



Article original

Etude épidémiologique et thérapeutique des troubles mentaux dans le centre de santé communautaire et universitaire de Konobougou au Mali

Study epidemiologic, clinic and therapeutic mental troubles in the community and university health center of Konobougou in Mali

M. B. Coulibaly, S. Fomba, F. Dakouo

Résumé

Les troubles mentaux sont largement délaissés jusqu'à présent car ils ne tuent pas comme le paludisme ou le SIDA, comme dans la plupart des pays africains. L'objectif est d'étudier les aspects épidémiologiques de la santé mentale dans le CSCOM Universitaire de Konobougou du district sanitaire de Barouéli/Région de Ségou.

C'est une étude longitudinale, prospective et descriptive sur une année : du 01 janvier au 31 décembre 2015. Une grille de dépistage plus une fiche d'enquête de trouble de la santé mentale a été introduite auprès des malades vus en consultation médicale pour collecter les données et puis saisie à EPI info pour analyse.

Nous avons eu 86 cas de trouble de la santé mentale sur 2255 malades reçus, vus ou admis soit 4 %. Le sexe féminin était le plus touché à 71%. La tranche d'âge de 26 ans et plus représente 76 %. Les troubles mentaux existent plus dans les familles polygamiques jusqu'à 41%. Les ménagères ont été surtout représentées ici jusqu'à 62%. Les patients venus d'une autre aire de santé

représentaient 38 %. Les malades se plaignent des tableaux somatiques fréquemment cachant souvent les manifestations mentales. Les facteurs étiologiques étaient liés aux problèmes de famille à 47 % suivis de maladies chroniques et graves 18 %. Nos patients avaient développé les manifestations des troubles il y'a plus d'une année 40 %. La dépression a été plus représentée à 34 % suivie de l'anxiété à 24 % puis la psychose à 21 %. Sept cas de co-morbidité ont été observés. Les 28 % des malades ont fait des traitements traditionnels avant de faire une consultation médicale. Les médicaments qui ont été les plus utilisés sont les antidépresseurs à 42 % ; et la psychothérapie a été très capitale car elle a été effectuée chez tous ces malades.

Les troubles mentaux sont des réalités dans la communauté avec des manifestations souvent masquées par les problèmes somatiques. Ils sont dépistés très insuffisamment avec une prise en charge précaire sur la première ligne. La prise en charge est faisable, acceptable et à moindre coût au niveau communautaire et cela a réduit de la

référence des cas de trouble mental au niveau supérieur. Cette prise en charge communautaire a facilité l'insertion sociale de ces patients.

Mots clés : Troubles mentaux, Centre de Sante Communautaire et Universitaire, Konobougou, Mali.

Abstract

In Mali, mental troubles are widely neglected nowadays. They are not part of public health priority. They are not mortal like Malaria or AIDS, like in most of African countries. The aim is to study the clinical epidemic aspects of the mental health in the community and university center of Konobougou in sanitary district of Barouéli/ Région of Ségou.

It's longitudinal, prospective and descriptif study in one year : from january the 1st to december the 31st 2015. A screening scale and an investigation form of the mental health trouble have been presented to patients seen medically, to colled the data and typed in Info Epi for analysis.

About 2255 patients seen, we have had 86 patients with mental health troubles, that's 4%. With female sex, that's 71%. The age group is more represented with 76%. Mental troubles exist more in polygamous families, that's 41%. House wives have been more pepresented with 62%. Patients from other health center were 38%. Patients complained about soma boards, that frequently hide how mental troubles are. The etiologie factors were linked to family problems, that's 47% follow by chronic and serious illnesses, thats 18%. Our patients had troubles sign, more than one year, that's 40%. The deprssion was more represented that's 34%, fallow by anxiety, that's 24% and the psychosis with 21%. Seven cases of comorbidity have been seen. The 28% of patients have been treated traditionally before a medical consultation..The most used medecines are the antidepressants, that are 42%, and the

psychotherapy has been very capital, because she has been done with all these patients.

