



Article Original

Profil des Patients Vus en Consultation Psychiatrique au CHU-Campus de Lomé

Profile of psychiatric outpatients at the University Teaching Hospital campus of Lomé

Saliou Salifou¹, Daméga Wenkourama², Kokou Messanh Agbémélé Soedje³, Lucrèce Anagonou², Sonia Kanekatoua², Komlan Mawuko Gbetogbe², Kodjo Matey⁴, Kolou Simliwa Dassa³

RÉSUMÉ

But. Décrire le profil clinique des patients vus en consultation psychiatrique au CHU-Campus de Lomé. **Méthodologie.** Nous avons mené une étude prospective portant sur des patients reçus en consultation psychiatrique à la CPPM du CHU-Campus de Lomé du 1er août 2005 au 31 juillet 2006. Les données recueillies et analysées concernaient les données sociodémographiques, le motif de consultation, les facteurs déclenchants des troubles, l'histoire psychiatrique personnelle et familiale, le diagnostic et le résultat du test VIH. **Résultats.** 218 sujets ont été recrutés (116-femmes et 102 hommes). L'âge moyen était de 31,5±12,1 ans et les adultes jeunes de 20 à 49 ans représentaient 77,5% des cas. Les célibataires représentaient 40,37% de l'effectif. Parmi les mariés, 77,33% étaient en régime matrimonial monogamique. Les enfants et adolescents étaient issus d'une famille polygame dans 64,71% des cas. Les élèves, les ouvriers et artisans, les sans-emplois représentaient respectivement 19,27% ; 17,43% ; 13,76% des cas. Les plus fréquents motifs de consultation étaient le délire (38,5%) suivi de l'insomnie (27,5%), de l'agitation (25,7%) et de l'hallucination (23,9%). Les facteurs déclenchants les plus fréquents étaient les conflits familiaux (25,69%) et les difficultés financières (14,22%). Les patients avaient un antécédent psychiatrique personnel dans 34% des cas et un antécédent psychiatrique familial dans 13,3% des cas. Les troubles psychotiques aigus, l'épisode dépressif, la schizophrénie et les troubles anxieux ont été les diagnostics les plus fréquents soit respectivement 30,73% ; 21,10% ; 17,43% et 15,13% des cas. 6,9 % des patients étaient séropositifs au VIH. **Conclusion.** Les troubles psychotiques aigus, l'épisode dépressif, la schizophrénie et les troubles anxieux sont les troubles psychiatriques les plus fréquents. Ils sont déclenchés par les conflits familiaux et/ou les difficultés financières et sont l'apanage des adultes jeunes célibataires.

ABSTRACT

Purpose. To describe the clinical profile of patients in psychiatric consultation at the CHU-Campus of Lomé. **Methods.** This was a prospective study concerning patients received in psychiatric consultation in the CPPM of the CHU-Campus of Lomé from August 1st, 2005 until July 31st, 2006. **Results.** 218 patients were recruited (116 female, 102 male). The mean age was 31.5 ± 12.1 years and young adults aged 20 to 49 years represented 77.5% of the cases. Unmarried people accounted for 40.37%. For married patients, monogamy prevailed (77.33%). Children and adolescents came from a polygamous family in 64.71% of cases. Pupils, workers and artisans, and unemployed accounted respectively for 19.27%; 17.43%; 13.76% of cases. The most common reasons for consultation were delirium (38.5%) insomnia (27.5%), agitation (25.7%) and hallucination (23.9%). The commonest triggering factors of the disorders were family conflicts (25.69%) and financial difficulties (14.22%). Patients had a personal psychiatric history in 34% of cases and a family psychiatric history in 13.3% of cases. Acute psychotic disorders, depressive episode, schizophrenia and anxious disorders were the most common diagnoses, accounting for 30.73%; 21.10%; 17.43% and 15.13% of cases. 6.9% of patients were seropositive to HIV. **Conclusion.** Acute psychotic disorders, depressive episode, schizophrenia and anxious disorders are the commonest psychiatric disorders. They are triggered by family conflicts and/or financial difficulties. They mainly affect the unmarried young female.

