

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



UNIVERSITE SAAD DAHLAB –BLIDA 1–

FACULTE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE PHARMACIE



Thèse d'exercice de fin d'études
Présentée en vue de l'obtention du Diplôme de Docteur en Pharmacie

THEME

La prise en charge de la santé mentale en Algérie

Présentée par :

BELABIDI Zineb

Devant les jurés :

- **Président : Pr. K.MAMMERRI** Professeur en Toxicologie -Université de Blida-
- **Examinatrice : Dr. K.ARAR** Maitre assistante en pharmacognosie
-Université de Blida-

Encadrée par :

Dr. S.BENHAMIDA : Maitre de conférences de classe B en pharmacologie
-Université de Blida-

Session : 2022

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier **Allah** le tout puissant qui m'a éclairée le chemin du savoir, et qui m'a donnée la force, la santé, la volonté et la patience d'achever et d'accomplir ce modeste travail, et mon grand salut sur le premier éducateur notre prophète Mohamed (P.S.L).

À ma promotrice Docteur BENHAMIDA. S, qui m'a permis de bénéficier de son encadrement et de ses larges compétences, les conseils qu'elle m'a prodigué, sa patience, sa disponibilité, son écoute et la confiance qu'elle m'a témoigné ont été déterminants dans la réalisation de ce mémoire, je vous remercie très profondément pour votre investissement dans ce projet.

À mes maitres professeurs siégeant au sein du jury ;

Au président des jurys Professeur MAMMERI. K, pour avoir initialement accepté de présider le jury de cette thèse et pour l'intérêt qu'il a porté à ce travail et d'y avoir contribué,

Puisse ce travail témoigner de mes sincères reconnaissances et de ma profonde considération

À l'examinatrice des jurys Docteur ARAR. K, pour avoir accepté d'examiner ce travail et faire partie du jury de cette thèse et d'enrichir le débat scientifique en nous éclairant de la diversité et la profondeur de vos connaissances,

Veillez trouver ici, le témoignage de ma vive gratitude et haute considération.

Je vous remercie d'avoir pu vous rendre disponible et de continuer à le faire en étant présents

Aujourd'hui.

Aux différents professeurs, qui m'ont formée durant mes années d'études en pharmacie et dont leur enseignement est resté précieux tout au long de mon cursus universitaire.

Ainsi, à toutes les personnes qui ont contribués de près ou de loin à l'élaboration et la réalisation de ce modeste travail.

Merci à tous et à toutes.

Dédicace

Par la Grâce d'ALLAH, le Tout Puissant, à son prophète Mohammed (P.S.L)

Je suis seule à signer cette thèse et pourtant de nombreuses personnes ont contribué par leur aide, leur soutien et leurs conseils à la faire exister. Alors à vous, je dédie ce travail...

À mes parents, à vous deux, je dois tout ! Aucun hommage ne pourrait être à la hauteur de l'amour dont ils ne cessent de me combler, Que dieu leur procure bonne santé et longue vie.

« Merci pour vos nobles valeurs, votre éducation et votre soutien permanent »

À la plus douce et chère mère, celle qui m'a donné le goût de vivre et surtout le goût d'apprendre, à ma maman **BELABID OUARDA**, ce travail est le fruit de votre grande patience et sacrifice pour mon bonheur et ma réussite, me voilà aujourd'hui Docteur en pharmacie grâce à toi.

À du plus gentil des pères, celui qui m'a toujours protégé, encouragé et qui m'a aidé à surmonter les difficultés de la vie, à mon papa **BELABIDI MHAMED**, Je garde pour toi la plus grande estime, et le plus profond respect que l'on puisse avoir pour un père.

À ma figure d'attachement ma sœur bien aimée Sarra, que je considère comme ma deuxième maman, sans toi je ne serai sans doute pas la même personne d'aujourd'hui, idole, mentor et confidente, tu as su m'écouter quand je n'avais personne à qui parler, tu as cru en moi et m'as offert un espace de liberté et de confiance, Je tiens à t'exprimer ma gratitude pour tout ce que tu as fait et tu fasse toujours pour moi.

À mes deux frères Abdenour et Zinneddine, Merci d'avoir été un repère dans les moments difficiles, d'être disponibles et présents quand il le faut, vous avez toujours eu le sens de responsabilité tout en gardant une grande ouverture d'esprit, je n'oublierai jamais tous vos conseils et votre aide précieuse. Que dieu vous garde et vous protège.

A mon beau-frère Réda et mes belles sœurs Fati et Chaïma, pour leurs amitiés, leur soutien inconditionnel et leur encouragement je suis vraiment reconnaissante.

À mes neveux, Yacine, Adem, Anes, lyed, Yacer je vous aime très fort.

Tableau des matières

Tableau des matières

Liste des figures	I
Liste des tableaux	II
Liste d'abréviations.....	III
INTRODUCTION	V
Partie bibliographique	
Chapitre I : Généralités	2
I.1 Santé mentale	3
I.1.1 Définition	3
I.1.2 Quel est le concept de la santé mentale en Algérie ?.....	4
I.1.3 Déterminants de la santé mentale	5
I.2 Psychiatrie	6
I.2.1 Définition	6
I.2.2 Troubles mentaux et psychiatriques	6
I.2.2.1 Définition des concepts	6
I.2.2.2 Historique et évolution des maladies	8
I.3 Psychiatrie en Algérie	10
I.3.1 sur le plan structural	10
I.3.2 sur le plan historique.....	11
I.3.3 Structures en Algérie	13
Chapitre II : Prise en charge des maladies mentales	17
II.1 Maladies mentales les plus fréquentes en psychiatrie :.....	17
II.1.1 Dépression.....	17
II.1.2 Schizophrénie.....	23
II.1.3 Bipolarité	29
II.1.4 Trouble de la personnalité Borderline	33
II.1.5 Troubles obsessionnels-compulsifs(TOC)	33
II.2 Thérapies en psychiatries :	34
II.2.1 Traitement médicamenteux :.....	34
II.2.1.1 Psychotropes	34
II.2.1.1.1 Définition.....	34
II.2.1.1.2 Classification des psychotropes	35
II.2.1.1.3 Effets indésirables des psychotropes	37

II.2.1.2	Syndrome de sevrage, dépendance et abus	39
II.2.1.3	Risque d'automédication et Prévention	39
II.2.2	Psychothérapie	43
II.2.3	Traitement Biologique Non – médicamenteux	44
II.2.3.1	Thérapie de choc	44
II.2.3.2	Contention.....	46
II.2.3.3	Neurochirurgie	46
II.3	Impact de la maladie mentale sur l'homme, la famille, la société	47
II.4	Stigmatisation et rejet social	48
II.4.1	Stigmatisation en psychiatrie	48
II.5	Législation et lutte contre la discrimination de la maladie mentale.....	51
II.5.1	Droit Humain et protection des malades	51
II.5.2	Solutions proposées en Algérie	52

Chapitre III : Rôle du pharmacien dans la prise en charge56

III.1	Pharmacie et pharmaciens	56
III.2	Place du pharmacien dans la société	56
III.3	Place du pharmacien d'officine	58
III.3.1	Rôle du pharmacien dans la dispensation des médicaments psychotropes..	58
III.3.1.1	Détention, achats et délivrance des médicaments.....	58
III.3.2	Rôle du pharmacien dans la communication « pharmacien-patient ».....	64
III.3.2.1	L'entretien pharmaceutique	64
III.3.2.1.1	Définition de l'entretien pharmaceutique.....	64
III.3.2.1.2	Objectifs de l'entretien	65
III.3.2.2	Psychoéducation.....	66
III.3.3	Rôle du pharmacien d'officine dans la pharmacovigilance en psychiatrie	67
III.4	Pharmacien Clinicien	67
III.4.1	Rôle du pharmacien clinicien en Psychiatrie	67
III.5	Pharmacien Hospitalier	69
III.5.1	Pharmacien hospitalier en psychiatrie	69
III.6	Mise en place d'un entretien thérapeutique chez un patient	71

Partie d'Etude

Chapitre I : Etude statistique	74
I. Contexte	74
II. Objectif de l'étude	74
II.1. Objectif principal	74
II.2. Objectifs secondaires	74
III. Méthodologie de l'étude	74
IV. Résultats.....	75
IV.1. Répartition des cas selon les caractéristiques sociodémographiques	75
IV.1.1. Selon l'Age	75
IV.1.2. Selon la situation matrimoniale	76
IV.1.3 Selon le milieu de vie	77
IV.2. Répartition des cas selon les données cliniques	78
IV.2.1. Selon le mode de début.....	78
IV.2.2. Selon les troubles comportementaux	79
IV.2.3. Selon le type d'insomnie	79
IV.2.4. Selon le type de délire.....	80
IV.2.5. Selon les maladies associées.....	81
IV.3. Répartition des cas selon la prise en charge médicamenteuse	82
IV.3.1. Antipsychotiques	82
IV.3.1.1. Classification des antipsychotiques selon les générations.....	82
IV.3.1.2. Classification des antipsychotiques selon le mode d'action.....	83
IV.3.1.3. Classification des antipsychotiques selon les voies d'administrations	
IV.3.1.4. Selon le nombre des antipsychotiques pris par jour.....	85
IV.3.1.5. Selon la fréquence d'administration des antipsychotiques.....	86
IV.3.2. Autres médicaments.....	87
IV.3.2.1. Répartition des cas selon le type des médicaments associés.....	87

Chapitre II : Cas clinique :	88
I. Nature d'étude	88
II. Objectif de l'étude	88
III. Cas clinique :	89
III.1 Description du cas	89
III.2 Examen mentale du patient	91
III.3 Examens complémentaires	91
III.4 Diagnostics et examens associés	92
III.5 Discussions diagnostiques	92
III.6 Conduite à tenir	92
III.7 Evolution	95
IV. Conclusion :	95
Fiche technique du patient :	96

CONCLUSION **VIII**

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES **IX**

ANNEXE

Résumé

Abstract

ملخص

Liste des figures

Figure N°01 : Charge de morbidité en Algérie, 2012. Source : OMS	4
Figure N°02 : Tableau de Charles-Louis Mullet exposé dans le hall de réception de l'Académie Nationale de Médecine à Paris.	9
Figure N°03 : Distribution de la charge de morbidité liée aux maladies neuropsychiatriques par causes (en % total en DALYs), en Algérie, 2004 - Source : OMS	19
Figure N°04 : la classification des psychotropes selon Delay et Deniker	36
Figure N°05 : Histoire de la folie : Catalogue général	46
Figure N°06 : structuration des activités pharmaceutiques hospitalières	57
Figure N°07 : Différents étiquetages des substances vénéneuses	58
Figure N°08 : Armoire à pharmacie	61
Figure N°09 : Données relatives de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon-Blida- 2022 étudiées selon l'âge.	75
Figure N°10 : Données relatives de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon-Blida- 2022 étudiées selon la situation matrimoniale.	76
Figure N°11 : Données relatives de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon-Blida- 2022 étudiées selon le milieu de vie.	77
Figure N°12 : Données relatives de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon-Blida- 2022 étudiées selon le mode de début.	78
Figure N°13 : Données relatives de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon-Blida- 2022 étudiées selon les troubles comportementaux.	79
Figure N°14 : Données relatives de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon-Blida- 2022 étudiées selon le type de l'insomnie.	79
Figure N°15 : Données relatives de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon-Blida- 2022 étudiées selon les délires.	80
Figure N°16 : Données relatives de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon-Blida- 2022 étudiées selon les maladies associées.	81
Figure N°17 : Données relatives de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon-Blida- 2022 étudiées selon la classification des antipsychotiques selon les générations.	82
Figure N°18 : Données relatives de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon-Blida- 2022 étudiées selon la classification des antipsychotiques selon le mode d'action.	83
Figure N°19 : Données relatives de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon-Blida- 2022 étudiées selon la classification des antipsychotiques selon les voies d'administrations.	84
Figure N°20 : Données relatives de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon-Blida- 2022 étudiées selon le nombre des antipsychotiques pris par jours.	85
Figure N°21 : Données relatives de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon-Blida- 2022 étudiées selon la fréquence d'administration des antipsychotiques.	86
Figure N°22 : Données relatives de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon-Blida- 2022 étudiées selon les médicaments associés.	87

Liste des tableaux

Tableau N° I : Répartition des lits psychiatriques en Algérie.	15
Tableau N° II : Classification des substances vénéneuses et leurs caractéristiques	59
Tableau N° III : Paramètres biologiques -Cas Clinique -	98
Tableau N° IV : Liste des médicaments prescrits -Cas Clinique -	100

Liste d'abréviations

A

AD: Antidépresseur.

Adr : Adrénaline

APA : American Psychiatric Association

ANSM: Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

ATC: Antidépresseurs tricycliques.

Amp : ampoule

B

BMO : Billon médicamenteux optimisé

C

CHU : Centre hospitalier universitaire.

CTM : Conciliation de traitement médicamenteuse.

Cp : comprimé.

D

DCI : Dénomination Commune Internationale

DEMS : Diplôme d'études médicales spécialisées.

DNI : Divergence Non Intentionnelle

DP : Dossier pharmaceutique

DSM IV : Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

DALYS: Disability-adjusted life years

E

ECT: Electroconvulsivothérapie.

ECS : Entraînement des compétences sociales

EDM: Episode dépressif majeur.

EHS : Etablissements Hospitaliers Spécialisés

EIG : Effet indésirable grave

EIM : Evènement Indésirable Médicamenteux

EM : Erreur médicamenteus

ENEIS : Enquêtes Nationales sur les Evénements Indésirables graves associés aux Soins.

EPH : Etablissements Publics Hospitaliers

EPSP : Etablissements Publics de Santé de Proximité

ETP: Education thérapeutique.

G

GPRA : gouvernement provisoire de la république algérienne

| LISTE D'ABREVIATIONS

H

HAS : Haute Autorité de Santé

HIV : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Hbs : anticorps de surface du virus de l'hépatite B

Hba : L'hémoglobine glyquée (ou HbA1c) équilibre glycémique

HCV : Anti-HCV anticorps dirigés contre le virus de l'hépatite C (VHC)

I

IMAO: Inhibiteurs de la monoamine oxydase.

IP : Intervention pharmaceutique

ISRS: Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine.

ISRSNa : Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine noradrénaline .

IRM : Imagerie par résonance magnétique

INJ : injectable

IM : intra musculaire

M

MAO: Monoamine oxydase.

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

N

NA : Noradrénaline

O

ODD : Objectifs de Développement Durable

OMA : Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission

OMS: Organisation Mondiale de la Santé.

P

PTSD : Post Trauma Stress Disorder / Etat de Stress Post Traumatique

Q

Qaly : Quality adjusted life year (année de vie pondérée par la qualité)

S

SFPC : Société française de pharmacie clinique

SNC : Système nerveux centrale

T

TCC: Thérapies comportementales et cognitives

TMS: Stimulation magnétique transcrânienne.

TOC : Trouble obsessionnel compulsif.

INTRODUCTION

“Quelle triste époque où il est plus facile de désintégrer un atome qu’un préjugé”
-Albert Einstein-

Toutes les sciences, même les plus abstraites, nous concernent. Sinon aujourd'hui, du moins demain, mais il y a une certaine hiérarchie quant au degré où elles nous touchent dans la vie courante. Pour l’homme, il ne peut y avoir de science plus proche que celle qui traite de lui-même. Et il n’y a rien de plus important dans l’homme que son cerveau.

La santé mentale se définit comme étant l’état d’équilibre d’une personne à un moment donné de sa vie ; elle s’apprécie par le niveau de bien être subjectif, l’exercice des capacités mentales notamment l’adaptation aux diverses situations de la vie, les défis à relever, les problèmes à résoudre et le stress à surmonter, ainsi que la qualité des relations et d’intégration avec son entourage. Elle résulte d’interactions entre des facteurs de trois ordres : des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne ; des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels ; et des facteurs contextuels, qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. (1)

Partout de par le monde, la montée régulière et progressive de la pathologie mentale est devenue une des priorités majeures en matière de santé publique.

Elle atteint en Algérie des proportions particulièrement alarmantes. Chacun sait les problèmes de la psychiatrie dans notre pays, en regard d’une part, des bouleversements socio-culturels, de la récession économique, de l’explosion démographique ; des tensions et agressions psycho-sociales, de la crise de “civilisation”, bref de la multiplication prodigieuse des facteurs de risque pour l’équilibre mental de l’individu. (2)

Faut-il rappeler que la personne humaine est par sa nature même, un être « bio-psycho-social », il est un lieu commun de dire que le biologique, le psychologique et le social sont intimement liés, et que l’homme ne peut être envisagé que dans sa totalité et son originalité propre.

Seule une approche « globalisante » et intégrative est susceptible de comprendre le malade mental en tant que sujet, dans ses perturbations biologiques cérébrales, dans son fonctionnement psycho-affectif ou dans ses relations socio-familiales.

| INTRODUCTION

C'est, H.DEUTSCH qui dans une formule percutante disait que « le progrès humain et moral d'une société se mesure à la façon dont elle traite ses fous »

Le malade de troubles mentaux (psychiatriques ou psychologiques) a besoin d'aide pour l'accepter, s'y adapter et apprendre à vivre avec afin d'éviter d'éventuelles séquelles.

La chaîne de suivi de troubles psychiatriques est constituée essentiellement de trois maillons : le médecin, le pharmacien et le patient qui œuvrent en partenariat complémentaire cette chaîne lie deux mondes complètement différents : celui du professionnel de la santé ; riche de ses connaissances et de ses compétences et celui du malade avec sa souffrance, son ignorance et son impuissance, seul, face à sa maladie.(2)

Avec mon étude, je vais tenter de donner une vision globale et actualisée sur ce qui se fait, sur l'historique et la structure de la psychiatrie en Algérie, les maladies mentales les plus fréquentes, la prise en charge et le versant thérapeutique de la santé mentale et des malades mentaux, les thérapies en psychiatrie et leurs effets (Traitement médicamenteux, psychothérapie et l'accompagnement social, traitement biologique), Pour lever le voile, au moins partiellement, sur une réalité encore taboue, je me suis intéressée aussi à la stigmatisation de la maladie mentale et le rejet social du point de vue de ceux qui sont concernés au premier plan, à savoir les patients eux-mêmes qui sont encore trop souvent victimes d'ostracisme et de discrimination.

Ce présent travail se compose de deux parties : partie théorique et partie pratique.

J'ai abordé une introduction générale, ou j'ai parlé des variables de ma recherche, suivi par la présentation de la thèse, ensuite j'ai abordé la partie théorique qui est divisé en Trois (03) chapitres :

Le premier chapitre de ce travail sera consacré à la description de la santé mentale et des maladies mentales, leur origine et évolution en terme historique, structural, physiopathologique et épidémiologique en général puis en Algérie spécifiquement, leurs définitions, les différentes classifications.

| INTRODUCTION

Une vision globale et actualisée sur ce qui se fait, sur le versant thérapeutique, la prise en charge et qu'à l'étude des différentes stratégies thérapeutiques mises en œuvre, ainsi à l'impact de la maladie sur l'homme, sur l'harmonie familiale, la société, la stigmatisation, rejet social, et la lutte contre la discrimination de la maladie mentale, est présentée dans la seconde partie (chapitre) .

Le troisième chapitre de ce travail est consacré au pharmacien face à des troubles psychiatriques et le rôle important dont il joue dans les différents établissements de santé.

La dernière partie est consacré à la pratique menée au niveau du service de psychiatrie femmes de CHU Blida, après le choix d'une maladie spécifique « la schizophrénie » pour mettre en évidence la prise en charge chez cette population de malades, l'étude faite en deux parties :

La première, est une étude rétrospective statistique sur 10 patientes schizophrènes, pour obtenir des données descriptives et comparatives.

La deuxième, s'agit d'une étude descriptive et analytique type cas clinique faite sur dossiers des malades prises en charge pour la schizophrénie, pour le but de décrire le tableau clinique, l'évolution et évaluer la qualité de la prise en charge.

Partie Bibliographique

Chapitre I : Généralités

I. Généralités :

I.1 Santé mentale :

I.1.1 Définition :

« La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, il ne s'agit pas seulement en une absence de maladie ou d'incapacité ».

La santé et le bien-être mentaux sont indispensables et essentiels pour que l'être humain puisse, s'exprimer, penser, ressentir, interagir avec les autres, gagner sa vie et profiter de son existence aux niveaux individuel et collectif. Par conséquent, le soutien, la protection et la restauration de la santé mentale sont des préoccupations importantes pour les individus, les communautés et la société partout dans le monde. (1)

La santé mentale est un état qui permet à une personne de vaincre les pressions de la vie quotidienne et normales, de s'engager dans un travail productif et de contribuer à la vie de la communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est la base du bien-être personnel d'un individu et du bon fonctionnement d'une société.

Défini par la constitution de l'OMS la santé mentale représente un élément important de la santé en général. Cette définition est nécessaire par conséquent, que la santé mentale n'est pas seulement l'absence de troubles ou de handicaps mentaux.

La santé mentale est un droit humain fondamental, conformément une composante essentielle et fait partie intégrante de la santé, elle est déterminée par de nombreux facteurs socio-économiques, biologiques et environnementaux.

Elle représente un enjeu majeur de santé publique et mondiale, l'OMS estime que près de 10% de la population adulte mondiale, soit environ 450 millions de personnes souffrent de troubles mentaux. Une personne sur quatre dans le monde évoluera (développera) au cours de son existence un trouble mental, quelle qu'en soit la forme. Les troubles mentaux représentent 7.4% de la charge globale de morbidité et constituent la principale cause de handicap dans le monde. Les personnes qui en sont atteintes sont exposées à un risque accru de mortalité prématurée. Les personnes vivant avec des maladies mentales font souvent l'objet d'exclusion et de stigmatisation de la part de leur entourage, elles sont également plus exposées au risque de suicide que la population générale. (2)

En raison des interruptions de longue durée qu'ils entraînent dans la vie professionnelle, d'une moindre participation à l'emploi et aux activités économiques en général, les troubles mentaux sont à l'origine de coûts économiques importants. La bonne santé mentale est la condition essentielle pour tout progrès humain et social.

En ce sens, promouvoir de la santé mentale et le bien-être ainsi que le renforcement de la prévention et du traitement de l'abus de substances psychoactives (toxicomanie) figurent parmi les cibles à atteindre dans le cadre des Objectifs de Développement Durable (ODD) retenus par les Nations Unies dans l'Agenda 2030 pour le développement durable. (2)

I.1.2 Quel est le concept de la santé mentale en Algérie ?

En Algérie, les problèmes de santé mentale représentent un sérieux défi pour le système de santé, ces troubles mentaux constituent la principale cause d'incapacité (Figure 1) le pays a connu durant les années 90, en plus d'une crise socioéconomique sévère, une période de violence liée au terrorisme ayant entraîné la perte de milliers de victimes, viols, traumatismes et autres violences extrêmes, ces événements traumatiques reflètent la période de la Guerre de libération où la population avait fait face aux massacres et autres atrocités dont les séquelles psychologiques sont encore visibles à nos jours. De plus, régulièrement, le pays connaît la survenue de catastrophes naturelles de grande masse causant des dizaines de victimes et des dégâts matériels importants : séismes, inondations. Etc. (2)

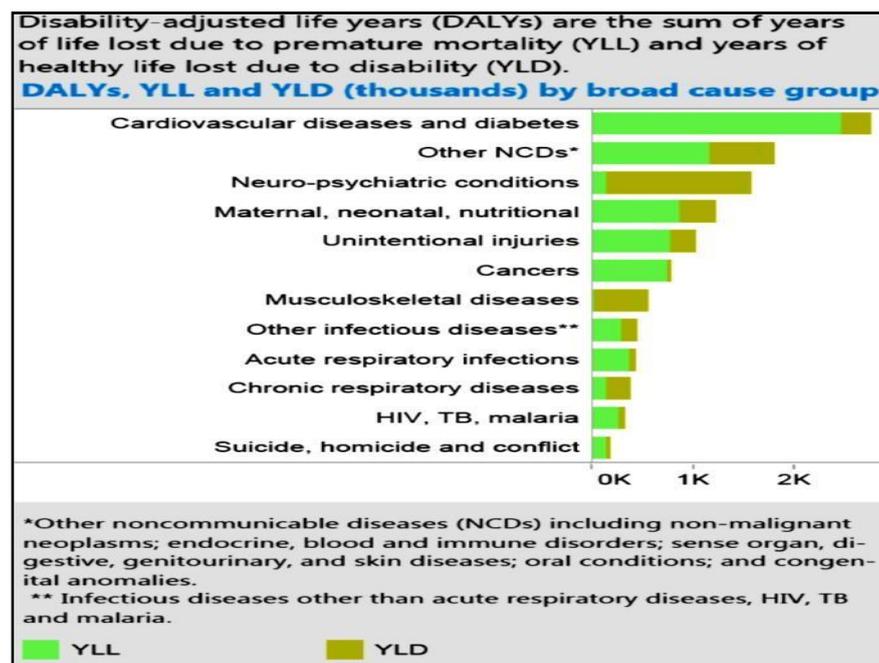


Figure N°01 : Charge de morbidité en Algérie, 2012. Source : OMS

Une étude épidémiologique en population générale, réalisée à Alger en 2003 à et ses environs montre que 37,4% de la population souffrait de PTSD (Etat de Stress Post Traumatique), 22,7% troubles de l'humeur, 23,3% de troubles anxieux et 8,7% de troubles somatoformes.

Les maladies mentales figurent parmi le top 10 des maladies chroniques retrouvées chez les personnes composant l'échantillon de l'Enquête Nationale de Santé menée par l'Institut National de Santé Publique en 2005. En prenant en compte le lieu de résidence, les études ont montré que parmi les personnes atteintes de maladie mentale, le nombre de ceux vivant en milieu urbain est deux fois plus élevé que ceux vivant en milieu rural.

Par causes, la dépression unipolaire occupe la première place dans la distribution de la charge de morbidité liée aux troubles neuropsychiatriques en 2004 suivie de la schizophrénie, des troubles bipolaires puis de l'épilepsie dont un grand nombre de cas demeurent toujours pris en charge dans les services de santé mentale en Algérie.

L'abus de drogues ou la toxicomanie est un autre problème pour la santé mentale en Algérie ou les données régulièrement recueillies au Ministère de la Santé au cours des six dernières années signalent le développement grandissant du phénomène de la consommation de drogues, particulièrement chez les jeunes. (2)

I.1.3 Déterminants de la santé mentale :

Le degré de santé mentale d'une personne à un moment donné est déterminé par une série de facteurs sociaux, psychologiques, biologiques et environnementaux multiples.

Les pressions socio-économiques et environnementales persistantes sont des facteurs de risque reconnus pour la santé mentale des individus et des communautés, l'OMS les définit plus précisément comme «les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent», les données factuelles qui l'attestent le mieux dépendant à leur tour des forces politiques, sociales et économiques qui les façonnent, ce sont les indicateurs de pauvreté, notamment les faibles niveaux d'instruction et également associés aux éléments suivants: changement social rapide; conditions de travail éprouvantes; filet de sécurité sociale; discrimination à l'égard des femmes; exclusion sociale; mode de vie malsain; risques de violence ou de mauvaise santé physique; et violations des droits de l'homme. (2)

Ainsi, parler des déterminants sociaux de la santé, c'est dépasser le strict point de vue biomédical et considérer la santé en tant que fait social.

Par ailleurs, certains profils psychologiques et certains traits de personnalité prédisposent aux troubles mentaux.

Enfin, les troubles mentaux peuvent être dus à des causes biologiques, notamment à des facteurs génétiques qui contribuent à des déséquilibres chimiques du cerveau. (1)

I.2 Psychiatrie :

I.2.1 Définition :

La psychiatrie, spécialité médicale consacrée à l'étude et au traitement des maladies mentales, s'est considérablement développée au cours des dernières décennies.

Avec le progrès des neurosciences, de la psychopharmacologie et de l'imagerie cérébrale, la recherche des origines de la folie a incontestablement beaucoup avancé. Cependant elle reste encore partagée entre des courants médicaux organicistes et d'autres qui relèvent de la psychologie dynamique individuelle et sociale. (3)

I.2.2 Troubles mentaux et psychiatriques :

La maladie mentale est un trouble plus compliqué et plus mystérieux des pathologies humaines, qui remontent à des nombreux siècles de l'ère préhistorique jusqu'à l'époque actuelle, et qui entraînent des difficultés et des souffrances qui touchent tout individu de sexe et âge.

