

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET CLINIQUES
DES PSYCHOSES DELIRANTES AIGUES DE 1997 A
2001 AU DISPENSAIRE D'HYGIENE MENTALE DE
L'INSP D'ABIDJAN**

Patrice Yao Yavo

► **To cite this version:**

Patrice Yao Yavo. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET CLINIQUES DES PSYCHOSES DELIRANTES AIGUES DE 1997 A 2001 AU DISPENSAIRE D'HYGIENE MENTALE DE L'INSP D'ABIDJAN. Neurosciences [q-bio.NC]. Université de Cocody, 2003. Français. tel-00266538

HAL Id: tel-00266538

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00266538>

Submitted on 24 Mar 2008

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union – Discipline - Travail

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

T H E S E

Année : 2002- 2003

N°.....

Pour l'obtention du

DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET CLINIQUES
DES PSYCHOSES DELIRANTES AIGUES (PDA)
DE 1997 A 2001
AU DISPENSAIRE D'HYGIENE MENTALE DE L'I.N.S.P.**

Présentée et soutenue publiquement le 25 juin 2003
par :

YAO YAVO Patrice

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur KOUAKOU N'ZUE Marcel
Directeur de Thèse : Monsieur le Professeur DELAFOSSE Roger Charles Joseph
Accesseurs : Monsieur le Professeur Agrégé KONE Drissa
: Monsieur le Professeur Agrégé AKA BOUSSOU Romain

RESUME

Notre étude, essentiellement rétrospective, a porté sur 60 cas de PDA au Dispensaire d'Hygiène Mentale à l'INSP du Plateau du 1^{er} janvier 1997 au 31 décembre 2001.

L'objectif de ce travail était d'analyser les aspects épidémiologiques et cliniques des PDA. Au terme de ce travail, nous pouvons retenir les points suivants :

- une prédominance des sujets de sexe féminin 55%,
- la tranche d'âge est comprise entre 16 et 29 ans,
- les délirants aigus les plus fréquents sont les artisans 20%, les élèves et étudiants avec un taux de 28,4% et les sans profession 16,7% ,
- une prédominance des célibataires 66,7%,
- les facteurs déclenchants identifiés sont : les conflits familial, conjugal, social et la puerpéralité,
- le début est brutal avec une instabilité psychomotrice,
- l'évolution est favorable à 58,4% à court terme et 31,6% à long terme,
- la réinsertion socioprofessionnelle est difficile à 40% des cas.

Ces résultats doivent susciter une réflexion permettant une amélioration de l'accueil avec un accroissement du personnel et des activités de formation continue afin de maintenir la qualité des soins ; mais surtout de promouvoir une action préventive des rechutes par une assistance psychiatrique d'au moins un semestre.

Mots clés : Epidémiologie - Psychose - Délire aigu - Evolution - Traitement

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET CLINIQUES
DES PSYCHOSES DELIRANTES AIGUES (PDA)
DE 1997 A 2001
AU DISPENSAIRE D'HYGIENE MENTALE DE L'I.N.S.P.**

SOMMAIRE

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	4
PREMIERE PARTIE : GENERALITES	
I – DEFINITION.....	8
II – LE CONCEPT DE BOUFFEE DELIRANTE.....	10
III – ETUDE CLINIQUE.....	14
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE.....	7
I – OBJECTIFS.....	23
II – METHODOLOGIE.....	25
II-1-Cadre de l'étude.....	26
II -2-Type et Population d'étude.....	27
a- Type d'étude.....	27
b- Population d'étude.....	27
II-3-Recueil des données.....	28
a- Outils	28
b- Méthodes	28
II-4-Traitement des données.....	28
III – RESULTATS.....	29
IV – ANALYSES.....	76
TROISIEME PARTIE : PROPOSITIONS.....	88
CONCLUSION.....	91
REFERENCES.....	94
ANNEXES.....	99

ABREVIATIONS

ATCD : Antécédents

BDZ : Benzodiazépines

BD : Bouffée Délirante Polymorphe

CES : Certificat d'Etudes Spéciales

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DHM : Dispensaire d'Hygiène Mentale

HDM : Histoire de la Maladie

HPB : Hôpital Psychiatrique de Bingerville

IDES : Infirmier Diplômé d'Etat Spécialisé

INSP : Institut National de Santé publique

NAP : Neuroleptiques à Action Prolongée

PDA : Psychose Délirante Aiguë

RDV : Rendez-vous

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'OMS définit la SANTE comme étant : "un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité"[12].

De ce fait, la Santé Mentale se définit comme l'aptitude du psychisme à fonctionner de façon harmonieuse, agréable, efficace et lorsque les circonstances le permettent, à faire face avec souplesse aux situations difficiles et rétablir après l'épreuve son équilibre dynamique [2] C'est ainsi que la santé intellectuelle se manifeste par le goût de l'action, la faculté de s'adapter. Toute défaillance mentale pourrait être source de trouble du comportement et/ou du raisonnement, ce qui entraîne chez l'entourage immédiat des inquiétudes tant médicales, sociales qu'économiques.

Ces expressions que sont classiquement les psychoses et les névroses se différencient par le fait que les opérations mentales sont généralement intactes dans les névroses.

Les Psychoses Délirantes Aiguës ou PDA se caractérisent par des états délirants d'installation brutale, à la symptomatologie riche et polymorphe.

L'idée délirante, l'élément spécifique est une conviction strictement subjective du sujet qui bouleverse ses rapports avec l'entourage.

Dans sa forme typique, le délire s'installe d'emblée et varie d'un moment à l'autre, dans ses thèmes (mystique, persécutif, religieux) et ses mécanismes (hallucinations, illusion, interprétation, et automatisme mental). Il est immédiatement vécu avec une conviction totale et s'accompagne de fluctuations thymiques

intenses, de l'euphorie à l'angoisse et la tristesse sans trouble de la conscience.