Mental troubles are true in the community often with hidden signs. They are very insufficiently detected with a delicate taking charge of the first line. The taking charge is feasible, acceptable and cheap at the community level. And this has reduced from the reference cases of mental trouble at the high level.

Keywords: Mental troubles, community and university health center, Konobougou, Mali

Introduction

Les troubles mentaux sont largement délaissés jusqu'à présent et ne font pas partis de la priorité de la santé publique au Mali car ils ne tuent pas comme le paludisme ou le SIDA, comme dans la plupart des pays africain (1). L'organisation mondiale de la santé : O. M. S. considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes pour le XXI ème siècle sont des pathologies psychiatriques (2). Parmi les troubles mentaux les plus fréquents figurent la dépression, les psychoses et l'anxiété (3).

Les troubles psychiques et les souffrances psychiques peuvent être causés par de multiples facteurs et peuvent toucher tout individu de sexe, d'âge, de culture et de niveau de revenu différent (4). Ainsi les aspects sociaux tels que le chômage, les inégalités socio économiques, un manque de cohésion sociale peuvent favoriser les troubles psychiatriques (5).

Les troubles mentaux sont parmi les causes principales d'invalidité et d'exclusion dans la société entrainant d'avantage la pauvreté. Selon IRIN Ethel Mpungu, chercheuse principale de l'étude « Il faut être en bonne santé mentale pour sortir de la pauvreté » (1).

Le diagnostic des maladies mentales cause énormément de problèmes au niveau de la base de la pyramide sanitaire au Mali car ; on manque des indices pour les aborder à notre connaissance. Ce qui fait qu'en dépit de traitement efficace disponible(4), les troubles mentaux restent largement non traités (6).

Au Mali, les données sur les troubles psychiatriques surtout au niveau communautaire sont peu fiables bien que ces derniers constituent un problème de santé pour cette première ligne car ils ne sont pas diagnostiqués tout simplement (7); et cela malgré que plus de 90 % des malades au Mali sont vus à ce niveau.

C'est partant de ce constat que nous avons initié cette étude visant à étudier les aspects épidémio-clinique et thérapeutiques des troubles mentaux au centre de santé communautaire de Konobougou.

Méthodologie

Cadre de l'étude:

Cette étude a été réalisée au CSCOM Universitaire de Konobougou (commune rurale de Konobougou) dans le district sanitaire de Barouéli dans la région de Ségou.

Période d'étude:

Cette étude a été réalisée sur une année du 01 janvier au 31 décembre 2015.

Type d'étude

C'est une étude longitudinale, prospective descriptive portant sur 86 patients vus en consultations du médecin au CSCOM U de Konobougou.

Population d'étude

Patients vus en consultations du médecin au CSCOM U de Konobougou.

Echantillonnage

Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif des cas de troubles psychiatriques vus en consultation au niveau du CSCOM.

Critères d'inclusion :

* Patients vus en consultations du médecin

*Patients mis en observation par l'équipe de garde

Critères de non-inclusion :

*Patients vus par les techniciens de santé.

*Patients dont le diagnostic a été posé au niveau supérieur et qui vient continuer son traitement au CSCOM U de Konobougou

Patients n'ayant pas donné son consentement pour participer à l'étude

Technique et collecte des données et analyse des données :

Une fiche d'enquête semi-structurée a été introduite auprès des patients vus en consultation.

Les données ont été saisies et analysées sur épi info version 7, à partir de la fiche d'enquête individuelle.

Considérations éthiques :

L'étude s'est déroulée en respectant les règles d'éthiques liées à la recherche sur les sujets humains en vigueur. Il s'agit d'une étude permettant de décrire la situation des troubles mentaux au CSCOM U de Konobougou sans risques pour les participants. Un consentement individuel écrit et signé a été obtenu de chaque sujet à l'étude. Les questionnaires étaient anonymes pour une protection de l'identité des patients. Les données étaient accessibles aux seuls membres de l'équipe de recherche.