I.2.2.1 Définition des concepts :

➤ **maladie mentale :**

1. Est une affection qui perturbe la pensée, les sentiments ou le comportement d'une personne de façon suffisamment forte pour rendre son intégration sociale problématique ou pour lui causer une souffrance.

2. Est un trouble mental qui survient chez un individu, et associé à une détresse, ou un risque significativement élevé.

➤ **Trouble mentale :**

Un trouble mental est élaboré comme un modèle ou un syndrome comportemental ou psychologique cliniquement significatif, survenant chez un individu et associé à une détresse inséparable. Une personne sur huit dans le monde présente un trouble mental, Les troubles mentaux engendrent une altération majeure sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu. Il existe de nombreux types de troubles mentaux, désignés aussi sous le nom de problèmes de santé mentale.

➤ **Diagnostic :**

Le diagnostic psychologique, se réfère à des symptômes ou des fonctionnements mentaux-émotionnels qui n'ont pas de base organique observable. Le diagnostic repose sur le comportement et les symptômes du patient. C'est l'aboutissement logique d'une série d'investigations destinées à mieux comprendre le caractère individuel, le fonctionnement d'un groupe ou la situation d'une entreprise.

➤ **Qui risque de développer un trouble mental ? :**

À tout moment, différents facteurs individuels, familiaux, communautaires et structurels peuvent se combiner pour former un ensemble qui protège ou, au contraire, compromet la santé mentale.

Si la plupart des personnes sont endurantes, celles qui sont exposées à des conditions difficiles – y compris la pauvreté, la violence, le handicap et les inégalités – sont plus vulnérables.

Parmi les facteurs de protection et de risque figurent les facteurs psychologiques et biologiques propres à chacun, tels que les compétences émotionnelles et la génétique. Les changements intervenant dans la structure et/ou le fonctionnement du cerveau affectent aussi sur de nombreux facteurs de protection et de risque. (4)

I.2.2.2 Historique et évolution des maladies :

À travers les époques, les maladies que l'on appelle « les maladies mentales » n'ont pas toujours été expliquées de façon aussi rationnelle que de nos jours, et les personnes souffrant de maladies mentales, bien longtemps appelées folies, n'ont pas toujours été traitées avec soin, si bien qu'on voit encore aujourd'hui les marques.

C'est clair que les maladies mentales ont toujours existées. Certes, leurs explications et leurs traitements ont grandement évolués avec le temps et les progrès du monde de la médecine.

En fait, les premiers à s'attarder à ce phénomène furent ce qui constituait ce que l'on appelle les médecines préhistoriques ou archaïques.

Cette médecine enveloppe donc principalement la médecine de l'Égypte ancienne et de la Grèce antique.

I/

La première constitue la « magie primitive », elle comprend en général la médecine des premiers hommes préhistoriques (vers 3000 ans avant .JC.).

Ces derniers font donc expliquer les différents comportements étranges chez certaines personnes par des forces sombres et spirituelles. Selon eux, ce serait donc des démons en possession du corps et de l'âme de la personne qui seraient responsables des troubles mentaux. De fait, il y'avait les sorciers, devins ou chamans qui interviennent dans de tels cas. Ces derniers utilisaient notamment des traitements comme la trépanation.

II/

Au début du moyen âge, la folie est généralement acceptée et intégrée dans la société. En effet, celle-ci n'est ni condamnée, ni persécutée, ni même refusée.

Ils considèrent le fou comme fidèle ou pauvre d'esprit, certains fous travaillent même comme esclaves ou pour amuser des rois.

On comprend donc que la folie occupe une certaine place dans la société.

III/

Depuis le début du 16^{ème} siècle, on constate que le phénomène de l'urbanisation est de plus en plus important. A cette époque, toutes les raisons sont bonnes pour signer quelqu'un.

On associe donc les fous aux psychopathes, aux prostituées, aux clochards, aux pervers, bref pécheurs de toute sorte.

Durant plus de 150 ans les malades mentaux vivaient entre eux, séparés du reste de la société. Comme le système était loin d'être parfait, de nombreuses erreurs se sont produites.

Malgré la mission envisagée de l'établissement d'aider les personnes atteintes de maladie mentale, d'autres groupes sociaux sont inclus dans cette institutionnalisation. De fait, les pauvres, les prostituées, et même les alcooliques se joignent aux malades mentaux dans les institutions.

C'est de cette façon que l'on explique l'homologation des personnes n'étant pas atteinte mentalement.

IV/

C'est entre les années 1950 et 1960, que la désinstitutionnalisation s'avança, en partie grâce au développement de la psychopharmacologie. Autour de ses années, on tente de lâcher les abris pour s'engager dans un mouvement plus humain. (5)



Le psychiatre Philippe Pinel délivrant les aliénés à Bicêtre en 1793.

Tableau de Charles-Louis Mullet exposé dans le hall de réception de l'Académie Nationale de Médecine à Paris



Philippe Pinel délivrant les aliénés à la Salpêtrière en 1795 par Tony Robert-Fleury.

Figure N°02 : Tableau de Charles-Louis Mullet exposé dans le hall de réception de l'Académie Nationale de Médecine à Paris.

I.3 Psychiatrie en Algérie :

I.3.1 Sur le plan structural :

- **Loi relative à la santé (loi n° 18-11 du 2 juillet 2018) :** le titre III fixe les modalités de protection des patients souffrant de troubles mentaux ou psychiques.
- **Constitution (2016) :** L'article 66, stipule que tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé. Et précise que l'Etat est responsable de la prévention et du contrôle des maladies épidémiques et endémiques et que l'Etat veille à réunir les conditions de soins pour les personnes démunies.
- Centres de Soins Intermédiaires en Addictologie : **Arrêté N°98 du 17 Mars 2014.**
- **Décret Exécutif 10-116 du 18 /04/ 2010 :** Fixant les conditions, le contenu et délivrance, d'utilisation et de renouvellement de la carte électronique de sécurité social carte « Chiffa » ; dispositif de prise en charge des maladies chroniques : les maladies mentales, en tant que maladies chroniques et quand le handicap psychique est reconnu, ouvrent droit au taux de remboursement des médicaments à 100%.
- Prise en charge des toxicomanes : **Instruction ministérielle N° 024 du 28 juin 2007.**
- **Loi relative à la Prévention et à la Répression de l'usage illégal de Stupéfiants et de Substances Psychotropes (Loi N° 04/18 du 25/12/2004) :** L'action publique n'est pas exercée à l'égard des personnes qui se sont conformées au traitement médical de désintoxication qui leur aura été prescrit et l'auront suivi jusqu'à son terme.
- **Instruction ministérielle N° 006 du 06 mai 2002 :** précisant les missions et les fonctionnements des Centres Intermédiaires de Santé Mentale : regroupement de tous les soins et les actes de prévention en santé mentale classiquement réalisés en hôpital psychiatrique : urgence, diagnostic, traitement psychothérapeutique et réhabilitation. Ils seront réalisés en milieu ambulatoire proche de l'usager, adaptés aux besoins de la population desservie.
- Renforcement de la décentralisation des soins psychiatriques. **Instruction ministérielle N°13 du 24 septembre 2001.**
- Sectorisation psychiatrique : **Circulaire n°03/MSP/DSS/DU du 8 Avril 1997**
Texte déterminant les zones géographiques couvertes par les établissements psychiatriques selon les différentes modalités d'hospitalisation.

- **Décret 87-146 du 30 /06/1987** : portant créations d'un Bureau d' Hygiène Communale.
- **Loi relative aux assurances sociales (Loi n° 83-11 du 2 juillet 1983)** : Bénéficiaire des dispositions de la loi, tous les travailleurs, quel que soit le secteur d'activité auquel ils appartiennent.
Bénéficiaire également des prestations de sécurité sociale (maladie, maternité et accouchement, invalidité, décès) les personnes handicapées, physiques ou mentales, qui n'exercent aucune activité professionnelle. Ils sont également exonérés du paiement des cotisations. (6)

I.3.2 Sur le plan historique :

En quarante ans, la psychiatrie algérienne a déjà subi de nombreux bouleversements.

Son développement a traversé quatre périodes, et nécessite la compréhension de la situation actuelle :

Période I : la période postcoloniale :

Durant la période postcoloniale (1962 à 1972), le pays s'est vidé de psychiatres et de patients européens. La prise en charge des 6000 lits de psychiatrie et des consultations étaient gérés par des psychiatres étrangers, parmi eux de jeunes psychiatres et des aides-soignants français venus dans le cadre de leur service national.

Période II : jusqu'à 1990 :

La deuxième période, qui a duré jusque dans les années 1990, a été inventive et a permis de créer :

- La formation des psychiatres et des psychologues (première promotion de 5 psychiatres à Alger en 1971).
- Une organisation des secteurs psychiatriques avec les unités d'urgence.
- Généralisation des soins gratuits : hospitalisation, consultation, traitement sont entièrement à la charge de l'État et de la sécurité sociale.
- Publication de la première loi de santé mentale.
- La mise en route ou construction de 5 hôpitaux psychiatriques de 250 lits.

Cet intérêt pour la psychiatrie a été possible grâce à deux facteurs :

- ◆ L'action du docteur Frantz Fanon, psychiatre qui a rejoint le GPRA à Tunis après avoir travaillé à Blida. Ayant vécu auprès des futurs responsables politiques, il a pu les sensibiliser aux troubles psychiques post-colonisations et à la théorie du double handicap des malades mentaux colonisés. Frantz Fanon, décédé d'une leucémie en 1961, n'a pas fait le lien avec les générations des psychiatres algériens postindépendance.
- ◆ Les actions de Khaled Ben Miloud, premier professeur de psychiatrie formé en Suisse, et des professeurs Mahfoud Boucebcı et Belkacem Bensmaïn, formés en France.

Période III : la décennie noire :

Une décennie noire a mis un terme à cette période exceptionnelle : violence sociale, assassinat d'intellectuels dont M. Boucebcı, fuite des psychiatres (plus de 150 ont quitté le pays ces quinze dernières années) et surtout l'isolement complet du pays. Depuis l'année 2000, les psychiatres tentent d'apaiser cette époque de violence sociale, de sortir de leur isolement dans un contexte politique et social différent. (4)

Période IV : Actuellement :

L'Algérie a surtout réalisé des avancées significatives dans la prise en charge des troubles mentaux depuis son indépendance en 1962.

Les défis actuels concernant le développement et l'organisation des soins de santé mentale ont mené le Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière à lancer le Plan National de Promotion de la Santé Mentale 2017 - 2020. Ce plan vient répondre à la nécessité d'offrir au pays un cadre stratégique d'ensemble coordonnant les activités de promotion, de prévention, de traitement et de réadaptation. Les actions programmées visent le renforcement de la protection et la promotion des droits fondamentaux des patients, la sensibilisation de la société, et accordent une importance prépondérante aux soins communautaires.

Elles permettront l'accentuation de l'accessibilité aux soins de santé mentale, une meilleure équité et inciteront à la mise en place de solutions innovantes aux problèmes posés par la prise en charge des troubles mentaux.

Enfin, la mise en œuvre du plan contribuera à l'action du pays pour atteindre les cibles définies dans les Objectifs de Développement Durable retenus par les Nations Unies dans l'Agenda 2030 pour le développement durable dans le monde. (2)

I.3.3 Structures en Algérie :

➤ **Systemes de santé et soutien social :**

Les systèmes de santé ne répondent pas encore de manière adéquate aux besoins des personnes qui présentent des troubles mentaux et font face à un manque important de ressources.

Partout dans le monde, il existe un écart entre l'offre de traitements et les besoins thérapeutiques. De plus, les traitements administrés sont souvent de mauvaise qualité. Par exemple, seulement 29 % des personnes présentant une psychose et un tiers des personnes atteintes de dépression reçoivent des soins de santé mentale structurés.

Par ailleurs, les personnes atteintes de maladie mentale ont besoin d'un soutien social, notamment pour établir et garder des relations personnelles, familiales et sociales. Ils peuvent aussi avoir besoin d'aide pour suivre une éducation, formation, trouver un emploi et un logement, et participer à d'autres activités sociales significatives. (4)

➤ **Plan structural :**

L'Algérie a consacré dans sa constitution le droit des citoyens à la protection de leur santé et a consenti des investissements considérables depuis son indépendance en 1962 pour garantir des soins de santé intégrés et accessibles pour tous.

Depuis 1974, les soins de santé sont entièrement gratuits dans les établissements publics de santé pour l'ensemble de la population, quel que soit le revenu de la personne.

Dans le domaine de la santé mentale, les politiques adoptées ont permis à l'Algérie de faire des avancées incontestables dans le développement des infrastructures de soins ; le renforcement des capacités et la formation de ressources humaines qualifiées ; la disponibilité de médicaments psychotropes ; et la mise en place d'un cadre juridique et réglementaire visant à promouvoir les droits des patients et la réglementation de la pratique des soins de santé mentale.(2)

En matière d'infrastructures ;

- le secteur de la santé dispose d'établissements hospitaliers dédiés exclusivement aux soins de personne atteintes de trouble mentaux, une dizaine d'entre eux sont en voie d'achèvement ou achevés et non encore fonctionnels.
 - Le secteur de la solidarité dispose des centres d'hébergements de personnes âgées dont bon nombre souffrent de pathologie mentale et de Centres Psychopédagogiques qui accueillent des enfants en difficulté (notamment des autistes et des insuffisants mentaux).
 - Les activités de santé mentale sont assurées dans les CHU, les EHS, les EPH, et les EPSP de façon très inégale en fonction des moyens disponibles et des personnels affectés (psychiatres, médecins généralistes formés, psychologue cliniciens et orthophonistes, paramédicaux).
 - Certains services au niveau des CHU et des EHS spécialisés en psychiatrie disposent de services pour enfants et adolescents.
 - Les services de psychiatrie qui se trouvent au niveau des EPH (hôpitaux généraux) assurent généralement les soins en hospitalisation et en ambulatoire.
- * Il est à noter qu'il n'existe pas encore d'hôpitaux privés spécialisés en santé mentale.

Actuellement, les services spécialisés disposent 5299 lits distribués comme suit :

Tableau N° I : répartition des lits psychiatriques en Algérie.

structure	Nombre	Lits
EHS psychiatrique	19	4503
Services de psychiatrie en EPH	27	591
Services de psychiatrie en CHU	6	205

- L'offre de soin psychiatrique hospitalière existe au niveau de référence et aux niveaux périphériques du système de santé.

→ Au niveau de référence, le niveau le plus élevé en matière de soins, l'offre hospitalière en soins psychiatriques existe au palier :

- Des CHU, que nous appellerons ici soins psychiatriques de très haut niveau.
- Des Etablissements Hospitaliers Spécialisés ou EHS, que nous appellerons soins psychiatriques de haut niveau pour les différencier des premiers.

→ Toutefois, nous pouvons qualifier cette offre de "déséquilibre" car il est reconnu que l'offre de soins au niveau périphérique doit être la plus importante dans un système de santé donné.

Ce déséquilibre est probablement due au reliquat de l'hospitalo-centrisme qui a prévalu dans le développement des structures psychiatriques héritées de l'époque coloniale ou dominait la vision asilaire de la pratique psychiatrique. (7)

Chapitre II :

***Prise en charge
des maladies mentales.***

II. Prise en charge des maladies mentales :

II.1 Maladies mentales les plus fréquentes en psychiatrie :

Les psychoses sont des troubles qui peuvent se présenter sous de nombreuses formes : paranoïa, bouffée délirante aiguë, schizophrénie...

Le point commun entre toutes ces formes est la perte plus ou moins durable et plus ou moins permanente de contact avec la réalité.

Les psychoses désignent un ensemble de maladies mentales parmi lesquelles on distingue les psychoses aiguës des psychoses chroniques.

Parmi celles-ci figurent les cinq principaux troubles en psychiatrie, qui sont les suivantes : schizophrénie, trouble bipolaire ou psychose maniacodépressive, dépression sévère et persistante, troubles de personnalité limite ou borderline et trouble obsessionnel-compulsif ou TOC.

II.1.1 Dépression :

- **Définition :**

Le terme de dépression est souvent utilisé en référence à plusieurs types de troubles dépressifs.

La dépression, est un trouble mental caractérisé par des épisodes de baisse d'humeur (tristesse) accompagnée d'une faible estime de soi et d'une perte de plaisir ou d'intérêt dans des activités habituellement ressenties comme agréables par l'individu.

La dépression est définie par la présence de Plusieurs symptômes suffisamment intenses, nombreux et durables pour justifier ce diagnostic, et d'une souffrance cliniquement significative associée à une altération du fonctionnement social ou professionnel marquée.

C'est une condition handicapante qui peut affecter le sommeil, l'alimentation et l'état de santé en général avec notamment un risque de suicide dans les cas les plus graves, ainsi que sur la famille, la scolarité ou le travail.

Les symptômes peuvent être : Humeur triste (dépressive), Modification involontaire du poids, Troubles du sommeil, Troubles de la concentration ou du processus de prise de décision, Troubles du comportement, Asthénie, Idées noires. Etc.

Chaque personne étant unique, les signes de dépression diffèrent considérablement d'une personne à l'autre, ainsi que l'ordre d'apparition des symptômes. Le premier signe est souvent constitué par la modification du comportement habituel.

La dépression affecte majoritairement la psychologie, soit l'humeur et le comportement, mais elle peut aussi s'exprimer par des troubles physiques. C'est pourquoi une personne dépressive peut être plus vulnérable aux infections, son système immunitaire étant affaibli, c'est pourquoi les personnes dépressives se plaignent de problèmes physiques en ignorant les facteurs de la dépression.

Malgré les troubles massifs et de la souffrance qui en résulte, la personne dépressive n'a quelquefois pas le sentiment d'être réellement malade, mais est submergée par les sentiments de culpabilité et d'auto-accusation. Cette absence de sentiment réel de la maladie rend également le diagnostic difficile à établir. (8)

- **Epidémiologie :**

Suivant l'Organisation Mondiale de la Santé, la dépression est la deuxième cause d'handicap. Elle se situe au quatrième rang des maladies en termes de coût financier par maladie. D'ici quelques années, ce trouble se situera à la seconde place en termes de coût parmi les différentes maladies, quels que soient l'âge et le sexe.

La dépression peut survenir dans n'importe quelle catégorie socio-professionnelle, à tous les âges, deux fois plus souvent chez la femme que chez l'homme et dans n'importe quelle origine ou race.

Chaque année, plus de 350 millions de personnes souffrent de dépression dans le monde, le suicide en est la conséquence la plus tragique. On compte chaque année au niveau mondial 800 000 morts par suicide.

Certaines données épidémiologiques laissent supposer que la dépression est devenue plus fréquente depuis la seconde guerre mondiale, touchant des individus de plus en plus jeunes. Certains proposent des explications sociales (vie de plus en plus stressante), d'autres avancent des hypothèses génétiques (modification du génome des populations moderne). (9)

Par causes, en Algérie la dépression occupe la première place dans la distribution de la charge de morbidité liée aux troubles neuropsychiatriques en 2004 suivie de la schizophrénie, des troubles bipolaires puis de l'épilepsie (Figure 2) dont un grand nombre de cas demeurent toujours pris en charge dans les services de santé mentale en Algérie. (2)

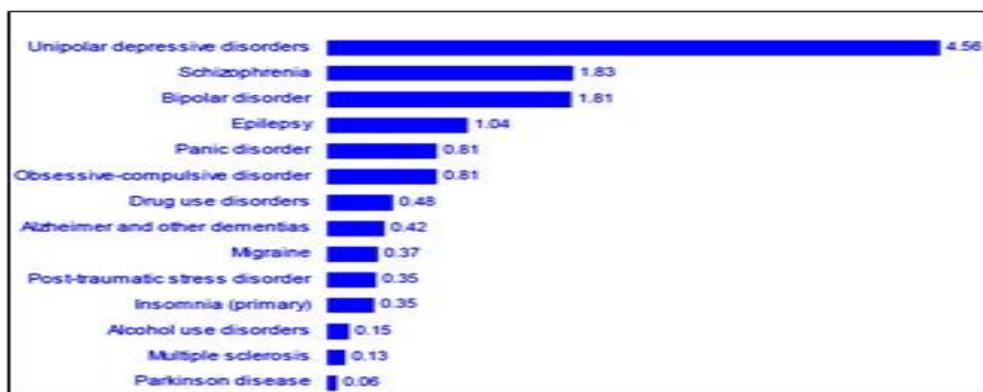


Figure N°03 : Distribution de la charge de morbidité liée aux maladies neuropsychiatriques par causes (en % total en DALYs), en Algérie, 2004 - Source : OMS

- **Formes cliniques :**

1) **Formes évolutives :** Certains syndromes dépressifs présentent une évolution dans le temps différente de l'épisode dépressif majeur :

- **Dépressions brèves récurrentes :** Ces épisodes dépressifs sont caractérisés par leur courte durée (environ 3 jours) cependant la sémiologie est complète, par leurs récurrences (une à deux crises par mois) et leur sévérité associée à un haut risque suicidaire.
- **Dysthymie et dépression chronique :** La dysthymie ou trouble dysthymique correspond à une humeur dépressive d'intensité modérée et d'évolution subaiguë facilement supérieure à 2 ans.

La dépression chronique, dont la dysthymie est une forme particulière, correspond à un épisode dépressif dont la durée est supérieure à 2 ans.

- **Dépression saisonnière :** Ce type de dépression est caractérisé par sa réapparition en fonction des saisons :

L'épisode débute en octobre ou novembre et dure environ 3 à 4 mois, ce qui correspond à la période hivernale où la luminosité est minimale. Ces épisodes touchent préférentiellement la femme d'âge moyen. Le traitement repose habituellement sur la photothérapie. (10)

2) **Formes symptomatiques :**

- **Dépression délirante :** Ou dite paranoïaque, l'existence d'idées délirantes ou d'hallucinations au cours d'une crise dépressive n'est pas rare et n'indique pas une pathologie psychotique sous-jacente, mais constitue un facteur majeur de gravité de l'épisode et conduit à de véritables constructions délirantes.

- **Mélancolie typique** : L'approche mélancolique est une forme prédominante d'état dépressif aigu, elle est caractérisée par l'intensité de la détresse morale, l'importance du ralentissement psychomoteur, l'asthénie majeure et la faiblesse complète qui perturbe les actes élémentaires de la vie et peut conduire à un abandon. Le contenu des pensées est fondamentalement négatif et complètement indifférent : L'autodépréciation est systématique et marquée par des idées d'autoaccusation ou d'indignité aboutissant à une culpabilité et à un sentiment de honte qui appelle à une punition.

Le sujet a souvent la conviction d'être incurable.

- **Mélancolie stuporeuse** : Lorsque le ralentissement psychomoteur est d'intensité maximale, aboutit à une immobilité avec dysphasie, impossibilité de s'alimenter voire de s'hydrater. Le patient est effondré, le visage figé, les yeux exprimant souvent une angoisse majeure et une douleur morale intense.

Cette forme de dépression met le pronostic vital en danger d'autant que la déshydratation est rapide et potentiellement suicidaire.

Elle nécessite une prise en charge en urgence et un traitement rapide, le plus souvent par électro convulsivothérapie. (11)

3) Formes trompeuses :

- **Dépression anxieuse ou agitée** : La dépression et l'anxiété sont deux troubles fréquemment associés, ainsi, les sujets présentant un trouble anxieux sont plus susceptibles de développer un épisode dépressif.

Cependant, l'existence de symptômes anxieux peut être strictement simultané de l'épisode dépressif et s'y limiter.

La dépression anxieuse correspond à un syndrome dépressif reconnu au cours duquel les manifestations anxieuses dominent le tableau clinique, induisant une sub-agitation, voire une agitation à la fois motrice et psychique désordonnée.

Cette forme est marquée par un risque important de passage à l'acte suicidaire.

- **Dépression hostile** : Dans certaines dépressions prédominent l'irritabilité, la susceptibilité, l'opposition et l'agressivité. Ces aspects caractériels peuvent remplacer l'humeur dépressive, surtout chez l'enfant et l'adolescent.

Mais un comportement d'hostilité associé à l'humeur dépressive peut être observé.

Caractérisant la dépression hostile au sens restreint que l'on retrouve parfois chez le sujet âgé.

- **Dépression masquée :** La dépression est dite masquée lorsque les handicaps physiques participant à sa sémiologie sont prédominants et masquent les signes psychiques dépressifs qui sont discrets : troubles du sommeil, de l'appétit, asthénie. La symptomatologie peut être dominée par des douleurs sans étiologie organique reconnue : céphalées, rachialgies, douleurs abdominales ou faciales. Etc.
Cette forme de dépression pose des difficultés de diagnostic différentiel avec les troubles fonctionnels.
- **Dépression mixte :** Dans le cadre d'un trouble bipolaire, on peut observer des crises au cours desquels s'associent des symptômes hypomaniaques ou maniaques et des symptômes dépressifs.
Cependant, la simple présence d'une humeur dépressive au cours d'une attaque maniaque ne permet pas de poser ce diagnostic.
C'est la persistance d'une humeur dépressive et d'idées pessimistes et auto-dépréciatrices qui permet d'évoquer un épisode mixte. (11)

4) Forme en fonction du terrain :

- **Dépression du post-partum :** Il faut différencier le post-partum blues, la dépression du post-partum et la dépression maternelle postnatale.
 - **Post-partum blues :** Correspond à une dysphorie transitoire qui apparaît entre le 3^e et le 5^e jour après l'accouchement et doit disparaître en quelques jours avec restitution ad integrum.
Sa persistance et surtout son aggravation appellent à la vigilance car ils constituent un risque de survenue d'une psychose puerpérale.
 - **Dépression du post-partum et dépression maternelle postnatale :**
 - La dépression du post-partum survient dans le premier mois qui suit l'accouchement (habituellement vers la 3^e semaine).
 - De son côté, la dépression maternelle postnatale (2^e au 12^e mois du post-partum) touche environ 10 % des femmes après l'accouchement.
Sa sémiologie atypique comprend habituellement une dysphorie anxieuse marquée par une irritabilité et associée à des symptômes dépressifs plutôt modérés.

- **Dépression de l'enfant et de l'adolescent :** Chez l'enfant et l'adolescent, l'humeur dépressive peut être remplacée par une humeur sombre et une irritabilité, par ailleurs une absence de prise de poids en période de croissance est à considérer comme une perte de poids.

Plus particulièrement, au cours d'une dépression de l'adolescent, on observe une hypersomnie et une hyperphagie plus fréquentes que chez les adultes.

- **Dépression du sujet âgé :** Bien que la prévalence des épisodes dépressifs majeurs soit moindre après 65 ans que chez l'adulte jeune, le vieillissement de la population augmente les manifestations médicales de ce type de trouble.

En outre, les tentatives de suicide sont plus fréquentes et aboutissent plus souvent au suicide «réussi » en raison d'une intention meurtrière plus forte et des antécédents plus vulnérables chez le sujet âgé. (10)

- **Prise en charge de la dépression en Algérie :**

Il s'agit d'une prise en charge complexe, personnalisée, globale, tenant compte des caractéristiques du trouble, des souhaits du patient, de l'existence d'un risque suicidaire et du contexte familial.

Une fois l'EDM diagnostiqué avec certitude, le traitement passe dans la majorité des cas par une prescription médicamenteuse en ambulatoire.

Les recommandations varient en fonction de la sévérité de la dépression :

- Dans les dépressions légères : une psychothérapie est proposée en 1ère intention, les antidépresseurs ne sont pas indiqués dans ce cas.

- Dans les dépressions modérées : le traitement antidépresseur est recommandé en 1ère intention, une psychothérapie pourra être proposée en association.

- Dans les dépressions sévères : le traitement antidépresseur est indispensable. Il sera envisagé en ambulatoire ou en hospitalisation.

✓ **Objectifs de la prise en charge :** L'objectif du traitement est multiple :

- Réduire la durée de l'épisode dépressif et induire une rémission complète
- Soulager la souffrance du patient.
- Réduire le risque suicidaire.