1 Université de Lomé, Faculté des Sciences de la Santé, Clinique Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo.

2 Université d'Abomey-Calavi, Faculté des Sciences de la Santé, Cotonou, Bénin.

3 Université de Lomé, Faculté des Sciences de la Santé, Clinique de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU Campus, Lomé, Togo.

4 Université de Lomé, Faculté des Sciences de la Santé, Service de Pédiatrie, CHU Campus, Lomé, Togo.

Auteur correspondant :

Docteur Saliou SALIFOU

05B.P465 Lomé-

Agbalépédogan/Togo

Tél : 0022893195827

E-mail :

salioubab@gmail.com

Les auteurs ne déclarent aucuns conflits d'intérêts

Mots clés : Troubles psychiatriques, Lomé, Togo.

Key words: Psychiatric disorders, Lome, Togo.

INTRODUCTION

Les pathologies psychiatriques constituent un enjeu majeur de santé publique. Dans le monde, une personne sur quatre présente un ou plusieurs troubles mentaux ou du comportement au cours de sa vie [1]. L'incidence de ces troubles a tendance à augmenter dans les situations de crise et de précarité. Au Togo, vu les multiples crises sociopolitiques et économiques que connaît la population depuis 1990, nous estimons que la santé mentale de la population est fortement affectée. Cette hypothèse a fait l'objet de notre étude dont le but était de décrire le profil des patients en consultation psychiatrique au CHU-Campus de Lomé.

MÉTHODOLOGIE

Cadre d'étude

La Clinique de Psychiatrie et de Psychologie Médicale (CPPM) du CHU-CAMPUS de Lomé a servi de cadre pour notre étude.

Méthode d'étude

Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude prospective portant sur des patients reçus en consultation psychiatrique à la CPPM du CHU-CAMPUS de Lomé du 1er août 2005 au 31 juillet 2006.

Population d'étude

Elle a été constituée à partir d'un échantillonnage exhaustif par choix raisonné des patients venus en consultation psychiatrique à la CPPM du CHU-CAMPUS de Lomé du 1er août 2005 au 31 janvier 2006 (période de recrutement des patients). Cette période de recrutement a permis au dernier patient recruté d'avoir au minimum 6 mois de suivi.

Nous avons inclus les sujets des deux sexes, tout âge confondu, reçus en consultation à la CPPM du CHU-CAMPUS de Lomé pour des affections psychiatriques au cours des six premiers mois de la période d'étude. N'ont pas été inclus dans cette étude, les anciens malades de la CPPM du CHU-CAMPUS de Lomé, revenus pour leur suivi ainsi que les patients reçus au cours de la période d'étude et qui ne présentaient pas d'affections psychiatriques.

Collecte des données

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête préétablie comportant les principales caractéristiques suivantes : données sociodémographiques (âge, sexe, profession, situation matrimoniale, religion, provenance), environnement familial, antécédents psychiatriques personnels et familiaux, itinéraire thérapeutique, conduites addictives, facteurs déclenchants, motifs de consultation, diagnostics, sérologie VIH et prise en charge thérapeutique (chimiothérapie, psychothérapie).

Le chapitre F (troubles mentaux et troubles de comportement) de la 10^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé a été notre référence diagnostique.

Analyse des données

Les données ont été saisies au moyen du logiciel EPIDATA et traitées au moyen du logiciel Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Les tableaux ont été réalisés au moyen du logiciel EXCEL 2003.

Considérations éthiques

Les patients répondant aux critères d'inclusion ont été informés sur l'étude. Un formulaire de consentement libre et éclairé a été signé par chaque patient. La confidentialité et l'anonymat ont été respectés.

RÉSULTATS

Au cours de la période de recrutement (1^{er} août 2005 au 31 janvier 2006), 218 patients ont répondu aux critères d'inclusion sur 384 patients reçus à la CPPM du CHU-CAMPUS de Lomé. Cent soixante-six patients (dont 120 anciens malades revenus pour contrôle, 26 nouveaux patients ayant refusé de participer à l'étude et 20 nouveaux patients ayant présenté des affections non psychiatriques) n'ont pas fait l'objet de notre étude.

Données démographiques

Parmi les 218, les adultes jeunes de 20 à 49 ans ont représenté 77,50% des cas. L'âge moyen de nos patients a été de 31,5±12,1 ans avec des extrêmes de 6 et 74 ans. Le sexe féminin a prédominé avec une sex-ratio à 0,88. Les célibataires ont représenté 40,37% et les mariés 34,40% des cas (Tableau I).