L'évolution peut être spontanément résolutive avec retour à l'état psychique antérieur.

En Côte d'Ivoire, seule l'étude de DELAFOSSE [9] a permis de dégager les différentes évolutions des PDA des patients reçus en consultation de psychiatrie. C'est dans ce contexte que s'inscrit notre étude dont l'objectif général est la prise en charge des Psychoses Délirantes Aiguës. Et de façon spécifique, il s'agit :

- d'identifier les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des PDA,
- d'analyser l'évolution des PDA,
- et de proposer des mesures visant à améliorer la prise en charge des PDA.

PREMIERE PARTIE :

GENERALITES

I - DEFINITION

La Bouffée Délirante est une maladie mentale qui se caractérise par une apparition soudaine d'un délire riche et polymorphe, procédant d'altérations des perceptions, d'intuitions subites, de distorsions du jugement et de débordement imaginaire entraînant un bouleversement profond mais transitoire du sujet avec le monde extérieur [14].

Les termes de : "Psychoses Délirantes Aiguës", "psychoses hallucinatoires aiguës", "états oniroïdes", "expériences délirantes primaires", sont utilisées en France pour qualifier les états correspondant aux bouffées délirantes polymorphes ; à l'étranger, on parle plus volontiers de schizophrénies aiguës, de paranoïas aiguës, de réactions schizophréniques [14].

L'évolution nosographique est tributaire des courants de pensées et des réflexions qui sont menées au cours de l'histoire de la Psychiatrie sur différents concepts. Il y a donc eu plusieurs classifications des maladies mentales ; les deux internationalement reconnues sont :

- CIM-10 de l'OMS [5]
- DSM-IV [23]

En référence à la CIM-10 [5], nous pouvons diviser les pathologies mentales en cinq groupes :

- les troubles psychotiques ou psychoses dans lesquels se trouvent les Psychoses Délirantes Aigues (PDA),
- les troubles névrotiques ou Névroses,

- les atteintes cérébrales,
- les maladies psychosomatiques,
- les conduites addictives.

Les troubles psychotiques, les plus fréquents troubles mentaux, correspondent en grande partie à ce qui était traditionnellement appelé la folie ou "l'aliénation mentale" [13] et s'expriment soit par des épisodes aigus, soit sur un mode chronique.

Les malades mentaux qui ont toujours été objet de crainte, de moquerie, de pitié et de mauvais traitements sont rarement stabilisés.

Leur existence trouble profondément car elle fait prendre douloureusement conscience de la fragilité de la santé mentale [1].

Les états psychotiques sont définis de façon générale et sommaire comme une aliénation profonde des rapports du sujet avec lui-même et avec le monde qui l'entoure (ou la réalité extérieure) [13].

L'élément spécifique est le délire.

L'idée délirante peut être décrite comme une conviction strictement subjective, c'est à dire une conviction que le sujet ne partage pas avec d'autres personnes du même sexe, du même âge, du même groupe culturel, de la même ethnie, de la même race, de la même religion ou du même système philosophique ou politique [13].

L'approche du patient psychotique délirant aigu nécessite, plus que toute autre approche thérapeutique en psychiatrie, la disponibilité d'écoute, mais aussi les capacités de décision et de persuasion du praticien.

Les états délirants aigus ont fait l'objet de plusieurs publications en Afrique Francophone avant 1975 : les travaux de l'école de Dakar du professeur COLLOMB [6 ; 7] et les travaux du Professeur MAKAN MA M'BOG [19]. pour ne citer que ceux-là [6]. Et des études faites dans le Dispensaire d'Hygiène Mentale ont révélé :

- en 1975, 34 % d'hommes contre 66 % de femmes [6] délirantes aigues par DELAFOSSE [9],
- en 2001 dans les pathologies psychiatriques chez les femmes adultes, 12,08 % de PDA par KADJO [16],
- en 2003, dans les pathologies psychiatriques chez les hommes adultes, 10,02 % de PDA par SANOGO [22].

II – LE CONCEPT DE LA BOUFFEE DELIRANTE

1-Origine du concept

D'après SAMUEL - LAJEUNESSE [21] le concept de bouffée délirante a été l'œuvre de MAGNAN et de ses élèves. En 1893, MAGNAN isole les «délires polymorphes des dégénérés» ; en 1895, avec LEGRAIN, il distingue au sein de ces délires les «Bouffées délirantes polymorphes», expression, dit-il du déséquilibre de base des sujets chez qui «tout est aventure et désordre». La description clinique de MAGNAN et de ses élèves reste d'actualité (LEGRAIN), les délires sont en effet, selon ces auteurs, polymorphes dans leur

thématique et leurs mécanismes. Ils surgissent d'emblée, et leur évolution est de quelques semaines sans laisser de séquelles bien que les récurrences soient possibles. MAGNAN isolait ainsi une variété d'épisodes psychotiques aigus au sein des états délirants. Il faut remarquer que MAGNAN, suivant en cela les idées dominantes de l'époque, mettait l'accent sur le terrain sur lequel survenaient de tels états. La prédisposition des malades était alors au centre des conceptions étiopathogéniques. La théorie de la dégénérescence, à la suite des travaux de MOREL, LEGAND DU SAULE, FALRET et KRAFFT-EBING en particulier, était en effet communément admise. De nombreuses manifestations psychopathologiques étaient alors considérées comme étant les symptômes des aliénations héréditaires.

