

*Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali*

# CONSIDERATIONS GENERALES SUR LES PSYCHOSES AIGUES DE L'ADULTE AU MALI

## THESE

présentée et publiquement soutenue devant l'Ecole  
Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali  
LE 27 NOVEMBRE 1975

par :

**Dramane SANGARE**

Né le 25 Janvier 1950 à BOUGOUNI (Mali)  
pour obtenir le grade de DOCTEUR en Médecine  
(DIPLOME D'ETAT)

### **Jury :**

**PRESIDENT :** Monsieur le Professeur COLOMB

**MEMBRES :** Monsieur le Professeur PAYET

Monsieur le Professeur KOUMARE

Monsieur le Docteur AVRAMOV

Considérations générales sur les psychoses aiguës de  
l'adulte au Mali

T H E S E

présentée et publiquement soutenue devant l'Ecole Nationale  
de Médecine et de Pharmacie du Mali .

LE 27 NOVEMBRE 1975

par

Dramane SANGARE

Né le 25 Janvier 1950 à BOUGOUNI (Mali)

pour obtenir le grade de DOCTEUR en MEDECINE

( DIPLOME D'ETAT )

J U R Y :

PRESIDENT : Monsieur le Professeur COLLOMB

MEMBRES : Monsieur le Professeur PAYET

Monsieur le Professeur KOUILARE

Monsieur le Docteur AVRAMOV

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

× × × × ×

ANNEE ACADEMIQUE : 1974-75

DIRECTEUR GENERAL

Professeur Aliou BA

DIRECTEUR GENERAL ADJOINT

Professeur Bocar SALL

SECRETARE GENERAL

Mr. Amadou Déka DIABATE

CONSEILLER TECHNIQUE

Prof. Agr. Philippe RANQUE

× ×

×

PROFESSEURS-MISSIONNAIRES

Professeur	: Claude RICHIR	: Anatomie-Pathologie	BORDEAUX
Professeur-Agrégé	: Yves MILLET	: Physiologie	MARSEILLE
Professeur-Agrégé	: Bernard BLANC	: Gynéco-Obstétrique	MARSEILLE
Professeur-Agrégé	: Michel QUILICI	: Immunologie	MARSEILLE
Professeur-Agrégé	: François MIRANDA	: Biochimie	MARSEILLE
Professeur	: Oumar SYLLA	: Chimie Organique	DAKAR
Professeur	: Hubert GIONO-BARBER	: Anatomie-Physio.Humaines	DAKAR
Docteur	: Jacques SAUREL	: Histologie	BORDEAUX
Docteur	: François ROUX	: Biophysique	MARSEILLE
Docteur	: Bernard DUFLO	: Thérapeutique	PARIS
Docteur	: <del>Gérard</del> TOURAME	: Psychiatrie	MARSEILLE
Docteur	: Amy DOMINIQUE	: Radiologie	MARSEILLE

....

PROFESSEURS TITULAIRES RESIDANT A BAMAKO

Professeur	:	Aliou BA	Ophthalmologie
Professeur	:	Bocar SALL	Orthopédie-Traumatologie-Anatomie
Professeur	:	Dédéou SIMAGA	Chirurgie générale
Professeur	:	Mamadou DEMBELE	Chirurgie générale
Professeur	:	Mohamed TOURE	Pédiatrie
Professeur	:	Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Professeur	:	Mamadou KOUMARE	Matières Médicales
Professeur	:	Pierre St-ANDRE	Dermato-Vénérologie-Léprologie
Professeur-Agr.:	:	Philippe RANQUE	Parasitologie - Biologie végétale

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUES

Docteur	:	Faran SAMAKE	Neurologie
Docteur	:	Aly GUINDO	Sémiologie digestive
Docteur	:	Cheick SIDIBE	Sémiologie digestive
Docteur	:	Abdoulaye Ag-RHALY	Sémiologie rénale
Docteur	:	Yaya FOFANA	Microbiologie
Docteur	:	Moctar DIOP	Sémiologie chirurgicale
Docteur	:	Balla COULIBALY	Pédiatrie - Médecine du Travail
Docteur	:	Bénitiéni FOFANA	Ostétrie
Docteur	:	Mamadou-Lamine TRAORE	Obstétrique - Médecine légale
Docteur	:	Boubacar CISSE	Dermatologie
Docteur	:	Yacouba COULIBALY	Stomatologie

PROFESSEUR ASSISTANT

Docteur	:	Souleymane DIA	Chimie Minérale et Analytique
---------	---	----------------	-------------------------------

CHARGES DE COURS

Mlle.	:	Diénébou DOUMBIA	Chimie Générale, Minérale & Organique
Docteur	:	Gérard FRECON	Anatomie
Docteur	:	Jean Jacques LEVEUF	Santé publique
Docteur	:	L. AVRAMOV	Sémiologie générale
Docteur	:	Christian DULAT	Microbiologie
Docteur	:	Patrick DEFONTAINE	Anesthésie - Réanimation

....

Docteur	:	Marie Colette DEFONTAINE	Gynécologie - Hématologie
Docteur	:	Emile LOREAL	O.R.L.
Docteur	:	SCHLECHT	Pathologie digestive
Docteur	:	Abdoulaye DIALLO	Pharmacologie
Docteur	:	Gérard TRUSCHEL	Anatomie - Traumatologie
Docteur	:	GIRAUDEAU	Sémiologie chirurgicale
Docteur	:	Christian MAILLOUX	Sémiologie Cardio-Vasculaire
Docteur	:	DUCAM	Pathologie Cardio-Vasculaire
Docteur	:	Boukassoum HAIDARA	Galénique - Chimie Organique
Docteur	:	Elisabeth ASTORQUIZA	Epidémiologie
<b>Monsieur</b>	:	S.P. WONG	Hygiène du Milieu
Professeur	:	Tiémoako MALLET	Mathématiques
Professeur	:	Mamadou GUISSÉ	Mathématiques
Professeur	:	A. Baba TOURE	Physique - Chimie générale
Professeur	:	Oumar COULIBALY	Chimie Organique
Professeur	:	N'Golo DIARRA	<b>Botanique</b>
Professeur	:	Ibrahim TOURE	Physique
Professeur	:	Lassana KEITA	Physique
Professeur	:	Alassane CISSE	Biologie végétale ; Physiologie générale ; Cryptogamie
Madame	:	KEITA (Oulématou) BA	Biologie animale
Madame	:	CISSE (Fatoumata) DIALLO	TP. de Chimie

x x x x x x x x

A LA REPUBLIQUE DU MALI

---

A L'AMOUR FRATERNEL ENTRE TOUS LES HOMMES

---

A mes parents

A mes frères

A mes soeurs

Qu'ils trouvent ici toute mon affection et  
toute ma reconnaissance.

XXXXXXXXXXXXXX

A Mademoiselle Rokia D O U M B I A

Toute mon affection.

XXXXXXXXXXXXXX



A tous mes amis, et particulièrement :

Moïse KEITA

Dramane DEMBELE

Mamary COULIBALY

Daouda DOUMBIA

Sidiki DOUMBIA

Samatigui SAMAKE

Pour toute leur aide, qu'ils trouvent ici ma reconnaissance et toutes mes amitiés.

A mes camarades d'étude et à tous les autres étudiants de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie ; le témoignage de toutes mes amitiés.

XXXXXXXXXXXXXXXX

A notre Maître et Président de Jury, le Professeur  
C O L L O M B.

C'est un grand privilège pour nous que vous  
ayez accepté de présider cette Thèse.

Trouvez ici, dans ce modeste travail, le témoi-  
gnage de notre profonde et respectueuse  
reconnaissance.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

A mon Jury de Thèse :

Monsieur le Professeur P A Y E T

Monsieur le Professeur K O U M A R E

Monsieur le Docteur A V R A M O V.

Toutes mes gratitudes pour tout l'honneur que vous me faites en acceptant de siéger parmi mes juges.

A notre Maître le Docteur Faran S A M A K E,

qui a inspiré et guidé ce travail.

Il a su, par son enseignement et son remarquable esprit clinique nous faire aimer la Psychiatrie.

Qu'il soit assuré de notre affectueuse reconnaissance.

Au Docteur Gérard T O U R A M E.

Vous nous avez guidé dans notre premier contact avec la psychiatrie.

Trouvez ici le modeste témoignage de notre profonde admiration pour la clarté et l'efficacité de votre enseignement.

A tous mes Maîtres,

j'exprime ma reconnaissance.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

A Monsieur Soriba DEMBELE, Infirmier d'Etat spécialisé  
en psychiatrie.

Il m'est particulièrement agréable de lui  
manifeste ma reconnaissance pour l'amabilité  
qu'il m'a toujours manifesté et ses conseils  
qu'il n'a cessé de me prodiguer si gracieuse-  
ment durant la réalisation de cette thèse.

A tout le reste du personnel du service de psychiatrie  
de l'hôpital du Point G.

J'exprime mes vifs remerciements.

Au Docteur Mahamane TOURE de l'A.M. de BOUGOUNI.

A Monsieur Mamadou SARR, Directeur de l'I.S.H. du MALI.

A Monsieur Moussa DIAKITE, Anthropologue.

A tout le personnel de l'I.S.H. et de la Bibliothèque  
Nationale.

J'exprime toute ma profonde gratitude.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

A Monsieur Wathine DIALLO, Secrétaire émerite  
et tout le Secrétariat de l'Ecole Nationale de  
Médecine du Mali.

J'exprime mes vives gratitudee.

XXXXXXXXXXXX

CONSIDERATIONS GENERALES SUR LES PSYCHOSES AIGUES DE  
L'ADULTE AU M A L I

# S O M M A I R E

	Pages
0- INTRODUCTION.....	1
I- APERCU SUR LA GEOGRAPHIE PHYSIQUE ET HUMAINE DU MALI.....	2
1.1. Généralités.....	
1.2. Groupements ethniques.....	
1.3. Milieu physique.....	
1.4. Croyances et Religions.....	
a. Les esprits.....	
b. Les pratiques magiques.....	
c. Les êtres mythiques.....	
d. Le "Danga".....	
e. Conclusion.....	
II- LA PRATIQUE PSYCHIATRIQUE TRADITIONNELLE AU MALI.....	9
2.1. Introduction.....	
2.2. La maladie mentale dans les systèmes de représentation socio-culturels.....	
a. Les "folies calmes".....	
b. Les "Folies rouges".....	
c. Les "folies noires".....	
d. L'épilepsie.....	
e. Le "Cono".....	
f. Le "Coumafili".....	
2.3. Les guérisseurs traditionnels.....	
a. Méthodes de diagnostic.....	
b. Motifs de consultation.....	
c. Etiologies évoquées.....	
d. Méthodes de traitement.....	
2.4. Conclusion.....	
III- ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE ACTUELLE AU MALI.....	16
3.1. Généralités.....	
3.2. Les malades.....	
3.3. Le Personnel.....	
3.4. Les méthodes de traitement.....	
3.5. Conclusion.....	

IV- CONSIDERATIONS CLINIQUES GENERALES SUR LES PSYCHOSES AIGUES.....	24
4.0. Introduction.....	
4.1. Rappel clinique.....	
4.1.1. Manie et Mélancolie.....	
a. La manie.....	
b. La mélancolie.....	
4.1.2. Bouffées délirantes aiguës.....	
4.1.3. Confusion mentale.....	
4.2. Le matériel clinique.....	
a. Origine des malades.....	
b. Les ethnies.....	
c. Les professions.....	
4.3. Analyse sémiologique.....	
a. Comportement.....	
b. Vigilance.....	
c. Humeur.....	
d. Intellect. ....	
4.4. Les différentes entités nosologiques.....	
a. Principaux diagnostics chez nos malades.....	
b. La manie.....	
c. La confusion mentale.....	
d. Les états dépressifs.....	
e. Les bouffées délirantes aiguës.	
V- CONCLUSION GENERALE.....	45
VI- BIBLIOGRAPHIE.....	47

XXXXXXXXXXXX



## I N T R O D U C T I O N

Notre étude, comme son titre l'indique, est destinée à considérer d'une façon générale les principaux problèmes des maladies mentales de l'adulte au Mali.