Résultats

Durant cette étude un total de 2255 ont été vus en consultation parmi lesquels 86 malades présentaient des troubles mentaux soit 4%.

Nous n'avons pas enregistré de cas refus de participer à l'étude.

TABLEAU I: Répartition des malades selon les caractéristiques sociodémographiques.

Variable	Nombre de cas	Pourcentage
Sexe		
Masculin	25	29
Féminin	61	71
Age		
0-12 ans	1	1
13-17 ANS	6	7
18-25 ANS	14	16
26 ANS et plus	65	76
Statut matrimonial		
Marié/monogamie	31	36 %
Marié/ polygamie	35	41 %
Célibataire	9	10 %
Veuf/veuve	5	6 %
Adolescent	5	6 %
Enfant	1	1 %

Le sexe féminin était le plus touché soit 71%. La tranche d'âge de 26 ans et plus représente 76 % et les familles polygamiques étaient plus touchés soit 41% suivies des marié/monogamie avec 36%.

TABLEAU II : Répartition des malades selon la profession.

Profession	Nombre de cas	Pourcentage
Ménagère	53	62 %
Cultivateur	17	20 %
Artisan	1	1 %
Commerçant	4	5 %
Fonctionnaire	2	2 %
Sans emploi	1	1 %
Elève/étudiant	7	8 %
Autres	1	1 %
Total	86	100 %

Les ménagères étaient les plus représentées soit 62%.

Concernant la provenance, sur les 86 patients 53 étaient dans l'aire de santé de Konobougou soient

62% et 33 patients dans une autres aires de santé d'un autres district sanitaire ou d'une autre région. Pour le début des troubles, 40 patients avaient développé les manifestations depuis 1 an ou plus soit 46,51%, 26 patients entre 3 mois à 1 an soit 30,22%, 15 patients soit 17,44% entre 1 semaine à 3 mois et 5 patients 5,81% avaient une durée d'évolution de la maladie inférieure à 1 semaine.

Nous avons constaté que 39 patients soit 45,35% n'avaient pas pris de médicaments avant de faire recours au centre de santé, 28 patients soit 32,56% avaient fait de traitement traditionnel et 19 soit 22,09% patients ont fait de traitement médical sans succès.

TABLEAU III : Répartition des malades selon les signes et symptômes.

Signes cliniques	Effectifs	Pourcentage
Humeur dépressive	36	42 %
Diminution de l'intérêt et du plaisir dans la pratique des activités	27	31 %
Perte d'énergie ou fatigue	32	37 %
Problèmes de sommeil	46	53 %
Problèmes d'appétit	20	23 %
Agitation ou ralentissement psychomoteur	5	6 %
Difficulté à se concentrer ou exécuter les activités habituelles	16	19 %
Pensée récurrente concernant la mort ou désir de mourir	2	2 %
Anticipation et/ou peur liées à une ou plusieurs situations perçues comme menaçantes	25	29 %
Signes et/ou symptômes de manifestations somatiques	34	40 %
Délire	7	8 %
Hallucination	13	15 %
Catatonie	7	8 %
Dysfonctionnement marqué au plan social	5	6 %
Comportement anormal ou désorganisé	9	10 %

Les manifestations fréquemment rencontrées étaient les problèmes de sommeil 53 %, l'humeur dépressive 42 % et la perte d'énergie ou fatigue avec 37 % de somatisation des troubles mentaux.

TABLEAU IV : Répartition des malades selon les facteurs étiologiques.

