :.....
- ❖ VS : 1^{er} heure= 2^e heure=
- ❖ CRP :
- ❖ Glycémie :
- ❖ Uricémie:.....
- ❖ Créatininémie :
- ❖ Clairance de la créatininémie:
- ❖ Transaminases :
ASAT.....ALAT.....
- ❖ Triglycerides:.....
- ❖ Cholesterol:.....
- ❖ LDH:.....HDL:.....
- ❖ Ionogramme sanguin:.....
Urinaire:.....

- ❖ TPHA:.....
- ❖ VDRL:.....
- ❖ Phosphatases alcalines :GGT
- ❖ Calcémie :
- ❖ Protéinurie de 24h :
- ❖ CPK:.....
- ❖ TSHus:.....
- ❖ FT3:.....
- ❖ FT4:.....
- ❖ PSA total:.....
- ❖ IDR à la tuberculine:.....
- ❖ Recherche de BAAR dans les crachats:.....
- ❖ Autre liquide biologique (à préciser):.....
- ❖ Anti-HBS:..... AC anti-HBS:.....
 - Charge virale B:.....
- ❖ AC anti-VHC:.....
 - Charge virale C:.....
- ❖ Sérologie VIH : Positif Négatif
 - Type : VIH1 VIH2
 - Charge virale:.....
 - Taux de CD4:.....
- ❖ Electrophorèse de l'Hb:.....
- ❖ Biluribine Totale :
 - Directe:.....Indirecte:.....
- ❖ Autre Sérologie: Oui Non
 - Type (à préciser):.....
 - Résultat:
- ❖ Protidogramme :
 - Albumine :.....
 - Alpha 1 :..... Alpha 2 :
 - Beta 1 : Beta 2 :
 - Gamma :
 - Profil (pic): monoclonal polyclonal
- ❖ E.C.B.U:.....
- ❖ L.C.R:.....
- ❖ Autres (préciser):

❖ Bilan immunologique :

- AAN : positif négatif
- Ac anti DNA natifs : positif négatif
- FR : positif négatif
- Anti-CCP : positif négatif
- Anti-Jo-1 : positif négatif
- Anti Scl 70 : positif négatif
- Anti-PM Scl : positif négatif
- Anti Sm : positif négatif
- Anti-RNP : positif négatif
- Anti-SRP : positif négatif
- Anti-centromère: positif négatif
- Anti-TPO: positif négatif
- ANCA: positif négatif
- Anti-Mi2 : positif négatif
- Anti-PL-7 : positif négatif
- Anti-PL-12 : positif négatif
- Anti-PM-1 : positif négatif
- Anti Ro : positif négatif
- Anti-PR3 positif négatif
- Autres (à préciser) :

❖ Imagerie :

- Rx du thorax de face
- ECG :.....
- Echographie cardiaque :.....

-Echo-doppler : Oui Non

Siège:.....

Compte-rendu:

.....

-TDM: Oui Non

Siège:.....

Compte-rendu:

.....

2. Rhumatisme Inflammatoire Chronique (à préciser):
3. Métabolique(à préciser):
4. Tumeur (à préciser):
5. Affection Mécanique(à préciser):

V. Traitement :

❖ **Traitement Médical :**

Hospitalisation :

Durée d' hospitalisation:.....

▪ **Général :**

➔ Corticoïdes : Oui Non

Type :.....

Voie d'administration :.....

Dose :.....

Bolus Type :..... Nombre de jours :

Antalgiques : Oui Non

Type: Palier:

Dose :.....

Immunosuppresseurs : Oui Non

Type :

Dose :

Biothérapie : Oui Non

Type :..... Dose:.....

Autres (à préciser):

▪ **Local :** Oui Non

Type :

▪ **Traitement adjuvant :** calcique potassique

Régim:.....

❖ **Traitement Chirurgical :** Oui Non

Type :

Indication(s) :

❖ **Education Thérapeutique :** Oui Non

Type(à préciser):.....

Durée:.....

❖ **Traitement Psychotrope:**

- Antidépresseur

Type :.....
.....

Voied'administration :.....

Dose :.....

- Anxiolytique

Type :.....

Voie d'administration :.....

Dose :.....

- Normo thymique

Type :.....

Voie d'administration :.....

Dose :.....

- "Correcteurs" de l'humeur

Type :.....

Voie d'administration :.....

Dose :.....

- Autres à préciser :

VI. Surveillance thérapeutique:

A. Efficacité thérapeutique :

1. Critères cliniques :

Signes généraux : sensation fébrile ast

Perte de poids anorexie

Sommeil:

Bon Oui

Non

Temps :.....