MAGNAN, comme MOREL, admet que la dégénérescence mentale est le plus souvent héréditaire, mais qu'elle peut aussi être acquise. Il distingue ainsi dans la pathologie délirante celle des :

- « Dégénérés supérieurs », marqués de stigmates physiques et psychiques, porteurs d'une lourde hérédité psychique et dont les délires sont chroniques ;
- dégénérés à « prédisposition intermédiaire », susceptibles d'avoir des « folies intermittentes »
- « prédisposés simples » chez qui « la folie est passagère et en général ne réapparaît pas ».

Ainsi furent reconnus des états délirants particuliers de par leur évolutivité aiguë et curable, et de par leurs conditions de survenue chez les dégénérés [21].

2 - Evolution du concept

La fortune qui a été donnée en France à la notion de Bouffée Délirante est intéressante à relater. Un double mouvement a en effet affecté ce concept, aboutissant à la quasi-disparition de la nosographie française pendant environ trois décennies. La naissance de la Bouffée Délirante a correspondu au temps où en France, pénétraient les idées de KRAEPELIN puis de BLEULER qui bouleversèrent les idées existant sur les psychoses fonctionnelles, alors que parallèlement s'affaiblissait l'idée de la dégénérescence. De plus, la description de la confusion mentale par CHASLIN en 1895 occulta ce concept de bouffée délirante. Ainsi, de façon quelque peu paradoxale, diminuait progressivement l'utilisation du diagnostic de Bouffées Délirantes alors que nombre d'auteurs attachaient leur nom à des descriptions qui, pour l'essentiel, se rapportaient à des épisodes Psychotiques aigus dont ils soulignaient certains aspects sémiologiques. Certaines de ses « entités » sont encore actuellement considérées comme des formes cliniques de la Bouffée Délirante ; les idées de MAGNAN et son école ont ainsi survécu sous des appellations diverses:

- les « psychoses hallucinatoires aiguës » ont été décrites par Gilbert BALLEET en 1910. Y prédominent des phénomènes hallucinatoires de toutes natures. Les thèmes délirants sont vécus dans une atmosphère imaginaire qui ne revêt pas d'aspect onirique, tantôt dans l'angoisse, tantôt dans l'euphorie, réalisant parfois un état comparable à celui des effets des toxiques hallucinogènes.

- la « psychose imaginative essentielle », décrite par DUPRE et LOGRE en 1914 : apparition brutale d'une fabulation aux thèmes

divers, rocambolesques et pittoresques, rapportés avec de nombreux détails ; cette psychose survient de façon prévalente chez des sujets ayant une « constitution mythomaniacale ».

- les « psychoses dégénératives autonomes aiguës », décrites par HALBERSTADT en 1972, n'ont semble-t-il guère survécu à leurs auteurs.

- les « états interprétatifs aigus curables », décrits par SERIEUX et CAPGRAS en 1926, ont été repris par VALENCE, élève de SERIEUX, en 1927 sous le terme de « psychoses interprétatives aiguës » où dominent des phénomènes interprétatifs intensément vécus.

- les « états oniriques » ou des rêves ont été décrits par REGIS puis repris par GIRAUD et par FOLLIN en 1967 sous le terme « d'états oniroïdes ».

- les « schizomanies » décrites par CLAUDE en 1934, sont des variétés des schizoses, dont la schizomanie représente la forme la moins grave, considérée comme la résultante d'une agression physique ou psychique sur une personnalité de type schizoïde.

Ces appellations variées des épisodes psychotiques aigus, données par différents auteurs français, reflètent des variations sémiologiques. Mais toutes les entités ont une évolutivité semblable à celle des Bouffées Délirantes.

En fait, c'est Henri Ey qui, après la Deuxième Guerre mondiale, remet à l'honneur le terme de Bouffée Délirante, lui consacrant une de ses « études psychiatriques » ; il s'intéressa en effet particulièrement aux Bouffées Délirantes qu'il situait dans le cadre de la théorie organo-dynamique « à un niveau de déstructuration de la conscience intermédiaire entre les crises

maniaco-dépressives et les états plus profonds confuso-oniriques », en tout état de cause à distance des états schizophréniques.

III - ETUDE CLINIQUE

1. La forme typique

- Le début est toujours brutal. Si MAGNAN a souligné le début soudain du délire (“coup de tonnerre dans un ciel serein”) [21], il n'est pas rare qu'il soit parfois annoncé par :
 - des troubles de sommeil succédant parfois à un traumatisme affectif, une irritabilité,
 - des troubles graves du comportement que sont l'incohérence, la fugue, les voies de fait, l'attitude mystique en raison de la participation émotionnelle intense.
- Le délire est riche et polymorphe :
 - Tous les mécanismes délirants peuvent s'observer, s'associant ou se succédant rapidement : illusions perceptives, intuitions brutales, interprétations et surtout hallucinations. Les hallucinations idéo-verbales sont les plus fréquentes, de même que les phénomènes appartenant à l'automatisme mental (vol de la pensée, syndrome d'influence...) mais on observe aussi des hallucinations visuelles et cénesthésiques [14].
 - Les thèmes du délire sont également divers et changent rapidement, exprimant tantôt une expérience de toute-puissance ou de grandeur dans une ambiance d'élévation : mission exaltante, filtration divine, dons de divination ou

de capacité magique, certitude d'être protégé par des puissances ou adulé de tous. Tantôt il s'agit d'expériences catastrophiques et angoissantes d'agression et de persécution, de menace, d'influence ou de possession. Ces thèmes ne sont pas organisés ni constants, ils se succèdent et s'entremêlent sans constituer une fiction cohérente [14].