Cette étude qui se veut essentiellement clinique, a été choisie pour essayer

- de montrer l'importance de la place qu'occupe la santé mentale dans la sante publique en général. Cette importance est soulignée par le nombre élevé de malades dans le service actuellement, les nombreuses demandes d'hospitalisation et la croissance élevée des consultations pour troubles mentaux.
- de cerner les problèmes de l'introduction de nouvelles technologies dans le développement, problèmes intimement liés à ceux de l'acculturation, tous conjuguant leurs effets pour ébranler les assises de la société traditionnelle ;
- de susciter l'intérêt de la collectivité, des pouvoirs publics, du corps médical tout entier pour les amener à intégrer dans leurs activités quotidiennes la santé mentale afin que se traduise la bonne formule :  
"Mens Sana In Corpore Sano".

§§§§

CHAPITRE I

APERCU SUR LA GEOGRAPHIE PHYSIQUE ET  
HUMAINE DU MALI

xxxxxx

## 1. 1. GENERALITES

La République du Mali, vaste pays de 1.204.000 km<sup>2</sup>, au cœur de l'Afrique de l'Ouest, s'étend entre les 24<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> degrés de latitude Nord, le 4<sup>e</sup> degré de longitude Est et le 12<sup>e</sup> degré de longitude Ouest. Elle est limitée d'Ouest en Est et du Nord au Sud par la Mauritanie, l'Algérie, le Niger, la Haute-Volta, la Côte-d'Ivoire, la Guinée et le Sénégal.

Elle est arrosée par deux grands fleuves, le Niger sur 1.400 km, le Sénégal sur 400 km.

Sa population est estimée à plus de 5 millions d'habitants.

## 1. 2. LES GROUPEMENTS ETHNIQUES

Le Mali est un carrefour où se sont rencontrées des civilisations de type négro-africain, arabo-berbère et occidental.

Les diverses ethnies rencontrées au Mali peuvent-être classées en deux grands groupes :

- 1er Groupe, les Nomades : touaregs, maures, peulhs.
- 2<sup>e</sup>me Groupe, les sédentaires ; ce 2<sup>e</sup>me groupe se subdivise en 3 sous-groupes principaux :
  - a) le groupe mandingue : bamabara, malinkés et dioula ;
  - b) le groupe soudanien : sarakollés, sonraï et dogons ;
  - c) le groupe voltaïque : senoufo, minianka, bobo ;
  - d) autres ethnies : elles sont numériquement faibles ; ce sont : les ouassouloukés, les diawara, les khashonkés, les toucouleurs.

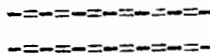
A côté de ces deux grands groupes il existe des groupuscules : kagoro, foullankés, dialonkés, sorko, somono, mossi, ouolof.

Ces diverses ethnies parlent des langues vernaculaires dont les plus répandues sont essentiellement constituées par le bambara, le malinké le dioula, le tamacheck, le peulh, le maure et le senoufo. Ces langues appartiennent aux groupes de type soudanien et arabe essentiellement. Elles sont largement dominantes et permettent l'interpénétration culturelle et, par voie de conséquence, le contact entre les hommes.

Ces ethnies ont su garder, malgré les divers brassages, les caractéristiques propres à leurs cultures. C'est ainsi qu'on peut noter les caractéristiques spécifiques des bambara, des sarakollés, des malinkés, des peulh, des dogon des senoufo, pour ne citer que ceux-là.



REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES DIFFERENTES ETHNIES AU MALI



1. 3. LE MILIEU PHYSIQUE

Il existe 3 régions naturelles au Mali, s'étendant du Nord au Sud, découplant le pays en bandes horizontales.

- La zone saharienne : Elle est caractérisée par une sécheresse extrême due à l'absence quasi totale de pluie même en saison humide, ses écarts de température, la fréquence des tempêtes de vents et de sable qu'on y rencontre. C'est la zone des mirages où vivent les touaregs et les maures.

- La Sahel ou steppe : Zone de transition, possède quelques rares herbes, buissons et arbres. C'est la patrie des pasteurs, nomades ou sédentaires et des troupeaux de bovidés, ovins, caprins, essentiellement.

- La savane ou zone soudanienne : Voit apparaître progressivement la végétation hautes herbes en saison humide et arbres parfois groupés en forêts clairsémées. la population y est agricole. Les ressources sont surtout constituées par la culture vivrière et industrielle et l'élevage dans une moindre mesure. Cette région occupe toute la partie sud du pays. Elle est dominée par deux saisons principales : la saison humide (hivernage) de Juin à Octobre et la saison sèche

I. 4. LES CROYANCES ET RELIGIONS

On estime que 60 % de la population du Mali sont des musulmans; le reste est animiste, à l'exception de quelques catholiques (environ 50.000).

Mr. Bocar N'DIAYE dans son livre sur **les ethnies** du Mali (47) a soigneusement décrit toutes les croyances et rites magiques pratiqués par toutes les entités ethniques.

Toutes les ethnies pratiquent une religion syncrétique. En effet Mr. N'Di estime qu'on retrouve partout chez les musulmans un "islamisme curieusement plaqué de survivances païennes". Ces croyances et ces rites marginaux dont fait allusion l'auteur malien revêtent des modalités différentes suivant chaque ethnie. Ils possèdent cependant des caractères communs qui sont :

a) La croyance aux esprits. Les esprits, à notre point de vue sont des représentations abstraites qui sont sensées posséder des pouvoirs surnaturels et capables d'influencer le cours normal des événements vitaux et le comportement des hommes

Ainsi donc on accorde aux morts un plein pouvoir sur les vivants. Ils sont capables de guider le comportement de tous les jours, de faire du bien ou du mal (surtout quand ils sont offensés).

Parmi ces esprits, les plus retenus en milieux traditionnels maliens sont - Seytanè : C'est un esprit malfaisant, tristement célèbre dans toutes les ethnies

§§§§

touchées par l'islam. Seytanè peut se cacher au fond d'un puits dans un arbre. Il peut s'insinuer dans une discussion et devenir un élément catalyseur entre les antagonistes.

- "Djinè" : n'est autre que l'esprit diabolique, importé également par l'islam. Il peut se manifester sous une forme fantastique : taille plus ou moins variable, couleurs et aspects variables. Il peut se personnifier et se rendre visible à certains moments de la journée. Au cours de la symptomatologie clinique de certains états délirants aigus, on rencontre diverses descriptions du Djinnè.

Dans la culture bambara, les Djinnè font l'objet d'une adoration par la collectivité, représentés par un arbre, une pierre. Autrement dit, les bambara dotent un pouvoir surnaturel tout ce qui est inanimé. Ce pouvoir conféré aux choses est susceptible d'apporter prospérité, bonheur ou, au contraire, malheur. Du reste, dans le langage bambara, on dit de quelqu'un que son diable est bon ou mauvais.

- "Dougoudassiri" : Cet esprit est d'origine animiste. C'est l'esprit des ancêtres. En général ce sont des esprits protecteurs qui vivent parmi les hommes sous forme d'animaux (âne, cheval, caïman, serpent etc...). Généralement ils se cachent dans un arbre, dans une grotte et veillent sur tout un village ou toute une ville, en faisant taire "les mauvaises langues", c'est-à-dire en neutralisant les actions des jeteurs de sort. Leurs lieux de cachette servent de lieux d'adoration, de sacrifices, d'offrandes. Les "Dougoudassiri" sont généralement calmes et ne font aucun mal à ceux qui ne les adorent pas. Cependant leur colère peut être redoutable, surtout quand ils sont irrités par une provocation manifeste.

b) La croyance aux pratiques magiques. La plupart des ethnies admettent qu'on peut "attacher" magiquement une personne. L'individu n'est pas attaché physiquement. Il n'en subira pas moins l'effet de "l'attachement" opéré sur son "double" qui le met à la merci de son adversaire.

Cette croyance, très répandue, sert d'excuse à toutes les insuffisances ou malheurs survenant dans la plupart des entreprises où il y a concurrence : cet élève, habituellement brillant en classe, a échoué à son examen, alors que le dernier de la classe a passé ; cet échec n'est pas de sa faute : il a été "attaché", c'est-à-dire neutralisé, diront ses parents. Une telle fille particulièrement belle est mariée à cet homme pauvre et vilain : elle a été "attachée". Des faits banaux survenant à des moments très mal indiqués sont des effets de cet "attachement" ("Siri" disent les bambara). Cette croyance aux pouvoirs magiques donne naissance à beaucoup de délires de persécution.

En plus du pouvoir de neutralisation il existe celui de "manger" son semblable, ou de l'éliminer avec des procédés extrêmement secrets tels que le "Korté".

Tous ces pouvoirs sont aux mains de quelques catégories de gens qui sont :

- les chasseurs : Ce sont de grands connaisseurs des moeurs des bêtes, des plantes et des phénomènes géoclimatiques; le langage de la brousse et celui des hommes ne leur sont pas secrets. Dans la société traditionnelle de type communautaire, c'étaient les gens qui avaient pour mission de procurer du gibier au groupe, mais aussi de protéger la société contre les forces du mal. Le chasseur est l'homme brave, intègre qui va mettre sa force physique, son intelligence et ses connaissances à la disposition du groupe auquel il appartient. Ils sont craints et respectés de ce fait. Ils sont avertis de toutes les pratiques magiques.
- les marabouts : Le marabout doit non seulement être pieux mais doit, en s'inspirant des textes coraniques et des "hadites" ainsi que d'autres textes de saints, s'aider de ces écrits pour aider à la réalisation des désirs, des projets bons ou mauvais conçus des consultants. Ainsi il aura pour tâche principale de faire le bonheur du consultant ou de le protéger contre un agresseur éventuel. Pour ce faire le marabout va se retirer dans une méditation "extatique", va élaborer et confectionner les eaux bénites avec les versets et les textes religieux ; il va s'aider de plantes pour préparer des médicaments ; il va enfin confectionner des amulettes. Le marabout est conjureur ou jeteur de sort.
- les "Komotigui" : Le "Komo" est le nom bambara des sociétés secrètes animistes ("Dio", "Nia", "Nana"). Les "Komotigui" sont les chefs de ces sociétés. Pour ces gens le monde, l'univers sont gouvernés par les forces occultes venant soit des esprits, soit des diables, soit des hommes. Les "Komotigui" ont une connaissance certaine des plantes et des hommes. Ils sont les dépositaires des traditions du groupe. Ils sont passés maître dans l'art de préparer les poisons. L'une de leurs armes favorites étant le "Korté", destiné à détruire l'ennemi potentiel. La connaissance des "Komotigui" est matérialisée par la possession de fétiches dont le nom varie suivant les ethnies. Les chefs de ces sociétés secrètes veillent à la constitution et au respect des lois de leurs sociétés qu'ils ont créés. Les "Komo" sont les organisateurs de toutes les cérémonies traditionnelles : baptême, circoncision, mariage, décès, culte des morts.

Le pouvoir et la connaissance psychologique des "Komotigui" ne sont pas négligeables. Ils sont capables de deviner l'avenir, en s'aidant de la géomancie des cauries et des fétiches spéciaux. Ainsi ils sont capables de deviner l'intention de l'autre, surtout leurs ennemis potentiels, hommes ou Djinnès.

- les sorciers ou "Sou-baga". La société considère que toutes leurs activités sont destinées à nuire. Les sorciers ou "Sou-baga" (en bambara) existent dans toutes les ethnies. Ce sont des personnes qui, comme les chasseurs ou les "Komotigui", possèdent des connaissances scientifiques certaines. Mais ces connaissances sont utilisées dans le seul but de nuire. C'est ainsi qu'ils sont à tout moment accusés d'anthropophagie, d'envoûtement. Généralement, quand une personne est victime d'un sorcier, elle peut s'en rendre compte par des signes comme : amaigrissement progressif, anémie, confusion mentale, etc... Une fois qu'il est entièrement mangé, l'individu, généralement, meurt peu de temps après. Les sorciers seraient des amis des mauvais génies. La chasse aux sorciers est l'une des activités favorites des "Komotigui" et des marabouts.

c) La croyance aux êtres mythiques : Leur existence est partout reconnue au Mali. Les bambara les nomment "Wo-cou-lon". Ils se cachent dans les forêts, dans les hautes collines, dans l'eau. Ils auraient une forme humaine mais sont de petite taille (environ 1 mètre), le talon en avant et la chevelure descendant jusqu'aux mollets. Ils vivent comme les êtres humains et il n'est pas rare qu'ils viennent la nuit fouiller les concessions, en quête de pitance. Ils apprécieraient particulièrement l'arrachide et les fonds de marmites. Le "Wo-cou-lon", qui se promène généralement seul, est de nature peu agressive.

d) "Le Danga" : (malédiction). A côté de toutes les croyances que nous venons de citer, il existe une autre croyance de caractère surtout familial. Pour garder l'intégrité de la communauté familiale, la société traditionnelle a conféré au père et à la mère le pouvoir de nuire à leurs enfants, si besoin est ; si un père ou une mère "danga" son enfant, c'est que la faute commise est toujours grave car l'enfant rencontrera désormais, partout où il ira, malheurs et malchances, tant qu'il ne revient pas au berceau implorer le pardon de ses parents par l'intermédiaire du conseil des anciens. Le "danga" est une persécution par l'esprit des ancêtres.

e) Conclusion : Ces diverses croyances permettent d'identifier les malades mentaux dont le mode d'expression leur font référence. La sémiologie psychiatrique est largement imprégnée par ces diverses croyances qui constituent un écueil pour un étranger, dans la mesure où elles sont considérées comme normales.