Facteurs étiologiques		Effectif	Pourcentage
Problème de famille	Epoux(e) 11	40	47 %
	Coépouse 10		
	Lié aux enfants 5		
	Souci avec les parents 6		
	Souci avec beaux-parents 6		
	Stérilité 2		
Problème d'emploi		3	3 %
Accident		1	1 %
Problème financier		12	14 %
Problème social	Déception 3	6	7 %
	Justices 3		
	Décès 0		
Alcool/drogue		2	2 %
Maladies chroniques		15	18 %
Autres		7	8 %
Total		86	100 %

47 % des facteurs étiologiques étaient liés aux problèmes de famille suivis de maladies chroniques et graves 18 % puis les problèmes financiers avec 14 %

TABLEAU V : Répartition des malades selon le diagnostic retenu.

Diagnostic retenu	Nombre de cas	Pourcentage
Dépression	29	34 %
Dépression post natale	0	0 %
Anxiété	20	24 %
Anxio-dépression	7	8 %
Psychose	18	21 %
Psychose post natale	2	2 %
Trouble bipolaire	1	1 %
Stress post traumatique	0	0 %
effet d'alcool ou drogue	2	2 %
Troubles de conduite	1	1 %
Troubles du comportement chez l'enfant, l'adolescent	1	1 %
Epilepsie, trauma crânien tumeur cérébrale	5	6 %
autres	86	100 %

La dépression a été plus représentée à 34 % suivie de l'anxiété à 24 % puis la psychose à 21 %.

Le soutien psychologique a été effectué chez tous les malades et 36 patients ont reçu en plus des antidépresseurs

soient 42%, 24 patients ont reçu des antipsychotiques soient 28%, 18 patients ont reçu des anxiolytiques soient 21%.

TABLEAU VI : Répartition des malades selon l'évolution.

Evolution	Nombre de cas	Pourcentage
Amélioration	71	83 %
Rechute	6	7 %
Abandon	4	5 %
Perte de vue	2	2 %
Référence	2	2 %
Décédé	1	1 %
Total	86	100 %

On a noté 83 % de taux d'amélioration et 7 % de rechute.

Discussion

Limites de l'étude

Le nombre élevé de consultations de certains jours sur tout celui de foire hebdomadaire pouvant atteindre 70 malades, il existe un risque que certains cas de troubles mentaux passent inaperçus. En plus les résultats de cette étude ne peuvent pas être extrapolés à l'ensemble de la région ou à tout le pays à cause de son étendu géographique très réduite.

Il y a 4 % des malades vus en consultation qui avaient un trouble mental, ce chiffre n'est pas négligeable car si on le rapporte sur la population malienne, on se retrouve avec des milliers de cas. Ce résultat se rapproche de celui de M KAMATE à 5 % (8) et de l'OMS à 4,3% une étude réalisée à Shanghai (6).

Le sexe féminin était le plus touché avec 71%, cela s'explique pourrait par le fait que les femmes sont économiquement liées aux hommes et qu'elles ne sont pas concernées par la prise de décision dans le foyer dans la plupart des cas. Ce résultat est en déphasage avec celui BABY qui est de 74,4% pour le sexe masculin (9).

La tranche d'âge de 26 ans et plus représente 76 %. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'au Mali jusqu'à 20 ans on n'a pas de charge sociale et économiques. C'est généralement après l'âge de 25 ans que les soucis commencent. Ce résultat concorde avec celui TEMBELY qui avait trouvé 71,6% pour une étude réalisée à Bamako en 2011 pour les tranche d'âge de 26 ans et plus (10).

Les troubles mentaux existent plus dans les familles polygamiques jusqu'à 41%. Cela pourrait être lié au fait que dès la rentrée d'une deuxième ou troisième femme ; les anciennes sont négligées ou même opprimées. Dans ces familles polygamiques, certains enfants sont plus avantagés que d'autres. La naissance des enfants devient une concurrence entre les épouses pour des raisons d'héritage qui va de surcroît entrainer des problèmes financiers pour le chef de famille et le reste des membres de la famille. Ce résultat est proche de celui de BABY réalisée à Bamako en 2005 qui était de 43,2%(9).