- La façon dont est vécue l'expérience délirante est également particulière par son caractère immédiat, s'imposant de façon très intense à la conscience du sujet, avec une conviction qui est totale dans l'instant, même si elle fluctue avec les thèmes et les moments du délire [14]. Mais les niveaux de conscience et de vigilance ne sont pas profondément perturbés malgré le bouleversement de la perception du soi-même par une sensation intense de bizarrerie, d'insolite. Le sujet perd le sentiment de familiarité avec son corps, son passé, ses références habituelles (expériences de dépersonnalisation psychotique) [14].
- Le comportement observable témoigne des fluctuations de l'humeur et du délire, avec excitation motrice, logorrhée intarissable, ou au contraire phases de mutisme, de stupeur ou d'agitation anxieuse. Le délire est aussi immédiatement agi qu'il est vécu, expliquant les conduites bizarres souvent observées : fugues, voyages pathologiques, bagarres, scandales, actes médico-légaux [14].
- Un seul trouble somatique est de règle : l'insomnie.

2- Les formes cliniques

De nombreuses formes cliniques ont pu être décrites, selon la prédominance d'un aspect ou d'un autre de la symptomatologie. Certaines bouffées délirantes se caractérisent par la prévalence d'un mécanisme délirant évoquant un délire systématisé évoluant sur un mode aigu et transitoire [14] :

- les psychoses hallucinatoires aiguës avec surtout un automatisme mental,
- les délires d'interprétation ou paranoïas aiguës avec influence, persécution, jalousie,
- les psychoses imaginatives aiguës avec un discours fantastique, expériences mystiques et érotiques.
- d'autres formes, par l'intensité du trouble de l'humeur, réalisent un tableau proche d'une manie ou d'une mélancolie délirante,
- parfois, enfin prédominent les troubles de la conscience ou les manifestations de dépersonnalisation.

3. Diagnostic étiologique

Il se fonde sur l'examen psychiatrique du sujet, sur les renseignements obtenus de l'entourage, il est relatif :

- ❖ au terrain : la bouffée délirante survient à tout âge surtout chez les sujets jeunes de 20 à 30 ans ayant une personnalité fragile, immature, déséquilibrée ou des difficultés d'identification.

- ❖ aux facteurs déclenchants : la majorité des auteurs s'accorde à reconnaître que les psychoses délirantes aiguës ne relèvent pas d'une cause déterminée. Cependant bien des facteurs ont été incriminés dans la description d'états psychotiques aigus plus ou moins confusionnels et oniroïdes [21]. Ce sont :
- les infections, les intoxications, les traumatismes crâniens,
 - les épisodes survenant dans le cadre de la puerpéralité (pathologie du post-partum),
 - des syndromes de castration et de la ménopause et des états crépusculaires épileptiques [21],
 - l'hystérie, en particulier, considérée par FOLLIN comme étiologie de certaines psychoses délirantes aiguës oniroïdes.
- Ainsi ces facteurs incriminés réalisent des états marqués par un vécu délirant mystique, érotique ou manichéen [21].

4. Diagnostic différentiel

Les bouffées délirantes sont à séparer de :

- la manie aiguë caractérisée par les familiarités ludiques, l'hyperthermie avec bien-être et la fuite des idées.
- l'accès mélancolique caractérisé par la stabilité de l'humeur dépressive, la douleur morale et la culpabilité.
- la confusion mentale marquée par la désorientation temporo-spatiale et la perplexité anxieuse.
- certains états caractérisés par leur survenue aiguë pouvant également prêter à confusion, ainsi en est-il des ivresses pathologiques, des épisodes crépusculaires ou

des paroxysmes épileptiques, voire des crises d'agitation et des états délirants secondaires à la prise de toxiques [21].

5. Evolution

L'aphorisme de MAGNAN a l'avantage de bien définir ce qu'est la bouffée délirante : « sans conséquence sinon sans lendemain » [14].

a). Evolution spontanée

Sans traitement, la crise peut durer au maximum six semaines et la guérison survient ; elle apparaîtra comme un accident unique dans la vie du sujet.

Il existe des risques de rechutes plus ou moins identiques dus à la guérison avec des séquelles pouvant évoluer vers des psychoses chroniques.

b). Evolution sous traitement adapté

La guérison est rapidement obtenue. Mais en fonction du terrain, des rechutes peuvent survenir engendrant des psychoses chroniques :

- schizophrénie chez le sujet jeune,
- psychose paranoïaque ou psychose hallucinatoire chronique chez le sujet âgé (plus de 40 ans),
- psychose maniaco-dépressive.

c). Pronostic

L'accent, ainsi mis sur les risques évolutifs à terme, permet de dégager :

- **les facteurs de mauvais pronostic** que sont :
 - l'existence de personnalité pathologique,
 - l'absence d'anxiété et d'angoisse,
 - l'âge jeune du sujet inférieur à 20 ans,
 - l'absence de facteurs déclenchants,
 - le caractère insidieux du délire pauvre,

- **les facteurs de bon pronostic** que sont :
 - l'absence de personnalité morbide ou fragile,
 - la présence d'anxiété et d'angoisse,
 - l'âge du sujet supérieur à 40 ans,
 - la présence de facteurs déclenchants,
 - le caractère franchement aigu d'un délire riche.

Le diagnostic de PDA étant trop souvent facilement posé, il faut se soucier de l'évolution de la maladie.

6. Traitement

Le traitement d'une psychose délirante aiguë doit être mis en œuvre sans délai, sinon d'urgence [14]. Il requiert pratiquement de façon constante une consultation psychiatrique voire une hospitalisation.

a). Traitement en phase aiguë

Le traitement par les neuroleptiques offre une large possibilité de choix. Le clinicien doit employer les molécules dont

il a l'usage. A titre indicatif, il est possible de s'orienter d'une part vers la chlorpromazine ou l'halopéridol chez les patients très agités, d'autre part, vers la trifluopérazine chez les malades les plus calmes. Il apparaît souvent utile de faire la prescription des neuroleptiques en plusieurs fois dans le premier temps de l'hospitalisation afin d'accroître l'action de leurs effets sédatifs immédiats. Les heures de prescription sont à adapter fréquemment en fonction de l'évolution symptomatique. Les premières prescriptions en général faites par voie intramusculaire peuvent être remplacées par les doses orales dès que leur absorption apparaît possible. En fonction de la sédation des troubles, la posologie est stabilisée en général en prise unique. Des antiparkinsoniens et d'éventuels correcteurs des troubles tensionnels ne sont à prescrire que si apparaissent des indices légitimant leur emploi. Les symptômes d'excitation s'améliorent le plus souvent en quelques jours, alors que les symptômes délirants et dysthymiques persistent pendant quelques semaines, leur persistance impose un renforcement de la posologie ou l'administration d'autres molécules [21].