D'autre part les détenteurs des pouvoirs magiques vont entrer dans l'arsen thérapeutique de la psychiatrie traditionnelle.



CHAPITRE II

LA PRATIQUE PSYCHIATRIQUE TRADITIONNELLE AU MALI

\* x x x

## 2.1. Introduction.

L'importance de la psychiatrie traditionnelle a été soulignée en diverses occasions par de nombreux auteurs (16, 24, 40, 42).

Au Mali, cette importance tient, d'une part à la dispersion, et à l'importance numérique des malades mentaux dont une infime partie n'est prise en charge que par les structures d'assistance psychiatrique modernes, d'autre part à l'impact des cultures maliennes sur les modes d'expression sémiologique psychiatrique, à la confiance totale que font les maliens aux thérapeutes traditionnels, surtout dans le domaine psychiatrique.

Nous allons rapidement, dans un premier temps esquisser la représentation des maladies mentales dans les sociétés traditionnelles maliennes ; dans un second temps nous parlerons des guérisseurs traditionnels et de leurs méthodes de diagnostic et de traitement ainsi que les diverses étiologies qu'ils évoquent fréquemment ; enfin, dans un troisième temps nous essayerons de tirer une conclusion de cette étude, il est vrai succincte, sur la pratique psychiatrique traditionnelle au Mali.

## 2.2. La maladie mentale dans les systèmes de représentation socio-culturelle au Mali.

Les maladies mentales, comme du reste toute la pathologie en générale, est considérée comme étant provoquée par une cause extérieure au malade. Elle est souvent due soit à :

- . un "djinné" (c'est le "djinébana" des bambara, c'est-à-dire une maladie imputable à l'action d'un "djinné").
- . un marabout,
- . un chasseur;
- . un sorcier,
- . un être mythique,
- . un accident, qui n'est jamais considéré comme le fait du hasard ; en effet, dans notre culture, le concept de hasard n'existe pas et toute explication rationnelle est rejetée.

Dans notre société la cause de toute maladie est toujours recherchée en dehors de l'individu lui-même. Le principe de causalité classique est ignorée ou rejetée. Ainsi on ne rattachera pas la paralysie générale par exemple à une atteinte tréponémique.

Du point de vue nosologie il existe une classification des maladies mentales très bien codifiée. Cependant toutes les conceptions en ce domaine ne concordent pas. La rencontre entre spécialistes traditionnels permettrait une harmonisation des différents points de vue.

Chez les bambara, que nous avons particulièrement suivis :

- . la fureur maniaque, les états d'agitation intense et les états délirants aigus correspondent au "Fa-Oulen" (prononcez Fa Ou-Lain) ou "Fa-blen" prononcez Fa-bi-lain), c'est-à-dire la folie rouge.
- . les états dépressifs, au "Fa-Soumalen" (Fa Souma-Lain) ou folie calme,
- . l'épilepsie correspond au "Djinébana" dans sa forme typique.
- . les encéphalites, toutes les convulsions en général correspondent au "Cono" (prononcez Ko-no) mot signifiant "oiseau".
- . les états démentiels, au "Fa-Fi" ou "Fa-Fiman" c'est-à-dire la folie noire,
- . la confusion mentale, les états oniriques correspondent au "Niógnini" (c'est-à-dire quelqu'un qui est poussé de façon inconsciente et sous l'emprise d'une force mystérieuse, à commettre un acte susceptible de nuire à sa propre personne), ou au "Coumafili" (qui signifie : perdre la tête).

a). Les "folies calmes". Les malades de cette catégorie sont longtemps tolérés par la société. L'entourage fait tout pour rechercher la cause et la thérapeutique de ces maladies chez les médecins traditionnels, quand bien même subsiste chez l'entourage un sentiment fait d'un mélange de pitié, d'angoisse, de crainte et de méfiance car l'on considère que le fou, quel qu'il soit, est capable de manifester à tout moment de réactions imprévisibles plus ou moins dangereuses.

b). Les "folies rouges". La collectivité réagit brutalement à l'égard des malades de cette catégorie soit par des méthodes de contention, soit par l'isolement immédiat, soit par l'envoi d'urgence chez les psychiatres traditionnels. Si cela est possible et, en cas d'actes anti-sociaux graves (assassinat, incendie, etc...) les parents et la communauté décident de les envoyer au service psychiatrique de l'hôpital du Point-"G". A tout moment, il existe dans ce cas là des échanges de malades entre le service dit moderne et les services d'assistance traditionnels.

c). Les "folies noires". regroupent les malades qui présentent une perturbation importante et durable de la personnalité. Dans un premier temps ces malades sont pris en charge par la collectivité par des méthodes individuelles et collectives de traitement. En cas d'échec ou lorsque les ressources des parents sont insuffisantes, les malades sont abandonnés par le groupe. En aucun moment il n'y a d'acte de violence individuelle ou collective contre eux ; ils jouissent d'une liberté totale jusqu'à ce qu'ils deviennent coupables d'actes antisociaux graves. A l'égard de ces malades la tolérance est moins bonne en ville que dans les zones rurales. Il n'en demeure pas moins que ces malades qui ont perdu toute adhésion au réel mènent une existence déplorable et les structures de soin futures devront les prendre en charge rapidement.

d). L'épilepsie : nous savons qu'elle fait l'objet d'une attention plus particulière dans nos milieux traditionnels. Cependant, nous devons signaler ici que la pharmacopée traditionnelle est plus démunie en présence du "djinébana" que devant les autres folies.

e). Les états de "Cono" (convulsions hyperthermiques, encéphalites aiguës), sont les états les plus tolérés et les plus entourés de soins en milieu traditionnel. Les sujets atteints de "Cono" sont considérés comme possédés par un mauvais génie ; la symptomatologie clinique serait la manifestation des défenses de l'individu contre ses possesseurs ; alors il est tout à fait naturel de l'aider dans ce combat contre les forces du mal.

f). Les états de "Counafili" sont toujours considérés comme conférés par un être humain malintentionné. De ce fait ils ressortent de pratique de purification, de conjuration de mauvais sorts.

x     x  
x

### 2.3. Les guérisseurs traditionnels.

Nous avons dit plus haut que les marabouts, les chasseurs et les "Komotigu" possèdent le pouvoir d'agir directement ou indirectement sur l'individu ; qu'ils possèdent des artifices capables d'éloigner les mauvais esprits et les forces du mal, de communiquer avec le "djinné". Ce sera donc à eux que fera appel la société, chaque fois qu'un incident existentiel se manifesterait chez un de ses membres.

Le terme de guérisseur est, à notre avis impropre pour qualifier ces catégories de personnes car ils sont là pour satisfaire, dans le sens du bien comme du mal, leurs consultants. Ils peuvent guérir une maladie tout comme ils peuvent la provoquer. Ici, c'est leur rôle de guérir qui nous intéresse. De ce fait nous tâcherons de faire ressortir l'efficacité de leurs méthodes de traitement, méthodes pouvant dans une certaine mesure être mises au service de l'assistance psychiatrique moderne grâce à une collaboration étroite et franche entre thérapeutes traditionnels et psychiatres modernes.

#### a). Méthodes de diagnostic des guérisseurs :

. la géomancie ("N'tiendala", en barbara) : l'officiant, à l'aide de signes mystérieux tracés dans du sable, essaye de déterminer la nature et la cause de la maladie et d'établir le traitement.

. les cauries : le nombre est variable : 11, 21, 100. Le chiffre le plus utilisé est 11. L'officiant manie et lance à la volée sur le sol, en face du consultant, les 11 cauries. Ainsi il pourra définir la maladie, cerner son étiologie et mettre en route le traitement approprié.

. la cola, blanche ou rouge, est divisée en deux ; les deux cotylédons séparés sont lancés en l'air et, suivant leur mode de réception à terre, une interprétation est donnée. C'est en fait un mode de conjuration, de sacrifice, donc un traitement.

. les fétiches spéciaux : ce sont des éléments dont il est difficile de déterminer la nature et qui auraient la possibilité de parler, de communiquer avec l'officiant et de lui indiquer les voies à suivre pour traiter son patient.

. pour les marabouts il y a possibilité d'utiliser les signes conventionnels tracés sur du papier ou sur des tablettes en bois dans les mêmes buts de diagnostic.

Tous les objets que nous venons de citer constituent en fait la panoplie paraclinique du guérisseur. Ce ne sont pas des objets vulgaires. Ils sont préalablement préparés et soumis à certains traitements spéciaux qui leur confèrent des pouvoirs de voyance que seul le guérisseur peut savoir.

#### b). Les motifs de consultation.

Le guérisseur est généralement consulté pour :

- . aider à surmonter des difficultés dans toute entreprise;
- . guérir une maladie physique ou mentale ;
- . protéger contre les pratiques magiques ;
- . prédire l'avenir et prescrire des médicaments ou des méthodes thérapeutiques.

#### c). Les étiologies évoquées.

Les étiologies que les guérisseurs évoquent sont très variées. Ils considèrent que la maladie est due soit à :

- . une offense faite à un génie,
- . une offense faite à un parent mort ou vivant; c'est ici qu'intervient le plus la notion de "Danga" que nous avons essayée de dégager plus haut ;
- . une offense faite à un fétiche (Komo, "Dio", "Nia", "Mana") soit par non accomplissement d'une promesse, soit par transgression des interdits d'une société secrètes comme le "Komo" ou le "Dio", soit pour avoir jugé au non du fétiche dans une discussion par exemple, étant fautif,

- . la manifestation d'un mauvais esprit qui veut posséder le malade : c'est l'étiologie la plus répandue,
- . l'attaque par un/ concurrent par des moyens magiques,
- . la transgression d'un tabou, d'un interdit.

d). Les méthodes de traitement.

Le traitement est adapté à chaque cas. Mais, quelle que soit la maladie ou cause, le guérisseur donne soit une décoction de plantes, des sachets d'herbes séchées et rendues méconnaissables (poudre), soit des gris-gris, soit de l'eau bénite, etc...

Dans tous les cas le malade ou ses parents doivent faire des sacrifices d'animaux associés à de la cola et des céréales.

Pour un fureur maniaque par exemple (ou tout autre état d'agitation intense), on a recours :

- . d'abord à la contention ferme et à l'isolement,
- . à l'administration de médicaments soit par fumigation, soit sous forme de boisson, soit sous forme de massage,
- . à la psychotérapie,
- . quelques rares fois à la trépanation,
- . aux rites et aux incantations.

Nous allons en guise d'illustration, décrire sommairement la danse de possession utilisée en cas de possession par un génie, en cas<sup>de</sup> dépression intense, de délire. Cette danse, le "Djinnédon" en milieu bambara (c'est-à-dire la danse des Djinné) est très répandue au Mali.