II.1.2 Schizophrénie :

- **Définition :**

Le mot « schizophrénie » a pour étymologie grecque « Schizein » signifiant fendre et "Phrên" qui se traduit par la pensée. Littéralement, nous pouvons comprendre « esprit fendu ».

Schizophrénie, terme désignant tous les états mentaux qui présentent comme caractère essentiel la dissociation et la discordance des fonctions psychiques (affectives, intellectuelles et psychomotrices), avec perte de l'unité de la personnalité, rupture du contact avec la réalité et tendance à s'enfermer dans un monde intérieur.

L'évolution plus ou moins rapide, souvent par poussés, aboutit parfois à la démence, fait de la schizophrénie un syndrome de démence précoce.

C'est une trouble mentale grave, qui peut avoir des répercussions dramatiques. Contrairement à ce qui est fréquemment rapporté, la schizophrénie n'est pas un dédoublement de la personnalité.

La schizophrénie est un trouble cérébral qui affecte la capacité d'une personne à distinguer la réalité et sa propre perception des événements, la pensée et les comportements sont affectés tout comme l'aspect émotionnel et l'humeur,

Dans les cas les plus graves, la personne atteinte peut avoir des hallucinations et des délires. En résultent des troubles du comportement importants ; bizarrerie et inadaptation du sujet atteint, la personne peut ressentir de la panique, l'anxiété et la peur, à l'origine d'un dysfonctionnement social.

Apparaissent alternativement des symptômes négatifs, manque de motivation, désintérêt, rupture avec les relations sociales, problèmes de concentration et de mémoire, et des symptômes positifs ; délires, troubles de la pensée, fausses interprétations des événements, agitation...

La schizophrénie apparaît le plus souvent au début de la vie d'adulte, période où se construisent les bases d'une carrière professionnelle et d'un réseau de relations affectives durables.

La maladie entrave cette évolution naturelle, empêche le jeune adulte d'acquérir son indépendance et perturbe souvent le déroulement de ses études. Entre l'apparition des premiers symptômes et la stabilisation du traitement, les schizophrènes perdent fréquemment le contact avec leurs amis, et leurs relations sociales se réduisent.

Pourtant, si le diagnostic est posé tôt, les médicaments et les dispositifs de soutien permettent à de nombreux malades de rester autonomes et de mener une vie affective et professionnelle normale.

L'OMS classe cette maladie dans le groupe des dix maladies qui entraînent le plus d'invalidité. C'est un facteur majeur de désocialisation et de précarité.

Elle est à l'origine d'un véritable handicap psychique qui se traduit par une participation réduite aux rôles personnels et sociaux.

Ces difficultés fonctionnelles rencontrées par les personnes souffrant d'une schizophrénie sont actuellement considérées comme des cibles prioritaires pour les interventions thérapeutiques.

Cependant, leur nature est encore mal comprise, même si l'identification des facteurs impliqués fait l'objet d'un nombre croissant de travaux.

La schizophrénie est un trouble très fréquent et ubiquitaire .elle touche en effet 0.3 à 1% de la population dans toutes les régions du globe.

Toutefois la symptomatologie schizophrénique est très hétérogène et aucune caractéristique n'est fortement spécifique de ce trouble.

Le diagnostic de schizophrénie repose donc sur l'association de certains symptômes évocateurs dont la présence doit être observée pendant une durée suffisante.

Le traitement de la schizophrénie repose sur une approche thérapeutique globale, comprenant des antipsychotiques et une réadaptation favorisant la reprise d'activités.(12)

- **Epidémiologie :**

La schizophrénie qui s'agit d'une maladie qui survient habituellement à l'adolescence et qui s'installe progressivement sur plusieurs années. Cette maladie mentale touche 1% de la population.

La schizophrénie est une maladie qui concerne environ 1% de la population mondiale, chaque année 2 nouveaux cas pour 10000 apparaissent ce qui représente près de 3 millions de sujets atteints et 90000 nouveaux cas par an.

L'espérance de vie des patients est en moyenne de 10 ans inférieure à celle de la population générale, 40% des personnes qui en sont atteintes tentent de se suicider et 10 % de toutes les personnes atteintes de schizophrénie mettent fin à leurs jours. (13)

En Algérie, on estime à 400 000 le nombre de schizophrènes. Selon le Pr Kacha ; chef de service hospitalo-universitaire de la clinique psychiatrique de Chéraga, la schizophrénie est classée au premier rang des troubles psychiatriques en Algérie, deux hommes pour une femme sont touchés par la maladie, cette pathologie occupe 70% des lits d'hospitalisation avec, là aussi, deux lits d'homme pour un lit de femme.

En Algérie, près de 3 million d'algériens souffrent de schizophrénie a expliqué le Pr Tedjiza, chef du service de psychiatrie à l'hôpital Drid Hocine à Alger, il a révélé que ce chiffre est universel, sous toutes les latitudes et dans tous les contextes, seulement, ces taux, ne représentent que les formes graves de la maladie.

Il s'agit aussi et surtout d'une opposition avec les évènements, car le stress majeur et les traumatismes sont déterminants dans le développement ou non d'une maladie, et l'Algérie ayant connu et connaissant toujours de graves évènements anxiogènes, les citoyens ont tendance à être d'autant plus fragilisés et ainsi exposés au trouble.

Rares sont les formes bénignes de schizophrénie enregistrées, la plupart sont malignes car la répétition des stress et stimuli traumatisants entretient et aggrave les maux.

Le professeur a aussi précisé qu'il est évident que le taux 1% est largement dépassé en Algérie tant le cumul des facteurs déclenchants est important et tant le traitement n'est pas systématique.

L'un des facteurs qui induit à un pronostic des plus défavorables est précisément le délai de mise en action d'une prise en charge adéquate, mais ces retards ne sont toutefois pas tant dus à une carence du dispositif de prise en charge mais aussi à une indulgence de la famille vis-à-vis du malade, ou encore une peur et une méfiance du sujet à aller consulter, car les troubles mentaux demeurent malheureusement dans notre société un sujet tabous.

Dans l'immense majorité des cas, la schizophrénie débute entre l'âge de 18 et 28 ans, en général le début est plus précoce chez les hommes. Une étude récente a montré que 62 % des hommes et 47 % des femmes étaient atteints avant l'âge de 25 ans.

Chez les hommes, on observe un pic entre 20 et 24 ans, un peu plus tardivement chez les femmes, et surtout, pour ces dernières, un deuxième pic après 45 ans.

C'est une maladie « ubiquitaire », c'est-à-dire présente sous toutes les latitudes et dans toutes les cultures, elle existe dans le monde entier.

Le profil symptomatique et le profil psychopathologique présentent d'étonnantes similitudes dans tous les pays et apparaissent comme indépendants des variations socioculturelles. (14)

- **Formes cliniques :**

- **Type paranoïde :** La caractéristique essentielle du type paranoïde de la schizophrénie est la présence des idées délirantes ou des hallucinations auditives prononcées dans un contexte de relative préservation du fonctionnement cognitif et de l'affect.
- **Type désorganisé :** Les caractéristiques essentielles du type désorganisé de la schizophrénie sont un discours désorganisé, un comportement désorganisé, et un affect abrasé ou inapproprié.
- **Type catatonique :** La caractéristique essentielle du type catatonique de la schizophrénie est une perturbation psychomotrice importante, pouvant comporter une immobilité motrice, une activité motrice excessive, un négativisme extrême, un mutisme, des singularités des mouvements volontaires, une écholalie ou un écho praxie.
- **Type indifférencié :** La caractéristique essentielle du type indifférencié de la schizophrénie est la présence de symptômes qui répondent au critère A de la schizophrénie mais qui ne répondent pas aux critères du type paranoïde, désorganisé ou catatonique. (15)

- **Prise en charge de la schizophrénie en Algérie :**

La prise en charge est multidisciplinaire, incluant un traitement pharmacologique associé à une prise en charge psychothérapique et des mesures de réinsertion sociale, une hospitalisation est souvent nécessaire notamment dans les formes aiguës.

1) **Traitement pharmacologique :**

- ❖ **Les neuroleptiques antis-productifs :**

Constituent le traitement de fond, permettant de traiter l'épisode aigu et de prévenir les rechutes.

- Les recommandations actuelles préconisent, en 1^{ere} intention, la prescription d'un neuroleptique atypique, de préférence en monothérapie, pour plusieurs raisons :
- Efficacité spécifique des antipsychotiques atypiques, par rapport aux neuroleptiques classiques, sur les symptômes négatifs, cognitifs et affectifs de la schizophrénie.
 - Efficacité identique sur les symptômes positifs.
 - Plus faible prévalence des effets secondaires de type extrapyramidal et moins de dyskinésies tardives à 1 an.
 - Diminution de la tendance au suicide pour la clozapine.
 - Amélioration de l'observance et du fonctionnement social.
- À noter cependant qu'ils ne sont pas dénués d'effets indésirables, les principaux étant ; les effets métaboliques, la prise de poids et l'allongement du QT (la mise en place d'une surveillance spécifique est donc indispensable).
- Les neuroleptiques classiques deviennent peu à peu des traitements de 2^e ou de 3^e intention, notamment en cas de résistance.
- En cas de schizophrénie résistante, il est possible de faire appel à la clozapine, dont les modalités de prescription sont particulièrement réglementées en raison du risque d'agranulocytose.
- Quelle que soit la molécule prescrite, il s'agit de traitements à long terme, en effet, les antipsychotiques semblent réduire le risque de rechute, dans la phase stable de la maladie, à moins de 30 % par an, alors que, sans traitement de maintenance, 60 à 70% des patients rechuteraient à 1 an et 90 % à 2 ans.
- Ainsi, sur le plan de la durée, les recommandations classiques favorisent un maintien pour au minimum 1 an après un premier épisode, 5 ans après plusieurs épisodes et au très long cours lors de comportements violents ou auto-agressifs.
- Cependant, de nombreux auteurs vont dans le sens d'un maintien des traitements au plus long cours avec une négociation extrêmement précise et une explication du rapport bénéfice/risque de l'arrêt au patient lors de la mise en œuvre du plan de traitement.

❖ Les traitements anxiolytiques :

Neuroleptiques sédatifs, Benzodiazépines ou Anxiolytiques non Benzodiazépiniques, peuvent être prescrits en association au traitement antipsychotique, notamment en début de traitement.

➤ **Les thymorégulateurs :** Peuvent être prescrits en association aux neuroleptiques dans la prévention des schizophrénies dysthymiques.

Une extrême prudence lors de l'association entre certains thymorégulateurs et certains neuroleptiques en raison de la potentialisation du risque d'agranulocytose (ex : association Tégrétol Leponex).

➤ **Les antidépresseurs :** Peuvent être prescrits en cas de comorbidité dépressive, ils doivent être associés au traitement antipsychotique.

Les doses prescrites sont, en règle générale, inférieures à celles habituellement utilisées dans le traitement des dépressions.

Ce type de prescription doit être réservé aux psychiatres. (16)

2) Traitement non pharmacologique :**❖ L'électro convulsivothérapie (ECT) :**

Il s'agit d'un traitement irremplaçable dans un certain nombre d'états schizophréniques aigus que les médicaments seuls n'arrivent pas à apaiser. L'ECT est une stimulation électrique appliquée sur le cortex cérébral à travers le scalp sous anesthésie générale et curarisation : pendant une fraction de seconde. (17)

❖ Thérapies comportementales et cognitives dans la schizophrénie :

Elles reposent principalement sur l'entraînement des compétences sociales (ECS) et sur la psychothérapie cognitive.

L'ECS et la psychothérapie cognitive sont généralement mis en œuvre chez des patients dont le tableau clinique est stabilisé et dont le traitement psychopharmacologique est stable après avoir été réduit à la posologie minimale efficace. (18)

II.1.3 Bipolarité :

- **Définition :**

Les troubles bipolaires sont caractérisés par la survenue généralement répétée d'épisodes dépressifs, maniaques, hypomanes ou mixtes séparés par des périodes au cours desquelles les sujets sont sains de dysfonctionnement psychique majeur.

Elle se traduit par une perte de contrôle extrême dans le comportement, le discours et les pulsions et par l'impossibilité de pouvoir gérer ses émotions.

Le trouble bipolaire se caractérise par une alternance de périodes extrêmes d'excitation (manie) et de dépression, entrecoupées de phases normales, sans symptômes apparents. Ces périodes peuvent durer des jours, des mois ou des années :

- La Période maniaque se caractérise par une grande sociabilité, un bavard avec un débit très rapide, la personne est active, irritabilité extrême, sautes d'humeur rapides, accélération de la pensée, gestes dangereux, réactions excessives, démesurées.

- La Période dépressive se caractérise par une tristesse, sentiment d'inutilité, désespoir, culpabilité, perte d'intérêt, pensées suicidaires, perdre le contact avec la réalité et entendre des voix (dans 15 % des cas) sont des troubles que l'on peut observer à la fois en période de manie et de dépression.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) place les troubles bipolaires au 6e rang mondial des handicaps.

Les personnes bipolaires ont une espérance de vie réduite de 10 ans en moyenne par rapport à la population générale, notamment du fait de tentatives de suicide plus fréquentes : 20% des malades non soignés décèdent de cette façon.

Les troubles bipolaires sont malheureusement souvent confondus avec une dépression, ce qui retarde le diagnostic et pénalise les patients.

Selon la Fondation Fondamental, il s'écoule en moyenne 10 ans entre un premier épisode et la mise en place d'un traitement adapté.

Cette maladie est généralement diagnostiquée à l'âge adulte, vers 30 ans. Elle touche 2 % de la population. (19)

- **Epidémiologie :**

Il s'agit d'une pathologie fréquente dont la prévalence sur la vie entière au sein de la population générale est estimée à environ 1 à 2%. Ce trouble est aussi fréquent chez l'homme que chez la femme.

Le diagnostic de trouble bipolaire devra toujours être évoqué face à un épisode dépressif.

Il reposera sur la recherche auprès du patient et de sa famille d'une alternance de manies ou d'hypomanies et d'épisodes dépressifs.

Cette démarche se justifie d'une part, pour éviter la récurrence des épisodes thymiques et de leurs conséquences et d'autre part, dans la mesure où il existe un traitement préventif des rechutes.

Quelques chiffres permettent d'appréhender l'importance de cette démarche :

- il se passe en moyenne 8 ou 10 ans entre le début des troubles et le fait que le diagnostic correct soit posé.
- 73% des patients reçoivent au moins 1 diagnostic incorrect.
- 3 à 5 médecins sont vus avant que le bon diagnostic ne soit posé malheureusement cela n'est pas sans conséquence : la mortalité est 2,5 fois plus importante que dans la population générale, et 19% des patients non traités décèdent par suicide.

De plus le risque de désinsertion familiale, sociale et professionnelle augmente avec le retard dans la prise en charge. (20)

- **Formes cliniques :**

Les troubles bipolaires sont caractérisés par une vulnérabilité à présenter des variations marquées de l'humeur de manière récurrente.

Les caractéristiques des accès et leur évolution dans le temps permet de distinguer plusieurs formes cliniques.

Cette pathologie est en effet extrêmement hétérogène, cependant chaque patient présente ses propres symptômes qui dans la majeure partie des cas se répèteront à l'identique.

Les formes bipolaires sont classiquement classées en trois catégories :

- **Le trouble bipolaire de type I :** Est le plus typique, il est caractérisé par un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes habituellement accompagnés d'épisodes dépressifs majeurs (le trouble sera qualifié de bipolaire même en l'absence d'épisode dépressif).
- **Le trouble bipolaire de type II :** Consiste en une alternance d'épisodes hypomaniaques et des épisodes dépressifs récurrents.
L'épisode hypomaniaque se caractérise par les mêmes symptômes que l'accès maniaque mais moins intenses avec un retentissement sur le fonctionnement social moins important.
- **Le trouble bipolaire de type III :** présente un virage de l'humeur (manie) consécutif à la prescription d'un antidépresseur, sans vulnérabilité particulière du patient aux épisodes maniaques et dépressifs.

Il existe également des états « frontières » qui sont des formes atténuées de la maladie.

Entre dans ce cadre, le trouble cyclothymique définit par l'existence, pendant au moins deux ans, de fluctuations de l'humeur, caractérisées par la présence de symptômes dépressifs alternant avec des symptômes hypomaniaques sans que ces oscillations thymiques puissent répondre aux critères d'un épisode caractérisé.

Ce trouble peut évoluer ultérieurement vers un trouble bipolaire de type I ou II, il est fréquemment retrouvé chez les apparentés de patients maniaco-dépressifs. (19)

- **Prise en charge de Bipolarité en Algérie :**

Le traitement des troubles bipolaires repose sur le traitement des accès aigus et sur la prévention des rechutes. Si les traitements médicamenteux sont essentiels, il est indispensable de proposer une aide psychologique adaptée au patient et à son entourage immédiat.

1) Traitement des accès dépressifs :

Les caractéristiques de l'accès dépressif vont guider la conduite à tenir et en premier lieu évaluer la nécessité d'une hospitalisation.

Celle-ci se justifiera lors de la présence d'éléments psychotiques et/ou d'un risque suicidaire.

Les recommandations actuelles selon l'American Psychiatric Association (APA) pour le traitement des épisodes dépressifs lorsqu'ils surviennent au cours d'un trouble bipolaire sont :

- Initiation du lithium ou d'un autre Thymo-régulateur, les antidépresseurs doivent être associés à un régulateur de l'humeur en cas d'inefficacité ou encore lorsque le pronostic vital est en jeu, l'électroconvulsivothérapie (ECT) peut s'avérer nécessaire.
- Les antidépresseurs de premiers choix sont les inhibiteurs de recapture de la sérotonine en cas de symptômes psychotiques, il peut être nécessaire d'ajouter un antipsychotique.

On évitera, chez les patients atteints de troubles bipolaires, les agents tricycliques susceptibles d'induire des virages maniaques ou des cycles rapides.

2) Traitement des accès maniaques, hypomaniaques ou mixtes :

L'accès maniaque justifie la plupart du temps une hospitalisation qui pourra, comme pour l'épisode dépressif, s'effectuer de façon contrainte.

L'entretien s'attachera à retrouver la prise de produits susceptibles de favoriser l'émergence de cet état, tels que les antidépresseurs, les corticoïdes ou les psychostimulants.

Le traitement de référence reste à ce jour le Lithium (Téralithe®), il possède des propriétés curatives propres vis-à-vis des accès maniaques, au même titre que le Divalproate ou le Valpromide (Depakote® ou Dépamide®) et les antipsychotiques, la Carbamazepine (Tégrétol®) ou l'Oxcarbazepine peuvent également remplacer le Lithium ou le Valproate.

L'adjonction d'une benzodiazépine durant une courte durée peut également être utile inversement les antidépresseurs pouvant déclencher ou aggraver les états maniaques et les états mixtes doivent être arrêtés lors de la survenue d'épisode maniaque.

Dans les cas les plus rares de manies extrêmement sévères, de contre-indication ou de résistance aux traitements précités, le recours à l'électroconvulsivothérapie, qui est également curatif de la manie, peut se justifier.

3) Traitement prophylactique des rechutes :

Le trouble bipolaire étant caractérisé par la récurrence des troubles, le risque de récurrence justifie la mise en œuvre d'un traitement prophylactique, à l'heure actuelle, il est admis que ce traitement peut être débuté dès le premier épisode maniaque ou mixte.

Les recommandations que préconisent l'APA sont :

- Le Lithium (Téralithe®, Neurolithium®), ou le Valproate (Depakote ou Dépakote®) en première intention avec comme alternatives possibles la Carbamazépine (Tégrétol®) ou l'Oxcarbazépine (Trilepsal®) ou la Lamotrigine (Lamictal®).
- La prescription d'un antipsychotique au long cours ne doit pas être systématique et doit être soumise à évaluation. (19)

II.1.4 Trouble de la personnalité Borderline :

Ce trouble, qui affecterait 2% de la population, apparaît au début de l'âge adulte et touche davantage de femmes que d'homme.

Le trouble de personnalité limite est une maladie mentale qui génère un mode général d'instabilité de l'image de soi, des relations interpersonnelles et de l'humeur.

La personne borderline a des comportements inadaptés et enracinés, sa personnalité est anormale, dans l'équilibre de son jugement, de ses émotions et de ses comportements, ses relations avec les autres sont souvent très instables avec des répercussions importantes sur les membres de l'entourage puisqu'ils sont amenés à vivre une variété d'émotions souvent intenses : découragement, impuissance, colère, angoisse, peur, etc.

II.1.5 Troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) :

Enfants, ados ou adultes, les troubles obsessionnels-compulsifs touchent jusqu'à 3% de la population.

Entre perfectionnisme exagéré et rituels angoissants, les TOC sont des troubles anxieux caractérisés par des pensées (obsessions) et des comportements (compulsions) inappropriés.

Ce trouble de la pensée et du comportement est dû à un dérèglement du cerveau. Il débute par des anxiétés et des incertitudes qui, contre toute volonté, se transforment en obsessions, des pensées et des images répétitives.

Les obsessions typiques sont, la peur des microbes, la peur de se blesser, le doute, des pensées récurrentes d'ordre sexuel ou religieux, la peur de commettre des actes scandaleux, quant aux compulsions typiques, ce sont ; la propreté excessive, le classement, le dénombrement, la répétition sans cesse d'un mot, le besoin de toucher, de vérifier plusieurs fois, de collectionner.

Il est important de savoir reconnaître ces maladies psychiques importantes chez un proche pour pouvoir lui faire bénéficier d'une prise en charge adaptée rapidement.

Il existe bien sûr d'autres troubles psychiques, notamment anxieux (troubles paniques, phobies, anxiété généralisée, etc.)

II.2 Thérapies en psychiatries :

Les traitements pharmacologiques comprennent 4 classes de médicaments : les neuroleptiques, les thymo-régulateurs, les antidépresseurs, les anxiolytiques.

Les traitements utilisés en psychiatrie n'impliquent pas que les médicaments ou la psychothérapie, il existe également des traitements biologiques.

II.2.1 Traitement médicamenteux :

II.2.1.1 Psychotropes :

II.2.1.1.1 Définition :

Les psychotropes comme étant des substances qui agissent sur le psychisme d'un individu en modifiant son fonctionnement mental, c'est la classe de médicaments la plus consommée dans le monde.

Les psychotropes sont un groupe hétérogène de substances pharmacologiques dont les points communs sont leurs actions sur le système nerveux central et leur effet constant sur le psychisme, peuvent stimuler, déprimer ou encore perturber l'activité mentale, donc, sont souvent utilisés pour leur effet sur l'activité mentale dont la conscience, l'humeur et la vigilance.

Sont susceptibles de conduire à des abus et leur usage prolongé crée la pharmacodépendance, de fait ces médicaments sont soumis à une restriction réglementaire.

Selon l'OMS : « une substance psychoactive est définie comme substance qui, lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives ou l'affect. Cette désignation, de même que son équivalent de psychotrope sont les termes les plus neutres et descriptifs qui puissent s'appliquer à toute la catégorie des substances, légales, qui présentent un intérêt pour les politiques de contrôle des drogues ». (21)

II.2.1.1.2 Classification des psychotropes :

La classification des substances psychoactives qui a été généralement adoptée est celle de J. Delay et P. Deniker (1975), elle est fondée sur les effets dominants au point de vue clinique et expérimental, et distingue trois principaux groupes d'agents :

Les psycholeptiques ou sédatifs, les psychoanaleptiques ou stimulants du tonus mental, les psychodysleptiques qui dévient ou perturbent l'activité psychique.

Les "drogues psychotropes" sont distinguées selon leur activité sur le système nerveux central, comme suit :

- **Les sédatifs ou psycholeptiques :**

Les déprimeurs du système nerveux central ou psycholeptiques sont des psychotropes qui ralentissent les fonctions psychiques en diminuant la vigilance et en déprimant l'activité du cerveau.

En thérapeutique ces médicaments sont utilisés comme adjuvants ; en anesthésie générale, comme anxiolytiques, sédatifs, hypnotiques, opiacés, analgésiques, neuroleptiques (antipsychotiques), et autres déprimeurs de système nerveux central.

- **Les excitants ou psychoanaleptiques :**

Les psychoanaleptiques sont des substances psychotropes qui stimulent l'activité mentale.

On distingue deux groupes de psychoanaleptiques ; les Nooanaleptiques et les thymoanaleptiques :

- Les Nooanaleptiques ou psychostimulants renforcent l'activité intellectuelle et stimulent la vigilance. Ils sont de moins en moins prescrits (Amphétamines).
- Les thymoanaleptiques ou antidépresseurs normalisent l'humeur.

- **Les substances perturbant de façon diverse le psychisme ou psychodysléptiques :**

Les psychodysléptiques sont des substances qui agissent sur le psychisme en provoquant un état hallucinatoire ou délirant.

Ces produits sont utilisés par les toxicomanes ; seuls les dérivés de l'opium ont une application en thérapeutique.

Sont recherchés pour leurs effets :

- Excitants : Amphétamines.
- Euphorisants : Cannabis, Cocaïne, Opium, Héroïne.
- Hallucinogènes : Mescaline, Diéthylamide de l'acide lysergique (LSD).
- Enivrants : Alcool, Solvants.

- **Les régulateurs du psychisme :** C'est les sels de lithium. (22)

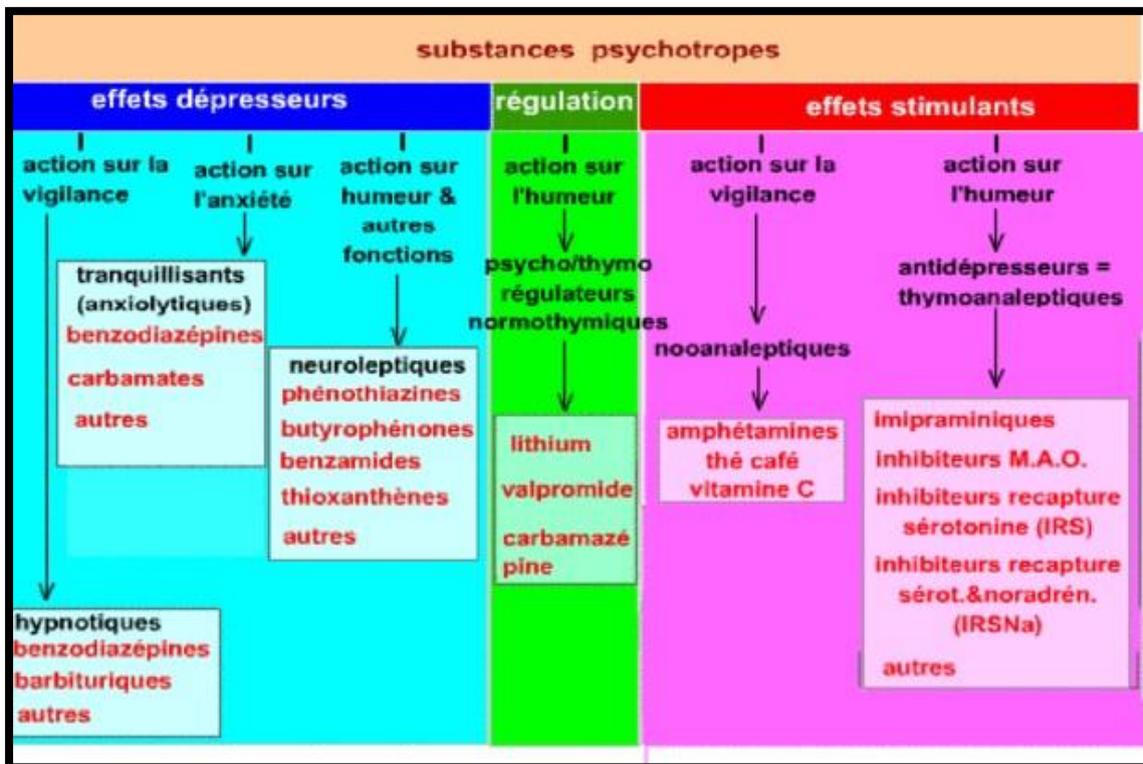


Figure N°04 : la classification des psychotropes selon Delay et Deniker.

II.2.1.1.3 Effets indésirables des psychotropes :

A- Les dépresseurs du système nerveux central ou psycholeptiques :

- **Anxiolytiques et hypnotiques :**

La sédation est un effet observé essentiellement avec les benzodiazépines et l'hydroxyzine.