L'utilisation d'électrochocs, souvent d'action plus rapide que les neuroleptiques, est rarement préconisée [21].

Une psychothérapie peut être indiquée en fonction de la structure de la personnalité du malade et de son niveau socioculturel [21].

b). Traitement après la phase aiguë

La conduite à tenir est fonction des incertitudes qui grèvent le pronostic.

Le traitement neuroleptique est en général poursuivi à une dose réduite pendant trois mois environ.

Il est recommandé et conseillé aux malades et à leur entourage d'éviter, dans la mesure du possible, des situations stressantes. Une psychothérapie peut être indiquée en fonction de la structure de la personnalité du malade et de son niveau socioculturel. La mise au traitement prophylactique par le lithium doit être envisagée en cas de rechutes fréquentes [21].

DEUXIEME PARTIE :

NOTRE ETUDE

OBJECTIFS

I – OBJECTIF GENERAL

Apprécier la prise en charge des Psychoses Délirantes Aiguës observées au Dispensaire d'Hygiène Mentale de l'INSP.

II - OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Identifier les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patients atteints de Psychoses Délirantes Aiguës vus au DHM de l'INSP,
- Analyser l'évolution des patients atteints de Psychoses Délirantes Aiguës suivis au DHM de l'INSP de 1997 à 2001,
- Proposer des mesures visant à améliorer la prise en charge des Psychoses Délirantes Aiguës du DHM de l'INSP.

METHODOLOGIE

1. Cadre de l'étude

Notre étude a eu pour cadre le Dispensaire d'Hygiène Mentale (DHM) de l'Institut National de Santé Publique (INSP). L'INSP se situe au centre d'Abidjan, dans la commune du plateau qui est l'une des dix communes que compte la ville d'Abidjan (capitale économique de la Côte d'Ivoire). Il est composé de plusieurs services dont le Dispensaire d'Hygiène Mentale (DHM) qui constitue notre champ d'étude.

Le Dispensaire d'Hygiène Mentale émane du Service de Psychiatrie Sociale né un an plus tôt (1969) pour imprimer une orientation nouvelle à l'assistance psychiatrique en Côte d'Ivoire. Le DHM reçoit les patients à partir de seize ans. Les patients de moins de seize ans sont accueillis au Centre de Guidance Infantile.

Le DHM s'occupe de l'accueil et de la prise en charge ambulatoire des patients présentant une pathologie mentale et entreprend des activités de recherche pour mieux orienter la politique de la Santé Mentale en Côte d'Ivoire.

Il constitue un centre de relais par rapport à l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville et les autres structures psychiatriques chargés des hospitalisations des malades mentaux.

- Le personnel du Dispensaire d'Hygiène Mentale se compose actuellement de :
 - quatre médecins psychiatres,
 - cinq infirmiers spécialisés en psychiatrie
 - une assistante sociale,
 - une secrétaire,
- Les activités du Dispensaire se résument en trois points :

- les consultations : représentent l'essentiel des activités et constituent le matériel d'étude des activités de recherche.
 - les activités de formation : l'enseignement et la recherche en psychiatrie (réalisation des thèses et mémoires),
 - les activités sociales concernant les patients.
- Le Dispensaire d'Hygiène Mentale reçoit en consultation les patients de toutes les couches socioprofessionnelles.

2. Type et Population d'étude

a) - Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a pour objet de recenser les nouveaux cas sur la période du 1^{er} Janvier 1997 au 31 Décembre 2001 (soit une période de cinq ans).

b) - Population d'étude

• **Critères d'inclusion :**

- 1 – avoir au moins seize ans et au plus quarante ans,
- 2 – être reçu (e) pour la première fois pendant la période d'étude du 1^{er} janvier 1997 au 31 décembre 2001,
- 3 – être atteint de PDA,
- 4 – avoir un suivi thérapeutique d'au moins trois mois.

• **Critères d'exclusion :**

Ont été rejetés les dossiers suivants :

- 1 - âge inférieur à seize ans ou supérieur à quarante ans,
- 2 - dossiers incomplets (insuffisance d'informations)

- 3 - un suivi thérapeutique de moins de trois mois à partir du 1^{er} jour de consultation dans le DHM.

3. Recueil des données

a) – Outils

Pour cette étude, nous avons élaboré une fiche d'enquête (cf. Annexes).

b) – Méthode de recueil

Pour le pré-test, nous avons identifié dix dossiers de malades et nous avons rempli les fiches d'enquête. Cela nous a permis d'apporter des corrections à la fiche d'enquête selon les objectifs de notre étude. A la suite de ce pré-test, nous avons dépouillé tous les dossiers des malades ayant consulté au DHM de l'INSP pour PDA de 1997 à 2001, seulement 60 dossiers ont été retenus et 54 dossiers rejetés sur 6545 dossiers.

4. Traitement des données

Les données recueillies ont été saisies et traitées à l'aide de matériel informatique notamment les logiciels :

- EPI Info dans sa version 6. 04
- WORD
- EXCEL

RESULTATS

A. CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES

1- Sexe

Tableau I : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	fréquence	Pourcentage
Masculin	27	45%
Féminin	33	55%
TOTAL	60	100%

La sex-ratio (1,22) est en faveur du sexe féminin.