Les ménagères ont été les plus représentées ici jusqu'à 62%, ce pourcentage peut s'expliquer par les litiges entre coépouses. Pour la résolution de ce litige, les beaux parents ou même le mari sont impartiaux. Une autre explication pourrait être que la femme est peu impliquée dans la gestion des enfants par exemple pour une fille qui doit être excisée ou être donnée en mariage ; parfois même les femmes n'ont pas le droit de demander des explications si elles ne comprennent pas quelques choses sinon elles sont abattues. Une étude faite par **BABY** réalisée à Bamako en 2005 confirme le résultat obtenu ici car les ménagères occupent la première position avec 20,1% (9).

Les patients venus d'une autre aire de santé représentaient 38 % probablement dû au fait que le problème mental qu'ils développent n'a pas été diagnostiqué lors des premières consultations faites dans leur aire de santé. Nous n'avons pas trouvé d'études relatives à cet aspect. Toutefois nous

pouvons comprendre que parce qu'on n'arrive pas posé le diagnostic du trouble mental poussent les malades à se déplacer d'une structure de santé à une autre jusqu'à ce que le problème soit touché selon notre constat.

Les malades se plaignent des tableaux somatiques fréquemment cachant souvent les manifestations mentales. Cette hypothèse a été confirmée par une étude qui décrit ces manifestations comme le syndrome d'épuisement cérébral (11). Une autre étude réalisée par Rousset H. en octobre 1991 confirme notre hypothèse (12).

Nos patients qui avaient développés les manifestations des troubles il y'a plus d'une année représentaient 40 %. Cela signifie que les malades ne reçoivent pas de traitement conventionnel adéquat très top ou consultent les Tradithérapeutes en premier lieu.

Les facteurs étiologiques étaient liés aux problèmes de famille dans 47% des cas suivis de maladies chroniques et graves 18 % puis les problèmes financiers à 14 %. Une étude réalisée au Togo en 2005 montre les problèmes de famille dans la genèse des troubles mentaux jusqu'à 27% (13). Cela pourrait s'expliquer par le fait que la polygamie, la stérilité primaire et secondaire, le problème de gestion financière et des enfants dans le foyer, l'impartialité des beaux parents et le fait qu'une femme a tous ses enfants des filles. Pour les maladies chroniques et graves, ils manquent de communications, d'informations et de soutien sur sa maladie.

La dépression a été plus représentée à 34 % suivie de l'anxiété à 24 % puis la psychose à 21 %. Nous rejoignons l'enquête de l'OMS (11). On note une concordance avec l'étude faite a Madagascar qui a trouvé 37% pour la dépression a à la tête de la liste des maladies mentales(3).

Sept cas de co-morbidité ont été observés. La co-morbidité est aussi reconnue comme facteur associé aux actes suicidaires (14), cette coexistence

a été décrite par une autre étude (4) réalisée par santé Canada à Ottawa, 2002.

Les 39 % des patients qui sont restés sans faire de traitement pensent qu'en abordant le problème qu'ils vivent permet de connaître la source de leurs problèmes causés par le mari ou les beaux parents. Donc elles ne veulent pas que d'autres l'apprennent en l'abordant ; car ça risque de lui causer des soucis supplémentaires.

Les 28 % des malades ont fait des traitements traditionnels, car ils pensent en premier lieu qu'ils ont été envoutés ou ensorcelés. Ceci dénote de la place toujours occupée par la médecine traditionnelle dans ces questions, cette hypothèse est confirmée par une autre étude réalisée par Ousmane DIN à Bamako en 2010. qui avait trouvé 77,14 (15).

Les 30 % des malades n'ont pas reçu de traitement conventionnel adéquat, probablement lié aux difficultés de dépistage et de prise en charge des problèmes mentaux au niveau des structures de santé primaires.

Les médicaments qui ont été les plus utilisés sont les antidépresseurs à 42 %, car la dépression est plus représentée ou associée à d'autres maladies mentales.