Tableau I : Répartition des patients selon le sexe et le statut matrimonial

	Masculin		Féminin		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Célibataire	56	25,69	32	14,68	88	40,37
Marié (e)	26	11,93	49	22,48	75	34,40
Divorcé (e)	4	1,83	7	3,21	11	5,04
Veuf (ve)	2	0,92	8	3,67	10	4,59
Sans objet*	14	6,42	20	9,17	34	15,60
Total	102	46,79	116	53,21	218	100

* enfants et adolescents non concernés par le mariage.

Le régime de monogamie a été le choix de 77,33% des patients mariés, soit 88,50% des hommes mariés et 71,40% des femmes mariées. Les enfants et adolescents étaient issus d'une famille polygame dans 64,71% des cas et vivaient avec un seul parent dans 58,83% des cas. Les orphelins ont représenté 23,52% des enfants et adolescents reçus (Tableau II).

Tableau II : Répartition des enfants et adolescents selon l'environnement familial

Statut	n	(%)
Issu d'une famille polygame	22	64,71
Issu d'une famille monogame	12	35,29
Vivant avec les deux parents	10	29,41
Vivant avec la mère	13	38,23
Vivant avec le père	7	20,60
Orphelins	8	23,52
Confiés	4	11,76

* Association de plusieurs paramètres possible

Les élèves, les ouvriers et artisans, les sans-emplois ont représenté respectivement 19,27% ; 17,43% ; 13,76% des cas (Tableau III). Quarante-vingt-quatre virgule quatre-vingt-six pour cent des patients étaient de la religion chrétienne, 7,34% étaient de la religion musulmane, 5,97% étaient de la religion animiste. Les autres religions (asiatiques) ont représenté 1,83% des patients. Soixante-seize virgule six pour cent des patients sont venus de Lomé et ses banlieues ; 17,4% sont venus des autres villes du Togo et 6,0% sont venus d'autres pays.

Tableau III : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	(%)
Elève	42	19,27
Ouvrier/Artisan	38	17,43
Sans emploi	30	13,76
Commerçant	28	12,84
Fonctionnaire	26	11,93
Ménagère	23	10,55
Etudiant	17	7,80
Religieux	8	3,67
Militaire	6	2,75
Total	218	100

Données cliniques

Les plus fréquents motifs de consultation ont été le délire (38,5%) suivi de l'insomnie (27,5%), de l'agitation (25,7%) et de l'hallucination (23,9%). Les tentatives de suicide ont représenté 5,02% des cas (Tableau IV).

Tableau IV : Répartition des patients en fonction du motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	(%)
Délire	84	38,5
Insomnie	60	27,5
Agitation	56	25,7
Hallucination	52	23,9
Agressivité	44	20,2
Logorrhée	38	17,4
Anorexie	27	12,4
Tristesse	25	11,5
Fugue	23	10,6
Cénesthopathie	21	9,6
Asthénie	18	8,3
Anxiété	17	7,8
Céphalées	17	7,8
Tentative de suicide	11	5,0

* Association de plusieurs paramètres possible

Les facteurs déclenchants des troubles ont été dominés par les conflits familiaux (25,69%), les difficultés financières (14,22%), le divorce des parents (9,63%) et la stérilité (8,72%) (Tableau V).

Tableau V : Répartition des patients en fonction des facteurs déclenchants

	Effectif	(%)
Conflit familial	56	25,69
Difficulté financière	31	14,22
Divorce des parents	21	9,63
Stérilité	19	8,72
Conflit au service	17	7,80
Avortement	12	5,50
Décès dans la famille	11	5,05
Accouchement	8	3,67
Maltraitance	7	3,21
Abus sexuel	6	2,75
Autres (Maladies, Accident, Abandon parental...)	30	13,76