2- Age

Tableau II : Répartition des patients selon l'âge

Age (ans)	Fréquence	Pourcentage
[15, 20 [	13	21,7 %
[20, 25 [	13	21,6 %
[25, 30 [	20	33,4 %
[30, 35 [	6	10,00 %
[35, 40 [	7	11,6 %
[40, 45]	1	1,7 %
TOTAL	60	100 %

76,7 % des patients ont un âge compris entre 16 et 29 ans.

3- Sexe et âge

Tableau III : Tableau Répartition des patients selon l'âge et le sexe

Age (ans)	Sexe		Fréquence	Pourcentage
	M	F		
[15, 20 [	7	6	13	21,7 %
[20, 25 [	5	8	13	21,6 %
[25, 30 [	13	7	20	33,4 %
[30, 35 [	2	4	6	10,00 %
[35, 40 [	0	7	7	11,6 %
[40, 45]	0	1	1	1,7 %
TOTAL	27	33	60	100 %

On trouve les sujets des deux sexes dans la tranche d'âge 16-29 ans ; alors que dans la tranche d'âge 35-40 ans, il n'y a des sujets de sexe féminin.

4- Niveau d'étude

Tableau IV : Répartition des patients selon le niveau scolaire.

Niveau	Fréquence	Pourcentage
Primaire	15	25 %
Secondaire	31	51,7 %
Etudes supérieures	7	11,7 %
Non scolarisé	5	8,3 %
Non précisé	2	3,3 %
TOTAL	60	100 %

76,7% des patients ont le niveau d'étude primaire et secondaire.

5- Profession

Tableau V : Répartition des patients selon la profession.

Profession	Fréquence	Pourcentage
Artisan	12	20 %
Elève	11	18,4 %
Sans profession	10	16,7 %
Femme au foyer	8	13,3 %
Petit commerce	6	10 %
Etudiant	6	10 %
Fonctionnaire	5	8,3 %
Activité agricole	2	3,3 %
TOTAL	60	100 %

Les artisans (20 %) sont les plus nombreux suivis des élèves (18,4%) et étudiants (10 %).

Les sans professions représentent 16,7%.

6- Profession et sexe

Tableau VI : Répartition de la profession selon le sexe

Profession	Sexe		Fréquence	Pourcentage
	Masculin	Féminin		
Artisan	6	6	12	20 %
Elève	7	4	11	18,4 %
Sans profession	4	6	10	16,7 %
Femme au foyer	0	8	8	13,3 %
Etudiant	3	3	6	10 %
Petit commerce	2	4	6	10 %
Fonctionnaire	3	2	5	8,3 %
Activités agricoles	2	0	2	3,3 %
TOTAL	27	33	60	100 %

La répartition des deux sexes est équitable dans les différentes couches sociales.

7- Nombre d'enfants

Tableau VII : Répartition des patients selon le nombre d'enfants.

Nombre d'enfants	Fréquence	Pourcentage
0	36	60 %
1	9	15 %
2	7	11,7 %
3	3	5 %
5	4	6,6 %
6	1	1,7 %
TOTAL	60	100 %

Plus de la moitié des patients 60 % n'ont pas d'enfants.

8- Nombre d'enfants et profession

Tableau VIII : Répartition du nombre d'enfants selon la profession

Profession	Nombre d'enfants						Fréquence	Pourcentage
	0	1	2	3	5	6		
Artisans	8	0	2	2	0	0	12	20 %
Elèves	11	0	0	0	0	0	11	18,4 %
Sans profession	6	3	1	0	0	0	10	16,7 %
Femme au foyer	0	1	3	0	3	1	8	13,3 %
Etudiants	2	4	0	0	0	0	6	10 %
Petit commerce	3	1	1	0	1	0	6	10 %
Fonctionnaires	4	0	0	1	0	0	5	8,3 %
Activités agricoles	2	0	0	0	0	0	2	3,3 %
TOTAL	36	9	7	3	4	1	60	100 %

Quelque soit la profession, les sujets n'ayant pas d'enfants sont les plus nombreux (36).

9- Religion

Tableau IX : Répartition des patients selon la religion

Religion	Fréquence	Pourcentage
Catholique	22	36,7 %
Musulmane	14	23,3 %
Protestante Méthodiste	9	15 %
Protestante Evangélique	7	11,7 %
Autres églises	3	5,0 %
Cultes animistes	3	5,0 %
Non précisée	2	3,3 %
TOTAL	60	100%

La presque totalité de nos patients est de religion monothéiste.

10- Ethnie

Tableau X : Répartition des patients selon l'éthnie

Groupe Ethnique	Fréquence	Pourcentage
KWA Lagunaire	18	30 %
KWA AKAN	14	23,3 %
KROU	9	15 %
Non ivoiriens	8	13,4 %
GUR	3	5 %
Mandé du nord	3	5 %
Mandé du sud	3	5 %
Non précisé	2	3,3 %
TOTAL	60	100%

Plus de la moitié des patients est KWA avec un taux de 53,3 %.

11- Lieu de résidence

Tableau XI : Répartition des patients selon le lieu de résidence.

Lieu de résidence	Fréquence	Pourcentage
Abidjan	40	66,7 %
Autre ville de C.I	16	26,6 %
Village de CI	3	5,0 %
Non précisé	1	1,7 %
TOTAL	60	100 %

Nombreux sont les patients de l'étude habitant à Abidjan avec un taux de 66,7 % et dans les autres villes du pays avec 26 %.

12- Situation matrimoniale

Tableau XII : Répartition des patients selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	40	66,7 %
Marié (e)	13	21,6 %
Concubin (e)	7	11,7 %
TOTAL	60	100 %

Les célibataires sont les prédominants avec un taux de 66,7%.