2. Critères biologiques :

• CRP : positive Oui Non

• VS : accélérée Oui Non

• Glycemie : élevée Oui Non

• Transaminases (ALAT-ASAT) : élevés Oui Non

• Calcémie :.....fonction rénale:.....

• Ionogramme sanguin:.....

B. Complications liées au traitement: Oui Non

Si Oui, préciser:.....

VII. Evolution :

- Rémission: Oui Non
 Complète Partielle Stationnaire Aggravation

Si oui après combien de temps de traitement :
.....

- Réchute/Résistance: Oui Non

VIII. Diagnostic définitif :

Fiche signalétique :

Nom : DIARRA

Prénom : FATOUMATA

Nationalité : Malienne

Titre : Les troubles psychiques chez les patients hospitalisés dans le service de Rhumatologie du CHU Point G.

Année universitaire : 2019-2020

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie du Mali

Secteurs d'intérêt : Rhumatologie, Psychiatrie

Résumé :

Notre étude a été consacrée aux troubles psychiques chez les patients hospitalisés, les affections associées et leur prise en charge adéquate. Elle avait pour but de mettre en évidence l'importance des facteurs psychopathologiques chez les patients hospitalisés à fin d'apporter une meilleure compréhension de ces troubles pour améliorer la qualité de la prise en charge.

Notre travail a été conduit dans le service de Rhumatologie du CHU Point G à Bamako de mars 2018 à février 2020.

L'étude a porté sur 49 dossiers de patients hospitalisés répondant aux critères d'inclusion.

Il s'agissait d'une étude transversale, rétro-prospective et descriptive dont les données ont été recueillies à partir des données d'anamnèse présentes dans les dossiers cliniques.

Pendant la période d'étude sur 962 dossiers des patients, 49 dossiers présentaient un trouble psychique soit une fréquence de 5.1%.

La tranche d'âge 56-75 ans a prédominé (44.9%) avec une prévalence masculine à 51.0%.

Le milieu urbain a été la résidence dominante avec 73.5%.

Les mariés représentaient 69.4% des patients.

L'asthénie et l'insomnie ont été les signes les plus rapportés respectivement dans 44.9% et 49,0%.

La dépression a été le diagnostic prépondérant avec 38.8%.

Les infections étaient les plus fréquentes (44.9%) puis les RIC (24.3%) parmi les comorbidités.

Les antidépresseurs étaient les plus utilisés (67.3%) en plus de leur indication co-antalgique.

Les RIC (LES, PR, syndrome de Sharp, maladie de Still) ont motivé l'utilisation des immunosuppresseurs (22.3%).

Mots clés : Troubles psychiques, suivie Rhumatologie, Bamako-Mali

Data sheet

Name : Diarra

Surname : Fatoumata

Nationality : Malian

Title : Psychic troubles in patients hospitalised in the department of Rheumatology of the University Teaching Hospital of “Point G”.

Academic year: 2019-2020

Place of defense: Bamako

Country of origin: Mali

Place of deposit : Library of the Faculty of Medicine and Odonto-Stomatology of Mali.

Sectors of interest: Rheumatology and Psychiatrics

Summary:

Our study was consacreted to psychic troubles fond in hospitalised patients, the associated deseases and their appropriate traitement. Its aim was to show the psychopathological factors with in hospitalised patients in order to bring a better understanding of these troubles and to improuve the quality of the traitement.

Our study was conducted in the departement of Rheumatology of the University Teaching Hospital of “Point G” in Bamako, from March 2018 to February 2020

The study was about 49 medical files of patients hospitalised fitting to inclusion criteria.

Its was a transversal, retro-prospective and descriptive study in which data were collected from the data of the anamnesis fond in the medical files.

During the period of study, upon 962 patients medical files, 49 showed psychic troubles, that is a frequency of 5,1%.

The age group 56-75 years predominated (44.9%) with a masculine prevalence of 51.0%.

The urban area was the dominating residence with 73.5%.

Married people represented 69.4% of the patients

Asthenia and insomnia were the mos reported signs with 44,9% and 49,0% respectively.

Depression was the preponderant diagnosis with 38,8%.

Infection was the most frequent (44,9%), then “RIC“ (24,3%) with the comorbidities.

Anti-depressive drugs were mostly used (67,8%) added to their co-antalgic effets.

Chronic inflammatory Rheumatisms (LES, PR, Sharp Syndrome, Stills disease) motivated the use of immusupressive drugs (22,3%).

Key words or phrases: Psychic troubles, Rheumatology following, Bamako-Mali.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des **Maîtres** de cette faculté et 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 s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront Confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

Je garderai le secret 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.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, Je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

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

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

Je le jure !