On la retrouve chez les bambara, les malinkés, les sarakollés, les sonraï, etc... Dans toutes ces ethnies elle revêt les mêmes rituels. La danse suit une progression bien définie. Il existe un conditionnement assuré par le public, par l'officiant qui a un costume et un comportement spéciaux ; et tout le monde est pris par les rythmes d'instruments de musique (tan-tan, flûte,alebasse). Au début, les pas sont bien définis. Au fur et à mesure on en arrive à la description faite par Monsieur N'DIAYE B. (47) : "les danseuses censées être possédées par leurs époux-génies, le regard perdu, la coiffure dénouée, bondissent, tourbillonnent jusqu'à s'effondrer, épuisées, sur le sol poussiéreux où elles se tordent, l'écume à la bouche, au milieu des spectateurs qui, envoûtés par cette bacchanale délirante et saisis d'une hystérie collective, semblent également communier avec les génies".

#### 2.4. Conclusion.

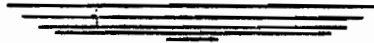
Par les différentes méthodes que nous venons de citer le guérisseur rassure les individus rendus anxieux par la conviction que des esprits hostiles et des gens malintentionnés cherchent à leur nuire. En attribuant une signification aux symptômes et en indiquant un moyen de les apaiser, il réduit les tensions dans la famille du malade. Guérisseurs et psychiatres modernes cherchent les mêmes buts : combattre les troubles mentaux, dissiper la panique qui se crée autour du malade mental. Leurs méthodes psychothérapeutiques sans être superposables, se ressemblent : il s'agit de sécuriser le malade, combattre son anxiété, interpréter ses symptômes, en un mot, mener une relation thérapeutique avec le patient. C'est la raison pour laquelle nous estimons comme fondamentale l'intégration de l'assistance psychiatrique traditionnelle dans l'assistance médicale moderne. En effet, compte-tenu des moyens actuels du service de psychiatrie de l'hôpital du Point-"G", il n'est pas pensable qu'on puisse couvrir tous les besoins en matière d'assistance psychiatrique en quelques décades. Or le temps presse. Il faut agir vite. Il faut partir de bases solides. Il y a-t-il bases plus solides que les bases culturelles de tout un peuple ?

Cependant, nous estimons que l'assistance psychiatrique moderne doit pouvoir contrôler, codifier, règlementer et mettre en place cette intégration. Nous n'avons certes pas les moyens de faire tout et tout de suite. Nous allons cependant jeter les jalons de cette intégration et nous comptons poursuivre nos activités dans ce sens. C'est aussi une raison pour laquelle nous suivons avec une attention/<sup>soutenue</sup> les écoles psychiatriques africaines expérimentées, notamment l'équipe de Dakar (COLLOMB.H et B.DIOP) et celle du Nigeria (LAMBO-ASUNI).

x            x  
                  x

CHAPITRE III

L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE ACTUELLE AU MALI





### 3.1. : GENERALITES.

L'institutionnalisation de l'assistance psychiatrique selon les normes dites modernes date de la colonisation. Mais en fait les soins psychiatriques ont toujours été assurés par les thérapeutes traditionnels selon un rituel bien défini.

Après la colonisation et, dans les hôpitaux on a souvent institué des structures d'isolement de type carcéral appelé " Cabanon ". Pour la République du MALI le centre de psychiatrie est intégré à l'hôpital général du Point-"G", sous la forme d'un service spécialisé.

Le service comporte deux unités : l'ancien "Cabanon" toujours fonctionnel par manque de moyens et le nouveau pavillon qui a été construit vers 1960. Ce service qui compte en tout 120 lits hospitalise actuellement près de 500 malades. Il comprend un service d'hommes et de femmes et souffre d'insuffisance de locaux, de personnel et de matériels cliniques. Néanmoins, avec l'équipe actuelle, l'obstratisme qui frappait le personnel psychiatrique tend à s'effacer et les placements volontaires sont de plus en plus fréquents.

La plupart des malades suivent des traitements ambulatoires. Seuls ceux dont le comportement est de nature à perturber la quiétude et l'ordre publics ou qui constituent un danger pour eux-mêmes sont hospitalisés.

L'attention des pouvoirs publics s'est récemment tournée vers l'assistance psychiatrique ; les moyens d'action de la Section Hygiène Mentale se sont considérablement accrus. Les projets futurs de réalisation tendraient à mettre en place un service central de cure articulé d'une part avec un village psychiatrique et d'autre part avec un dispensaire d'Hygiène mentale tous deux à BAMAKO.

Par ailleurs les moyens logistiques sont appelés à se développer pour couvrir l'ensemble du pays. C'est ainsi que tous les hôpitaux régionaux vont pouvoir ouvrir une Unité de soins psychiatriques confiée à une équipe, destinée aux malades de la Région, le service central ne recevant que les malades difficiles.

x     x  
x

### 3.2. LES MALADES.

Le mode de placement le plus utilisé était le placement d'office. Ce placement tend à céder la place au type volontaire.

La grande majorité des malades se trouve sans famille. Même pour ceux qui ont leurs familles, les parents se trouvent le plus souvent dans l'impossibilité matérielle de les soutenir, étant pauvres ou s'étant apauvris en payant les guérisseurs avant d'avoir recours à l'hôpital.

Le service de psychiatrie, de par sa structure, n'atteint pas toutes les catégories de malades. Les cas peu agités, acceptés par la société y sont rarement représentés. Le service répond beaucoup plus sinon entièrement à la demande de troubles psychotiques de la population adulte. Il n'existe pas encore de service d'enfants.

En dehors du dénombrement des sujets hospitalisés, l'importance des troubles psychotiques dans le pays est difficile à saisir, du fait de la "centralisation" de tous les malades au Point-"G". On a estimé à peu près à 30 000 malades psychotiques au MALI en 1970. En ajoutant les marginaux, les épileptiques, les délinquants, ce chiffre s'élèverait jusqu'aux environs de 100 000. Ces chiffres ne reflètent en rien l'importance de la morbidité psychiatrique actuelle. Des études ultérieures sont nécessaires pour cerner la demande de l'assistance psychiatrique.

Au niveau du service, nous avons pu établir (Tableau I, II et III) :

- . le nombre à peu près exact des malades entrés et sortis entre le 1<sup>o</sup> janvier 1959 et le 30 juin 1975.
- . le classement et le pourcentage par sexes et par maladies de tous les entrants depuis 1959 jusqu'à 1975.

Partant de ces données, nous avons essayé d'établir une statistique pour avoir une idée de l'importance des psychoses au MALI, de l'importance du service sur le plan Santé mentale. Cependant il est bon de faire remarquer que :

- . le service n'a été pris en charge par un véritable spécialiste en matière de neuro-psychiatrie que depuis peu de temps (6 ans) ; avant cette date et étant donné le nombre élevé des malades, la tenue des dossiers d'hospitalisation a été quelque peu négligée.
- . le service a toujours souffert des nombreuses carences : infrastructure, personnel, matériel, médicaments. Cet état de choses a perturbé la réception des malades ainsi que les soins.

Ces quelques remarques impliquent donc le fait que nos chiffres doivent être considérés avec une certaine prudence.

Nous avons regroupé nos malades en deux catégories, inspirés par la classification faite par EY H ., BERNARD P. et BRISSET Ch. (30), à savoir :

- . maladies mentales aiguës, regroupant tous les cas de crises émotionnelles, de syndromes maniaques, de syndromes dépressifs, de syndromes délirants et hallucinatoires aigus, de syndromes confuso-oniriques.

- . maladies mentales chroniques, avec tous les cas de psychoses délirantes chroniques systématisées (paranoïa), fantastiques (paraphrénies), autistiques (schizophrénies) et de démenances.

Au Tableau I nous avons porté la répartition par sexes et par maladies de tous les entrants entre le 1<sup>o</sup> janvier 1959 et le 30 juin 1975. Ce Tableau montre

- . un total de 5 161 entrants dont 4 225 hommes et 936 femmes.
- . un total de 2 855 cas aigus contre 2 306 cas chroniques.

Une remarque est à faire ici : contre toute attente, le chiffre des cas aigus est supérieur à celui des cas chroniques parmi les malades hospitalisés, alors que bon nombre d'éléments ont laissé supposer le contraire :

- . la tolérance très grande du milieu traditionnel à l'égard du malade mental,
- . la mauvaise organisation de l'assistance psychiatrique au MALI,
- . la prise en charge tardive des malades par le service de psychiatrie, les malades étant longtemps traités chez les guérisseurs.

Dans notre optique, nous parlons des malades qui nous sont venus dans une situation psychotique aiguë ; il s'agit de diagnostic immédiat d'entrée. A la lecture des Tableaux I. et III, on constate que :

- . les hommes représentent 81,86 % des entrants, les femmes 18,14 % seulement.
- . les cas aigus représentent 55,32 % des entrants, les cas chroniques 44,68 %.
- . dans les cas aigus 2 855 cas, les hommes représentent 81,71 %, les femmes 18,29 %.
- . dans les cas chroniques, 82,05 % sont des hommes, contre 17,95 % qui sont des femmes.

x x

x

	MALADIES MENTALES AIGUES		MALADIES MENTALES CHRONIQUES	
	Nombre	%	Nombre	%
Hommes.....	2 333	45,20	1 892	36,66
Femmes.....	522	10,12	414	8,02
<u>TOTAUX</u> ...	2 855	55,32	2 306	44,68

TABLEAU II : Répartition par sexe et par maladies du total des entrants.

x x  
x

	u			
	H O M M E S		F E M M E S	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Maladies mentales aiguës ....	2 333	81,71	522	18,29
Maladies mentales chroniques..	1 892	82,05	414	17,95

TABLEAU III : Répartition des sexes par maladies mentales aiguës et chroniques.

x x x

- TABLEAU RECAPITULATIF DES ENTRÉES ET SORTIES PAR SEXE ET PAR MALADIE DE 1959 à 1975 - (Tableau I)

ANNÉE	ENTRÉES		SORTIES		MALADIES M. IGUES		MALADIES M. CHRONIQUES		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
1959-1960	27	10	37	10	24	3	3	7	10
1961	15	5	20	10	13	4	2	1	3
1962	15	10	25	00	12	7	3	3	6
1963	116	33	149	56	64	20	52	13	65
1964	72	14	86	80	38	10	34	4	38
1965	210	47	257	117	127	26	83	21	104
1966	414	87	495	388	222	33	192	48	240
1967	240	47	387	385	156	24	184	23	207
1968	314	75	389	247	195	55	119	20	139
1969	349	57	406	270	210	36	139	21	160
1970	402	98	500	370	264	57	138	41	179
1971	472	79	551	335	256	54	216	25	241
1972	414	92	506	411	221	53	193	37	224
1973	443	106	549	230	206	35	237	71	308
1974-1975	622	182	804	320	325	103	297	79	376
T O T A U X	4225	936	5161	3190	2333	522	1892	414	2306

### 3.3. LE PERSONNEL.

Il y a une pénurie extrême du personnel, surtout du personnel spécialisé. A propos du personnel de psychiatrie en Afrique, des remarques ont été faites un peu partout : au Libéria par THEBAUD E.F. (29), en Haute-Volta par RENAULD J.L(5) pour ne citer que ceux-là.

Le recrutement du personnel infirmier est difficile au MALI., les infirmiers considérant le service de psychiatrie comme un lieu sûr pour se "scléroser". Le service bénéficiant de peu de faveurs gouvernementales par rapport aux autres domaines de la Santé publique, il va de soi que les infirmiers n'espèrent guère accéder à une spécialisation plus poussée pour combler, tout au moins, les lacunes des quelques dix ou quinze heures de formation psychiatrique théorique reçue durant trois ans de scolarisation. Cette tendance est en train de s'inverser, l'attention des autorités étant actuellement tournée vers la psychiatrie qui est devenue une urgence pour l'actuel Plan Quinquennal.

Le personnel spécialisé se compose d'un Infirmier d'Etat spécialisé en psychiatrie et d'un Psychologue, d'un spécialiste neuro-psychiatrique.

x      x  
x

### 3.4. LES METHODES DE TRAITEMENT.

. La chimiothérapie : elle fait appel aux neuroleptiques courants (Phénothiazines, Butyrophénones, Halopéridol, etc..)

. L'électro-choc est fréquemment utilisé chaque fois que le résultat attendu avec les neuroleptiques n'est pas manifeste, ou quand le malade présente une forte charge anxieuse.