* Association de plusieurs paramètres possible

Cinquante-quatre virgule six pour cent des patients sont venus directement en psychiatrie lors du premier épisode. Les autres patients ont d'abord consulté un centre de prière (27,1%), un tradithérapeute (17,4%) ou en médecine chinoise (0,9%). Trente-quatre pour cent des patients ont eu un antécédent psychiatrique personnel ; le trouble psychotique aigu (46,67%), la schizophrénie (17,33%) et la dépression (16,0%) ont été les antécédents personnels les plus rencontrés. Treize virgule trois pour cent des patients ont eu un antécédent psychiatrique familial ; le trouble psychotique aigu (44,83%), la schizophrénie (24,14%) et le trouble bipolaire (13,79%) ont été les antécédents familiaux les plus rencontrés. Treize virgule soixante-seize pour cent des patients sont des consommateurs d'alcool et 4,59% des patients ont un parent alcoolique. Six pour cent des patients sont des consommateurs de cannabis et 2,29% ont un frère toxicomane. Les troubles psychotiques aigus, l'épisode dépressif, la schizophrénie et les troubles anxieux ont été les diagnostics les plus représentés soient respectivement 30,73% ; 21,10% ; 17,43% et 15,13% des cas (Tableau VI).

Tableau VI : Répartition des patients en fonction du diagnostic

Motif de consultation	Effectif	(%)
Trouble psychotique aigu	67	30,73
Épisode dépressif	46	21,10
Schizophrénie	38	17,43
Trouble anxieux	33	15,13
Trouble bipolaire	17	7,80
Toxicomanie	5	2,29
Démence	5	2,29
Troubles somatoformes	4	1,84
Retard mental	3	1,38
Total	218	100

6,9 % des patients sont séropositifs au VIH (5,5% de VIH1 et 1,4% de VIH 1 et 2). L'hospitalisation a prédominé avec 57,8% contre 42,2% de traitement

ambulatoire. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 8,2 jours avec des extrêmes de 1 à 31 jours. Cinquante-neuf virgule dix-sept pour cent des patients ont bénéficié d'une chimiothérapie associée à une psychothérapie. Vingt-trois virgule quatre-vingt-cinq pour cent des patients ont eu exclusivement une chimiothérapie et 16,98% une psychothérapie exclusive. Trente-six virgule vingt-quatre pour cent des patients ont eu une bonne observance thérapeutique, 46,79% sont perdus de vue et 16,97% manque de moyen financier pour continuer le traitement.

DISCUSSION

Données démographiques

Âge

Les adultes jeunes (77,5%) ont été les plus représentés dans notre étude, et l'âge moyen de nos patients a été de $31,5 \pm 12,1$ ans. Ces résultats sont comparables à ceux d'autres auteurs. Ainsi, Tognidé et al [2] au Bénin avait trouvé une prédominance de la tranche d'âge 21 à 30 ans (27,30%) et de la tranche d'âge 31 à 40 ans (20,60%). De même Chastang et al [3] en France et Young et al [4] au Canada avaient trouvé respectivement un âge moyen de 36,6 ans et de $27,3 \pm 13,4$ ans. La prédominance des affections psychiatriques chez les adultes jeunes s'explique par le fait que ces âges représentent une période critique de la vie active ou les préoccupations sont d'ordre professionnel et matrimonial.

Sexe

Le sexe féminin a prédominé avec un sex-ratio de 0,88. Ce résultat concorde avec ceux de Tognidé et al [2], de Chastang et al [3] et de Young et al [4] qui avaient trouvé une prédominance féminine avec respectivement un sex-ratio de 0,91 ; 0,75 et 0,68. Dans notre contexte, la prédominance féminine est en rapport d'une part avec la répartition des femmes (51,3%) dans la population générale [5] ; d'autre part avec le vécu quotidien des femmes africaines : femme « aux mille bras » à la fois épouse, mère et sœur, non scolarisée, mariée précocement et dépendante financièrement du mari. La femme est également la cible des violences domestiques et reste souvent dépourvue de l'avoir, du savoir et du pouvoir [6].