13- Age et situation matrimoniale

Tableau XIII : Répartition des patients selon l'âge et la situation matrimoniale

Age	Situation Matrimoniale			Fréquence	Pourcentage
	Célibataire	Marié	Concubin		
[15, 20 [	13	0	0	13	21,7 %
[20, 25 [	9	3	1	13	21,6 %
[25, 30 [	14	4	2	20	33,4 %
[30, 35 [	2	1	3	6	10,00 %
[35, 40 [	2	4	1	7	11,6 %
[40, 45]	0	1	0	1	1,7 %
TOTAL	40	13	7	60	100 %

On note une nette prédominance des célibataires (66, 7 %) dans la tranche d'âge de 16-29 ans.

14- Cohabitant du patient

Tableau XIV : Répartition selon le cohabitant du patient.

Le malade vit avec	Fréquence	Pourcentage
Conjoint(e)	18	30,0%
Père et Mère	14	23,3%
Non précisé	10	16,7%
Seul	7	11,6%
Autre Membre de la famille	6	10,0%
Père	3	5,0%
Une communauté	1	1,7%
Frère et/ou Sœur	1	1,7%
TOTAL	60	100%

Certains patients vivent chez le père et la mère 23,3 %, d'autres avec le (la) conjoint(e) 30 %.

B. CARACTERISTIQUES CLINIQUES

1- Origine de la demande

Tableau XV : Répartition des patients selon l'origine de la demande

Qui adresse	Fréquence	Pourcentage
Famille	36	60%
Centre de santé	14	23,3%
Seul	4	6,7%
CHU	3	5%
Institution sociale	2	3,3%
Non précisé	1	1,7%
TOTAL	60	100%

La plupart des patients sont adressés par leur famille 60 %. Certains patients sont adressés par un agent de santé 23,3 %.

2- Motifs de consultation

Tableau XVI : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Fréquence	Pourcentage
Trouble du comportement	19	31,7 %
Délire	9	15 %
Logorrhée et/ou incohérence verbale	9	15 %
Agitation	8	13,3 %
Céphalées	6	10 %
Insomnie	3	5 %
Hallucination A et/ou V	3	5 %
Agressivité	1	1,7 %
Isolement et/ou Tristesse	1	1,7 %
Soliloque et/ou Discours	1	1,7 %
TOTAL	60	100 %

Les troubles du comportement représentent le motif le plus fréquent avec un taux de 31,7 % suivis des délires avec 15 %, des logorrhées et/ou incohérences verbales avec 15 %, des états d'agitation avec 13,3 % et des céphalées avec 10 %.

3- Mode de début

Tableau XVII : Répartition selon le mode de début des troubles.

Mode de début	Fréquence	Pourcentage
Brutal	60	100 %
TOTAL	60	100 %

Le mode de début des troubles est brutal.

4- Ancienneté de la crise

Tableau XVIII : Répartition des patients selon l'ancienneté de la crise

Période de début	Fréquence	Pourcentage
0 à 1 semaine	27	45 %
1 à 2 semaines	10	16,7 %
2 semaines à 1 mois	11	18,3 %
1 à 3 mois	9	15 %
Plus de trois mois	3	5 %
TOTAL	60	100 %

80 % des patients sont consultés dans le premier mois de la maladie.

5- Facteurs déclenchants

Tableau XIX : Répartition selon les facteurs déclenchants.

Facteurs déclenchants	Fréquence	Pourcentage
Inconnu	33	55 %
Conflit social	9	15 %
Puerpéralité	7	11,7 %
Conflit familial	6	10 %
Conflit conjugal	5	8,3 %
TOTAL	60	100 %

Les facteurs déclenchants ne sont pas précisés avec un taux de 55 %.

6- Lieux de consultations antérieures

Tableau XX: Répartition selon les lieux de consultations antérieures

Lieux des consultations antérieures	Fréquence	Pourcentage
Aucun	27	45 %
Centres de soins conventionnels	17	28,3 %
Soins médicaux à domicile	6	10 %
Eglises	5	8,3 %
Tradithérapie	4	6,7 %
Autres soins à domicile	1	1,7 %
TOTAL	60	100 %

On constate qu'aucune consultation antérieure n'est faite avec un taux de 45 % et que 28,3 % des patients consultent un centre de soins conventionnel.

7- Traitements antérieurs

Tableau XXI: Répartition selon les traitements antérieurs.

Traitements antérieurs	Fréquence	Pourcentage
Médical	13	39,4 %
Prières	7	21,2 %
Non précisés	6	18,2 %
Traditionnel	5	15,1 %
Psychiatrique	2	6,1 %
TOTAL	33	100 %

L'institution d'un traitement médical est immédiate à 39,4 % suivies des prières (21,2 %). Le traitement psychiatrique est rare (6,1 %).

8- Evolution antérieures

Tableau XXII: Répartition selon les différentes évolutions antérieures.

Evolution	Fréquence	Pourcentage
Aggravation	48	80%
Stationnaire	10	16,7%
Amélioration	2	3,3%
TOTAL	60	100%

Seulement deux patients ont connu une évolution favorable.

9- antécédents psychiatriques personnels

Tableau XXIII: Répartition selon les antécédents psychiatriques personnels

Antécédents psychiatriques personnels	Fréquence	Pourcentage
Non précisés	35	58,3 %
Absents	24	40 %
Présents	1	1,7 %
TOTAL	60	100 %

Les antécédents psychiatriques personnels ne sont pas précisés (58,3 %) et pour 40 % de patients, il n'y a pas d'antécédents personnels.