. L'ergothérapie, méthode de réhabilitation et de réinsertion sociale du malade, est largement utilisée par la culture dans les champs, l'élevage de bétail de volaille, le tissage, etc...

x      x  
x

### 3.5. CONCLUSION.

Le Service de Psychiatrie du Point-"G" étant le seul centre du MALI à s'occuper officiellement de tout ce qui concerne les malades mentaux avec un moyen de bord très réduit, la situation actuelle se résume ainsi :

. le mouvement général des malades constitue un cercle de va-et-vient continu. Des malades améliorés ou même guéris au bout de trois à douze semaines de séjour à l'hôpital sont obligés d'y revenir au bout de 1, 2 ou 3 mois, parce qu'il leur a manqué quelques comprimés de neuroleptiques et quelques soutiens psychothérapeutiques. C'est ainsi que certains malades promus à la sortie refusent de ~~regagner~~ la ville et veulent définitivement élire domicile à l'hôpital.

. un travail écrasant, très ingrat et plein de risques de toutes sortes est demandé alors au peu de personnel sur place.

La situation actuelle du service pourrait être améliorée par la mise en place de soins de post-cure, de dispensaires d'hygiène mentale, par la formation et la spécialisation de personnel de psychiatrie, par la collaboration avec les thérapeutes traditionnels, dans une certaine mesure.

x      x

x

CHAPITRE IV

CONSIDERATIONS CLINIQUES GENERALES SUR LES PSYCHOSES AIGUES



INTRODUCTION

Dans la sémiologie de la psychiatrie africaine il faut faire la part de ce qui est culturel et de ce qui est pathologique.

Les diverses entités nosologiques empruntent leurs expressions cliniques aux divers matériaux de la culture.

Une des particularités importantes de la culture africaine est la grande structuration de la communauté, avec une distribution bien précise des rôles. Si nous prenons comme exemple la formation de la personnalité nous voyons que celle-ci repose sur un matériel génétique tout aussi certain, mais que c'est le groupe familial élargi qui va modeler les premières expériences de l'individu. Ce dernier va très rapidement, dès son servage, être intégré au groupe avec une grande hiérarchisation suivant l'âge, le sexe et la classe sociale (Collomb -13- ). Donc l'individu n'existe que par rapport au groupe et toute velleïté de sortir de ce groupe et de ses normes va se traduire par des conflits.

Notre étude clinique qui a été peu éclairée par l'apport des sciences comme la psychologie, l'anthropologie, la sociologie et l'ethnologie (branches scientifiques peu développées au Mali) a pour but essentiel de cerner, dans la mesure du possible, l'apport de la culture et d'autres facteurs étiopatho-géniques dans l'éclatement et l'organisation des psychoses aigus chez l'adulte au Mali. Première étude du genre dans notre pays elle servira, nous l'espérons, de point de départ pour d'autres études psychiatriques plus approfondies.

Nous ferons d'abord un rappel clinique succincte des psychoses aiguës de type occidental en soulignant au passage les particularités africaines.

Nous présenterons ensuite notre matériel clinique à partir duquel nous ferons l'analyse clinique des cas de psychoses aiguës fréquemment rencontrées au Mali.

Il ne peut être dans notre propos d'exposer en détail la sémiologie des psychoses aiguës, si bien décrites déjà par tant d'autres auteurs au premier rang desquels H. Ey dans ses études psychiatriques.

Nous rappelons seulement avec M. Anty ( 2 ) que les psychoses aiguës sont des affections psychiatriques transitoires qui se résolvent spontanément et habituellement sous traitement en quelques semaines ou en quelques mois. Elles sont caractérisées par :

1- Leur début en règle assez brutal.

2- Leur survenue sur un terrain particulier chez des sujets ayant une prédisposition à faire une maladie mentale ( Morel, Maignan ) ou encore une constitution prépsychotique ( Dupré ).

3- Leur évolution marquée par la restitution intégrale du psychisme, mais également par la tendance aux récurrences plus ou moins éloignées, avec, à la longue, la diminution des possibilités intellectuelles dans l'intervalle des accès.

Soulignons que ce qui importe d'apprécier en matière de psychose aiguë, c'est le niveau de destruction de la conscience. La dégradation de la conscience s'opère en effet à des niveaux qui peuvent varier d'un individu à l'autre, d'une crise à l'autre chez le même sujet et encore d'un moment à l'autre au cours de la même crise.

Parmi les psychoses aiguës allant d'une destruction légère de la conscience à une destruction quasi-totale se situent :

4-1-1. La manie et la mélancolie, états psychiatriques diamétralement opposés, mais à un même niveau de dissolution.

a- La manie :

C'est un " état de surexcitation des fonctions psychiques caractérisée par l'exaltation de l'humeur et un déchaînement des pulsions instinctivo-affectives " ( Ey.30 ).

Elle est caractérisée par :

- l'euphorie expansive;
- la causticité qui traduit bien une insertion dans le réel, mais une insertion très particulière, mobile, fugace. Le maniaque remarque tout, mais ne peut se fixer sur rien;
- la tachypsychie, avec fuite des idées, logorrhée, coqs à l'âne et jeux de mots;
- l'hyperactivité psychomotrice de jeu;
- l'insomnie pendant la durée de l'accès;
- l'absence de fatigabilité apparente.

b- La mélancolie

C'est un "état de dépression intense vécu avec un sentiment de douleur morale et caractérisé par le ralentissement et l'inhibition des fonctions psychiques et psychomotrices" (Ey.30 )

L'accès mélancolique se caractérise par :

..27

- L'hyp erthymie douloureuse avec, au premier plan la douleur morale et les idées de culpabilité, d'indignité, d'incapacité, d'incurabilité, d'auto-accusation et de suicide .

- L'inhibition psychomotrice.

- L'anxiété.

La prédominance d'un de ces trois symptômes caractérise la :

- Mélancolie délirante dans laquelle s'expriment surtout les thèmes mélancoliques.

- Mélancolie stuporeuse où prédomine l'inhibition psychomotrice, avec inertie et souvent mutisme.

- Mélancolie anxieuse avec, à l'inverse, un comportement d'agitation.

Tout accès mélancolique implique l'hospitalisation en service psychiatrique en raison du risque suicidaire important de tout accès mélancolique et des comportements suicidaires favorisés au début du traitement antidépresseur ( action stimulante, levée des inhibitions ).

Un accès maniaque ou un accès mélancolique ne signifie pas toujours psychose maniaco-dépressive, car il peut s'agir :

- Du début d'une schizophrénie, surtout s'il s'agit d'un sujet jeune ( de 20 à 25 ans ).

- Du début d'une démence, chez un sujet de plus de 60 ans.

- D'une tumeur cérébrale ( moria du syndrome préfrontal ).

- D'un traumatisme crânien ou d'une intoxication médicamenteuse ( accidentelle, volontaire ou thérapeutique, par exemple amphétamines, corticoïdes, rimifon....).

Des auteurs travaillant en Afrique ( Collomb, H. , M. BIOP, Prince, Asuni) ont noté la relative rareté de la psychose maniaco-dépressive chez l'africain. Ces mêmes auteurs ont trouvé que la fréquence des formes mélancoliques est nettement plus faible que les formes maniaques. De plus, selon ses auteurs, l'aspect le plus frappant de la mélancolie chez l'africain est la rareté du délire d'auto-accusation, des conduites suicidaires, tandis que les idées de possession, de persécution, de préoccupations hypochondriaques sont au premier plan.

#### 4-1.2. Les bouffées délirantes aiguës polymorphes

" Elles sont caractérisées par l'écllosion soudaine d'un délire transitoire généralement polymorphe dans ses thèmes et ses expressions" (30) .

Elles sont caractérisées par l'intensité discontinue du délire et de ses expressions :

...../.....

- Les réactions psycho-affectives sont importantes et l'humeur oscille entre la dépression et l'exaltation euphorique; .
- La destructuration de la conscience est modérée, avec conservation habituelle des repères temporo-spatiaux.
- L'évolution habituellement favorable n'élimine pas le risque de récurrence, mais parfois une bouffée délirante peut évoluer vers un processus schizophrénique.

On a pu dire que la bouffée délirante est caractéristique de la psychiatrie africaine" aussi bien dans sa forme que par sa fréquence" ( Collomb, 16). Les taux de fréquence en Afrique varient entre 30 et 50 %, contre 5 % dans la statistique française. Concernant la forme clinique Le Guérinot (41 ) par exemple écrit au sujet d'un cas africain: la notion classique de bouffée délirante telle qu'elle est explicitée en nosographie occidentale ne peut être appliquée ici. Les limites dans ce sens sont difficiles à apprécier entre le versant névrotique et psychotique et n'offrent pas en définitive un grand intérêt pour la compréhension du cas ".

#### 4-1.3. La confusion mentale

Elle est caractérisée par :

- Le début, progressif, fait d'insomnies et de céphalées;
- Le syndrome confusionnel, qui comprend :
  - 1° La perplexité anxieuse.
  - 2° L'agitation psychomotrice ou la stupeur,
  - 3° Les troubles profonds de l'intellect: obscurcissement de la conscience, désorientation temporo-spatiale, délire onirique.
  - 4° L'importance des troubles physiques.
- L'importance étiologique des facteurs infectieux et toxiques, notamment de l'intoxication alcoolique chronique.

Il existe des formes particulières de la confusion mentale: - Le délire aigu et le syndrome de Korsakow.

En Afrique, la confusion mentale" est très fréquente et facilement confondue avec les mélancolies de forme stuporeuse" (M. DIOP-24 ) .

#### 4.2.- LE MATERIEL CLINIQUE

Les malades ayant fait l'objet de notre étude ont été admis au service de psychiatrie de l'hôpital du Point "G" de 1960 à 1975. Certains ont été revus après leur sortie de l'hôpital. D'autres sont décédés au sein même du service. Le reste n'a plus été vu, une fois sorti de l'hôpital. Des 180 dossiers initialement sélectionnés, seuls 56 se sont révélés plus intéressants, parce que plus complets et ont été retenus finalement.

Ce matériel réduit ne comporte que des cas adultes, par le simple fait que le service répond uniquement à la demande des troubles mentaux de la population adulte du pays. Les adolescents dits "déliquants" sont suivis par le Centre de Bollé situé à quelques 30 kilomètres de Bamako. Bollé est beaucoup plus un centre d'apprentissage, de rééducation qu'un centre médical. Quant aux enfants en bas âge, leurs parents lient le plus souvent leurs troubles (énurésie, troubles du langage, du sommeil, etc ...) à leur jeune âge. C'est pourquoi ils préfèrent les prescriptions des pédiatres, des guérisseurs traditionnels pour leurs enfants aux consultations psychiatriques. Du reste il n'existe pas dans le service de psychiatrie de structures d'accueil pour enfants.

Les dossiers retenus comportent malgré la sévérité de la sélection, de nombreuses imperfections dont les plus notables concernent :

- Les observations, incomplètes le plus souvent, pour les raisons que nous avons évoquées plus haut (" Assistance psychiatrique actuelle au Mali")
- Les renseignements de première importance font parfois défaut, notamment ceux concernant la famille, la personnalité antérieure du malade, ses antécédents familiaux.

Les nombreuses imperfections dans les observations et le nombre très faible de cas collectés suffisent à prouver que nous n'avons aucune prétention à l'énoncé de lois immuables et valables pour tout l'ensemble du Mali, surtout que les malades pris en charge par le service ne sont pas représentatifs de l'ensemble des psychotiques du pays. En effet :

- L'hôpital favorise tout naturellement la population bamakoise et ses environs, étant situé dans la ville de Bamako.
- Les cas tolérés par la population sont très nombreux ;
- La population adulte est la seule représentée au sein du service de psychiatrie.

Notre matériel révèle les caractéristiques suivantes :

a- Origine des malades ( tableau 4 )

57,14 % de nos malades viennent de Bamako-ville. L'urbanisme favoriserait l'apparition de troubles psychiatriques (49 ). Cependant le caractère peu occidentalisé de la ville de Bamako n'autorise pas à retenir ce seul fait comme élément étiopatogénique dominant. La présence de l'hôpital psychiatrique dans cette ville serait cause principale de cette prédominance.

Certaines villes telles que Kayes, Ségou et Sikasso, proches ou bien reliées à Bamako, totalisent 32, 13 % des malades, tandis que Gao et Mopti ne totalisent que 10,70 % seulement.