État civil

Les célibataires (40,37%) ont été les plus représentés dans notre étude. Les célibataires (52%) avaient aussi prédominé dans la série de Young et al [4]. Ces résultats sont en accord avec les données démographiques. En effet, les célibataires sont souvent des adultes jeunes, confrontés dans la plupart des cas aux difficultés professionnelles et affectives. Les mariés vivant sous le régime de monogamie ont plus présenté d'affections psychiatriques (77,33%) que ceux du régime de polygamie. Chez les hommes, la monogamie semble être en conflit avec le fantasme masculin (être l'objet du désir de toutes les femmes). Chez les femmes, le deuil du « prince charmant (beau, riche, présent, fidèle et affectueux) » semble irréalisable. La polygamie semble être en conflit avec l'idéal féminin. Alors, apparaît une

désillusion du couple dans le mariage. Le mariage devenant source de conflits tandis que le divorce est rarement envisageable dans la culture africaine. En Afrique traditionnelle, la polygamie est plutôt envisagée comme solution pour un couple en difficulté. Nous, nous pensons que la véritable solution pourrait venir de l'échange d'un compromis contre un autre et pour cela, le couple devra avoir un esprit assez ouvert et avoir un dialogue franc et sincère.

Les enfants et adolescents vivaient en famille polygame dans 64,71% des cas. Ce résultat est similaire à celui trouvé par DASSA et al (79%) [7]. Ce résultat n'est que le reflet de la situation matrimoniale au Togo où la pratique de la polygamie est courante. De même, les enfants et adolescents vivant en famille monoparentale, avaient plus de problèmes psychiatriques (58,83% des cas).

Profession

Dans notre étude, les élèves (19,27%), les ouvriers et artisans (17,43%) et les sans emploi (13,76%) ont été surreprésentés. Young et al [4] avait rapporté 69,7% de sans emploi. Certains ouvriers et artisans, ainsi que les ménagères n'ayant pas de revenus fixes, pouvaient être assimilés aux sans emploi ; ainsi nos résultats se rapprocheraient de ceux de Young et al [4].

Données cliniques

Motif de consultation

Les motifs de consultation les plus fréquents ont été le délire (38,5%) suivi de l'insomnie (27,5%), de l'agitation (25,7%) et de l'hallucination (23,9%). Les tentatives de suicide n'ont représenté que 5,02% des cas. Nos résultats concordent avec la revue de la littérature africaine : Ihuezue et al [8] au Nigeria et Coulibaly et al [9] au Mali. Par contre, nos résultats divergent de ceux des pays industrialisés où les tentatives de suicide constituent un des principaux motifs de consultation des patients en psychiatrie [3, 4, 10]. Cet écart entre les résultats des pays africains et ceux des pays occidentaux trouve plusieurs raisons. D'une part, la culture africaine renforce le mécanisme projectif. L'africain se culpabilise rarement. La faute est souvent à l'autre. En plus, la vie est sacrée en Afrique et nul ne peut se permettre de l'interrompre, sous peine d'une sanction divine. D'autre part, la solidarité africaine, la famille africaine élargie sont une protection supplémentaire pour l'individu en détresse.

Antécédents psychiatriques

Dans notre série 34,40% des patients ont eu un antécédent psychiatrique personnel et 13,30% un antécédent psychiatrique familial. Chastang et al [3] avait noté un taux plus élevé d'antécédents psychiatriques personnels (78,9%), du à leur méthode d'échantillonnage. Le trouble psychotique aigu a été l'antécédent le plus fréquent : personnel (46,67%), familial (44,83%). Pour Chastang et al [3], la dépression (35,3%) avait dominé le tableau des antécédents. Cette différence n'exclut pas la dépression à Lomé. Le trouble psychotique aigu avec sa panoplie de symptômes (agressivité, agitation, délire polymorphe etc...) motive

beaucoup plus les consultations psychiatriques dans nos milieux que la dépression.

Séropositivité Au VIH

Parmi les patients de notre étude, 6,9% sont séropositifs au VIH. Le taux élevé de séropositif dans notre échantillon par rapport à la population générale (4%) [11] s'explique par le fait que l'infection au VIH est pourvoyeuse de manifestations psychiatriques.

Diagnostic

Dans notre série les troubles psychotiques aigus ont été le diagnostic le plus rencontré (30,73%), suivis de l'épisode dépressif (18,81%). Cette fréquence des troubles psychotiques aigus s'oppose à la tendance mondiale. Young et al [4] ont trouvé une prédominance de l'épisode dépressif (27,9%) ; Chastang et al [3] ont rapporté une prédominance des tentatives de suicide (51,9%). Ce taux élevé de troubles psychotiques aigus dans notre série s'explique par sa panoplie de symptômes (agressivité, agitation, délire polymorphe etc...) qui motivent plus rapidement les consultations psychiatriques. La dépression avec ses symptômes non perturbateurs de l'environnement familial n'encourage pas les consultations psychiatriques. Au pire des cas, le patient et son entourage pensent à des causes surnaturelles et s'orientent vers les tradithérapeutes ou les centre de prière.