Elle est fonction de la dose, des caractéristiques pharmacologiques de la molécule et de la susceptibilité du sujet (état physiologique et âge).

Elle a une symptomatologie variée : somnolence diurne, asthénie, impression de faiblesse, sensation vertigineuse, dans de rares cas on peut noter une dysarthrie, une ataxie, des difficultés à la marche témoignant le plus souvent d'un surdosage.

- **Les neuroleptiques :**

A/ Les effets indésirables neurologiques :

- Sédation.
- Effet moteurs extrapyramidaux.
- Akathisie.
- Dyskinésies tardives.
- Abaissement du seuil épileptogène.
- Syndrome confusionnel.

B/ Les effets indésirables de type digestif et urinaire :

- La diminution de la motilité intestinale.
- Les troubles de la déglutition et les fausses routes.
- Sécheresse de la bouche.
- Des troubles de la miction avec un risque de rétention aiguë d'urine.
- L'hypertrophie bénigne de la prostate avec dysurie.

C/ Les effets indésirables de type oculaire :

- Un risque d'augmentation de la tension intraoculaire.
- La mydriase.
- Apparition de glaucome.

D/ Les effets indésirables de type cardiovasculaires :

- Hypotension orthostatique.
- Troubles cardiaques.
- Accident vasculaire cérébral.

E/ Les effets indésirables de type endocriniens :

- Hyperprolactinémie.
- Prise de poids et effet diabétogène.
- Dyslipidémie

F/ Les effets indésirables de type dermatologique :

- Photosensibilisation.

G/ Les troubles sanguins :

- Agranulocytose avec clozapine (Léponex*).
- Thrombocytopénie, hyperéosinophilie, leucocytose ou leucopénie avec l'olanzapine (Zyprexa*)

H/ Le syndrome malin :

C'est une complication redoutable, mettant en jeu le pronostic vital du malade. (23)

B- Les stimulateurs du système nerveux central ou psychoanaleptiques :

- les antidépresseurs :

A/ Effets indésirables des antidépresseurs tricycliques :

-**Neurologiques** : tremblements, vertige, sédation, délire somnolence ou insomnie.

-**Neurovégétatifs** : troubles de la vision, palpitation, tachycardie, rétention urinaire, glaucome, hypotension orthostatique.

- **Psychiatrique** : état confusionnel.

B/ Effets indésirables des ISRS :

-**Neurologiques** : syndrome extrapyramidal, agitation, vertige.

-**Neurovégétatifs** : nausées, gastralgies, céphalées, sécheresse buccale, anorexies.

-**Cutanés** : hypersensibilité.

II.2.1.2 Syndrome de sevrage, dépendance et abus :

L'usage des produits entraîne peu souvent une tolérance (c'est-à-dire une gradation du dosage pour compenser la perte d'effet), et l'arrêt du traitement suscite rarement une sensation de manque qui acculerait le patient à une recherche compulsive du produit, en cela, les médicaments psychotropes ne seraient pas inducteurs de toxicomanie.

Toutefois, l'arrêt du traitement occasionne chez certains patients de véritables gênes, tant physiologiques que psychiques, perturbations qui les inclineraient à reprendre leur consommation et à s'enfermer ainsi dans un usage chronique.

Ce phénomène, nommé syndrome d'abstinence (ou syndrome de retrait, de sevrage ou encore d'interruption), constitue selon la recherche clinique le critère essentiel de la dépendance aux médicaments psychotropes.

Les symptômes du syndrome de sevrage sont proches de la pathologie ayant motivé la thérapeutique.

Le syndrome de dépendance peut s'appliquer à n'importe quelle substance dès lors que celle-ci peut être abusée ou que le consommateur ne parvient pas à en interrompre l'usage.

Les perturbations observées à l'issue du traitement se rapportent à une construction mentale, c'est-à-dire psychologique ; on parle alors de « dépendance aux substances sans dépendance physiologique ».

L'abus se traduit par un usage ou un dosage excessif des substances, il est d'autant plus probable lorsque le consommateur exprime un trouble addictif (aux opiacés notamment) ou un trouble de la personnalité (antisociale ou déviante). (24)

II.2.1.3 Risque d'automédication et prévention :

On parle d'automédication quand un patient se prescrit lui-même des médicaments sans l'avis d'un spécialiste.

Dans beaucoup de cas, ce n'est pas une solution l'automédication est un traitement médicamenteux que se prescrit un patient sans avoir, au préalable, consulté un médecin.

Les médicaments en vente libre ne sont pas nécessairement inoffensifs, et ce qui représente un danger, c'est de mal les utiliser.

Dans le commerce, on trouve des médicaments pour soigner de nombreuses maladies et les maladies psychiatriques n'échappent pas à la règle.

La psychose n'est pas une maladie à prendre à la légère et l'automédication n'est pas une solution.

Dès l'annonce du diagnostic, il est primordial de commencer un traitement dans les plus brefs délais, opté pour l'automédication en essayant des remèdes alternatifs qui pourraient comporter des risques, retardera la guérison.

Dans certains cas, d'autres méthodes douces comme l'acupuncture est aussi recommandée, toutefois, cette dernière agit plutôt sur les troubles de l'anxiété et les effets du stress et non la maladie elle-même.

On peut trouver en vente libre, des remèdes à base de plantes comme le millepertuis, ces remèdes peuvent prendre plusieurs formes : comprimés, tisanes, décoctions...

Par ailleurs, sachez qu'aucun approfondissement scientifique, employant les mêmes critères que les études menées sur les médicaments antipsychotiques, n'a pas été mené afin de prouver l'efficacité de ces médicaments.

Le peu d'études qui y ont été consacrées ne considère pas le degré d'intensité de la maladie et ne fait pas le lien entre l'efficacité des produits, la nature des troubles et leur intensité. (25)

* **Stratégies de prévention :**

La prévention commence par l'amélioration de l'information des professionnels de santé et des patients.

En Algérie, et selon le Décret exécutif n° 21-196 du 29 Ramadhan 1442 correspondant au 11 mai 2021 modifiant et complétant le décret exécutif n° 19-379 du 4 Joumada El Oula 1441 correspondant au 31 décembre 2019 fixant les modalités de contrôle administratif, technique et de sécurité des substances et médicaments ayant des propriétés psychotropes.

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'industrie pharmaceutique, Vu la Constitution, notamment ses articles 112-5° et 141 (alinéa 2) ;

Vu la loi n° 04-18 du 13 Dhou El Kaâda 1425 correspondant au 25 décembre 2004 relative à la prévention et à la répression de l'usage et du trafic illicites de stupéfiants et de substances psychotropes ;

Vu la loi n° 18-11 du 18 Chaoual 1439 correspondant au 2 juillet 2018, modifiée et complétée, relative à la santé, notamment son article 245 ;

Vu le décret présidentiel n° 19-370 du Aouel Joumada El Oula 1441 correspondant au 28 décembre 2019 portant nomination du Premier ministre ;

Vu le décret présidentiel n° 21-78 du 9 Rajab 1442 correspondant au 21 février 2021, modifié, portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 19-379 du 4 Joumada El Oula 1441 correspondant au 31 décembre 2019, modifié, fixant les modalités de contrôle administratif, technique et de sécurité des substances et médicaments ayant des propriétés psychotropes ;

Vu le décret exécutif n° 20-271 du 11 Safar 1442 correspondant au 29 septembre 2020 fixant les attributions du ministre de l'industrie pharmaceutique. (6)

→ **Règles à suivre pour la prescription :**

- Formation médicale initiale et continue sur les psychotropes, en particulier sur les modifications des conditions de prescription et de délivrance des différentes spécialités.
- Encadrement de la prescription et de la délivrance plus rapproché.
- L'idéal est de prévoir l'arrêt d'une Benzodiazépine dès son introduction et de s'interroger, à chaque renouvellement d'ordonnance, sur la persistance de l'indication et du maintien de la posologie actuelle, et sur l'éventuelle tolérance thérapeutique, voire une dépendance (dans le traitement de la dépression).
- Pour limiter la survenue d'un trouble lié à l'usage de Benzodiazépines, il est important que les pratiques de prescription suivent les Références Médicales Opposables :
 - Toujours rechercher la posologie minimale efficace.
 - Pas d'association entre deux anxiolytiques dans le traitement de l'anxiété.
 - Pas de prescription de benzodiazépines à visée anxiolytique au-delà d'une durée de 12 semaines
 - Pas d'association entre deux hypnotiques dans le traitement de l'insomnie.
 - Pas de prescription de benzodiazépines (ou apparentés) à visée hypnotique supérieure à 4 semaines.

→ Règles à suivre pour l'information des patients :

- L'information et l'éducation thérapeutique du patient sont primordiales. Elles jouent un rôle important dans la prévention des reprises de mésusage de médicaments psychotropes.
- Des alternatives telles que les prises en charge psychothérapeutiques doivent être prises en compte, elles sont souvent plus efficaces que le maintien inadapté d'un traitement par Benzodiazépines ou apparentés.

Tous les médicaments utilisés pour traiter le trouble psychique peuvent produire des effets secondaires désagréables : il y a aussi la possibilité d'avoir une réaction rare mais sérieuse.

Les effets secondaires peuvent être différents d'une personne à l'autre, et certains individus n'auront aucun effet secondaire. Si on a des effets secondaires avec une médication, on n'en n'aura pas nécessairement avec une autre.

Certaines stratégies peuvent diminuer ou prévenir l'apparition des effets secondaires. On peut, par exemple, commencer à une dose plus faible et augmenter la dose progressivement.

Il faut parler des effets secondaires avec votre médecin pour qu'il puisse vous aider à trouver la meilleure des solutions sans mettre en péril votre santé. (26)

Des remèdes qui ne sont pas médicamenteux. Il s'agit d'autres remèdes utiles et qui portent des fruits, mais qui n'ont aucun effet sur la symptomatologie de la maladie :

- Pratiquer une activité sportive.
- Faire un régime alimentaire.
- Pratiquer des techniques de relaxation.
- Faire un voyage.
- Faire une cure de sommeil.

II.2.2 Psychothérapie :

La psychothérapie a pour objet de traiter le mal-être que chacun peut rencontrer un jour dans sa vie. Selon les personnes et les circonstances, ce mal-être se manifeste dans le domaine psychologique, existentiel, affectif, sexuel, relationnel ou social.

Le travail du psychothérapeute consiste à proposer à la personne, en fonction de sa situation spécifique et de son désir de changement, des moyens qui vont lui permettre d'évoluer vers un état souhaité de mieux-être.

Si le bon déroulement de la psychothérapie dépend en grande partie, de la dynamique relationnelle qui se crée entre la personne qui consulte et le psychothérapeute, il repose également sur l'utilisation d'une ou plusieurs méthodes de psychothérapie reconnues.

On estime actuellement à près de 400 le nombre des méthodes de psychothérapie existant en Europe et aux Etats-Unis. Cette diversité qui témoigne de l'inventivité créatrice et du dynamisme de la psychothérapie, reflète également un choix qui place l'usager devant une question complexe : quelle méthode de psychothérapie choisir ? Les propriétés pharmacologiques découlent les indications et précautions. (27)

Les méthodes :

Pour apporter des éléments de réponse à cette question la Fédération Française de Psychothérapie et Psychanalyse propose dans cette Nouvelle édition de son annuaire une classification simple des principales méthodes de psychothérapie en fonction de 5 grands courants de la psychothérapie actuelle :

- Humaniste - Existentiel
- Analytique
- Cognitivo - comportemental
- Systémique
- Multi référentiel.

II.2.3 Traitement Biologique Non-médicamenteux :

Les traitements dit « biologiques » en psychiatrie se basent sur le principe que les troubles mentaux soit trouvent leur origine dans des dysfonctionnements au niveau cérébral, soit ont pour conséquence des changements/déséquilibres au niveau des neurotransmetteurs dans le cerveau.

Ils cherchent à agir au niveau de l'expression neurophysiologique des dysfonctionnements.

Outre les médicaments, il existe d'autres types de traitements biologiques dont la plupart sont devenus actuellement totalement obsolètes et anachronique, vu leur inefficacité en comparaison avec les alternatives médicamenteuses, l'utilisation des anciennes techniques ne se justifie plus éthiquement.

C'est le cas par exemple de la technique du magnétisme qui connut un grand succès au 18e siècle avec Mesmer.

On peut citer les traitements dits « de choc » et « la neurochirurgie » qui ont été utilisés pour des personnes souffrant de troubles mentaux. (27)

II.2.3.1 Thérapie de choc :

Sont surtout les électrochocs qui, avec le renfort du cinéma, ont frappé les esprits du grand public, rejoignant l'imagerie commune à propos de la folie et des institutions psychiatriques.

L'électro convulsivothérapie ou sismothérapie, plus communément connue sous le terme d'électrochocs, a été mise au point par le psychiatre Italien Cerletti aux alentours des années 1930, sur base de l'observation pratique que certains délires schizophréniques s'amélioraient à la suite d'une crise d'épilepsie. Les électrochocs ont été largement utilisés dans le traitement des psychoses, principalement de la schizophrénie et de la mélancolie.

Le principe du choc électrique réside dans le fait de déclencher une crise d'épilepsie artificielle, avec l'espoir qu'elle produira un effet bénéfique sur certains symptômes dépressifs ou psychotiques.

La technique consiste en l'application d'une décharge électrique sur le crâne sous anesthésie générale et curarisation (paralyse temporaire artificielle des muscles afin d'éviter des spasmes ou contractions trop importantes).

A l'heure actuelle, le recours aux électrochocs est devenu très rare, étant réservé à quelques indications précises d'états dépressifs sévères ou de délires schizophréniques résistants aux traitements médicamenteux.

Le choc par décharge électrique ne représente qu'une des formes de thérapies par le choc.

Dans le passé, la psychiatrie en a utilisé d'autres, qui n'ont plus cours aujourd'hui, comme par exemple :

- **Le choc chimique ou choc au cardiazol :**

Est une thérapeutique mise au point par Von Meduna au début du 20e siècle ; le choc au cardiazol, substance à effet épileptogène, était basé sur le même principe que les électrochocs, à savoir l'antagonisme supposé entre l'épilepsie et la schizophrénie.

- **Le choc thermique :**

Basé sur une observation ancienne, déjà relevée par Hippocrate, de l'effet bénéfique occasionné par de fortes fièvres sur les symptômes délirants. Ce principe a donné lieu à la malaria thérapie, largement pratiquée dans le milieu du 20e siècle, la méthode consistait à inoculer à des patients psychotiques le parasite de la malaria afin de produire chez eux de très fortes fièvres.

- **Le choc métabolique par coma insulinique :**

La technique mise au point par le Docteur Sakel visait à plonger le malade dans un coma hypoglycémique par administration d'insuline, puis à l'en faire sortir par un re-sucrage progressif dans un contexte de maternage intensif. La cure de Sakel était réservée à des psychoses chroniques et a été elle aussi très utilisée avant l'ère des neuroleptiques. (27)

II.2.3.2 Contention :

A l'opposé des thérapies de chocs, les traitements biologiques en psychiatrie ont également tenté de contenir l'agitation des patients. Les bains étaient autrefois une méthode très utilisée. Outre l'isolement et la contention physique, la recherche de sédation s'est surtout développée grâce au recours à des substances chimiques, comme par exemple les Barbituriques ou les Opiacés. Les « cures de sommeil » où les patients étaient plongés dans un sommeil profond proche d'un état sub-comateux (narcothérapie), ou à l'inverse la déprivation de sommeil, ne sont plus pratiquées de nos jours. (27)

II.2.3.3 Neurochirurgie :

Dans le passé, a été utilisée la Lobotomie ; il s'agit d'une intervention chirurgicale qui consiste à sectionner un lobe, ou une portion du cerveau, et certaines fibres reliant le lobe frontal au reste du cerveau.

Cette méthode a toutefois fait l'objet de nombreuses critiques, d'autant plus que son efficacité a été controversée.

De nos jours on voit arriver la technologie moderne qui ouvre de nouvelles perspectives, comme par exemple le recours à des implants cérébraux, qui selon la zone où ils sont placés permettent de réguler des émotions, des idées ou des comportements.

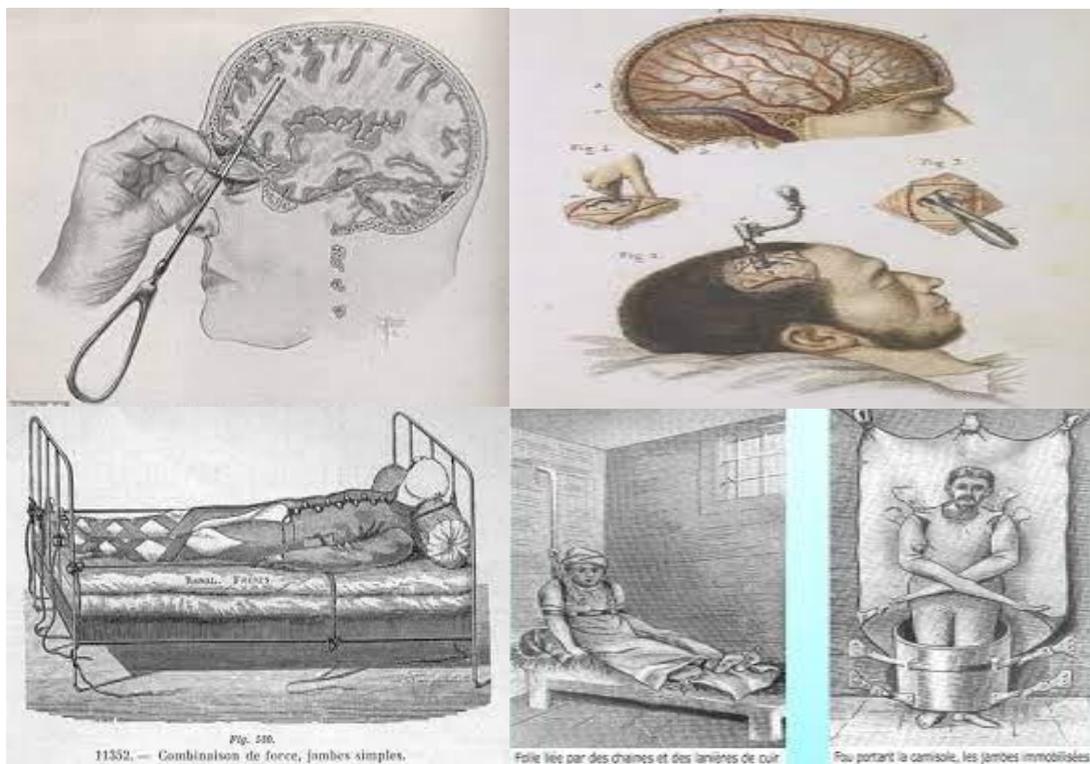


Figure N°05 : Histoire de la folie : « Catalogue général »

II.3 Impact de la maladie mentale sur l'homme, la famille, la société :

Les troubles mentaux et du comportement perturbent profondément la vie des personnes touchées et de leur famille.

Certes, le malheur et la souffrance ne se mesurent pas, mais on peut par exemple se faire une idée de l'impact de ces troubles grâce aux instruments servant à apprécier la qualité de la vie.

Il est naturel que l'annonce d'un trouble de santé mentale chez un proche ait des effets sur l'ensemble de la famille, d'ailleurs, chaque membre réagit selon son tempérament, ses expériences de vie et son interprétation de l'effet du trouble sur ceux qu'il aime.

Il se peut parfois que la personne ayant un proche souffrant d'une maladie mentale n'arrive pas à faire face à cette situation, surtout si cette personne dont on parle s'agit de l'un de nos parents, voir un proche souffrir, vivre ses moments d'agitation, et de rechutes, est un véritable trauma, les membres de la famille perdent leurs repères et tentent de s'adapter à des circonstances complètement nouvelles et déstabilisantes.

Les préjudices des troubles mentaux en général sur la qualité de vie des personnes qui en sont touchées sont considérables et durables, de plus, la non-satisfaction des besoins sociaux et fonctionnels de base est le premier facteur prédictif d'une mauvaise qualité de vie chez les personnes atteintes de troubles sévères.

Enfin, les multiples effets et symptômes de la maladie mentale d'un proche peuvent avoir des conséquences importantes sur la famille et la société, en raison de l'anxiété, de l'incertitude et des stress économiques qui résultent parfois de l'état de la personne.

Les familles sont bien au fait de l'opinion commune qui les désigne comme en partie responsable de la maladie mentale.

Comme le patient lui-même, elles se sentent stigmatisées et tentent de dissimuler la maladie à leurs proches et à leur relation, ce qui accroît leur isolement. (28)

II.4 Stigmatisation et rejet social :

La discrimination relève d'une injustice, et implique plus spécifiquement une distinction, une restriction ou préférence ayant comme but ou effet d'annuler ou de diminuer la reconnaissance, la pratique ou l'exercice de leurs droits et libertés, par tous les individus sur un pied d'égalité.

Dans le cas de la maladie mentale, on peut aussi parler de discrimination «structurelle», car elle dépasse les simples interactions entre personnes, pour concerner les différentes organisations, institutions et politiques.

Il ressort donc que la stigmatisation, la discrimination et le rejet social sont les composantes d'un même circuit : les personnes ayant des attitudes stigmatisantes, auront fréquemment tendance à discriminer les malades mentaux, qui seront rejetés ; et inversement, l'exclusion sociale peut intensifier la stigmatisation et renforcer la discrimination.

II.4.1 Stigmatisation en psychiatrie :

Liée à l'image que le public se fait de la maladie mentale, qui résulte à la fois d'un lourd passé d'isolation et d'institutionnalisation des malades (empêchant ainsi le partage des expériences et l'ouverture sur le vécu de ces derniers), et d'un manque d'informations médicales et scientifiques, sur la nature des troubles mentaux et les possibilités de traitement.

Cette méconnaissance s'ajoute à l'image négative véhiculée par les médias, et qui dépeint systématiquement le malade comme dangereux et imprévisible, en plus des données alarmistes concernant la charge et le coût des soins.

D'autres paramètres ancrent encore plus la stigmatisation comme :

- Le contexte socioéconomique et culturel (qui conditionne les croyances populaires sur l'incurabilité des troubles mentaux).
- Les terrains favorables à la discrimination (comme les minorités ethniques, les classes sociales défavorisées, la discrimination sexuelle).
- L'auto stigmatisation ou les préjugés que les malades développent envers eux même en réaction à l'image que leur entourage leur renvoie.

Tous ces facteurs tendent à créer des stéréotypes qui caricaturent et prédéterminent les attitudes de l'individu, donnant naissance à des préjugés (qui sont la réponse cognitive et affective, se développant quand une personne ou un groupe approuvent les stéréotypes péjoratifs), puis à la discrimination (réponse comportementale une fois les préjugés intégrés).

Ces attitudes discriminatoires ont des répercussions sur les individus, leur entourage ainsi que sur le système de soins, en plus des réactions de peur, de rejet ou de dérision entretenues par les médias.

I/ Les individus :

1- Les individus sont souvent victimes de négligence ou de maltraitance de la part de leurs proches, ces attitudes se manifestent souvent par l'utilisation de termes péjoratifs ("fou", "cinglé", "détraqué"...), aussi, on les blâme souvent pour leurs troubles mentaux, et on les tient pour responsables de leurs comportements.

Les attitudes négatives se manifestent également à travers la mise à l'écart, et l'exclusion des activités sociales (préjuges sur leur manque d'autonomie et de responsabilité), et parfois même par l'abandon et le rejet. Les sentiments de peur et de honte, les commentaires et les moqueries, l'évitement et l'embarras, s'ajoutent à toutes les idées reçues sur le manque d'intelligence et l'incurabilité des malades mentaux, pour dresser une véritable barrière entre eux et la société.

Toutes ces composantes altèrent leur qualité de vie, et entraînent une baisse de leur estime de soi, avec un sentiment de honte et d'infériorité. Ils voient ainsi diminuer ou disparaître leurs chances de trouver un travail ou de fonder une famille.

II/ Les familles :

2- Pour les familles, il devient difficile d'assumer le malade à cause du regard des autres et des préjugés.

Les proches peuvent être assimilés à l'individu et rencontrer les mêmes problèmes dans leur vie privée ou leurs relations ; face à cette pression, beaucoup tentent de nier la maladie ou de cacher les symptômes, ce qui retarde et complique la prise en charge.

De plus la discrimination dont font l'objet les malades mentaux dans le milieu du travail, ainsi que le manque de ressources financières pour trouver un logement et fonder une famille, crée une charge supplémentaire pour les proches, parfois très difficile à gérer.

III/ Les structures de soins :

3- Les structures de soins sont elles aussi affectées à travers :

- le comportement des professionnels de santé et des soignants (négligence des plaintes du malade, mauvaise qualité du traitement, mesures répressives parfois injustifiées, tendance à l'étiquetage par les diagnostics).

Sans oublier que le personnel médical peut lui même faire l'objet de discrimination par rapport aux autres secteurs de santé publique (mauvaise réputation, financement inadéquat des secteurs spécialisés).

- Inégalité des remboursements de traitement par les caisses de sécurité sociale, et manque de subventions en matière de découverte et de recherche scientifique.
- Négligence de la part des gouvernements et manque de lois protégeant les droits des malades. (29)

La stigmatisation devient ainsi, un poids s'ajoutant à la souffrance causée par la maladie, elle entrave la demande d'aide, le recours au traitement, et l'autonomie des patients

* Rejet social :

On parle d'exclusion ou de rejet social, lorsque la participation d'un individu aux activités normales entreprises dans société, est entravée.

Pour une personne avec une maladie mentale, les obstacles qui empêchent son intégration sont multiples : absence de statut et de travail, manque d'occasions de fonder une famille, peu ou pas de réseau social de soutien, rejets répétés et diminution conséquente d'espoir et d'attentes.

En somme, il en ressort qu'il est à la portée de tout le monde de contribuer à la lutte contre la stigmatisation, le rejet social et leurs conséquences.

II.5 Législation et lutte contre la discrimination de la maladie mentale :

II.5.1 Droit Humain et protection des malades :

L'incompréhension, le rejet social et la discrimination sont les problèmes les plus importants rencontrés par les personnes souffrant de troubles psychiatriques graves. Ils portent préjudice à l'estime de soi, contribuent à la dégradation des relations familiales et empêchent les malades de se socialiser, d'obtenir un logement et de trouver un emploi.

Pourtant, les personnes atteintes de troubles mentaux doivent pouvoir exercer tous leurs droits civiques, politiques, économiques, sociaux et culturels, il s'agit notamment du droit de vote, de se marier, d'engager toute transaction financière, d'avoir des enfants et de conserver les droits parentaux, de posséder sa propriété, ainsi que du droit à la liberté et à la pratique religieuse, au travail et à l'emploi, à l'instruction, à la liberté de mouvement et au choix de résidence, à la santé, ainsi qu'à un jugement et à une procédure équitables.

Pendant les deux dernières décennies beaucoup de pays ont réformé leur système législatif en créant des lois protégeant les malades atteints mentalement. Malheureusement, 25% des pays n'ont toujours aucune législation sur la santé, ce qui concerne 31% de la population mondiale.

La commission Européenne des droits de l'homme ainsi que les Nations Unies ont adopté les "Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale".

Ces principes ont pour objectif la protection de l'être humain diagnostiqué comme malade mental et reconnu comme particulièrement vulnérable.

N'ayant pas le statut formel de traité international ils ont surtout une importance symbolique, permettant de créer un cadre de référence grâce auquel les gouvernements peuvent élaborer ou adapter leur législation concernant la santé mentale.

Ces textes citent leurs libertés fondamentales et droits de base, et stipulent entre autre qu'aucune discrimination fondée sur la maladie mentale n'est admise.

Ainsi la lutte efficace contre ce danger requiert une action concertée de l'ensemble des parties concernées (patients, familles, groupements professionnels, société civile) et le soutien massif des autorités publiques. (30)

Malgré ces textes, aujourd'hui encore, les droits humains sont encore trop peu respectés en ce qui concerne la protection des patients souffrant de maladie mentale. Ceux-ci sont non seulement victimes d'exclusion, de discrimination, d'abus en tous genres et à une large échelle, mais aussi, de négligence par des institutionnalisations chroniques dans des conditions humiliantes et dégradantes, l'incapacité à apporter des soins de qualité, ainsi que le manque de structures de réinsertion, entraînent également une désocialisation et un abandon.