On a noté 83 % de taux d'amélioration chez les patients grâce certes au traitement médicamenteux mais aussi favorisé par un suivi rapproché et le temps consacré à chaque malade pour les écouter afin de leur prodiguer les conseils.

Conclusion

Les troubles mentaux sont une réalité dans la communauté avec des manifestations souvent cachées. Ils sont dépistés très insuffisamment avec une prise en charge précaire sur la première ligne.

Une formation transversale des agents de santé à la base de la pyramide sanitaire au Mali pour

l'introduction de la grille d'évaluation et l'utilisation de l'algorithme de prise en charge pourra permettre un bon dépistage et une meilleure prise en charge des malades souffrant des maladies mentales et la référence des cas grave vers le niveau supérieur.

*Correspondance

Mamadou Bayo Coulibaly

(bayo_coul@yahoo.f)

Reçu: 10 Fév 2019; Accepté: 13 Mars, 2019; Publié: 15 Mai 2019

Centre de santé communautaire et universitaire de Konobougou, Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2019

Conflits d'intérêts : Aucun

References

- [1] Revoir la santé mentale en Afrique, Septembre 2013 <http://maliactu.net/revoir-la-sante-mentale-en-afrique>
- [2] Les psychoses délirantes chroniques : Etude épidémiologique et de la prise en charge dans le service de psychiatrie de l'Hôpital du point G, Mr Abdoulaye Issa DIAKITE, Juin/ 2007.
- [3] Andriantseheno L M, Andrianasy T F et Andriambao: Les troubles psychiatriques à Madagascar : Etude clinique de 376 cas répertoriés à Mahajanga. Bulletin de la Société de Pathologie Exotique 2004; 97:122-126.
- [4] Santé Canada, Rapport sur les maladies mentales au Canada, Ottawa, Canada, 2002.
- [5] Dossier de presse santé mentale et troubles psychiques ; <http://www.semaine-sante-mentale.fr> 2014. Consulté en mars 2015.
- [6] OMS: Enquêtes de santé mentale au monde ; 2001; www.jama.com. Consulté en mars 2015.
- [7] Hôpital psychiatrique du Point G, Dans l'univers des malades mentaux, Africaine Mali ; 2005.
- [8] KAMATE M. : Contribution à l'élaboration d'un instrument de dépistage en santé mentale au Mali. Thèse méd., n° 36, Bamako 1993, 55P.
- [9] M. BABY : Etude épidémiologique dans le service de psychiatrie à l'hôpital du point G à Bamako ; thèse méd., Bamako 2005.
- [10] MODI BABA TEMBELY : Troubles psychiques et migration: problématique de leur prise en charge dans le service de psychiatrie du chu du point G, Bamako-Mali ; Thèse méd. Bamako 2011.

- [11] PRINCER: The changing pictures of depressive syndromes in Africa. Is it fact or diagnostic fashion ? *Canad J Afric Stud* 1968; 1 :177.
- [12] Rousset H. *Dépression et symptôme d'une maladie organique. Neuilly-sur-Seine : Ardix Médical ; octobre 1991. Stein PK, Carney RM, et al.*
- [13] P. Nubukpo, J.P. Clément, E.K. Grunitzky, J.M. Léger, M. Dumas *Med trop* 2005 ; Epidémiologie, clinique et facteurs étiologiques des bouffées délirantes aiguës (BDA) au Togo-à partir d'une enquête hospitalière ; *Study lib* 65 :137-142.
- [14] Organisation Mondiale de la Santé : Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs, 2001.
- [15] Ousmane DIN : Approche épidémiologique de la Schizophrénie au service de psychiatrie du CHU du Point G ; thèse méd., Bamako, 2010.

Pour citer cet article:

Coulibaly MB, Fomba S, Dakouo F . Etude épidémio-clinique et thérapeutique des troubles mentaux dans le centre de santé communautaire et universitaire de Konobougou au Mali. *Jaccr Africa* 2019; 3(2): 114-121.