CONCLUSION

Dans notre milieu, les troubles psychiatriques, déclenchés par les conflits familiaux (25,69%) et/ou les difficultés financières (14,22%), sont l'apanage des adultes jeunes (77,5%) célibataires (40,37%) ou mariés sous le régime de monogamie (77,33%). Les personnes atteintes ont parfois un antécédent psychiatrique

personnel (34,40%) et/ou familial (13,30%) et présentent le plus souvent un délire (38,5%), une insomnie (27,5%), une agitation (25,7%) et des hallucinations (23,9%). Les diagnostics souvent posés par les médecins psychiatres sont : le trouble psychotique aigu (30,73%), l'épisode dépressif (18,81%), la schizophrénie (17,43%) et le trouble anxieux (15,13%).

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Saliou SALIFOU : conception de l'étude, constitution de l'échantillon, enquête, analyse statistique, rédaction du rapport de l'étude.

Daméga WENKOURAMA : enquête, lecture et correction du rapport de l'étude.

Kokou Messanh Agbémélé SOEDJE : analyse statistique, lecture et correction du rapport de l'étude.

Lucrèce ANAGONOU: lecture et correction du rapport de l'étude.

Sonia KANEKATOA : lecture et correction du rapport de l'étude.

Komlan Mawuko GBETOGBE : lecture et correction du rapport de l'étude.

Kodjo MATEY: lecture et correction du rapport de l'étude.

Kolou Simliwa DASSA : lecture et correction du rapport de l'étude.

RÉFÉRENCES

1. World Health Organization. Noncommunicable Disease and Mental Health. Bulletin of WHO 2006 ; p6.
2. Tognidé CM, Klikpo E, Gansou GM, Tognon F, Gandaho P., Ezin Houngré J., Ahyi RG. Itinéraire thérapeutique des malades mentaux reçus dans le service de psychiatrie du CNHU-HKM de Cotonou (Bénin). Le Bénin Médical 2010; 45/46: 32-38.
3. Chastang F, Rioux P, Kovess V, Lorteau Ph, Bazin C, Zarifian E. Etude épidémiologique des patients et suicidants admis aux urgences psychiatriques d'un hôpital général. Revue d'épidémiologie et Santé Publique 1996; 44 (5): 427-436.
4. Young LT, Hood E, Abbey SE, Malcolmson SA. Psychiatric Consultation in the Eastern Canadian Arctic: II. Referral Patterns, Diagnoses and Treatment. Canadian Journal of Psychiatry 1993; 38(1): 28-31.
5. République Togolaise. Principaux indicateurs de santé 2004. Ministère de la santé, 2005.
6. Dassa SK, Balaka B, Douti NK, Agbèrè AR, Ahyi RG, Ferrari P. Connaissances et perceptions des violences domestiques à Lomé (Togo). Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2005 ; 53(8): 432-436.
7. Dassa SK, Balaka B, Douti NK, Banakinao MY, Kouassi AK, Agbèrè AR, Ahyi RG, Ferrari P. Etude sur la maltraitance des enfants dans les familles au Togo et réflexion sur les normes éducatives. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2005 ; 53(8): 426-431.
8. Ihezue UH, Okonkwo KO, Okerere ENC. Long stay patients in a Nigerian prison mental hospital. Psychopathologie africaine 1993 ; 15(1):77-93.
9. Coulibaly B, Koumare B, Coudray JP. La demande de soins psychiatriques au Mali : données d'épidémiologie hospitalière. Psychopathologie africaine 1983 ; 19(3) : 261-286.
10. Houbart L, Gernay X, Gernay P, Berger N, Foatelli FM. Le suicide des jeunes adultes: Comorbidité psychiatrique et psychosociale. Revue Médicale de Liège 2005 ; 60(7-8) : 669-675.
11. ONUSIDA/OMS. Le point sur l'épidémie de SIDA, décembre 2005 ; p29.