En Algérie :

Le code pénal Algérien consacre une partie de ses articles à la législation sur la maladie mentale, notamment le Titre III de la protection des malades atteints de troubles mentaux et psychologiques, l'article Art 151, Art 152, Art 153 chapitre I (Fev 2003) relatif à la prise en charge des malades atteints de troubles mentaux et psychologiques, comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins de réadaptation, de réinsertion sociale, et au traitement des maladies mentales.

L'Art 154 section 2, des droits des malades atteints de troubles mentaux traitant des diverses mesures de sûreté personnelles et réelles, et des conditions de l'internement judiciaire dans un établissement psychiatrique.

Le chapitre III et Chapitre IV, relatif à l'application à l'auteur d'infractions, des peines et des mesures de sûreté des dispositions pénales concernent respectivement la responsabilité pénale du malade mental. (6)

II.5.2 Solutions proposées en Algérie :

Notre pays a également bénéficié de l'initiative mondiale 'open the doors', un programme de lutte contre la stigmatisation de la schizophrénie nommé «Idmaj», incluant divers professionnels de santé mentale (psychiatres, psychologues, infirmiers en psychiatrie...), des représentants d'organisations non gouvernementales et groupes de soutien aux familles de malades.

En commençant par créer des rencontres hebdomadaires avec les malades afin d'explorer et d'établir des stratégies de lutte contre la stigmatisation. (31)

La déclaration et le plan d'action de l'OMS, élaborés lors de la conférence ministérielle de notre ministère de santé sur la santé mentale, proposent les mesures suivantes :

1- Encourager les activités visant à lutter contre la stigmatisation, en mettant l'accent sur le caractère très répandu des problèmes de santé mentale, leur pronostic généralement favorable, et l'existence de traitements efficaces.

2- Adopter une législation relative aux droits des personnes malades, ou examiner la législation existante, afin que la santé mentale y soit traitée de façon juste et équitable.

3- Encourager le retour au travail des personnes souffrant de problèmes de santé mentale et leur maintien en poste.

4- Assurer la prestation et la pleine intégration des soins de santé mentale dans les autres services de soins de santé primaires, et dans un environnement facilement accessible, tel que les centres d'accueil et les hôpitaux généraux.

5- Encourager la participation des populations aux programmes locaux de santé mentale en soutenant les initiatives des organisations non gouvernementales.

Cependant, beaucoup d'obstacles persistent, et ces efforts ne sont pas encore efficaces et tangibles.

Le fonctionnement optimal des actions entreprises est déterminé par plusieurs problèmes et résistances et qui sont rapportées dans différents contextes :

- Le manque de ressources adéquates (disponibilité des traitements, système de remboursement, financement des services et budget des hôpitaux psychiatriques).

- L'engagement politique insuffisant, et l'écart majeur entre déclarations et réalités pratiques ; ainsi que l'absence d'un suivi cohérent, d'évaluation et de formation permanente.

- Le manque de lignes directrices nationales dans chaque domaine spécifique (soins primaires, urgences, hospitalisation sous contrainte, promotion et coordination d'un fonctionnement effectif du système sanitaire).

- L'absence de structures de réhabilitation, d'ateliers de formation professionnels, et circuits de réintégration.

- La complexité des connaissances, des attitudes et des comportements dans la population, ainsi que les dynamiques qui les régissent. (32)

Sur le plan théorique, regroupent les stratégies anti-stigmatisation dans trois grandes approches : la protestation, l'éducation, et le contact.

- Les efforts de protestation remettent en question les stéréotypes sociaux en signifiant un désaccord vis-à-vis des images erronées ou hostiles du public ou des médias.
- Les programmes d'éducation font la promotion d'attitudes plus positives en fournissant de l'information au sujet des maladies mentales. La présomption sous-jacente postule que les personnes qui ont une meilleure compréhension des maladies mentales seront moins portées à endosser la stigmatisation et la discrimination.
- Les approches privilégiant les contacts réduisent la stigmatisation en favorisant des occasions pour la population d'avoir des interactions interpersonnelles positives avec des personnes souffrant de maladie mentale.

D'autres approches ont souligné le rôle souvent négligé de défense des droits comme outil pour réduire les déséquilibres structurels qui donnent lieu à des politiques sociales et de santé qui s'avèrent injustes.

La réduction de la stigmatisation est devenue un objectif majeur d'organisations internationales telles que l'OMS (WHO, 2001), l'Association psychiatrique mondiale (Sartorius, 1997), associations nationales comme le Royal College of Psychiatrists de Grande-Bretagne, (Crisp et al. 2000), le Australian National Mental Health Promotion and Prevention Plan, et SANE Australia (Rosen et al. 2000).

Tous ces organismes ont lancé des programmes populaires à grande échelle et sont à en évaluer les résultats.

Chapitre III :

Rôle du pharmacien dans la prise en charge des maladies mentales.

III. Rôle du pharmacien dans la prise en charge des maladies mentales :

III.1 Pharmacie et pharmaciens :

La pharmacie est l'une des professions de santé les plus accessibles, l'une des professions de santé les plus fiables, aussi c'est une profession d'experts en médicaments, une profession qui s'efforce de réduire les coûts des soins de santé, favorise l'amélioration des résultats pour les patients et une profession de fournisseurs de soins de santé.

La portée de la pratique de la pharmacie comprend des rôles plus traditionnels tels que la préparation et la distribution de médicaments, elle comprend également des services plus modernes liés aux soins de santé, y compris des services cliniques, l'examen des médicaments pour l'innocuité et l'efficacité et la fourniture d'informations sur les médicaments.

Les pharmaciens sont donc les experts de la pharmacothérapie et les principaux professionnels de la santé qui optimisent l'utilisation des médicaments au profit des patients.

III.2 Place du pharmacien dans la société :

Le pharmacien est le professionnel de santé le plus accessible au public, accessibilité et disponibilité sur des plages horaires importantes sans rendez-vous.

L'officine constitue une porte d'entrée de choix pour accéder au système de santé, et la disponibilité du pharmacien fait de lui un professionnel de santé de premier recours. À noter par ailleurs, que le droit pharmaceutique impose une délivrance des médicaments limitée à un mois de traitement (à l'exception de certains médicaments disponibles sous des conditionnements de trois mois).

Ainsi, le pharmacien se trouve très régulièrement amené à rencontrer les patients nécessitant un suivi à long terme. Par conséquent, il connaît les patients, et leur contexte de vie.

L'officine constitue une porte d'entrée de choix pour accéder au système de santé, et la disponibilité du pharmacien fait de lui un professionnel de santé de premier recours. À noter par ailleurs, que le droit pharmaceutique impose une délivrance des médicaments limitée à un mois de traitement (à l'exception de certains médicaments disponibles sous des conditionnements de trois mois).

Le pharmacien est, avant tout, l'expert du médicament : indications, effets indésirables, modalités d'utilisation ainsi qu'interactions médicamenteuses. Il est reconnu comme un conseiller de référence pour l'usage des médicaments. Sa sensibilité aux notions de risques et de bon usage est certaine : 92% de la population est sensible aux conseils associés à la délivrance des médicaments.

De plus, par ses capacités d'écoute et de communication, ses conseils hygiéno-diététiques, le pharmacien va permettre de discuter avec le patient de ses réticences au traitement, d'améliorer l'observance et la satisfaction du patient ainsi que l'accompagnement de l'entourage. La facilité d'accès du pharmacien n'est pas tant géographique que sociale. En effet, le pharmacien est perçu par les patients comme leur étant plus proche socialement que le médecin, ce qui rend l'échange plus facile. (33)

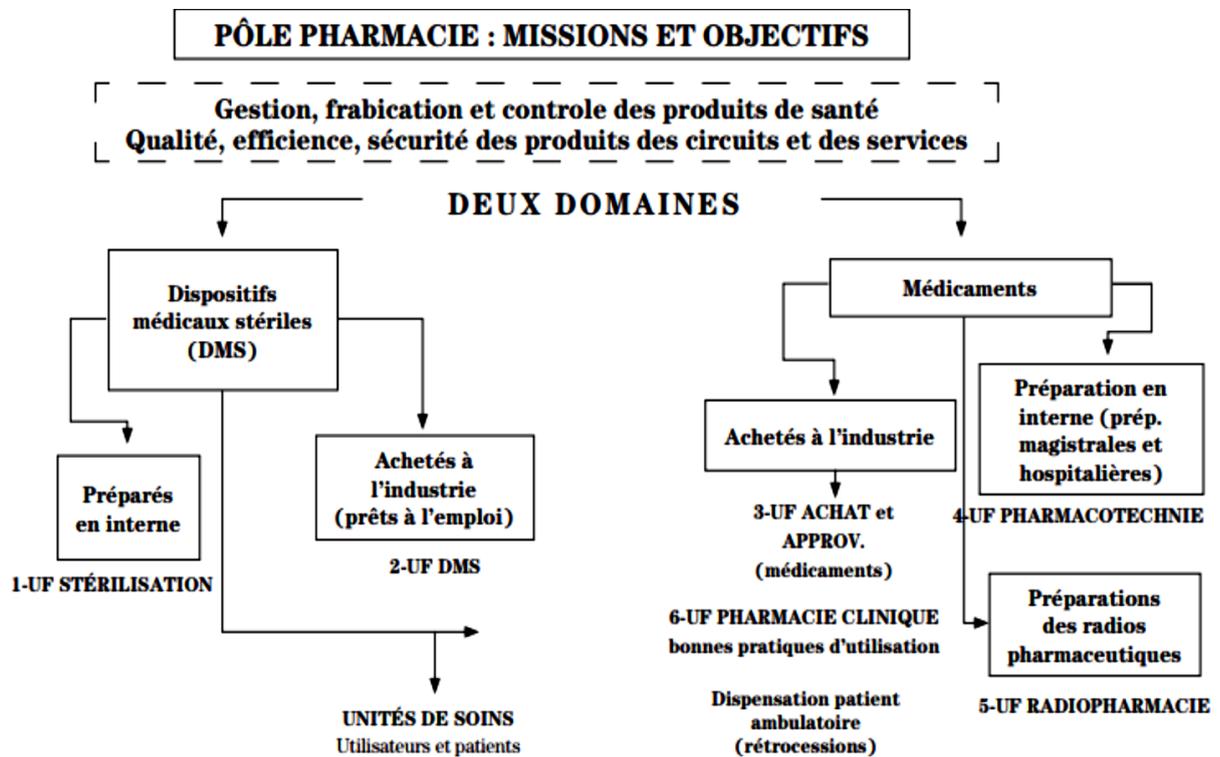


Figure N°06 : structuration des activités pharmaceutiques hospitalières.

III.3 Place du pharmacien d'officine :

III.3.1 Rôle du pharmacien d'officine dans la dispensation des médicaments psychotropes :

III.3.1.1 Détention, achats et délivrance des médicaments :

➤ **Classification des substances vénéneuses :**

A l'officine, toutes les substances vénéneuses doivent être classées dans un ordre logique (par listes) et contenu dans des récipients (conditionnement) adaptés. Si la spécialité renferme une substance vénéneuse à dose non exonérée son conditionnement comporte un cadre de couleur dans lequel le pharmacien inscrira le numéro d'ordre à l'ordonnancier, le mode d'emploi indiqué par le prescripteur et apposera son cachet. Ces cadres sont de couleur différente selon le tableau où est inscrit le médicament :

- * **Tableau A** : substances < toxiques >
- * **Tableau B** : substances < stupéfiants >
- * **Tableau C** : substances < dangereuses >

Ce cadre est rouge pour les tableaux A et B ; il est vert pour le tableau C

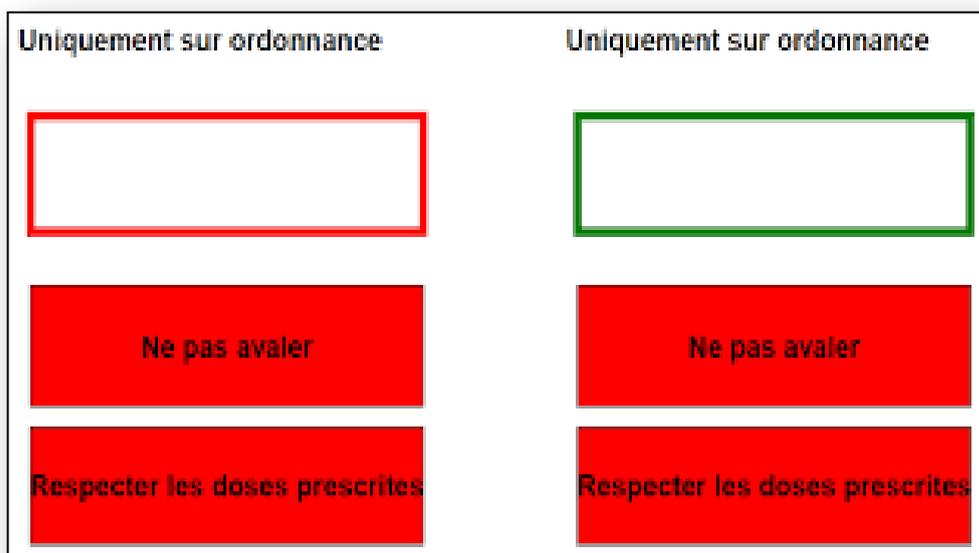


Figure N°07 : Différents étiquetages des substances vénéneuses

Nouvelle réglementation de l'étiquetage des substances vénéneuses :

* **Liste I** correspond au tableau A

* **Liste II** correspond au tableau C

* **Stupéfiants** correspond au tableau B

Liste	Ancienne dénomination	Appellation	Caractéristiques	Exemples
liste I	liste A	les toxines	dangereux	Colchicine et ses sels, Adrénaline, etc.
liste II	liste C	les dangereux	Potentiellement dangereux	Anesthésiques locaux, Alimémazine
liste des stupéfiants	liste B	• Groupe I : les « vrais » stupéfiants purs, à l'état brut	Toxicomanie	morphine, opium
		Groupe II : peuvent devenir des stupéfiants purs par dilution, mélange, etc.	Toxicomanie	codéine, amphétamines

Tableau N°II : Classification des substances vénéneuses et leurs caractéristiques

➤ **Les conditions de commande et, d'achat et de stockage des médicaments dites psychotropes :**

• **La commande :**

Art. 9. — La commande de substances et médicaments ayant des propriétés psychotropes, doit être formulée séparément des autres médicaments, sur un bon de commande, comportant la signature du pharmacien avec sa griffe et son numéro d'inscription à l'organe chargé de la déontologie des pharmaciens.

Art. 10. — Les substances et médicaments ayant des propriétés psychotropes, doivent faire l'objet d'une facture séparée correspondant au bon de commande y afférent.

Art. 11. — Le pharmacien directeur technique d'un établissement pharmaceutique, le pharmacien d'officine, le pharmacien assistant et le pharmacien hospitalier d'établissement de santé public et privé, doivent s'assurer à chaque réception des substances et médicaments ayant des propriétés psychotropes, des informations suivantes :

- la conformité de la facture au bon de commande émis ;
- le numéro du lot ;
- la quantité livrée ;
- la date de la péremption. (34) (Annexe N°01)

• **L'achat :**

Tout achat ou cession, même à titre gratuit des dites substances doivent être inscrites sur un registre spécial aux substances du tableau B

• **Stockage :**

La législation impose de conserver les stupéfiants dans une __armoire aux poisons⁴ plus communément appelée __coffre à stupéfiants⁴. Chaque produit doit être identifié et quantifié.

Il est également obligatoire de procéder à la vérification quotidienne du contenu du coffre à stupéfiants. Ce travail permet d'identifier les moyens pour augmenter la rigueur et la reproductibilité dans la gestion des stupéfiants. (35)



Figure N°08 : Armoire à pharmacie

➤ **Les prescriptions de médicaments psychotropes :**

Les prescriptions de médicaments psychotropes sont individuelles et effectuées par écrit, datées et signées du prescripteur. La signature doit être authentifiable, l'original de la prescription est conservé dans le dossier médical, une copie est remise à la pharmacie. Toutefois, la prescription peut être faite de manière informatisée sous réserve que le prescripteur soit identifié, la prescription mémorisable et l'édition sur papier possible.

Les prescriptions mentionnées doivent comporter :

- * L'identification de l'établissement et de l'unité de soins ;
- * L'identification du prescripteur avec l'intitulé précis de sa fonction ;
- * L'identification précise du malade :
 - Le nom,
 - Le prénom,
 - Le sexe,
 - L'âge,
 - Le cas échéant, la taille et le poids ;

* L'identification du ou des médicaments :

- La dénomination et, s'il s'agit d'une préparation magistrale, la formule détaillée
- La forme pharmaceutique ;
- Le dosage ;
- La posologie et la durée de traitement ;
- La voie d'administration ;

* Toute autre information nécessaire à la dispensation des médicaments concernés.

Toutes les précautions doivent être prises pour éviter les pertes, les vols et les falsifications des ordonnances. A cet effet, les prescriptions écrites sont effectuées sur des ordonnances réservées à l'usage de l'établissement, extraites de blocs d'ordonnances numérotés et paginés ; Les blocs d'ordonnances et tout tampon d'identification doivent être rangés sous clef, Toutes autres précautions complémentaires en fonction des caractéristiques de chaque établissement peuvent être prises. (36)

➤ **La dispensation des médicaments psychoactifs :**

• **Définition :**

La dispensation est l'acte pharmaceutique qui associe à la délivrance des médicaments « l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe, la préparation éventuelle des doses à administrer et la mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des médicaments ». La dispensation des médicaments est réservée par la loi aux pharmaciens en raison de leurs compétences pharmaceutiques et doit être réalisée en conformité avec les bonnes pratiques.

La dispensation est l'acte qui caractérise l'intervention du pharmacien, car elle est une démarche complète de relation avec le patient.

L'officine est l'établissement de santé affecté à la dispensation au détail des médicaments.

• **Les étapes de la dispensation :**

Le pharmacien a une obligation éthique de sécuriser le soin médicamenteux afin d'éviter toute mise en danger du malade.

✓ Etape 1 : Analyser l'ordonnance :

C'est l'acte éthique par excellence pour sécuriser la délivrance d'un médicament, l'analyse comporte deux périodes essentielles :

- un contrôle pour vérifier la conformité de l'ordonnance (identification du prescripteur, interrogatoire du malade...)
- une analyse de la prescription pour s'assurer de l'adéquation entre le contenu de l'ordonnance et le patient à traiter, pour repérer l'éventualité d'interactions, pour relever les redondances pharmacologiques, pour situer la disponibilité financière du patient...). En revanche, l'analyse de l'ordonnance peut conduire à proposer au médecin une substitution d'un médicament princeps par un générique, ou encore un sursis à délivrer un médicament en attente d'une information complémentaire et décisive. La demande est faite par écrit dans une fiche navette circulant entre le prescripteur et le pharmacien, c'est l'opinion pharmaceutique

✓ Etape 2 : Informer le malade au moment de la dispensation :

L'information concerne le médicament et son mode d'emploi :

- faire reconnaître le médicament par le malade.
- expliquer le mode d'emploi de la forme galénique.
- informer sur la fréquence d'administration et la durée du traitement.
- mettre en garde contre les traitements cumulés (l'automédication, prévenir une pharmacodépendance).
- signaler les effets indésirables les plus graves.
- rappeler les rendez-vous pour consultation ou pour examens biologiques.
- vérifier la compréhension des informations et des mises en garde.

La communication avec le malade est un moment fort, elle vise à développer des aptitudes élégantes d'écoute, d'explication et de perspicacité pour mieux comprendre le malade, tout en veillant à préserver sa dignité dans sa quête de compassion. (36)

➤ L'ordonnancier :

Après exécution de la prescription, en ce qui concerne les médicaments de la liste 1 et 2, l'ordonnance doit être revêtue du cachet du pharmacien qui a délivré le médicament prescrit et comporter le numéro sous laquelle prescription est inscrite à l'ordonnancier et la date de la délivrance. Le pharmacien est tenu d'inscrire les dits médicaments et substances sur un ordonnancier. Les inscriptions sur ce registre sont faites de suite sans un espace blanc, rature ni surcharge au moment de la dispensation. Elles indiquent les noms et les qualités des substances vendues la date de la dispensation et le nom et l'adresse du prescripteur.

Art. 34. — Les registres et les ordonnanciers, sont cotés et paraphés par

- le directeur de l'établissement concernant les établissements publics de santé
- le directeur de la santé et de la population de la wilaya concernant les officines et les établissements de santé privés.

L'exemplaire de l'ordonnance contenant des substances et médicaments ayant des propriétés psychotrope, est conservé par le pharmacien pendant deux (2) années. (34)
(Annexe N°2)

III.3.2 Rôle du pharmacien dans la communication « pharmacien- patient » :**III.3.2.1 L'entretien pharmaceutique :****III.3.2.1.1 Définition de l'entretien pharmaceutique :**

La pratique professionnelle des pharmaciens d'officine a évolué. En effet, elle est passée de la simple préparation et délivrance des médicaments sur prescription du médecin à une véritable interaction entre le patient et les autres professionnels de santé pour ainsi progresser vers une approche dite de soins pharmaceutiques.

Le rôle du pharmacien tend vers un réel accompagnement du patient dans sa maladie, ce qui engendre l'apparition de nouvelles tâches comme l'interrogation du patient sur le vécu de sa maladie, l'obtention de sa part d'informations relatives à son observance et aux effets indésirables, l'éducation ou encore la fourniture des informations utiles et adaptées.

Cette approche centrée sur le patient est basée sur l'établissement d'une relation de confiance patient-pharmacien qui apparaît comme la clé du rôle actuel et futur du pharmacien d'officine. Suite à la prise de conscience que les effets indésirables sont responsables de 3,19% des hospitalisations dont 48,5% sont évitables ou potentiellement évitables, l'entretien pharmaceutique est aujourd'hui incontournable. En outre, il apporte une source de satisfaction et de valorisation de la pratique quotidienne car il s'appuie sur le savoir du pharmacien. Il existe aussi une véritable demande des patients qui souhaitent que leur pharmacien s'entretienne avec eux concernant leur traitement.

Le pharmacien possède un rôle de médiateur entre le prescripteur et le patient, c'est aussi lui qui est en contact régulier avec le patient entre les visites chez le médecin. Il est donc bien placé pour s'assurer de l'efficacité d'un traitement et pour reconnaître l'amélioration ou la dégradation de l'état de santé du patient ainsi qu'une éventuelle non-observance du traitement.

III.3.2.1.2 Objectifs de l'entretien :

L'objectif principal de l'entretien pharmaceutique (en dehors des recommandations particulières de prise du médicament) est de développer une relation de confiance entre le patient et le pharmacien. Ce dernier délivre au mieux les informations au patient en démontrant son implication et son intérêt et en basant la communication sur l'écoute active, l'empathie, le respect et l'absence de jugement.

L'entretien pharmaceutique vise à soutenir le patient dans la gestion de sa maladie et les changements qu'elle engendre sur son mode de vie. Il inclut également l'aide au patient pour gérer son traitement au quotidien en planifiant les prises médicamenteuses dans la journée. De plus, il doit permettre au patient de prévenir ou de diminuer les problèmes liés aux effets indésirables ainsi que les causes de non-observance au traitement. Ainsi, dans une démarche d'accompagnement le pharmacien aide le patient à explorer les problèmes et les solutions.

Grâce à l'éclairage fourni par le pharmacien, le patient devient véritablement acteur de sa maladie avec la responsabilité de tirer des conclusions, de décider du plan d'action et de choisir une solution qu'il peut suivre.

III.3.2.2 Psychoéducation :

La psychoéducation peut être définie comme une intervention didactique et psychothérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face.

Ce n'est pas seulement une transmission d'information, mais aussi une méthode pédagogique adaptée aux troubles ayant pour but une clarification de l'identité, une appropriation du pouvoir et une modification des attitudes et des comportements.

➤ Objectifs en Education Thérapeutique :

- Acquérir des connaissances compétences sur la maladie et le traitement.
- Comprendre sa maladie, s'approprier sa maladie et trouver une autonomie.
- Arriver à faire une place acceptable à cette maladie dans sa vie
- Continuer à se développer Grandir Evoluer

Dans un premier temps, il est important de discuter avec le patient de son diagnostic, en lui fournissant des explications simplifiées sur les causes neurobiologiques de la dépression, du pronostic, de l'informer et le rassurer sur les moyens thérapeutiques disponibles et leur efficacité.

Cela inclut aussi les effets attendus du traitement médicamenteux, ainsi que les effets indésirables qui peuvent se présenter, surtout en début de traitement et mentionner le délai d'action du médicament.

L'implication des proches, après accord du patient, permet de fournir des explications sur la maladie, apporter du soutien psychologique et ainsi réduire les tensions familiales liées à l'incompréhension du vécu du patient. (37)

En psychiatrie, les termes d'éducation thérapeutique (ETP) et de psychoéducation sont utilisés de manière équivalente pour décrire un processus d'apprentissage par lequel une personne acquiert des compétences pour gérer la maladie qui la concerne. Initialement proposés par les professionnels de santé à l'entourage des personnes malades, des programmes de psychoéducation se sont développés à l'attention des personnes vivant avec des troubles psychiques.

III.3.3 Rôle du pharmacien d'officine dans la pharmacovigilance en psychiatrie :

Le manque d'introduction de nouveaux médicaments psychotropes dont l'effet pharmacologique est basé sur des mécanismes innovants nous oblige à utiliser au mieux ceux actuellement disponibles. En effet, le nombre d'hospitalisations suite à des effets adverses de médicaments est impressionnant. D'autre part, les comorbidités psychiatriques et somatiques, une réponse insuffisante à un seul agent thérapeutique exigent une association médicamenteuse parfois abondante, qu'il s'agit de gérer au mieux afin d'éviter des effets indésirables. D'ailleurs, la législation exige qu'ils soient déclarés aux autorités sanitaires.

Le symposium a pour but de faire le point sur les données récentes de la pharmacovigilance en psychiatrie, par un résumé sur les obligations légales, la présentation de travaux internationaux récents dans des domaines spécifiques de la pharmacovigilance des psychotropes : hépato toxicité des antidépresseurs, hémato toxicité des antipsychotiques, prolongation de l'intervalle QT associée aux médicaments psychotropes. Les schémas de contrôle sanguin hebdomadaire des neutrophiles obligatoire pour tout patient recevant de la Clozapine varient considérablement sur le long terme selon les pays. Les investissements se montent à plusieurs million d'Euros par année de vie gagnée ajustée à la qualité de vie (QALY). (38)

III.4 Pharmacien Clinicien :

III.4.1 Rôle en psychiatrie :

Pour rappel, les activités de pharmacie clinique se sont initialement développées dans les services de soins intensifs, puis leur pratique s'est secondairement élargie aux services de MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique). Elles ont également toute leur place dans les unités de psychiatrie.

En effet, une comorbidité plus élevée et une mortalité accrue ont été retrouvées chez les patients présentant un trouble psychiatrique, qui plus est, chez les patients âgés

La comorbidité est souvent à l'origine d'une poly médication, majorant le risque d'interaction médicamenteuse. De plus, de nombreuses thérapeutiques utilisées en psychiatrie présentent une marge thérapeutique étroite nécessitant une surveillance rapprochée.

Une faible adhérence au traitement est souvent présente dans cette population. Une revue de la littérature effectuée et portant sur 12 études (publiées entre 1900 et 2003) a mis en évidence la contribution des pharmaciens cliniciens à l'amélioration de la qualité des soins des patients hospitalisés en psychiatrie par :

- l'optimisation thérapeutique (diminution du nombre de médicaments prescrits, orientation vers certaines molécules).
- La diminution du nombre d'effets indésirables médicamenteux.
- Les bénéfices cliniques rapportés par les patients et les professionnels de santé.
- La diminution du nombre d'hospitalisations et du taux de ré-hospitalisations.
- La réduction des coûts.

En 2003, une nouvelle revue systématique des études évaluant l'impact des activités pharmaceutiques dans les unités de soins spécialisées en santé mentale a été réalisée.