REGIONS	N O M B R E	%
KAYES	6	10,70
BAMAKO	32	57,17
SIKASSO	6	10,70
SEGOU	6	10,70
MOPTI	3	5,35
GAO	3	5,35
TOTAL	56	

TABLEAU : 4  
Répartition des malades par origine.

b- Répartition par ethnies (tableau 5 )

La ville de Bamako est située en pleine zone d'influence Barbara. Mais elle abrite les représentants de la plupart des ethnies maliennes. Il aurait été plus intéressant de comparer la composition de sa population à celle de l'ensemble du service de psychiatrie et à celle de l'ensemble du Mali pour voir si c'est la population de Bamako ou du reste du Mali que représente le plus la distribution hospitalière. Dans nos 56 cas, on voit que ce sont les ethnies dominantes du pays qui sont les plus représentées. Nos chiffres sont faibles. Des connaissances scientifiques importantes sur les différentes ethnies au Mali nous manquent.

Nous ne sommes donc pas en mesure de savoir par exemple pourquoi, à chiffre égal, les barbara ont plus tendance à faire des psychoses délirante aiguës que les peulhs, ou les Sonraï, etc... Beaucoup de questions de ce type restent sans réponse pour le moment.

c- Répartition par catégories professionnelles ( tableau 6 )

Vue sous l'angle de la culture, la répartition par catégories professionnelles nous montre que le groupe des acculturés (enseignants, employés de bureau, militaires, étudiants, c'est-à-dire ceux qui ont acqui une nouvelle culture, en l'occurrence la culture occidentale) est plus important que celui des catégories professionnelles à caractère plus traditionnel ( cultivateurs, paysans, ménagères, manœuvres etc...): 73, 56 % pour le premier groupe contre 26,74 % pour le second.

d- Répartition par âges et par sexes.

La lecture du tableau VIII montre :

- Prédominance du sexe masculin ( 46 cas ) sur le sexe féminin ( 10 )
- Représentation plus marquée de sujets jeunes ( 87,50 % des cas )

E t h n i e s	Nombre	Pourcentage
Peulhs .....	9	16,07
Sonraï .....	3	5,35
Sénoufos.....	3	5,35
Minianka .....	3	5,35
Sarakollés.....	2	3,57
Ouolof .....	2	3,57
Malinkés .....	7	12,50
Bobo .....	1	1,80
Dogon.....	1	1,80
Banbara .....	23	41,07
Autres ethnies.....	2	3,57
<u>TOTAUX</u> .....	56	

TABLEAU V : Répartition par ethnies.

Professions	Nombre	Pourcentage
Paysans .....	15	26,78
Enseignants .....	6	10,71
Employés de bureau .....	7	12,50
Militaires .....	10	17,85
Etudiants .....	7	12,50
Manoeuvres .....	1	1,78
Sans profession .....	4	7,14
Autres professions .....	6	10,71

TABLEAU VI : Répartition par catégories professionnelles.

4- 3.- ANALYSE SEMIOLOGIQUE

L'analyse sémiologique des 56 cas nous a rapporté les résultats suivants:

a- Sémiologie du Comportement

## 1 Réaction à l'examen :

- Le contact est difficile dans plus de la moitié des cas, parce que le malade est soit très agité ( 19 cas ) soit dans un état confuso-anxieux (29 cas)
- Dans le reste des cas, le malade est coopérant, répond aux questions, verbalise ses hallucinations, ses désirs. L'attitude d'indifférence est notée dans 2 cas seulement.

## 2- Comportement dans la vie quotidienne;

Les troubles des conduites excrémentielles sont rares ( 4 cas). Ces malades sont gâteux, ne réagissent pas et ne prennent pas garde à leur malpropreté corporelle. Mais il n'y a, dans aucun cas, transformation du dégoût en goût pour les excréments.

- L'insomnie est rencontrée dans 82,10 % des cas. Dans le reste des cas, le sommeil est perturbé par des cauchemars.

- L'anorexie est fréquemment observée ( 37 cas). La boulimie est rare.
- Les réactions antisociales sont assez fréquentes, avec :
  - homicides : 6 cas
  - fraude : 1 cas
  - attentats aux moeurs: 1 cas
  - tentative de suicide: 5 cas

b- Etat de vigilance

Etats confuso-onirique dans plus de la moitié des cas.

c- Troubles de l'humeur

La note dépressive est de loin la plus fréquente . Elle est retrouvée dans 48 cas sur 56. Le comportement euphorique est peu fréquent. La dépression est accompagnée d'agitations anxieuses, agitations parfois très importantes. Cette agitation pouvant motiver la consultation psychiatrique.

d- Troubles intellectuels.

Les idées délirantes les plus fréquemment exprimées sont :

- La persécution = 19 fois
- L'interprétation = 6 fois
- La mégalomanie = 5 fois
- Les délires mystiques = 5 fois
- Ces délires de transformation corporelle : 3 fois

Les délires de dévalorisation, de damnation, d'auto-accusation sont rares.



Les hallucinations :

Les Hallucinations visuelles sont les plus fréquentes, suivies des hallucinations auditives et des cénesthopathies.

e- Troubles somatiques.

Dans 62,50 % des cas les malades nous viennent dans un état général très mauvais, demandant très souvent une réanimation d'urgence.

#### 4- 4.- LES DIFFÉRENTES ENTITÉS NOSOGRAPHIQUES

a- Les principaux diagnostics posés chez nos malades.

Le tableau ( 7 ) résume la répartition nosographique de nos 56 cas.

Les psychoses aiguës ( Etats d'agitation maniaque, bouffées délirantes polymorphes, états dépressifs, états confusionnels ) dominent avec 71,42 % des cas, contre 28,58 % seulement de psychoses chroniques ( P.H.C., délires paranoïaques, syndromes schizophréniques, toxicomanies, paralysies générales, divers).

La répartition par âges et par sexes des diverses entités nosographiques (tableau...8) montre que :

- Il existe une nette prédominance masculine de sujets de moins de 41 ans dans les cas de bouffées délirantes aiguës ( 12 cas ), les cas de confusion mentale ( 8 cas ) et les cas d'états dépressifs ( 8 cas ) .

- Chez les femmes, la proportion de sujets de moins de 41 ans est relativement élevée dans les états dépressifs, les bouffées délirantes aiguës et les états confusionnels.

La distribution nosographique par profession ( tableau ...9) nous montre que le groupe que nous avons nommé groupe des acculturés domine :

- Légèrement dans les états confusionnels,
- Nettement dans les états ~~confusionnels~~ dépressifs

Par contre, dans les bouffées délirantes aiguës et les états d'agitation, les groupes plus traditionnels prédominent.

	Nombre	Pourcentage
Etats d'agitation maniaque.....	3	5,36
Bouffées délirantes aiguës.....	16	28,57
Etats dépressifs.....	10	17,85
Etats confusionnels.....	11	19,64
Psychoses hallucinatoires chron	1	1,80
Troubles du comportement.....	3	5,36
Syndrome schizophrénique.....	4	7,14
Toxicomanies.....	4	7,14
Paralysie générale.....	2	3,57
Divers.....	2	3,57
<u>TOTAUX</u> .....	56	

TABLEAU VII : Principaux diagnostic posés chez nos malades.

x x x

	Hommes					Femmes				
	21-30	31-40	41-50	50	21-30	31-40	41-50	50		
Etats d'agitation maniaque.....	2	0	1	0	0	0	0	0		
Bouffées délirantes aiguës.....	8	4	1	0	0	2	0	1		
Etats dépressifs.....	4	4	0	0	1	1	0	0		
Psychoses hallucinatoires chroniq.	0	0	0	0	0	0	1	0		
Troubles du comportement.....	1	1	0	1	0	0	0	0		
Syndromes schizophréniques.....	3	1	0	0	0	0	0	0		
Toxicomanies.....	2	1	1	0	0	0	0	0		
Paralysie générale.....	0	2	0	0	0	0	0	0		
DIVORS.....	1	0	0	0	1	0	0	0		
Etats confusionnels.....	20	8	1	0	2	0	0	0		
<b>TOTAUX</b> .....	<b>27</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		

TABLÉAU VIII : Distribution nosographique par âges et par sexes.

X X X X X X X

	Militaires	Employés de bureau	Enseignants	Paysans et Ménagères	Etudiants	Commerçants	Sans profes.	Manoeuv.	Autres profes.
Etats confusionnels.....	3	1	1	2	1	0	0	0	3
Etats dépressifs.....	1	4	2	0	2	0	0	0	1
Etats d'agitation maniaque..	1	0	0	1	0	0	1	0	0
Bouffées délirantes aiguës..	3	1	1	7	1	0	2	1	0
Paralysie générale.....	0	0	0	2	0	0	0	0	0
Syndromes schizophréniques..	1	0	2	0	1	0	0	0	0
Toxicomanies.....	1	1	0	1	1	0	0	0	0
Troubles du comportement....	0	0	1	2	0	0	0	0	0
Psychoses hallucinatoires chr	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Divers.....	0	0	0	1	0	0	1	0	0
<b>TOTAUX .....</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>17</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>4</b>

TABLEAU IX : Distribution nosographique par catégorie professionnelle.

X X X X X

b). Les états maniaques.

Leur pourcentage est faible parmi nos malades choisis : 5,36 %.

Les cas sont tous de sexe masculin.

Leurs traits communs sont constitués par :

- . l'agitation psychomotrice intense qui a inquiété l'entourage et ce dernier a agi à leur égard par des méthodes carcérales (claustration, douche froide).
- . la note anxieuse de l'humeur qui est rarement euphorique.
- . la difficulté du contact avec le Médecin : malades logorrhéiques, très agités, avec propos insultants.
- . l'absence d'idées délirantes et d'hallucinations.
- . le très mauvais état général avec insomnie, état fiévreux.
- . la négativité des examens complémentaires.
- . l'absence d'antécédents personnels ou familiaux de troubles mentaux.
- . le succès du traitement neuroleptique.
- . la fréquence des rechutes.

Observation :

M. Sanh... 45 ans, homme barbara, cultivateur, marié 2 enfants, est amené le 29.4.71 pour agitation psychomotrice intense avec agressivité par ses parents.

Le malade est à sa troisième hospitalisation. En effet il a séjourné dans notre service en 1960 puis en 1965 pour les mêmes motifs, qu'actuellement.

L'épisode actuel a débuté il y a 4 jours par des céphalées diffuses, intenses, avec nervosité. Il y a 2 jours le malade est devenu très agité et très agressif. La famille a réagi violemment (douche froide, isolement) et a fait appel aux guérisseurs qui calment momentanément le malade.

A l'examen, on note : agitation intense désordonnée, injures, incohérence verbale ; le malade se présente dans une tenue sale avec un très mauvais état général : déshydratation peu marquée, pâleur des conjonctives, langue sale, T° à 38°5. Son contact est difficile, son faciès exprime l'anxiété.

L'interrogatoire de la famille ne retrouve aucun facteur déclenchant, ni aucun antécédent de troubles mentaux. On nous signale seulement que depuis le début des troubles, le malade est anorexique et insomniaque.

La réhydratation associée aux neuroleptiques (Nozina, Valium, Halopéridol) amène la guérison. Le malade sort le 20.7.71 dans un état très satisfaisant.

3). La confusion mentale.

Le début brutal est rare. Les malades nous sont adressés soit pour :

- . troubles somatiques : fièvre, insomnie, anorexie, amaigrissement, température (80 %).
- . épilepsie (20 % des cas).

A l'examen clinique on ne note aucune particularité : l'agitation anxieuse domine ; le délire onirique est de tonalité surtout terrifiant avec hallucination visuelle. Mais les actes de violence sont rarement notés.

L'état général est effondré dans tous les cas ; dans près de 50 % des cas il s'agit d'état toxi-infectieux.

Les étiologies très diverses ont été cataloguées comme suit :

- . toxi-infections : 30 %
- . intoxications alcooliques : 10 %
- . intoxications aux amphétamines : 10 %
- . épilepsie : 20 %
- . parasitoses (paludisme) : 10 %
- . inconnues : 20 %.

Parmi nos malades il n'existe aucun cas de délire aigu ou de syndrome de KORSAKOW.

Nous pouvons donc dire en conclusion que la confusion mentale est caractérisée par :

- . des plaintes somatiques au premier plan
- . le délire onirique peu intensément vécu
- . la diversité étiologique avec prédominance : des toxi-infections, des intoxications et de l'épilepsie.
- . la rareté des formes particulières comme le délire aigu, le syndrome de KORSAKOW.