Enfin, une publication récente a montré que les interventions du pharmacien clinicien en psychiatrie permettaient une réduction moyenne des coûts par patient et par an.

D'autre part, lors de l'admission de patients souffrant de pathologie psychiatrie, l'obtention d'un historique médicamenteux exhaustif peut parfois s'avérer difficile : décompensation de la pathologie psychiatrique, troubles cognitifs...

De plus, il semblerait que les médecins spécialistes portent une attention plus particulière aux médicaments relatifs à leur spécialité.

Le psychiatre accorderait ainsi une moindre importance aux médicaments somatiques. Enfin, les associations les plus fortes retrouvées étaient divergence/âge et divergence/nombre de lignes de traitement.

L'analyse pharmaceutique des prescriptions médicales permet également de prévenir les erreurs médicamenteuses en psychiatrie dans les établissements psychiatriques.

La collaboration psychiatre-pharmacien est reconnue et doit être développée. (39)

III.5 Pharmacien Hospitalier :

III.5.1 Pharmacien hospitalier en psychiatrie :

Circulaire N° 007/MSPRH du 22 novembre 2005 **Circulaire N° 007/MSPRH du 22 novembre 2005** qui définit la Gestion du médicament de son achat à sa dispensation et le rôle du pharmacien hospitalier tout au long de cette chaîne.

Le pharmacien hospitalier est devenu l'acteur incontournable dans la chaîne des soins :

- C'est celui qui maîtrise la décision de l'achat 'achat du médicament en accord avec le code des marchés, les orientations des prescripteurs.
- Celui qui planifie, stocke, contrôle, dispense tout en garantissant la qualité et la sécurité du produit et pour le patient et pour le personnel soignant.
- Celui qui s'assure du respect du suivi budgétaire.
- Celui qui forme et encadre ses pairs de demain et son équipe.
- Celui qui s'implique dans la prise en charge thérapeutique du malade.

Le Premier ministre, a signé le décret exécutif du 31 décembre 2019 publié le 5 janvier fixant les modalités de contrôle administratif, technique et de sécurité des substances et médicaments ayant des propriétés psychotropes.

Publié dans le journal officiel (le premier de 2020), ce texte définit avec précision toutes les modalités techniques de la gestion des psychotropes, en passant par toutes les étapes, à savoir la production, l'importation, la distribution en gros et à l'officine, ainsi qu'aux pharmacies hospitalières. (34)

En psychiatrie :

Des lacunes importantes voire graves continuent à caractériser la gestion des produits pharmaceutiques dans les établissements publics de santé et concernent notamment les aspects suivants : (34)

- mauvaise programmation des approvisionnements.
- mauvaise appréciation des tensions et fréquentes ruptures des produits pharmaceutiques.
- non-respect des règles de stockage et de sécurité.
- dispersion des lieux d'entreposage et de distribution.
- insuffisance voire absence de traçabilité du médicament.
- contrôle inexistant de la destination finale des produits.
- absence de recoupement fiche malade.
- consommation des médicaments selon le traitement prescrit.
- absence totale de gestion économique du médicament.
- sous-utilisations de l'outil informatique. (34)

Dans ce cadre, et en vue d'une gestion efficace et rationnelle des produits pharmaceutiques, dont l'objectif cardinal est d'en assurer la disponibilité permanente, à destination exclusive du malade, il est rappelé à l'ensemble des intervenants dans la gestion de la pharmacie hospitalière, les règles régissant la conduite à tenir dans toutes les phases destinées à mettre à la disposition des prescripteurs et de manière continue, les produits pharmaceutiques nécessaires à une bonne prise en charge des patients, en respect des règles de gestion rationnelle et de procédure de contrôle interne.(37)

III.6 Mise en place d'un entretien thérapeutique chez un patient avec un trouble mentale :

❖ Accueil du patient :

L'accueil du patient, basé sur l'empathie, va permettre de créer une relation de confiance entre celui-ci et le pharmacien et va ainsi donner lieu à un rapport clairement établi entre les deux tout au long du suivi pharmaceutique du patient.

❖ Histoire médicamenteuse :

La réalisation de l'historique médicamenteuse du patient est indispensable pour effectuer une analyse pharmacologique.

D'autre part, l'interrogatoire du patient concernant ses traitements en cours va permettre au pharmacien de se rendre compte des connaissances qu'il en a, de ses croyances, de son comportement par rapports à ses traitements, de ses ressentis et enfin des effets indésirables éventuels.

❖ Evaluation de la motivation du patient à prendre son Traitement :

L'engagement du patient dans un projet de soin nécessite un ensemble de changements de comportements de santé.

C'est important de noter la façon dont les sujets décident de changer de comportement lorsqu'ils sont dans des états d'émotion, de cognition et de disposition de comportement qui favorisent celui-ci.

Baser sur le principe des croyances en santé pour démontrer la façon dont les personnes vont peser le pour et le contre d'un comportement ou d'un autre puis progresser par des processus expérimentaux et enfin comportementaux qui vont accélérer et renforcer le changement.

Les différentes étapes sont l'indétermination, la réflexion, l'intention, la préparation, l'action, la consolidation et enfin l'intégration ou la rechute. Ainsi, le rôle du pharmacien est d'aider, de motiver le patient à parcourir ces stades du changement. Les fondamentaux de la communication motivationnelle sont basé sur la règle des 4 R :

- **Recontextualiser** les propos, quelquefois trop généraux du patient, afin de mieux comprendre ses difficultés,
- **Reformuler** les propos du patient en les répétant et en les faisant préciser,
- **Résumer** les propos du patient,
- **Renforcer** les propos du patient afin d'avancer vers des objectifs à atteindre et d'exprimer les moyens pour y parvenir mais aussi pour l'impliquer pleinement dans le processus d'apprentissage.

❖ Obstacle au traitement :

Un recueil complet d'information par le pharmacien s'avère nécessaire pour l'élaboration des stratégies d'éducation et va permettre au patient de s'exprimer sur le vécu de sa maladie, d'obtenir des informations précises sur sa vie quotidienne ainsi que les difficultés éventuelles pour adapter son traitement à celle-ci.

Les obstacles repérés peuvent être de différentes natures : manque de soutien familial ou social, isolement, déni du problème de santé, difficultés de compréhension, croyances.

Cependant, la décision par le patient de prendre ou non son traitement est fortement influencée par le sens qu'il donne à sa maladie.

La représentation et les croyances concernant les antipsychotiques sont souvent axées sur leurs effets indésirables et la peur de l'accoutumance.

Il a été démontré que l'impact de la prise en charge pharmaceutique entraîne une modification des croyances permettant de prévenir les effets indésirables et de favoriser l'adhésion au traitement et l'observance.

Partie d'Etude

Chapitre I : Etude statistique :

I. Contexte :

Aujourd'hui, la prise en charge des personnes schizophrènes a fait d'énormes progrès, des traitements médicamenteux "antipsychotiques" et d'autres médicaments associés permettent un retour à une vie quasiment normale. Quels traitements utilisés ? Et quelles sont les modalités les mieux utilisées en Algérie pour la prise en charge de cette maladie ?

Dans une perspective d'apporter des éléments de réponse à toutes ces questions, notre étude est faite en choisissant parmi les psychoses les plus répandues en Algérie « La schizophrénie », et mettre en évidence la prise en charge chez une population de patientes schizophrènes menée au niveau du service de psychiatrie Ibn Badis femmes de C.H.U Frantz Fanon Blida.

II. Objectif de l'étude :

- **Objectif principal :**

Objectif principal de l'étude réalisée dans le cadre de cette mémoire est de mettre en évidence la prise en charge chez une population de schizophrènes au service de psychiatrie Ibn Badis femmes de Frantz Fanon Blida.

- **Objectifs secondaires :**

- Etudier la prescription médicamenteuse chez les sujets déments dans le service de psychiatrie femmes.
- Déterminer les modalités de prescriptions des antipsychotiques : Les molécules, la posologie, la dose efficace, les formes galéniques, la durée de traitement.
- Etudier les traitements prescrits pour la prise en charge des troubles secondaires à la schizophrénie.

III. Méthodologie de l'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective sur les dossiers d'une série de malades schizophrènes au niveau du service de psychiatrie " Ibn Badis femmes" de CHU Frantz fanon Blida, où on a étudié 10 schizophrènes, dont l'objectif de ce travail étant d'obtenir des données descriptives sur ces 10 cas.

IV. Résultats :

IV.1. Répartition des cas selon les caractéristiques sociodémographiques :

❖ IV.1.1. Selon l'âge :

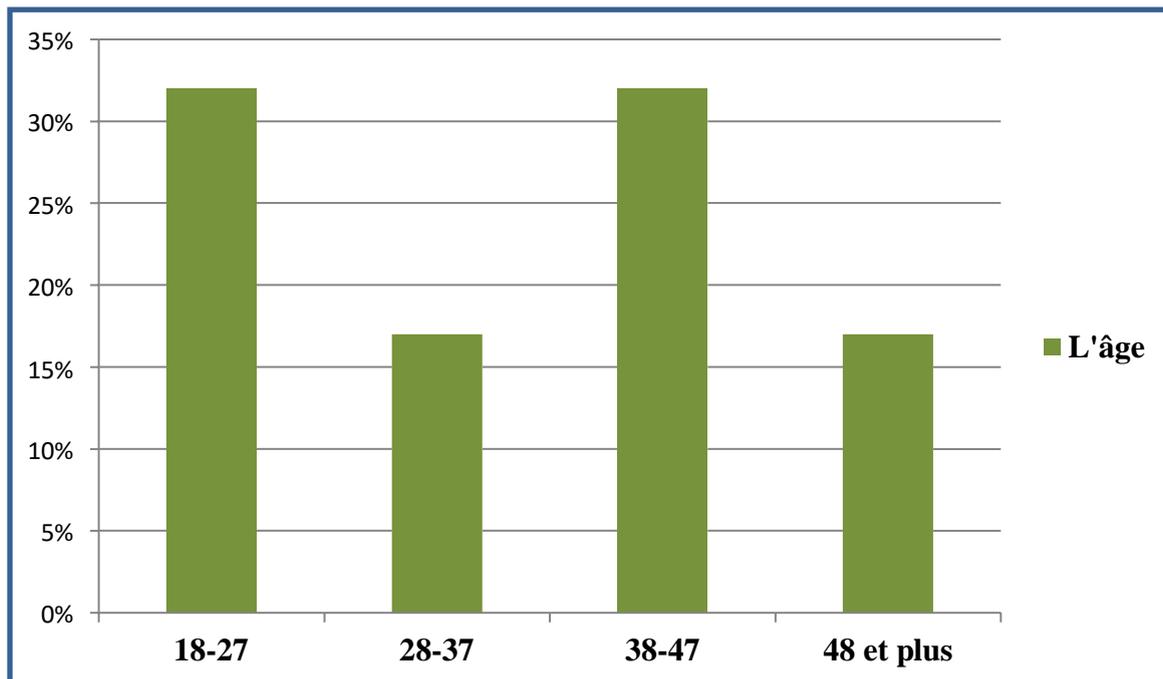


Figure N°06 : Données relatives de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon-Blida- 2022 étudiées selon l'âge.

Interprétation :

L'âge moyen pour lequel les gens sont plus exposés au risque d'avoir une schizophrénie est partagé principalement entre deux intervalles, l'un signifie le début précoce entre (18-27) et l'autre le début tardif entre (38-47), dont le pourcentage est de 33% pour chacun.

Analyse :

L'âge est l'un des principaux facteurs de détermination du type et l'évolution de la maladie et notre étude a inclus les deux types du début de la maladie, surtout chez la femme dont le début est bien déterminé que ce soit précoce ou bien tardif, cette étude est faite sur dix patientes dans le service, dont 4 patientes ont le début précoce entre l'âge (18-27), car c'est principalement une pathologie de l'adulte jeune et vers la fin de l'adolescence. Trois patientes ont le début tardif entre l'âge (38-47), tandis que, deux patientes avaient le début à l'âge de 30 ans, et la dernière après l'âge de 50 ans.

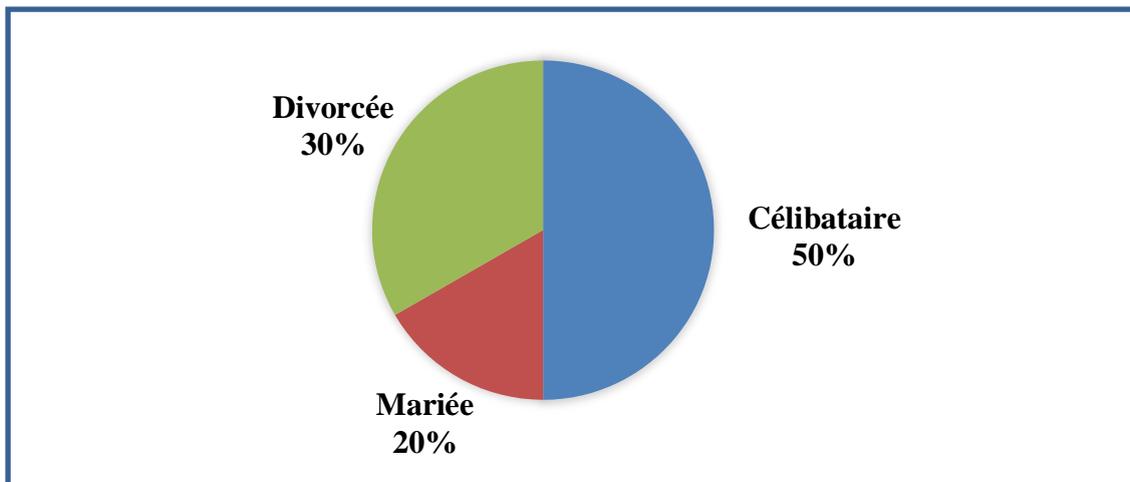
❖ **IV.1.2. Selon la situation matrimoniale :**

Figure N°07 : Données relatives de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon Blida- 2022 étudiées selon la situation matrimoniale.

Interprétation :

Dans notre échantillon, les célibataires étaient majoritaires 50% des patientes (05 patientes), 30% sont divorcées (03 patientes) et 20% sont mariées (deux patientes).

Analyse :

D'après les résultats obtenus on constate deux situations :

- Cette psychose mentale « la schizophrénie » et surtout, celle qui apparaît à l'âge adulte, empêche les femmes de se marier :

Ce qui explique le grand pourcentage des patientes célibataires, même celles qui se sont mariées sont divorcées à cause des symptômes graves qui arrivent aux malades et l'empêchent de rester en relation à long terme, surtout, car c'est une maladie chronique.

- Le soutien émotionnel et la stabilité des patientes schizophrènes :

Les psychiatres considèrent la famille comme une source privilégiée du soutien émotionnel et social, ils ajoutent aussi que la famille est à la fois le problème et la solution, et donc elle est la base de la psychothérapie non médicamenteuse.

Notre étude a prouvé que pour les patientes qui sont encouragées et soutenues par la famille, l'état des patientes évolue favorablement et pour celles divorcées, des crises, une instabilité et un passage par des états de dépression et d'anxiété sont remarqués, en revanche une stabilité des patientes qui sont mariées et qui trouvent la stabilité psychique et le soutien d'après ses maries et ses familles.

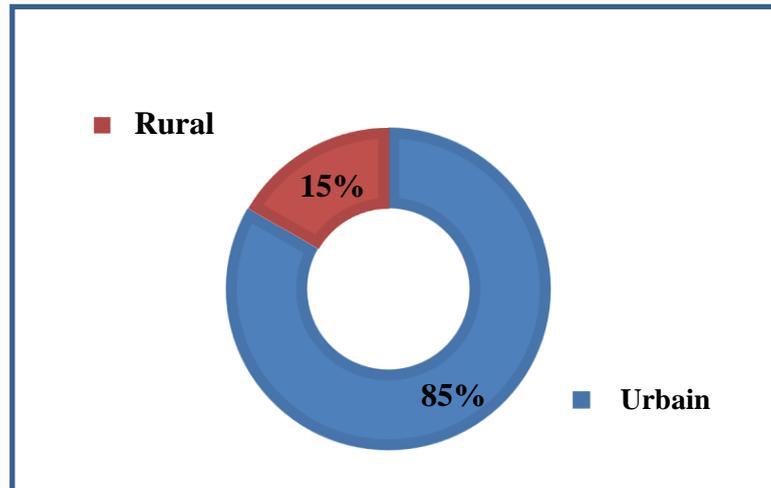
❖ **IV.1.3. Selon le milieu de vie :**

Figure N°08 : Données relatives de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon Blida- 2022 étudiées selon le milieu de vie.

Interprétation :

Notre étude sur un échantillon de 10 patientes schizophrènes montre que 85% vivent dans la ville et seulement 15% vivent dans un milieu de vie rural.

Analyse :

Alors qu'on a longtemps affirmé que la prévalence de la schizophrénie est la même dans toutes les régions et contrairement à la théorie devenue dominante d'une répartition globalement homogène de la schizophrénie à travers le monde, mais réellement elle présente des variations géographiques et la prédominance de cette maladie est effectivement plus élevée en milieu urbain et que le niveau d'urbanisation est lié au risque de la développer.

Considérant à la fois que ce sont les centres urbains que les populations insécurisées tendent à déménager et que ceux qui y vivent ont une probabilité plus élevée d'être exposés à plusieurs autres facteurs de risque identifiés pour la schizophrénie, il est important de s'assurer que l'urbanité en soi joue bien un rôle dans ce phénomène., ceci même après avoir contrôlé l'impact potentiel d'autres facteurs de risque connus tels que les facteurs liés à la naissance (saison de la naissance, facteurs obstétricaux, âge de la mère, allaitement maternel, déficience neurologique), à la personne elle-même (sexe, état marital), aux caractéristiques sociales et/ou économiques (histoire familiale, statut de l'emploi, statut d'immigration, niveau d'éducation, facteurs socio-économiques, position sociale pendant l'enfance, perte d'un parent), ou à l'environnement (utilisation de cannabis, pollution de l'air, exposition au trafic).

Sur cette base, il semble donc bien établi que le fait de vivre en milieu urbain augmente le risque de développer une schizophrénie.

IV.2. Répartition des cas selon les données cliniques :

❖ IV.2.1 Selon le mode de début :



Figure N°09 : Données relatives de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon-Blida- 2022 étudiées selon le mode de début.

Interprétation :

Dans cet échantillon de 10 patientes, 50% des cas qui correspond à 5 patientes, le début de la maladie est progressif, s'étalant sur quelques semaines ou quelques mois et dans l'autre 50% des cas (05 patientes), le début est brutal (aigu).

Analyse :

La schizophrénie se manifeste par des épisodes aigus de psychose, suivis de divers symptômes chroniques.

Dans le premier type des cas, la schizophrénie apparaît de façon tellement insidieuse et croissante que ses patientes, ainsi que leur famille, prennent beaucoup de temps à s'en rendre compte.

Elle peut aussi apparaître très soudainement dans l'autre type des cas, le début de la maladie est brutal, les patientes ne passent pas par les phases préliminaires mais elles sont plongées dans une indifférence absolue et expérimentent l'impression d'être divisées.

La crise délirante aiguë est un mode d'entrée dans la maladie particulièrement brutale : Elle s'installe en quelques heures, chez ces cinq patientes, qui n'ont pas d'antécédents psychiatriques en dehors parfois d'épisodes similaires. Du premier coup le délire est constitué et elles agissent par des conduites bizarres souvent observées chez eux (fuites, bagarres, actes médico-légaux). A certains moments on constate que les patientes peuvent avoir conscience de leur maladie, ce qui majore leur angoisse.

❖ IV.2.2. Selon les troubles comportementaux :

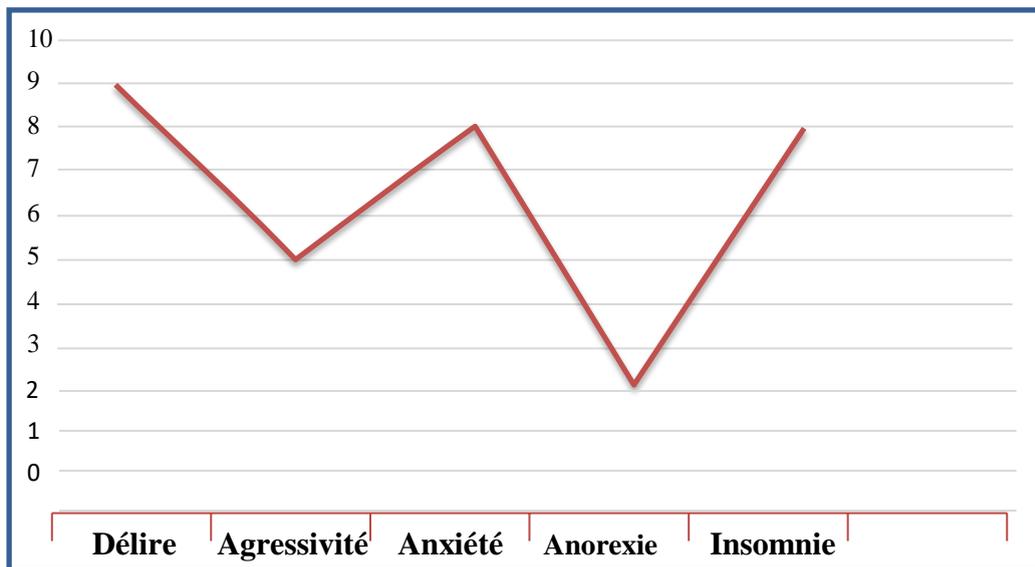


Figure N°10 : Données relatives de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon Blida- 2022 étudiées selon les troubles comportementaux.

❖ IV.2.3. Selon le type de l'insomnie :

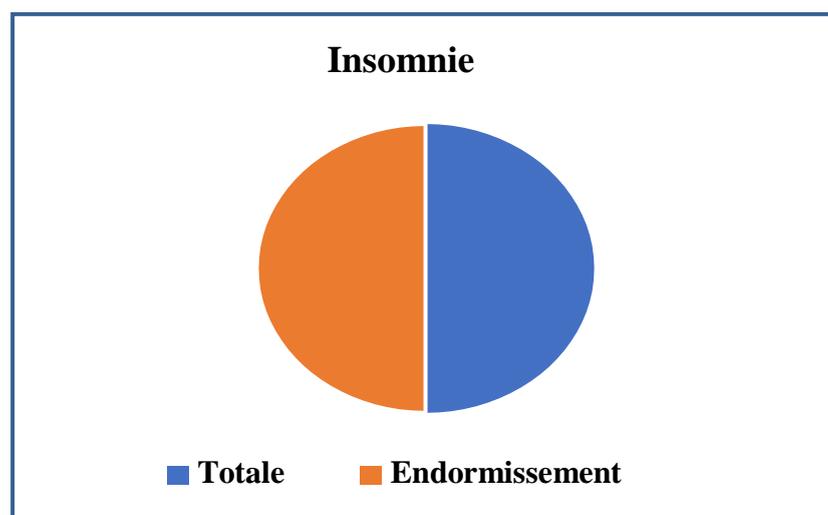


Figure N°11 : Données relatives de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon- Blida- 2022 étudiées selon le type de l'insomnie.

❖ IV.2.4. Selon le type de délire :

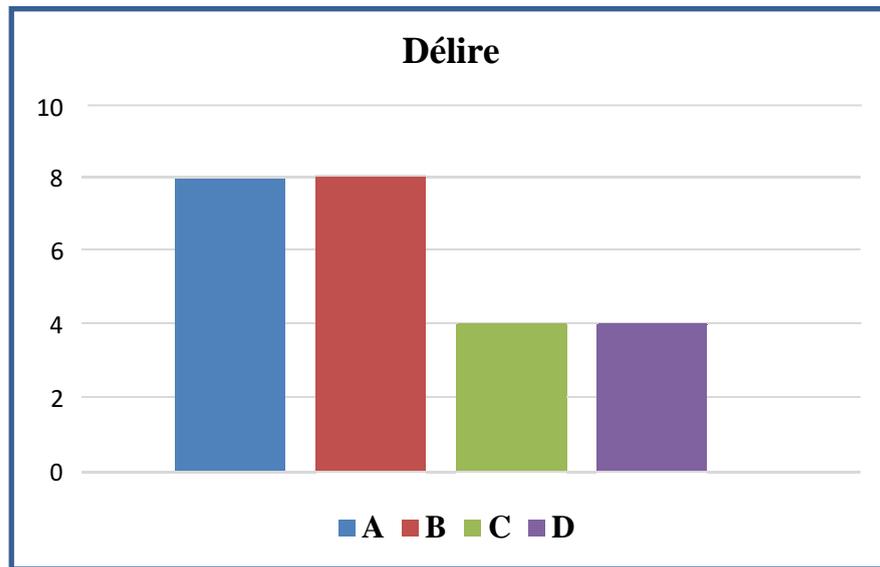


Figure N°12 : Données relatives de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon-Blida- 2022 étudiées selon les délires.

A : Une activité délirante poly-thématique à thème mystique grandeur de persécution à mécanisme hallucinatoire imaginatif

B : Un délire à thème de persécution à mécanisme hallucinatoire (auditive et visuelle) / un délire à thème de persécution à mécanisme imaginatif.

C : Délire de persécution à mécanisme hallucinatoire.

D : Ni délirante ni hallucinatoire.

Interprétation :

Cette étude faite sur 10 patientes schizophrènes dans le service de psychiatrie est pour étudier : Les troubles comportementaux que présentent ces malades, le type du trouble du sommeil et enfin le délire qui est marqué pour la majorité.

- 09 sur les 10 patientes ont une activité délirante.
- 05 seulement sont agressives.
- 08 patientes sont anxieuses.
- 02 ont une perte d'appétit.
- 08 ont un problème d'insomnie qui été signalé chez ses patientes, dont la moitié a une insomnie totale et l'autre moitié a une insomnie d'endormissement.

Tous ses problèmes comportementaux précédents sont présentés des fois chez la même patiente ou bien sur des périodes différentes lors de ses phases aiguës ou ses états de crise.

Ce qui concerne le délire :

- 08 patientes ont une activité délirante poly-thématique à thème mystique grandeur de persécution à mécanisme hallucinatoire imaginatif.
- 08 ont un délire à thème de persécution à mécanisme hallucinatoire (auditive et visuelle) », puis après une certaine période elles présentent un délire à thème de persécution à mécanisme imaginatif, donc ses huit schizophrènes ont switcher le type de délire depuis qu'elles sont malades.
- Catre (04) avec un délire de persécution à mécanisme hallucinatoire.
- Catre (04) ne sont pas délirantes et ne présentent pas une activité hallucinatoire.

❖ IV.2.5. Selon les maladies associées :

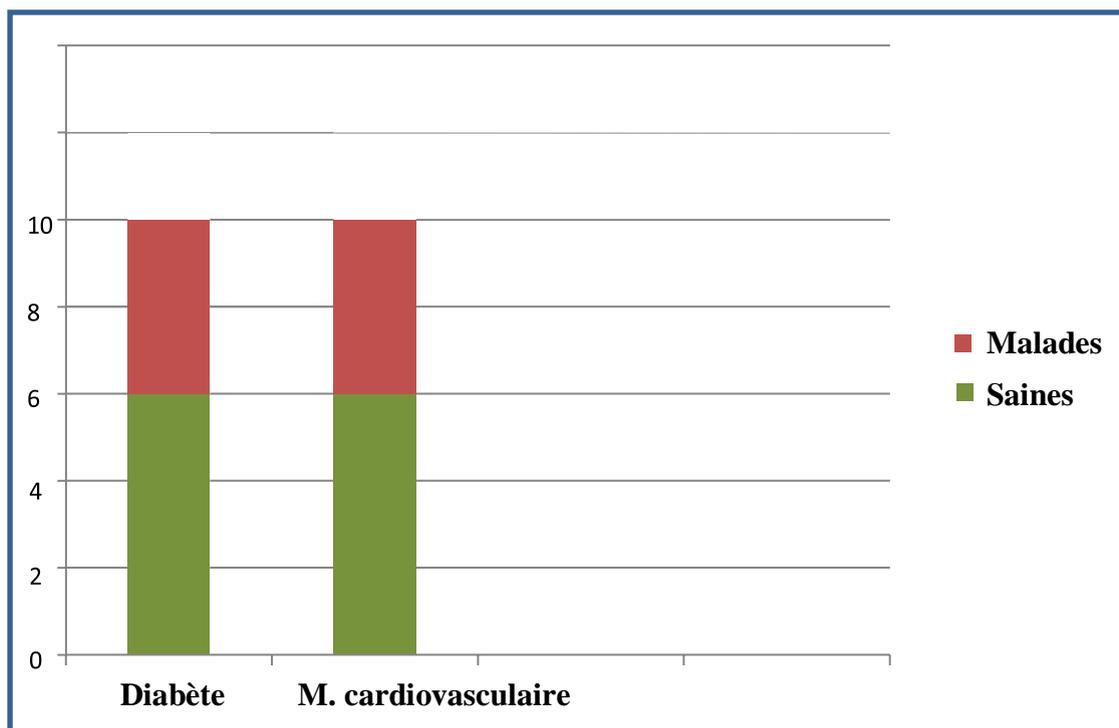


Figure N°13 : Données relatives de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon-Blida- 2022 étudiées selon les maladies associées.