Observation :

Nadj. Coul...., homme minianka de 22 ans militaire, célibataire, animiste Adressé à la psychiatrie pour : agitation et confusion mentale, le 7.2.68.

Début progressif par maux de tête, de ventre, fatigue générale il y a cinq mois.

Le malade se présente dans un état toxi-infectieux avec adynamie, agitation, confusion mentale; Il se croit dans le bureau du Directeur de son campement ; il ne reconnaît le Directeur en la personne du Médecin.

Il déclare également que pendant la nuit, il entend des voix qui lui ordonnent d'aller aux besoins, d'aller uriner. "Si je refuse, les Djinné me frappent des fois et me disent de frapper les gens" déclare-t-il. Toutes les nuits le malade entend ces voix qui disparaissent le jour. Il se fatigue vite et cesse de parler. Il est triste mais calme.

A l'examen physique état toxi-infectieux avec adynamie consécutive à une diarrhée profuse avec vomissements.

x        x  
          x

a). Les états dépressifs (17,85 % des cas).

Le caractère commun des dix cas d'états dépressifs est constitué par :

- . l'agitation anxieuse peu intense.
- . la tristesse morale peu profonde avec rareté des conduites suicidaires.
- . l'insomnie avec inappétence.
- . les idées délirantes de la série dépressive avec :
  - . délire de transformation corporelle (un cas)
  - . délire de persécution (2 cas)
  - . délire de dévalorisation (2 cas)
- . les hallucinations visuelles et auditives.
- . l'altération assez marquée de l'état général avec insomnie, inappétence dans plus de la moitié des cas. Les examens complémentaires ne décèlent aucune anomalie.

Tous les malades sont célibataires, et ont moins de 41 ans. 80 % sont de sexe masculin, 90 % des intellectuels.

Dans 80 % des cas un problème social est à la base des troubles :

- . incapacité de soutenir financièrement les parents (5 cas)
- . décès d'un proche (2 cas)
- . état d'isolement (problèmes de mariage, de lieu de travail) : 3 cas seulement.

Un état subconfusionnel est noté dans 2 cas seulement (20 %).

En conclusion, nous pouvons dire :

. que les états dépressifs sont dominés par les dépressions réactionnelles. Dans la plupart des cas ce sont des hommes de culture européenne avec des charges familiales induites par la structure sociale de type communautaire :

. familles élargies.

. obligations pour chaque membre de la famille de suivre les lois qui ont existé avant lui et qui existent toujours ; ses biens sont les biens des autres ; il n'a pas le droit de couper tout contact avec sa famille ; il n'a pas le droit de se marier librement car toutes les femmes ou tous les hommes ne conviennent pas à la lignée. Si le mariage est inévitable, alors il faut faire des sacrifices, des rites conjuratoires pour expliquer les raisons aux ancêtres et avoir leur consentement.

. que les attitudes d'isolement sont fréquents.

. qu'à l'interrogatoire, le contact avec ces malades qui est toujours de bonne qualité, on constate plutôt un désir d'avoir une solution aux problèmes préoccupants. Les malades en effet désirent avoir une solution à leurs problèmes plutôt que de soigner leur anorexie, leur amaigrissement... Cependant l'entourage a vite fait de remarquer la singularité du sujet. Mais dans la plupart des cas cet entourage fait difficilement le rapport entre les conflits sociaux et les troubles présentés par le malade. Il sait que c'est un "Fa Soumalain" qui doit avoir sa cause chez les ancêtres, les "Djinné", etc. C'est pourquoi tous nos malades dépressifs ont été vus par les guérisseurs avant nous. L'échec du traitement indigène ajouté aux plaintes somatiques multiples du patient (insomnie, céphalées, anorexie, amaigrissement) sont les principales raisons de la consultation psychiatrique.

La perte d'un parent est ressentie de façon particulièrement angoissante, surtout la perte du père ou de la mère. Ceci peut être considéré comme un des effets néfastes de la polygamie. En effet, en plus de l'effet psychologique créé par la mort d'un proche parent, il y a des situations suivantes :

. si le père meurt, c'est l'aîné qui hérite de ses biens. Les autres demi-frères se sentent frustrés, abandonnés surtout que si, avant la mort du père, ils étaient "Danga" et en bas âge. Si le père était pauvre, c'est l'aîné qui se trouvera dans un état d'angoisse car il lui faudra s'occuper de tout le reste de la famille.

. si la mère meurt, ses enfants se sentent perdus, complètement abandonnés car ils seront sûrement l'objet de "travail" de la part des co-épouses de leur mère qui était-là en tant que protectrice.



. si le père et la mère neurent, les enfants doivent tout faire pour maintenir la cohésion. D'où problèmes angoissants pour ceux qui ont des charges personnelles à assumer.

. que l'internement de quatre semaines à deux mois associé aux sédatifs légers amènent la guérison dans tous les cas.

Observations :

N° 1 : Mme. D. Tata. ... femme banbara de 32 ans, Maîtresse d'Ecole, veuve 3 enfants, musulmane.

Hospitalisée pour plaintes somatiques multiples avec cauchemards et état dépressif. Début brutal à la suite de la mort de son mari : a piqué une crise de dépression nerveuse avec syncope brève. Depuis lors fait des cauchemards dans lesquels elle se voit poursuivie par des boeufs noirs ou un inconnu armé de couteau.

Son contact est bon, elle est lucide mais déprimée, très anxieuse. Elle se plaint de fourmillement dans la tête, de sensation de brûlure dans tout le corps et de l'insomnie. Elle est pâle, déshydratée avec langue sale. On note une tachycardie avec assourdissement des bruits du coeur. La protidémie est basse. La recherche de trypanosomes et d'hématozoaires du paludisme est négative. Le B.W. également. La glycémie, l'azotémie, la calcémie sont normales.

Elle a accouché 5 fois et a perdu 2 enfants. Après le décès de son mari elle est entrée en conflit avec ses beaux-parents qui veulent retirer leurs petits enfants. Ce conflit a aggravé les troubles de la malade qui est devenue dès lors beaucoup plus renfermée, plus triste. L'évolution est très favorable sous traitement neuroleptique.

N° 2 : Ibr. Coul..., homme banbara de 23 ans, musulman, étudiant, célibataire.

Hospitalisé le 4.9.63 pour crise de peur, fourmillements dans le crâne, tiraillement dans les membres, cauchemard, insomnie.

Début de façon progressive. Le 3.6.63 il reçoit une lettre de sa mère qu'il a quittée il y a trois ans environ. A partir de ce jour, il est devenu triste, impulsif; refuse d'obéir, parle tout seul et sans raison.

A l'examen il hésite dans ses paroles et ses gestes ; ses phrases restent le plus souvent inachevées ; a de la peine à rassembler ses souvenirs ; s'accuse d'avoir commis une faute grave ; se plaint de maux tête, de douleurs musculaires, de tremblement des membres.

Enfant, il était timide, rêveur, très sensible, coléreux mais très intelligent.

Il consomme beaucoup d'alcool, de café fort et de tabac et se dispute fréquemment avec ses frères.

Il a cinq personnes en charge. Les femmes ne l'intéressent plus. Il se plaint également d'hallucination visuelle : quand il est dans le noir, il voit des hommes armés de couteaux qui lui **disent** d'aller vers sa mère ; il **cherche** des gris-gris contre ces visions qui disparaissent quand il demande la protection des gris-gris reçus de la part d'un marabout.

Il accuse ses frères d'avoir mangé tout l'héritage de leur père sans rien laisser à sa mère. Il les considère comme responsables des misères de sa maman.

Avec le traitement neuroleptique, il sort guéri au bout de deux mois.

N° 3 : D. Kis..., homme sénoufo âgé de 32 ans, chrétien, célibataire, enseignant.

Evacué de San le 25.1.65 par suite échec apparent du traitement.

Le début de sa maladie remonte au 28.12.64, à la suite du décès de sa mère. Le malade a fait alors 20 jours sans pratiquement pouvoir dormir, avec agitation psychomotrice intense, altération de l'état général. Le 18.1.65 il est amené à l'A.M. de San. Devant la persistance des troubles malgré les neuroleptiques, il est évacué sur Bamako.

A l'examen, le malade est très agité, déprimé, logorrhéique avec incohérence verbale. Dans ses antécédents on nous signale qu'il était de nature **gai**, très turbulent. Il était également très attaché à sa mère dont il est l'enfant unique. On ne note rien d'intéressant concernant sa famille et ses rapports avec ses parents.

x x

x

é). Les bouffées délirantes aiguës.

1. Fréquence : la bouffée délirante telle qu'elle a été décrite par EY (29) occupe 28,57 % l'ensemble des 56 cas, soit 40 % des cas aigus. Plus de 80 % des bouffées délirantes sont de sexe masculin. Dans 75 % on a affaire à des sujets jeunes entre 21 et 31 ans. Sur le plan professionnel, elles sont plus fréquentes chez les paysans, les manoeuvres et les chômeurs (62,50 % des cas).

2. Début : brutal dans près des 3/4 des cas. Il est toujours marqué par :
- . rêves terrifiants, cauchemards.
  - . visions insolites.
  - . décès.

3. L'humeur : l'agitation anxieuse se retrouve dans 68,75 % de bouffées délirantes. Dans 25 % des cas, les réactions explosives avec assassinats sont notées.

4. Le délire : la persécution est fréquemment notée (13 cas). Les idées de possession, d'envoûtement, d'élection mystique sont plus rares. Généralement on observe la coexistence de deux à trois thèmes délirants. Le maraboutage occupe la moitié des cas, suivi de l'action persécutive d'un "Djinné", d'un sorcier, d'un fétiche et d'un ancêtre ("Danga").

5. Les hallucinations :

Les hallucinations visuelles sont plus fréquentes que les hallucinations auditives et les cénesthopathies.

6. Traitement :

Les bouffées délirantes constituent le gagne-pain des guérisseurs. C'est-à-dire que leurs méthodes sont les plus efficaces. 95 % des cas de bouffées délirantes ont été suivis par les guérisseurs. Dans tous les cas il y a guérison suivies de récurrences. Ce sont donc les cas de bouffées délirantes récurrentes qui nous parviennent. Il est facile de supposer que les cas probables de bouffées délirantes non vus par le service sont traités avec succès chez les guérisseurs. Ceci n'est qu'une hypothèse. Seules des études plus approfondies pourront mieux apprécier la qualité du traitement indigène des bouffées délirantes.

Observation :

Nian. San..., homme minianka de 23 ans, célibataire, Instituteur, animiste  
Hospitalisé le 4.3.68 pour agitation intense, désorientation temporo-spatiale. La date de début n'a pu être précisée. Elle se situerait à 6 mois par rapport à l'hospitalisation.

Le sujet lui-même raconte son histoire : "Je frappais les élèves. Les parents n'étaient pas contents. Un jour, un vieux est venu me dire à l'école qu'il ne rendra honteux. Le même soir, une femme bizarre est venue me rendre visite. Je n'arrivais pas à dormir alors je prenais la résolution de fuir. Je ne rendais à Mahina. En cours de route, je voyais toutes sortes de choses bizarres. Je ne sais pas comment je suis arrivé ici".

Dans le service il est calme mais déprimé. Parfois il est agité, crit et dit qu'il voit des "choses" qui lui font peur. Le 26.4.68, le traitement par les neuroleptiques améliore beaucoup son état et il a pu nous dire : "Je ne retrouve maintenant. J'attribue mes troubles à plusieurs facteurs :

- . premièrement le vieux qui a promis de ne faire honte ; ce qui n'a beaucoup effrayé car les vieux Malinkés ne plaisaient pas.
- . deuxièmement la fille avec qui j'ai couché et qui serait une diablesse
- . troisièmement les parents qui n'agassent avec leurs lettres, ne demandant de leur envoyer de l'argent."

Il sort complètement guéri le 2.5.68 et n'a plus été revu!

x        x  
          x

CHAPITRE V

C O N C L U S I O N

x x x x

Cette étude nous a permis de faire un survol de la psychiatrie lourde dans notre pays, d'essayer de cerner l'apport culturel dans l'organisation des psychoses aiguës et les possibilités de récupération.