Interprétation :

Dans notre échantillon composé de 10 patientes schizophrènes, 04 sont diabétiques et 04 ont un problème cardiovasculaire.

Analyse :

Tous ces huit ont développé ses pathologies après l'atteinte mentale à cause de sa chronicité et à cause du traitement par les antipsychotiques qui développe à long terme ces deux pathologies graves.

En générale, plus de 50 % des patients atteints des maladies mentales sévères, plus particulièrement la schizophrénie, s'accompagnent souvent de pathologies somatiques chroniques et présentent un autre diagnostic de pathologie médicale, avec en premier lieu les pathologies cardiovasculaires et le diabète.

La schizophrénie est considérée comme un facteur de diminution de l'espérance de vie, les patients présentent une prévalence des maladies somatiques et une mortalité précoce plus élevées que la population générale. Il existe quatre causes d'augmentation de la fréquence des comorbidités somatiques chez les patients schizophrènes : Les facteurs se rapportant à la maladie elle-même « les facteurs secondaires aux traitements, les facteurs associés à la compréhension de la maladie, la stigmatisation de la maladie mentale et enfin les facteurs physiques». Ces comorbidités détériore le pronostic de la schizophrénie, réduisent la qualité de vie de ces patients et augmentent leur mortalité précoce.

Une prise en charge adaptée de ces comorbidités permettrait donc d'obtenir une amélioration significative de la santé des patients schizophrènes et de leurs espérances de vie. Dans l'autre côté, certains antipsychotiques ont également des effets sur la conduction cardiaque et peuvent entraîner des morts subites, raison pour laquelle ces traitements sont beaucoup mieux surveillés à l'heure actuelle au plan cardiaque.

IV.3. Répartition des cas selon la prise en charge médicamenteuse :

IV.3.1. Les antipsychotiques :

❖ IV.3.1.1. Classification des antipsychotiques selon les générations :

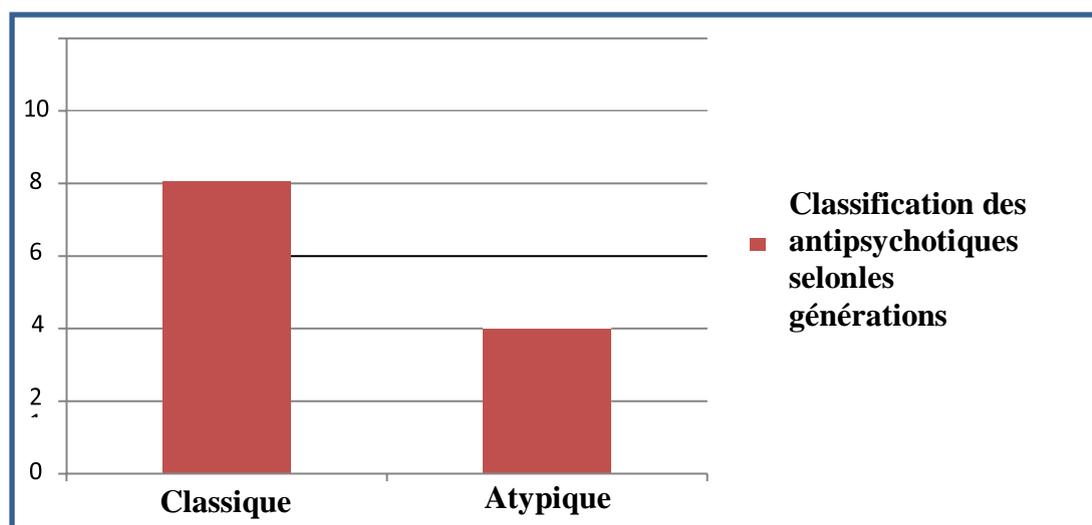


Figure N°14 : Données relatives de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon -Blida- 2022 étudiées selon la classification des antipsychotiques selon les générations.

Interprétation :

Les antipsychotiques atypiques ont été prescrits chez 02 patientes (20% du notre échantillon), les antipsychotiques classiques ont été prescrits chez 08 patientes (80% des cas), 04 parmi ces dernières sont traitées par les deux générations à la fois.

Analyse :

Les patientes traitées par les deux générations ; un cas particulier parce que ces quatre patientes nécessitent un schéma thérapeutique spécifique et elles sont traitées par une bithérapie ou trithérapie où les deux générations sont incluses).

Les antipsychotiques de deuxième génération (atypique) sont aussi efficaces que les antipsychotiques conventionnels (classique, de première génération) sur les symptômes positifs (les délires, les hallucinations, l'excitation) lors d'une phase aiguë, et semblent un peu plus efficaces sur les symptômes négatifs (ralentissement, abandon affectif), sur la désorganisation et les troubles cognitifs. Ils présentent en général moins d'effets indésirables neurologiques et par conséquent, réduisant le risque de rechute (en période d'arrêt et de repos), donc ils sont essentiels au rétablissement de la personne ainsi que son utilisation en cas de résistance à la première génération.

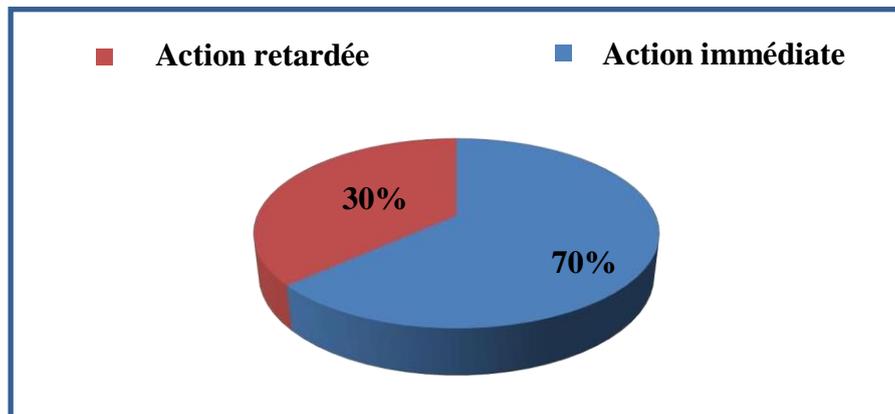
❖ IV.3.1.2. Classification des antipsychotiques selon le mode d'action :

Figure N°15 : Données relatifs de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon -Blida-2022 étudiées selon la classification des antipsychotiques selon le mode d'action.

Interprétation :

Le mode d'action immédiat est le mode le plus fréquemment rencontré (70% des patientes), puis le mode retardé (30% des patientes).

Analyse :

Le mode d'action des antipsychotiques se diffère d'un antipsychotique à un autre et se divise en deux modes d'action « immédiat et retardé », cette étude montre que 30% sont traités par des antipsychotiques dont l'action est retardée, cas d'antipsychotiques se présentent pour la plupart sous forme d'une pro drogue qui libère progressivement le principe actif. Ce pourcentage 30% correspond à 3 patientes avec un état stable et qui ne présentent pas des états de crise là où elles nécessitent un antipsychotique immédiat, mais les 07 autres patientes présentent un état instable et qui nécessite un antipsychotique qui agit immédiatement et donc il est important d'adapter le traitement pharmacologique aux besoins de patiente et au stade d'évolution de la maladie ainsi que son état mental.

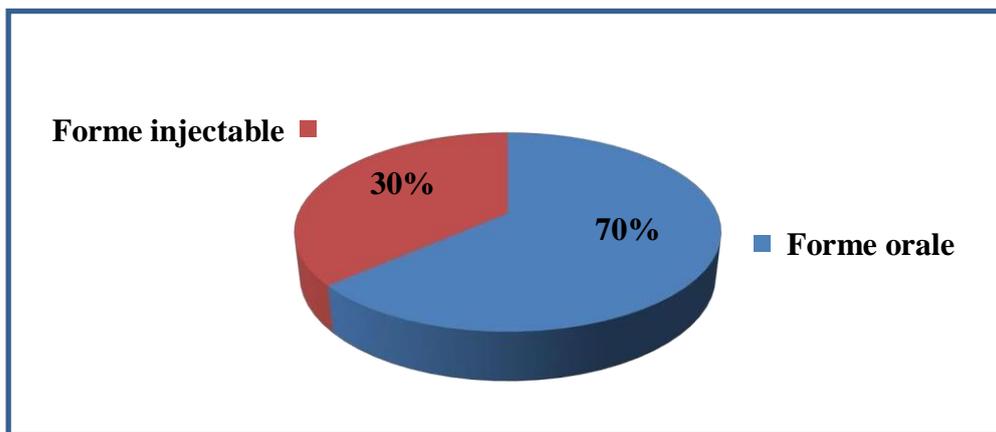
❖ IV.3.1.3. Classification des antipsychotiques selon les voies d'administrations :

Figure N°16 : Données relatifs de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon -Blida-2020 étudiées selon la classification selon les voies d'administrations.

Interprétation :

La forme orale est la forme la plus fréquemment rencontrée (70% des patientes), puis la forme injectable (30% des patientes).

Analyse :

Cette étude est reliée à l'étude précédente dont la forme orale correspond à l'action retardée et la forme injectable correspond à la forme immédiate. Les antipsychotiques injectables agissent rapidement, dont l'action est immédiate et sous le pourcentage de 30%. Ils sont le plus souvent utilisés en situation d'urgence lors d'un épisode aigu ou en cas de crise et du même, ils existent des antipsychotiques injectables à action prolongée qui sont utiles pour un traitement d'entretien de longue durée.

Dans le cas des antipsychotiques injectables à action prolongée, l'antipsychotique est libéré lentement et de façon continue sur une période de quelques semaines. Il permet le maintien de la concentration du médicament dans le sang pendant plusieurs semaines, c'est le cas des sept patientes précédentes traitées par les antipsychotiques immédiates, alors que les trois patientes schizophrènes traitées par les antipsychotiques retardés sont sous forme orales et dont le pourcentage est 70%.

❖ **IV.3.1.4. Selon le nombre des antipsychotiques pris par jours :**

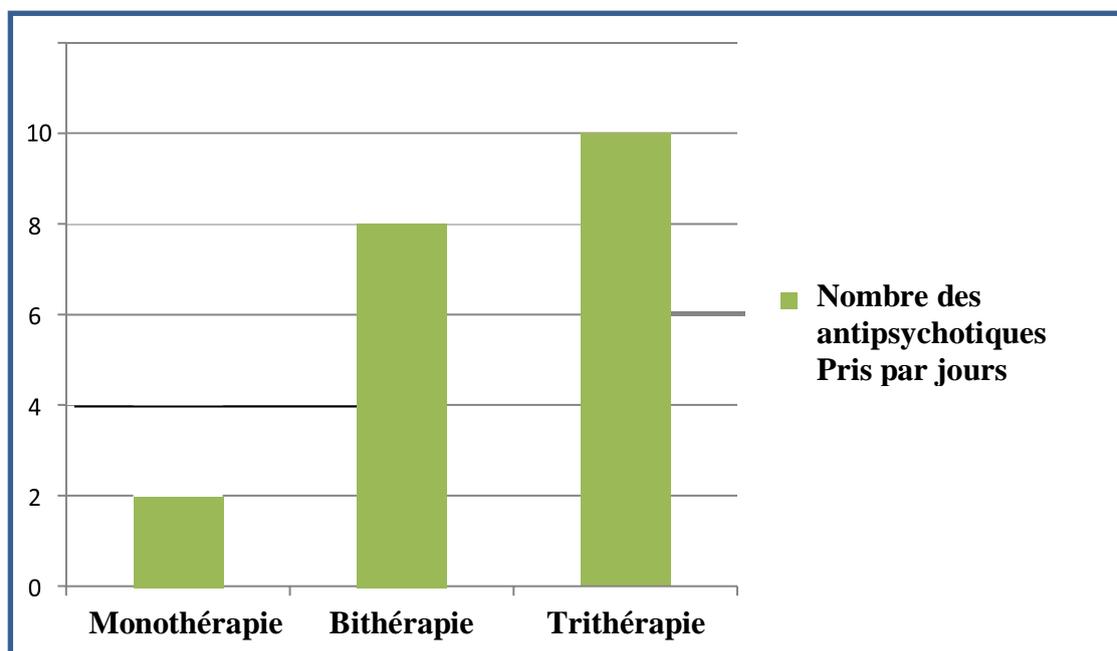


Figure N°17 : Données relatives de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon-Blida- 2022 étudiées selon le nombre des antipsychotiques pris par jours.

Interprétation :

Cette étude faite sur notre échantillon de 10 patientes schizophrènes, dès leurs entrées elles sont traitées par les antipsychotiques soit de la première génération ou bien de la deuxième, en monothérapie, bithérapie ou trithérapie durant leurs hospitalisations.

Les 10 sont passées par différents schémas thérapeutiques, chez 02 patientes, le schéma monothérapeutique est prédominant, celui de la bithérapie est dominant chez 8 patientes, alors que tous ces patientes sur des périodes différentes ont passées par la trithérapie.

❖ IV.3.1.5. Selon la fréquence d'administration des antipsychotiques :

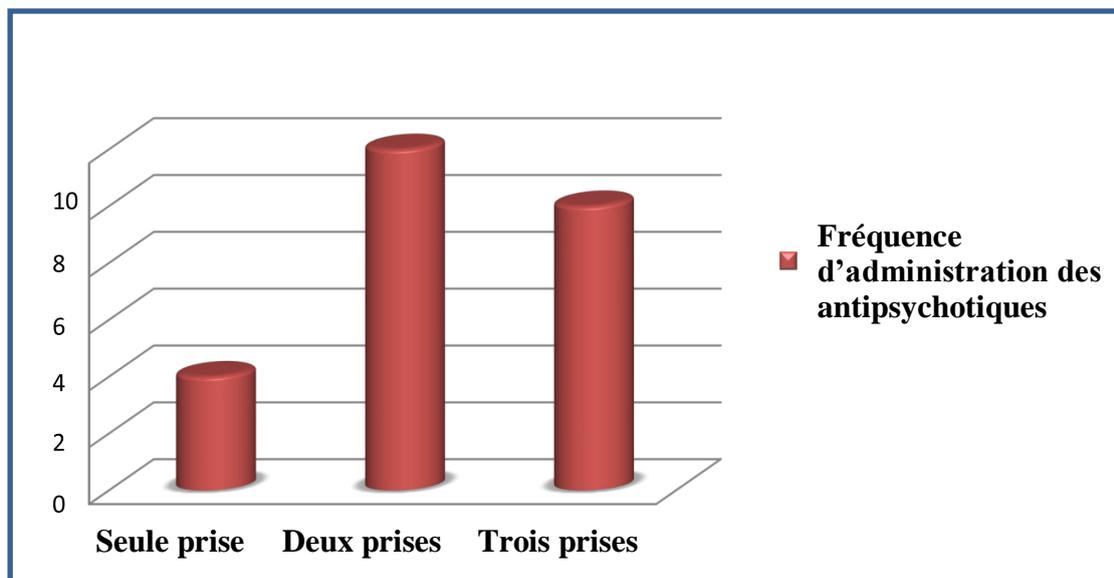


Figure N°18 : Données relatives de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon -Blida- 2022 étudiées selon la fréquence d'administration des antipsychotiques.

Interprétation :

Dans notre échantillon, 10 patientes prenaient deux prises par jour, 08 patientes prenaient trois prises par jour et 04 patientes prenaient une seule prise.

Analyse :

La fréquence de prises des antipsychotique est reliée avec le dosage du médicament prescrit, qui doit être adapté à la nature et à l'intensité des symptômes ressentis. Il peut donc varier en fonction de la phase de la maladie, de la gravité des signes cliniques que présente la personne et de sa réaction individuelle au médicament qui permet de s'assurer que le traitement agit correctement.

La fréquence d'administration est donc variée selon le médicament prescrit et son dosage de prescription.

IV.3.2. Médicaments associés :

❖ IV.3.2.1. Selon le type des médicaments associés :

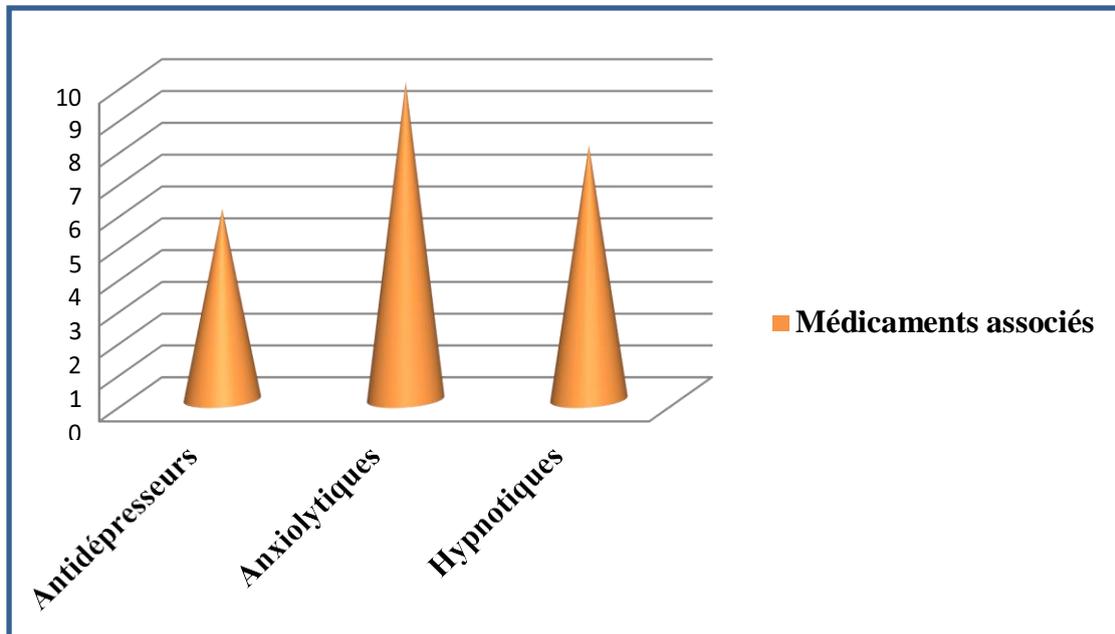


Figure N°19 : Données relatives de 10 schizophrènes -unité Ibn Badis C.H.U Frantz Fanon -Blida- 2022 étudiées selon les médicaments associés

Interprétation :

Dans notre échantillon, les anxiolytiques ont été prescrits chez 10 patientes, les hypnotiques chez 08 patientes et les antidépresseurs chez 06 patientes.

Analyse :

Cette étude montre les différents médicaments psychotropes utilisés en association avec le traitement de base (les antipsychotiques) pour traiter les troubles associés à la schizophrénie, dont les plus marqués sont « la dépression, l'anxiété et les troubles du sommeil », cet échantillon de 10 schizophrènes qui présentent ces troubles qui sont eux même parfois présentés chez la même patiente. Les antidépresseurs pour traiter la dépression signalée chez ces patientes, les anxiolytiques pour l'anxiété chez 10 patientes et les hypnotiques chez 08 patientes.

Ces troubles sont le résultat, soit de la pathologie elle-même (les épisodes aigus et les états de crise où l'angoisse, la tension et l'excitation qui sont très intenses), soit le résultat des effets secondaires du traitement à long cours par les antipsychotiques (les neuroleptiques)

Chapitre II : Cas clinique :

Introduction :

En Algérie, comme dans le monde entier, les troubles psychiatriques constituent un vrai problème de santé public, pour aider les patients à comprendre et à accepter leurs maladies et l'importance de leurs préventions, Il est important de fournir des soins pharmaceutiques et psychologiques adaptés aux besoins de chaque patient, et de noter le rôle important qu'il faut jouer dans la prise en charge de ses patients.

Contexte :

Aujourd'hui, la prise en charge des personnes souffrantes de troubles mentaux a fait d'énormes progrès. Des traitements médicamenteux « antipsychotiques » et d'autres médicaments associés ainsi que les thérapies non médicamenteuses et la psychothérapie, permettent un retour à une vie quasiment normale.

I. Nature d'étude :

C'est une étude descriptive et analytique type cas clinique, faite sur dossiers des malades qui ont été prises en charge pour la schizophrénie au niveau du service de psychiatrie de CHU Frantz Fanon Blida.

Vu la nature de la recherche et ses objectifs, je suis dirigé vers une étude descriptive concernant la prise en charge d'un trouble psychiatrique « la Schizophrénie », de mettre en évidence la prise en charge médicamenteuse chez une malade schizophrène au service de psychiatrie, déterminer l'éducation et l'accompagnement de cette maladie afin d'établir le parcours de soins.

II. Objectif de l'étude :

- Décrire le tableau clinique de la schizophrénie.
- Décrire le diagnostic.
- L'évaluation du malade sur le plan de conscience et comportement.
- Evaluer la qualité de prise en charge.

III. Cas clinique :

1. Description du cas :

La patiente B F/Z a été admise le 1/4/1996 au service de psychiatrie « Ibn Badis femmes de Frantz Fanon Blida », à la demande du représentant de l'état, suite à une décompensation psychotique aigüe.

Il s'agit d'une patiente de 45 ans, célibataire, qui vivait avec sa grande mère paternelle, notre malade n'avait pas d'antécédents médicaux-chirurgicaux ni psycho-pathologiques ou d'antécédents familiaux, ni de pathologies chroniques.

- **Histoire de la maladie :**

Le début de troubles semble remonté à l'année 1995, marqué par un premier épisode, caractérisé par un délire enkysté, un trouble de l'activité hallucinatoire visuelle et auditive, une perturbation des fonctions instinctuelles, notamment le sommeil, d'où sa première consultation en psychiatrie, alors qu'elle était de présentation propre, correcte, l'hygiène corporelle et vestimentaire était bien entretenue, son médecin traitant l'a mis sous traitement antipsychotique « Modecate (Fluphénazine) cp 100 mg ».

Après la prise correcte de son traitement on a noté une légère amélioration sur le plan psychique et comportemental, d'où on la fait sortir pour continuer son traitement à domicile.

En novembre 2002, elle avait un comportement stable, avec une diminution de l'activité hallucinatoire visuelle et auditive, son sommeil était conservé.

Un mois après, notre patiente a été hospitalisée pour un état de crise sans cause déterminée selon son médecin, tout a rentré dans l'ordre après un certain temps, elle revenait à l'état stable et calme, cependant ses propos restaient incohérents et elle était toujours délirante.

En 2003, elle a eu une réémergence des symptômes marqués essentiellement par des délires, avec des propos incohérents, elle nous a dit « Cet hôpital m'appartient, j'ai un document qui prouve que cet hôpital est le mien, je m'appelle Khan Elisabeth B/FZ », l'appétit et le sommeil étaient toujours conservés. On a marqué une hypersomnie et avec une forte asthénie, elle a eu un changement des antipsychotiques.

En 2005, la patiente était avec une mimique légèrement anxieuse, ses propos étaient plaintifs, elle était délirante, elle disait « j'ai construit cet hôpital avec le président anglais Carlos Emmanuel, mais je n'ai plus besoin de cet hôpital, je le laisse à ceux qui ont eu besoin », elle se plaignait de troubles du sommeil à type d'insomnie d'endormissement.

En 2006, sa mimique est devenue très anxieuse, son discours était centré, le facteur déclenchant était (les conflits entre son père et son oncle), elle était toujours délirante, elle rapportait des troubles perspectifs, elle nous a dit : « qu'un ange lui parle et la conseille », donc son médecin traitant jugeait qu'il est indispensable de lui changer la dose et le traitement, après 3 mois de traitement elle était calme et sobre sur le plan psychologique.

En 2009, elle a eu une réémergence, après un facteur déclenchant possiblement en lien avec la symptomatologie dépressive de la patiente, qui avait perturbée son rythme de vie, en effet, son père lui a rendu visite et lui a annoncé le décès de sa grand-mère, de ce fait elle est devenue très anxieuse, délirante et déprimée, d'où la prescription d'un antidépresseur, un anxiolytique et un hypnotique en association avec le traitement initial.

En 2010, elle était de présentation propre et correcte, calme sur le plan du comportement, sa mimique était triste et de son discours émergeait un délire à thème de grandeur enkysté, son humeur tendait vers le pôle dépressif avec des pleurs faciles, disait que son père et sa mère lui manquaient.

En 2011, elle était très instable et vociférée, de son discours émergeait un délire de persécution et de torture à l'encarte d'une infirmière, elle était signalée pour un état d'agitation psychomotrice, elle revendiquait la sortie, se plaignait de sa famille qui lui rendait très rarement la visite.

En 2012, Sa mimique était anxieuse et elle se plaignait de troubles perceptifs, elle rapportait des hallucinations visuelles et auditives qui l'empêchaient parfois de dormir, on a observé une activité délirante, une grandeur de persécution à mécanisme hallucinatoire, intuitif, imaginaire : « je viens du ciel, je suis la fille du prophète Mohamed. Le bon Dieu me parle chaque nuit, la raison pour laquelle des hommes de petite taille me harcelé, me servaient, ils voulaient me tuer».

En 2015, notre patiente avait une bonne hygiène corpo-vestimentaire, un regard direct, une humeur et mimique adaptée à son propos calme, elle était verbale d'une voix audible sur un rythme légèrement lent, ses propos étaient cohérents.

En 2019, La patiente était de présentation propre et correcte, l'hygiène corpo-vestimentaire était bien entretenue, elle était orientée dans le temps et dans l'espace, l'attention et la concentration étaient soutenues, la mémoire était bien intégrée, les fonctions intellectuelles étaient conservées, la patiente reconnaît les caractères dangereux de ses troubles.

En 2021, Devant l'amélioration clinique et psychique de notre patiente, le médecin traitant a jugé qu'elle était capable de poursuivre son traitement à domicile et de continuer son suivi au niveau de notre unité de consultation de psychiatrie chaque 03 mois.

Patiente déchargée et sortie de l'hôpital.

2. Examen mentale du patient :

L'examen mental a retrouvé une patiente instable sur le plan psychomoteur, sa symptomatologie était marquée par des éléments délirants, une bizarrerie du contact et un émoussement des affects (émotions). Le temps de latence aux réponses était long et la patiente ne critiquait que très partiellement ses passages à l'acte auto et hétéro agressifs.

Les mécanismes étaient principalement hallucinatoires « des hallucinations phonique-verbales, visuelles et imaginatives » et de son discours émergeait des délires enkystés.

Elle présentait une désorganisation de la pensée et une désorganisation comportementale.

La patiente était totalement anosognosique et adhérente à son délire, elle était neutre et ne verbalisait pas d'idées suicidaires et elle présentait des troubles du sommeil à type d'insomnie d'endormissement.

3. Examens complémentaires :

L'IRM cérébrale faite ayant objectivée :

- Une réduction de volume cérébrale totale.
- Un élargissement des ventricules latéraux, qui semble être un trait héritable de la maladie.
- Une diminution du volume au sein des régions frontales, des ganglions de la base, des régions temporales, du système limbique, du thalamus et du cervelet.
- Une réduction de l'asymétrie cérébrale.
- Enfin des altérations du tractus des fibres de substance blanche.