L'importance du fait psychiatrique au Mali est difficile à saisir, difficultés liées à :

- . l'étendue géographique du pays,
- . la diversité des ethnies,
- . la mauvaise organisation de l'assistance psychiatrique moderne,
- . l'absence de données statistiques et épidémiologiques en matière de maladies mentales.

Il existe cependant dans notre pays une psychiatrie traditionnelle très prégnante et très efficace avec ses systèmes nosographiques bien codifiés et en rapport avec nos cultures, ses Médecins, ses moyens de traitement. Les possibilités actuelles du service de psychiatrie de l'hôpital du Point-"G" ne permettent pas de couvrir tous les besoins en matière d'assistance psychiatrique. C'est pourquoi nous estimons comme fondamentale l'intégration de l'assistance psychiatrique traditionnelle dans l'assistance moderne.

Sur le plan clinique nous avons noté :

- . la grande fréquence des bouffées délirantes aiguës et polymorphes,
- . la diversité des étiologies des états confusionnels, étiologies dominées par les maladies infectieuses (la tuberculose surtout), l'alcool, les amphétamines, les parasitoses (paludisme),
- . la fréquence peu élevée des états maniaques,
- . la rareté des états francs de mélancolie, la prédominance, dans les états dépressifs, des dépressions réactionnelles, surtout chez les sujets jeunes, célibataires et intellectuels, c'est-à-dire chez les acculturés.

Les éléments séniologiques et psycho-pathologiques que nous avons décrits ne constituent qu'un point de départ pour d'autres études. Nous espérons que ces éléments pourront orienter de façon positive des recherches ultérieures en psychiatrie au Mali.

VI BIBLIOGRAPHIE

- 1- ANTY (M.) - Abrégé de Psychiatrie  
3e édit., 1974, Masson et Cie.
- 2- APPIA (O.G.A.) - Evolution de la notion de Bouffée délirante polymorphe dans la Psychiatrie française, depuis Magnan jusqu'à nos jours.  
Thèse méd., Paris 1964.
- 3- ASUNI (T.) - Suicide trends in Western Nigeria. First Pan African Psych. Conference, Abeokuta, Nigéria, 1961, Ed. T.A. Lambo.
- 4- AUBIN (H.) - Introduction à l'étude de la psychiatrie chez les Noirs.  
Ann. médico-psych., 1937, 97, 1, 1-29 ; 2, 181-213.
- 5- BERNET (Ch.) - Contribution à l'étude du délire aigu. Essai thérapeutique par la morphine intraveineuse.  
Thèse méd., Bordeaux, 1947, N°103.
- 6- BERNOT (J.L.) - Délire et culture en Guadeloupe.  
Thèse méd. Toulouse, III, 1972.
- 7- BERT (J.) - Psychoses chez le Noir. A propos de quelques observations.  
Méd. trop., 11e Année, 1951, 3, 57-60.
- 8- BUSTAMANTE (J.A.) - El bouffee delirante en nuestro medio. Conferencia el la Escuela de Meidicna, Universidad de la Habane, 1968.
- 9- CAROTHERS (J.C.) - Journal of mental science.  
1948, 93, 548 et 1951, 97, 12.
- 10- CAROTHERS (J.C.) - The african mind in health and desease ; a study in ethno-psychiatry.  
Monograph. series, World Health Organisation, Geneva, 1954, N°17.
- 11- CLAYTON (P.J.), PITTS (F.M.) et WINOKUN (G.) - Affective disorder.  
Compreh. psych., 1965, 6, 313-322.
- 12- CHASLIN (Ph.) - La confusion mentale primitive (stupidité, demence aiguë, stupeur primitive).  
Asselin et Houzeau édit., Paris, 1895.
- 13- COLLOMB (H.) - Aspects particuliers de la psychiatrie africaine.  
Clinique afric., 1966, 418-434, Gauthier-Villars, édit., Paris, 505 pages.
- 14- COLLOMB (H.) - Assistance psychiatrique en Afrique (expérience sénégalaise).  
In Psychopath. afric., 1965, I, 1, 11-84.

- 15- COLLOMB (H.) - La psychose dans une société africaine. Traitements au long cours des états psychotiques.  
Coll. internat. de Paris, 23-26 Février 1972, édit. Privat, 357-369.
- 16- COLLOMB (H.) - Les bouffées délirantes en psychiatrie africaine.  
In Psychopath. afric., 1965, I, 2, 167-239.
- 17- COLLOMB (H.) - Les psychoses du Noir.  
Revue Corps de Santé Militaire, 1957, 13, 2, 194-204.
- 18- COULOUJOU - Les complications neuropsychiatriques du paludisme.  
Ann. méd. psych., 1943, 1, 22.
- 19- CONSTANT (J.) - Les bouffées délirantes en Guadeloupe.  
In Psychopath. afric., 1972, VIII, 2, 169-199.
- 20- COUZINET (R.) - Contribution à l'étude des psychoses du Noir africain.  
Thèse méd., Toulouse, 1956.
- 21- DAWSON (C.) - La santé mentale en Rhodesie du Sud en 1958.  
Bureau permanent inter-afric de la tsé-tsé et de la trypanozomiase, Léopold-ville, publication N°4, Juillet, 1959.
- 22- DIOP (B.), GUENA (R.) et COLLOMB (H.) - Détection et prévention des maladies mentales au Sénégal.  
Bull. socio-méd. Afr. Noire langue française, XII, 933-936.
- 23- DIOP (B.) - S.M.B. - Sur la transplantation négro-africaine en France.  
In Psychopath. afric., 1968, IV, 2, 227-276.
- 24- DIOP (M.) - La dépression chez le Noir.  
In Psychopath. afric., 1967, III, 2, 183-194.
- 25- DOUSSOT (H.) - Psychose maniaque dépressive ou schizophrénie ? Contribution à l'étude des formes intermédiaires.  
Thèse méd., Lyon, 1942.
- 26- ELISE (P.) - Contribution à l'étude des psychoses délirantes aiguës et sub-aiguës de l'adulte.  
Thèse méd., Paris, 1961.
- 27- EY (H.) - L'anxiété morbide. Etude N°25.  
Etudes psych. III, édit. Desclée de Brouwer, Paris, 1950.
- 28- EY (H.) - La classification des maladies mentales et le problème des psychoses aiguës. Etudes N°20.  
Etudes psych. III, P. 42-48, Desclée de Brouwer, Paris, 1954.



- 29- EY (H.) - Les bouffées délirantes et les psychoses hallucinatoires aiguës.  
Etudes psych.III, Desclée de Brouwer, Paris, 1954.
- 30- EY (H.), BIERNARD (P.) et BRISSET (Ch.) - Manuel de Psychiatrie.  
4e édit., 1974, Masson et Cie.
- 31- MELLOUS (M.) - Une Année de psychologie clinique à Bamako.  
Etudes maliennes, N°7, 1973, 54-59.
- 32- GANAY (S. de) - Graphies de voyages mystiques chez les Bambara (études sur  
la cosmologie des Dogons et des Bamabara du Soudan français).  
Africa, 21, London, p. 20-23, 1951.
- 33- GORDON (H.L.) - An inquiry into the correlation of civilisation and mental  
disorder in the Kenya native.  
East Africa Medical Journal, 1935-36, 12, 327-335.
- 34- GUEBHAIRD (G.) - Contribution à l'étude de la folie chez les indigènes de  
l'Afrique occidentale française pendant la grande Guerre (1914-1919).  
Thèse méd., Montpellier, 1921.
- 35- HALBERSTADT (G.) - La psychose délirante dégénérative aiguë.  
Ann. médico-chirurg., 1922, II, 100-117.
- 36- HOFER (G.) - Der mensch im Wahn.  
Bibliotheca psychiatrica et neurologica, 1968, N°136, 134 p.
- 37- KRAPF (E.) - Les troubles mentaux des Africas et les problèmes de la psychia-  
trie comparée.  
Informations médic., Genève, 1959, tiré de Méd. et Hygiène, N°17, 8,  
8p.
- 38- LA FAY (G.) - Contribution à l'étude des délires au cours de la manie.  
Thèse, méd., Lyon, 1942.
- 39- LAIBO (T.A.) - Schéma de soins psychiatriques dans une région d'Afrique en  
voie de développement.  
Information psych., N°8, 1964.
- 40- LAMONT (A.F.) et BLIGNAULT (W.J.) - A study of male bantu admission at  
Weskopies, during 1952-1953.  
South African Medical Journal, 1953, 27, 633-639.
- 41- LE GUERINEL - Etude de cas à Bingerville.  
In psychopath. afric., IV, 1968, 7-52.
- 42- LEHMANN (J.P.) - Quelques aspects des thérapeutiques traditionnelles.  
In 2e coll. afric. de Psych., Dakar, 1968.

- 43- MAGNAN (V.) - Leçons cliniques sur les maladies mentales.  
2e édit., 1893, 3e et 4e parties.
- 44- MARTIN (G.) - Sur les troubles psychiques de quelques infections tropicales.  
Les grandes endémies tropicales, 1935, N°117.
- 45- MATHIAS HONORE (M.M.M.) - Contribution à l'étude des psychothérapies africaines traditionnelles.  
Thèse méd., Dakar, 1970, N°4.
- 46- MAX (H.) - Assistance psychiatrique extra-hospitalière dans la région d'Abidjan, principes, fonctionnement et réflexions.  
Afrique médic., 1974, 13, (124), 865-872.
- 47- N'DIAYE (B.) - Groupes ethniques au Mali.  
Edit. popul., Bamako, 1970.
- 48- O.M.S. - Désordres mentaux et Santé mentale en Afrique au Sud du Sahara.  
Réunion C.C.T.A./C.S.A. - F.M.S.M. - O.M.S. de spécialistes sur la santé mentale, Bukavu, 1958, publicat. N°35.
- 49- O.M.S. - Place de la Santé mentale dans le développement des sciences de la Santé publique.  
Cahiers techn. Afro, N°8, 1974.
- 50- O.M.S. - Psychiatrie sociale et attitude de la collectivité.  
Rapports techniques, 1958, 177.
- 51- PELICLER (Y.) - Guide psychiatrique pour le praticien.  
3e édit., Masson et Cie, 1975.
- 52- POROT (A.) et GUTHRIE - Les psychoses du paludisme.  
Doin, édit., Paris, 113-125, 1927.
- 53- PRINCE (R.) - Frequency of depressions in african natives.  
Review and newsletter, Mc Gill. University Press, Montreal, 1962, 42-48.
- 54- RAINAUT (J.) - Un aspect des psychoses transitoires en milieu africain, la bouffée délirante aiguë confusionnelle et anxieuse.  
Réunion C.C.T.A., Bukavu, 1958, 193-214.
- 55- RENAULD (J.L.) - A propos de l'assistance psychiatrique en Haute-Volta.  
In Psychopath. afric., 1973, IX, 1, 131-139.
- 56- SUERLUCK (A.) - Les psychoses cadastrales.  
Thèse méd., Paris, 1963.

- 57- TARGOMILA (J.M.) - De la notion de psychose aiguë - chronique.  
Thèse méd., Paris Val-de-Marne, 1971.
- 58- TARCOMILA (R.) - Les délirs polymorphes.  
Encéphale, 1926, p.18-36.
- 59- TILLEBAUD (E.F.) - Quelques aspects de la psychiatrie au Libéria.  
Afrique médic., 1974, 13(124), 875-878.
- 60- TOOTH (G.) - Studies in mental illness in the Gold Coast.  
Colonial research Publication, his Majesty's stationery office,  
London, 1950, N°6.
- 61- VINEKE (J.C.) - Psychoses et Névroses en Enfrigue centrale.  
Accademie royale des sciences coloniales, Bruxelles, mémoire,  
1957, V, 5.
- 62- WARTEL (R.) - Le test de Rorschach au décours des psychoses delirantes aiguës.  
Cahiers de Psychiatrie, 1967, N°18-19, p. 189-211.
- 63- WOODBURY (M.) - Ethnologie et Psychiatrie : traitement somato-psycho-social  
des psychoses.  
In 2e coll. afr. de psych., Dakar, 1968.
- 64- ZWINGELSTEIN (J.), AYATS (H.) et SECK (I.) - Les états psychotiques aigus.  
Conduite à tenir.  
IIIe journée médic. de Dakar, 5-12 Janvier 1963, coll. de Santé  
publ., 51-56.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

f

g

y

h

i

j