4. Diagnostics et examens associés :

- Dès sa consultation et pendant toutes les années qui suivent, un bilan biologique complet a été fait, associé à un bilan sérologique « HIV 1 et 2, Hbs, Hba, Hbc, HCV, BW- TPHA (syphilis), VDRL (syphilis) » : avec un résultat toujours Négatif.
- La patiente B/FZ est toujours en suivi cardiaque du fait des effets secondaires du traitement par les antipsychotiques, le dernier suivi a montré un ECG (électrocardiogramme) et une échographie cardiaque Normaux, Examen cardiovasculaire : B1 et B2 bien frappés, pas de souffle, pas du bruit sûr, le rythme n'accélère pas, des varices dans les membres. TA (tension artérielle) = 11/7.
- une échographie cervicale qui confirme la stabilité de la patiente sur le plan psychomoteur.
- L'électrophorèse des protéines plasmatiques (EPP) : Pas du risque rapproché.
- Examen digestif : Ballonnement important avec un transit accéléré.
- Examen urogénital : Cycle menstruel régulier (qui dure 4 jrs selon la médication), pas de leucorrhées, pas de troubles urinaires rapportés par la patiente.
- Examen musculaire : Bonne force musculaire.

5. Discussions diagnostiques :

Devant ce tableau clinique présenté par notre patiente évoluant depuis 25 ans de manière progressive, les examens complémentaires sont concordants avec la clinique et les différents tests réalisés, ainsi que le résultat de l'imagerie est un état psychotique chronique en faveur de **la schizophrénie**.

6. Conduite à tenir

A. Prise en charge médicamenteuse de la schizophrénie :

Un traitement antipsychotique a été introduit au début d'hospitalisation devant la symptomatologie délirante présentée par la patiente (l'année du l'acte).

Elle était mise sous traitement après sa première consultation en psychiatrie daté le 1996 au niveau du service psychiatrie CHU Frantz Fanon de Blida : Modecate (fluphénazine) cp 100mg à vise symptomatique pour soigner les troubles du comportement.

Après la stabilisation de l'état comportemental de patiente, le même traitement était maintenu pendant 6 ans pour un état psychotique chronique.

Traitements de sortie : Modecate Amp Inj 25 mg (1 Amp /mois en IM), Nozinan 25 mg : 1/2 Cp le soir, le tous pendant 1 mois.

En 2002, elle était hospitalisée pour un état de crise, elle a été mise sous traitement injectable après l'arrêt du traitement orale « Modecate injectable ampoule 25 mg (1 Amp /mois en IM : le 15 de chaque mois), puis le relis avec Nozinan (lévomépromazine) Cp 25 mg : 1/2 Cp le soir, à vise anxiolytique, ensuite elle était traitée par l'Haldol gouttes 2% (2 mg/ml solution buvable).

En 2003 et 2004 : Nozinan Cp 25 mg, Modecate 25 mg Inj 1 Amp /mois en IM.

Elle n'a pas reçu son Modecate comprimé en raison de la rupture du stock et donc elle a eu un réajustement thérapeutique en remplaçant le Modecate par un autre antipsychotique le Melleril Cp 50 mg, tout en gardant les gouttes 2 % de l'Haldol.

En 2005 / 2006 / 2007 / 2008, pendant l'hospitalisation au cours de ces années, un traitement antipsychotique par le Modecate a été introduit à une dose de 25 mg Inj 3 Amp/mois, puis l'arrêt progressivement de l'Haldol 2 % et leur remplacement par le Largactil Cp 100 mg.

En 2009, elle a eu un réajustement thérapeutique, la bithérapie de l'Olanzapine Cp 10 mg avec le Largactil 100 mg. 2 mois après, l'arrêt de l'Olanzapine et le remplacer par le Respirox CP 4mg « le 1er jour : ½, le 2eme jour : ½, le 3ème jour : 1 », puis le relais avec le même traitement initial pour les deux années suivantes.

En 2011, un traitement injectable pendant 3 jours du Nozinan 25 mg/ml solution injectable 1 Amp en IM, Solian (Amisulpride) Cp 200 mg.

En 2012 / 2013 / 2014 / 2015, l'utilisation de la trithérapie du Nozinan cp 100 mg, le Modecate 25 mg Amp Inj 1 amp/mois, le Respirox 2 mg Cp.

En 2016 / 2017 / 2018, l'utilisation de la trithérapie du Largactil Cp 100 mg, l'Haldol 2% gouttes de solution buvable, le Modecate 25 mg Amp Inj 1 Amp/mois.

En 2019 / 2020 / 2021 du même l'utilisation d'une trithérapie, mais du Largactil gouttes 4%, Nozinan Cp 25mg, avec l'antipsychotique Abilify (Aripiprazole) Cp 15 mg /jour en une seule prise, jusqu'à maintenant avec ce schéma du traitement.

En cas de crise : La patiente doit recevoir immédiatement, un traitement injectable pendant 3 jours du Largactil Amp 25mg en IM, Haldol Amp Inj 50 mg en IM, en arrêtant le traitement oral et surveillant la tension artérielle (TA).

Après ces trois jours, on arrête le traitement injectable et on retourne au traitement oral.

B. La prise en charge médicamenteuse des manifestations associées :

En 2009, la prescription d'un antidépresseur, un anxiolytique et un hypnotique en association avec le traitement initial.

En 2019, l'utilisation du l'antidépresseur Laroxyl (Amitryptilline) 40 mg/ml solution buvable pour traiter la dépression associée.

L'utilisation des antipsychotiques à visée anxiolytique (pour traiter l'anxiété associée).

C. Prise en charge non médicamenteuse :

Un travail de sensibilisation a été fait avec la famille concernant la nature de la pathologie, son évolution et comment agir face aux différents troubles psycho cognitifs comportementaux.

Insister sur l'implication de la famille dans la prise en charge de patiente afin de garantir un meilleur suivi thérapeutique.

7. Evolution :

La patiente est toujours suivie au service avec des consultations régulières, une nette amélioration a été constatée notamment sur le mode comportemental avec correction significative des troubles psychotiques. Elle est plutôt stable en ce qui concerne les délires et l'activité hallucinatoire.

Cependant sur le plan cognitif, la patiente reste plus au moins inerte sans aggravation des symptômes.

IV. Conclusion :

Ce travail de recherche se veut une contribution en vue de mettre en lumière l'un des problèmes majeurs de la santé publique "la prise en charge de la santé mentale" notamment de la « schizophrénie », cette maladie qui a un taux faible en Algérie, mais qui est en outre en augmentation progressive.

La schizophrénie est une maladie dont les expressions sont multiples et sans qu'aucune de ses manifestations n'en soit spécifiques. Un siècle de prise en charge de travaux, d'élaboration théoriques a construit une base de connaissance permettant de mieux comprendre cette maladie, de mieux la soigner et de mieux accompagner les patients qui en souffrent.

Autrefois les spécialistes fournissaient peu d'explications à leurs patients et aux familles perçues comme coupables, c'est de cette ignorance que sont nés bien des malentendus et même les mouvements antipsychiatriques.

Maintenant, plusieurs cliniciens offrent de l'information aux patients et aux familles et acceptent de répondre aux invitations des groupes d'entraide et favorise un mouvement de collaboration en améliorant leurs connaissances, beaucoup de progrès dans la compréhension des maladies mentales et dans leurs traitements ont été faits.

Actuellement les clés du pronostic résident dans l'identification précoce de la maladie et dans l'établissement d'une harmonie thérapeutique et d'un soutien solide des proches et de l'environnement. La maîtrise de la sémiologie est indispensable pour comprendre l'expérience subjective du patient et les obstacles qui en résultant pour trouver un succès favorable.

Les formes cliniques changent au fil de l'actualité, des innovations thérapeutiques, de l'accès aux soins, de l'évolution de la société et du regard sur la maladie, ces changements entretiennent l'espoir d'une meilleure qualité de vie pour les patients et peut être d'une guérison.

Fiche patiente

Informations démographique et administrative (Caractéristique de la patiente)

Nom : B.	Prénom : F/Z.
Age : 45 ans.	Poids : / kg.
Sexe : Femme.	Numéro de lit : /
Entrée le : 01-04-1996.	Sortie le : 2021. (vivante)
Habitudes alimentaires : RAS.	Habitudes toxiques : RAS.

Informations médicales (antécédents de patiente)

Pathologie et Allergies :	Antécédents médicaux :
<ul style="list-style-type: none"> • RAS. 	<ul style="list-style-type: none"> • RAS.

- ❖ **Motif d'hospitalisation** : instabilité et décompensation psychotique aigüe.
- ❖ **Diagnostique** : en faveur de la Schizophrénie.
- ❖ **Histoire de la maladie** : la patiente avait consultée initialement au niveau du service de psychiatrie « Ibn Badis femmes de Frantz Fanon Blida » pour un premier épisode caractérisé par un délire enkysté, un trouble de l'activité hallucinatoire visuelle et auditive, une perturbation des fonctions instinctuelles notamment le sommeil, elle était admise au service de psychiatrie.
- ❖ **Urgence post-traumatique** : la patiente était hospitalisée pour un état de crise hallucinatoire, ces propos restaient incohérents et elle était toujours délirante.

Evolution Clinique

➤ 1996 :

- Patiente consciente, de présentation propre, correcte, hygiène corpo-vestimentaire bien entretenue.
- Instable sur le plan psychique avec un trouble de l'activité hallucinatoire visuelle et auditive, perturbation du sommeil.
- Amélioration du cas, et sortie de l'hôpital, après sa mise sous traitement antipsychotique et le maintenir les 6 ans qui suivent pour un état psychotique chronique.

➤ 2002 – 2008 :

- Patiente hospitalisée pour un état de crise en 2002 sans cause déterminée : après la crise on a noté une hypersomnie et forte asthénie, ces propos étaient incohérents, sa mimique légèrement anxieuse, toujours délirante, et se plaignait de troubles du sommeil à type d'insomnie d'endormissement.
- Changement des antipsychotiques, de la dose du traitement et l'association avec un traitement symptomatologique.

➤ 2009 – 2018 :

- La patiente a eu une réémergence des symptômes après un facteur déclenchant, elle est devenue très anxieuse, déprimée, instable, vociférée, de son discours émergeait un délire de persécution et de torture à l'encart d'une infirmière, état d'agitation psychomoteur, elle rapportait des hallucinations visuelles et auditives qui l'empêchaient parfois de dormir, elle revendiquait la sortie.
- La prescription d'un antidépresseur, un anxiolytique, un hypnotique en association avec le traitement initial.

➤ 2019 :

- Patiente de présentation propre et correcte, l'hygiène corpo-vestimentaire était bien entretenue, elle était orientée dans le temps et dans l'espace, l'attention et la concentration étaient soutenues, la mémoire était bien intégrée, les fonctions intellectuelles étaient conservées, la patiente reconnaît les caractères dangereux de ses troubles.

➤ 2021 :

- Devant l'amélioration clinique et psychique de la patiente, elle était déchargée et sortie de l'hôpital tout en poursuivant son traitement à domicile et en continuant son suivi au niveau de l'unité de consultation de psychiatrie chaque 03 mois.

Paramètres biologiques

Date /paramètre	<u>01-04-1996</u>	<u>/-11-2002</u>	<u>2009</u>	<u>2019</u>	<u>2021</u>
Hématologique					
HB (g/dl)	13.2	12.4	8.9	13.5	13.7
Hte (%)	35.7	38.9	30.0	39.6	36.8
Gb(x10³/μL)	6.1	5.4	11.2	6.3	6.3
PLQ(x10³/μL)	244	230	89	156	225
TP (%)	94%	90.3%	57%	63.7%	81%
INR	1.5	1.09	1.32	1.01	1.07
TCK (S'')	16.2	25	42	33.10	27
Biochimique					
Gly (G/L)	0.95	0.76	1.19	0.85	0.62
Créa (nmol/l)	49.4	43.2	40.5	38.1	
Urée (mmol/l)	1.54	1.13	1.23	1.00	
NA+	130.9	140.7	135.4	138	
K+	3.78	4.01	4.66	4.48	
Autre	HDL : 0.28mg% LDL : 1.15mg%	ASAT: 35U.I/L ALAT :18U.I/L Acide Urique : 51 mg/l	Calcium : 95mg/l Phosphorémie : 41mg/l Magnésémie : 22mg/l	CRP : 0.30 mg/l Ferritin 36mg/ml	

Examens complémentaires

L'IRM cérébrale faite ayant objectivée :

- Une réduction de volume cérébrale totale.
- Un élargissement des ventricules latéraux, qui semble être un trait héritable de la maladie.
- Une diminution du volume au sein des régions frontales, des ganglions de la base, des régions temporales, du système limbique, du thalamus et du cervelet.
- Une réduction de l'asymétrie cérébrale.
- Enfin des altérations du tractus des fibres de substance blanche.

Diagnostics et examens associés

- Un bilan sérologique « HIV 1 et 2, Hbs, Hba, Hbc, HCV, BW- TPHA (syphilis), VDRL (syphilis) » : Négatif.
 - Un suivi cardiaque : un ECG (électrocardiogramme) et une échographie cardiaque : Normale
- Un examen cardiovasculaire : B1 et B2 bien frappés, pas de souffle, pas du bruit sûr, le rythme n'accélère pas.
- Des varices dans les membres.
- TA (tension artérielle) = 11/7.
- Une échographie cervicale : Confirme la stabilité de la patiente sur le plan psychomoteur.
 - L'électrophorèse des protéines plasmatiques (EPP) : Pas de risque rapproché.
 - Examen digestif : Ballonnement important avec un transit accéléré.
 - Examen urogénital : Cycle menstruel régulier (dure 4 jrs selon la médication), pas de leucorrhées, pas de troubles urinaires rapportés par la patiente.
 - Examen musculaire : Bonne force musculaire.

Médicaments prescrits

Médicament	Spécialité (DCI)	Famille de médicament	Dosage et Posologie	Indication Thérapeutique	Duré du Trt
Modecate	Fluphénazine	Neuroleptique -Phénothiazines-	100 mg CP	Antipsychotique, Trt d'entretien des troubles psychiques notamment la schizophrénie.	
Modecate	Décanoate de Fluphénazine	Neuroleptique -Phénothiazines-	25 mg AMP INJ (1 AMP/ mois en IM)	Trt au long cours des états psychotiques chroniques (schizophrénies, délires, psychoses).	
Nozinan	lévomépromazine	Neuroleptiques -Phénothiazines - (Formes à activité immédiate)	- 25 mg CP (1/2 CP le soir) - 100 mg CP	Trt des états psychotiques (schizophrénies, délires chroniques, délires paranoïaques, psychoses hallucinatoires), à vise anxiolytique.	
Nozinan	lévomépromazine	Neuroleptiques -Phénothiazines-	25 mg SOL INJ (AMP en IM)	Trt des états psychotiques, de courte durée de certaines formes sévères d'épisodes hallucinatoires majeurs.	
Haldol	Halopéridol	Neuroleptiques -Butyrophénones- (Durée d'action courte)	2% (2mg/ml) GTE SOL BUV	Antipsychotique, Trt de la schizophrénie et du trouble schizo-affectif, des épisodes maniaques modérés à sévères.	
Haldol	Halopéridol	Neuroleptiques -Butyrophénones-	50 mg INJ (AMP en IM)	Antipsychotique, Trt aigu du délire en cas d'échec des traitements, en cas de crise.	
Melleril	Thioridazine	Neuroleptiques -Phénothiazines-	50 mg CP	psycholeptique atypique, Trt de la schizophrénie.	
Largactil	chlorpromazine	Neuroleptiques -Phénothiazines-	100 mg CP	Psycholeptiques chez l'adulte des états psychotiques aigus.	
Largactil	Chlorpromazine (chlorhydrate)	Neuroleptiques -Phénothiazines-	4% GTE SOL BUV	Antipsychotique Trt des schizophrénies, troubles du comportement.	
Largactil	Chlorpromazine (chlorhydrate)	Neuroleptiques -Phénothiazines -	25 mg AMP (INJ en IM)	Psycholeptique, Trt de la schizophrénie.	
Olanzapine	Olanzapine	Normothymiques -Olanzapine-	10 mg CP	Neuroleptiques, Trt de la schizophrénie.	
Respirox	Respirodone	Autres neuroleptiques	- 4 mg CP - 2 mg CP	Antipsychotique atypique utilisé dans le trt de la schizophrénie.	
Solian	Amisulpride	Neuroleptiques -Benzamides-	200 mg CP	Traitement de la schizophrénie.	
Abilify	Aripiprazole	Autres neuroleptiques	15 mg CP	Antipsychotique, indiqué dans le traitement de la schizophrénie.	
Laroxyl	Amitryptilline	Antidépresseurs -Imipraminiques-	40 mg/ ml SOL BUV	Trt des états dépressifs, des douleurs neuropathiques, céphalées de tension.	

Intervention pharmaceutique

Problème médicamenteux :

- 1 : contre-indication.
- 2 : problème de posologie.
- 3 : monitoring à suivre.

Type d'intervention :

- 1 : adaptation de la posologie.
- 2 : suivi thérapeutique.
- 3 : changement de médicament.

CONCLUSION

« L'histoire de la psychiatrie en Algérie reste à faire, et il serait présomptueux de notre part de prétendre combler cette lacune ».

R.BERTHELIER

La prise en charge psychiatrique n'a longtemps été représentée que par l'hospitalisation du patient, sous contrainte, à l'hôpital psychiatrique, se résumant à un aspect médico-légal de l'histoire de la maladie du patient.

En Algérie, L'évolution des soins psychiatriques tant sur le plan de la chimiothérapie que sur le plan des dispositifs de prise en charge, et l'évolution de la politique en santé mentale, ont modifié cet abord. Dans le même temps, la demande de soins psychiatriques en urgence s'accroît. Ces deux mouvements conjoints ont obligé les psychiatres et les autorités Algérienne à définir et à se préoccuper de la prise en charge de la santé mentale médicamenteuse, biologique, et même la psychoéducation.

Mais les troubles psychiques et leur prise en charge, ainsi que la psychiatrie souffre d'un système cloisonné de par l'histoire même de la maladie mentale et de la psychiatrie. Les représentations sociales de la maladie mentale reposent encore largement sur les notions de folie et de dangerosité et la prise en charge est difficilement perçue hors de l'hôpital.

La question de la stigmatisation des maladies mentales, vient s'inscrire dans les interrogations et les changements du système de soins en psychiatrie. La promotion de la santé mentale est une préoccupation essentielle devant les implications humaines et économiques, qu'elle soulève à ce jour. Et la prise en charge actuelle des troubles psychiques se veut dans une réintégration et une réhabilitation du sujet dans une vie citoyenne et sociale.

Au terme de ce travail, on arrive à conclure qu'Aujourd'hui, l'intérêt grandissant pour les questions de santé mentale, permet une amélioration des connaissances et une prise de conscience de la part des populations. Aussi la conception multidisciplinaire du domaine, et l'essor important des neurosciences et de la pharmacologie psychiatrique, soutenus par les différentes interventions et programmes entrepris, apportent une dynamique nouvelle, et promettent des progrès à venir en matière de prise en charge des troubles mentaux.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Santé mentale : WHO : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- (2) Prévention santé mentale : consulté le 14 mars 2022 <http://www.sante.gov.dz/prevention/322-sante-mentale.html>
- (3) Julien-Daniel Guelfi et Frédéric Rouillon 2006 : Manuel de psychiatrie 2 ème édition 2006.
- (4) Troubles mentaux : WHO <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- (5) Baudier, A. Céleste, B. (2010) : Le développement affectif et social du jeune enfant. 3 ème éd .Paris : Armand col.
- (6) Guide de la médecine et psychiatrie en Algérie <http://www.santemaghreb.com/algerie/loisanit3.htm>
- (7) Kacha F 2005 : La psychiatrie en Algérie. L'information psychiatrique Février 2005.
- (8) Plan national de la promotion de la santé mentale 2017-2020 : réalisé sous la direction de Pr Smail Mesbah.
- (9) Barlow; Abnormal psychology: An integrative approach (5th ed) Belmont, CA, Etats-Unis, Thomson Wordsworth 2005.
- (10) Histoire : Epidémiologie de l'état dépressif <https://www.etat-depressif.com/depression/histoire-epidemiologie/>
- (11) Eisinger P. Syndrome dépressif. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Traité de Médecine Akos, 2008.
- (12) Goodwin FK, Jamison KR. The manic-depressive illness. New York: O.U. Press; 1990.
- (13) Llorca P-M. La schizophrénie. In : Encyclopédie Orphanet. 2004. [cité 2 juillet 2015]. Disponible sur : <https://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf>
- (14) La Schizophrénie -Bernard Granger & Jean Naudin -Santé & Médecine, Le Cavalier Bleu édition 3.
- (15) Schizophrénie : Près d'un demi-million de cas enregistrés en Algérie .Avalable frome : <http://www.algerie360.com>.
- (16) DSM -4 - manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux: Elsevier Masson. 4eme édition.
- (17) http://www.psychanalyse.com/pdf/PSYCHOSE_ET_DELIRE_CHRONIQUE20ARTICLE_REVUE_DU_PARATICIEN.pdf
- (18) Traitements des schizophrénies <https://www.ma-schizophrenie.com/prise-en-charge/traitements-des-schizophrenies/>
- (19) Thérapie en psychiatri <http://www.blog-elsevier-masson.fr/2018/02/therapiescomportementales-cognitives%20schizophrenie/>

- (20) Henry C, Gay C: Maladie maniaco-dépressive ou troubles bipolaires. Encyclopédie Orphanet, janvier 2004
- (21) Maladies mentales : consulté le 21 mai 2022 : <https://sante.lefigaro.fr/>
- (22) Organe international de contrôle des stupéfiants : Disponibilité des opiacés pour les besoins médicaux, 1995, New York, Nations Unies.
- (23) BONTEMPS A., FAUCONNIER J., BOSSON J. L. et al. Evaluation de la prescription des médicaments dans un CHU ; J. Pharm. Clin. 1999
- (24) Effets indésirables des médicaments : consulté mai 2022 <https://pharmacomedicale.org>
- (25) Santé Mentale et Société (CESAMES) : Centre national de la recherche scientifique (CNRS) Université Paris-V René Descartes - Philippe Le Moigne, Sociologue -
- (26) Self-harm and antidepressant drugs investigation: Donovan S, Clayton A, and others. Br J Psychiatry 2000.
- (27) Addiction aux médicaments psychotropes : <https://www.cunea.fr/sites/default/files/ecn75.pdf>
- (28) Lehman & al. 1998, p 29 - Minuchin & Elizur, 1989, p 105.
- (29) L.Bouthilier, F.Filiatrault: 'Exploration du phénomène de stigmatisation au regard des activités de surveillance de l'état de santé de la population' (CESP : PDF ,2003)
- (30) Santé mentale et droits humains : 'Droits du patient et maladie mentale' (Univ. Genève)
- (31) Conférence ministérielle Européenne de l'OMS sur la santé mentale : 'Stigmatisation et discrimination envers les malades mentaux en Europe' (WHO, 2005)
- (32) La psychiatrie aujourd'hui (ed. Bensmail, B.), p. 260. Office des Publications Universitaire. [Google Scholar](#)
- (33) Ipsos Santé. Étude « Les Français et leur pharmacien ». 2008. Rapport d'étude disponiblesur : <http://www.ipsos.fr/sites/default/files/attachments/2427-3-enquete-86.pdf>.
- (34) Journal officiel de la république algérienne ; chapitre3 : Contrôle en matière d'acquisition et de détention de substances et médicaments ayant des propriétés psychotropes.
- (35) Le cadre réglementaire des médicaments stupéfiants et psychotropes – Dr Abdelhakim ZALIM, pharmacien inspecteur, chef de la division de l'inspection de la pharmacie.
- (36) Etude des bonnes pratiques de dispensation des psychotropes et neuroleptiques dans les officines ,2010
- (37) Prof. Alain Golay, Education thérapeutique du patient psychiatrique: nouveaux rôles du Pharmacien
- (38) P. Baumann ; Département de psychiatrie, université de Lausanne, DP-CHUV, Prilly, Lausanne, Suisse.
- (39) La conciliation des traitements médicamenteux : logigramme d'une démarche efficace pour prévenir les erreurs médicamenteuses à l'admission du patient hospitalisé. Le Pharmacien Hospitalier Et Clinicien septembre 2013.

Résumé :

Dans la pratique, la prise en charge en psychiatrie concerne, au-delà de toute maladie, chaque crise affective ou sociale, un deuil, une séparation, peuvent entraîner une réaction émotionnelle intense nécessitant une intervention spécialisée. Les schémas thérapeutiques en ces situations sont variables entre les prescripteurs notamment dans le choix des molécules et ses posologies, ainsi pour la psychothérapie et la prise en charge psychologique.

Plusieurs auteurs se sont penchés sur les conceptions sociales de la maladie mentale et de l'inter influences entre la société et la construction des problèmes de santé mentale.

Dans une perspective critique descriptive et rétrospective, la présente étude exploratoire porte sur les représentations de la souffrance associée aux problèmes de santé mentale en Algérie. Au terme d'une analyse de nos résultats s'organisent en deux grands axes : la santé mentale et les différents troubles des patients, de la souffrance d'un individu, et de la façon dont on prévoit y répondre qui est la prise en charge de la santé mentale.

Dans cette perspective, les travaux de la présente thèse s'articulent autour des différentes modalités de prise en charge en cas de troubles psychiatriques, pour cela nous avons réalisé une étude rétrospective à partir du registre des malades Schizophrènes au niveau du service de psychiatrie de CHU Frantz Fanon de Blida.

Mots clés : Santé mentale, prise en charge, maladies mentale, psychiatrie en Algérie, médicaments psychotropes, psychothérapies, Législation, stigmatisation, schizophrénie...

Abstract :

In practice, psychiatric care concerns, beyond any disease, each affective or social crisis, bereavement, separation, can lead to an intense emotional reaction requiring specialized intervention.

Therapeutic regimens in these situations vary between prescribers, particularly in the choice of molecules and their dosages, as well as for psychotherapy and psychological care.

Several authors have looked into the social conceptions of mental illness and the inter-influences between society and the construction of mental health problems.

From a descriptive and retrospective critical perspective, this exploratory study focuses on the representations of suffering associated with mental health problems in Algeria. At the end of an analysis of our results are organized into two main axes: mental health and the various disorders of the patients, the suffering of an individual, and the way in which we plan to respond to it, which is the care of mental health.

In this perspective, the work of this thesis revolves around the different modalities of care in the event of psychiatric disorders, for this we carried out a retrospective study from the register of schizophrenic patients at the level of the psychiatry department of CHU Frantz Fanon de Blida.

Key words: Mental health, care, mental illnesses, psychiatry in Algeria, psychotropic drugs, psychotherapies, Legislation, stigma, schizophrenia...

ملخص:

في الممارسة العملية، يمكن أن تؤدي مخاوف الرعاية النفسية، بخلاف أي مرض، إلى حدوث رد فعل عاطفي شديد يتطلب تدخلاً متخصصاً، تختلف الأنظمة العلاجية في هذه الحالات بين الواسفين، لا سيما في اختيار الأدوية وجرعاتها، وكذلك العلاج النفسي والرعاية النفسية.

نظر العديد من المؤلفين في المفاهيم الاجتماعية للأمراض العقلية والتأثيرات المتبادلة بين المجتمع وبناء مشاكل الصحة العقلية.

من منظور نقدي وصفي وأثر رجعي، تركز هذه الدراسة الاستكشافية على تمثيل المعاناة المرتبطة بمشاكل الصحة العقلية في الجزائر. في نهاية تحليل نتائجنا تم تنظيمها في محورين رئيسيين: الصحة النفسية والاضطرابات المختلفة للمرضى ومعاناة الفرد، والطريقة التي نخطط بها للاستجابة لها، وهي إدارة الصحة العقلية.

من هذا المنظور، يدور عمل هذه الأطروحة حول طرق الرعاية المختلفة في حالة الاضطرابات النفسية، ولهذا أجرينا دراسة بأثر رجعي من سجل مرضى الفصام على مستوى قسم الطب النفسي في مستشفى فرانتز فانون البلدية.

الكلمات المفتاحية: الصحة النفسية، الرعاية، الأمراض العقلية، الطب النفسي في الجزائر، المؤثرات العقلية، العلاج

النفسي، التشريع، وصمة العار، الفصام...