10- antécédents psychiatriques familiaux**Tableau XXIV** : Répartition selon les antécédents psychiatriques familiaux

Antécédents psychiatriques familiaux	Fréquence	Pourcentage
Non précisés	36	60 %
Absents	14	23,3 %
Présents	10	16,7 %
TOTAL	60	100 %

On retrouve des antécédents psychiatriques familiaux chez 16,7 % des patients. Ces antécédents n'ont pas été précisés chez 60% des patients.

11- Symptômes de la consultation psychiatrique

Tableau XXV: Répartition des patients selon les symptômes de la consultation psychiatrique

Symptômes	Fréquence	Pourcentage
Idées de persécution	80	26,7 %
Formes d'idées délirantes	72	24 %
Hallucinations auditives et / ou visuelles	49	16,3 %
Agitation	36	12 %
Idées de grandeur	24	8 %
Présence négligée	12	4 %
Angoisse	11	3,7 %
Insomnie	10	3,3 %
Agressivité	6	2 %
TOTAL	300	100 %

Les idées de persécution prédominent avec 26,7 % suivis du délire (24 %) et des hallucinations auditives et / ou visuelles (16,3%).

12- Interprétation de la maladie par la famille

Tableau XXVI: Répartition selon l'interprétation de la maladie par la famille.

Interprétation de la Famille	Fréquence	Pourcentage
Maladie naturelle	42	70%
Non précisée	10	16,7%
Origine mystique	8	13,3%
TOTAL	60	100%

Dans plus de 70 % des cas, la famille caractérise la PDA de maladie naturelle.

13- Interprétation de la maladie par le (la) malade

Tableau XXVII : Répartition selon l'interprétation de la maladie par le (la) malade.

Interprétation du malade	Fréquence	Pourcentage
Non précisée	28	46,7 %
Origine mystique	27	45 %
Maladie naturelle	5	8,3 %
TOTAL	60	100 %

La nature de la maladie est mystique pour 25 % des patients. L'interprétation du malade est non précisée dans 46,7 % des cas.

C. CARACTERISTIQUES THERAPEUTIQUES

1- Traitement médicamenteux

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon le traitement médicamenteux.

Médicaments	Fréquence	Pourcentage
Neuroleptiques oraux	60	38,5 %
Antiparkinsoniens	60	38,5 %
NAP	28	18 %
Antidépresseurs	6	3,8 %
Anxiolytiques	2	1,2 %
TOTAL	156	100 %

Les neuroleptiques oraux et les antiparkinsoniens sont simultanément institués, chacun 38,5 % des cas. Les NAP suivent avec 18 %.

2- Observance du traitement

Tableau XXIX : Répartition selon l'observance du traitement.

Observance	Fréquence	Pourcentage
Bonne	52	86,7 %
Mauvaise	8	13,3 %
TOTAL	60	100 %

La presque totalité des patients prend régulièrement les médicaments avec un taux de 86,7 %.

3- Causes de la mauvaises observance du traitement

Tableau XXX: Répartition selon les causes de la mauvaise observance du traitement.

Causes	Fréquence	Pourcentage
Liées aux malades	6	75 %
Liées à la famille	2	25 %
TOTAL	8	100 %

Les causes de la mauvaise observance du traitement sont liées aux malades 75 %.

4- Présence ou non d'effets secondaires

Tableau XXXI: Répartition selon la présence ou non d'effets secondaires

Présence d'effets secondaires	Fréquence	Pourcentage
OUI	42	70 %
NON	18	30 %
TOTAL	60	100 %

70 % des patients présentent des effets secondaires liés aux traitements.

5- Effets secondaires des médicaments

Tableau XXXII: Répartition selon les différents effets secondaires des médicaments.

Effets secondaires	Fréquence	Pourcentage
Somnolence	20	26 , 7 %
Dyskinésies	20	26 , 7 %
Insomnie et/ou cauchemars et hallucinations	18	24 %
Vertiges	6	8 %
Sécheresse buccale	5	6 , 7 %
Fièvre	3	4 %
Eruption cutanée	2	2, 6 %
Trouble du cycle	1	1, 3 %
TOTAL	75	100 %

La somnolence et les dyskinésies sont les effets secondaires des médicaments les plus fréquents avec un taux de 53,4 % devant l'insomnie et/ou cauchemars et hallucinations 24%.

6- Effets secondaires et observance du traitement

Tableau XXXIII: Répartition des patients selon les effets secondaires et l'observance du traitement.

Effets secondaires	Observance du traitement		Fréquence	Pourcentage
	Bonne	Mauvaise		
OUI	37	5	42	70 %
NON	15	3	18	30 %
TOTAL	52	8	60	100 %

70 % des patients présentent des effets secondaires dont 60 % avec une bonne observance du traitement.

7- Interruption du traitement

Tableau XXXIV : Répartition selon l'interruption du traitement.

Interruption du traitement	Fréquence	Pourcentage
Oui	32	53,3 %
Non	28	46,7 %
TOTAL	60	100 %

53,3 % des patients rompent le traitement.

8- Causes de l'interruption du traitement

Tableau XXXV : Répartition des patients selon les causes de l'interruption du traitement par les patients.

Causes	Fréquence	Pourcentage
Amélioration de l'état	17	53,2 %
Refus du traitement	4	12,5 %
Rupture des médicaments	4	12,5 %
Manque de moyens financiers	3	9,4 %
Effets secondaires	2	6,2 %
Déplacement en dehors du lieu de résidence	1	3,1 %
Non précisé	1	3,1 %
TOTAL	32	100 %

L'amélioration de l'état du patient 53,2 % constitue la première cause d'interruption du traitement. Le refus du traitement et la rupture des médicaments suivent avec chacun 12,5 %.

9- Evolution sous traitement

Tableau XXXVI : Répartition des patients selon l'évolution sous traitement

Evolution	Fréquence	Pourcentage
Bonne	46	76,7 %
Mauvaise	9	15 %
Perdu de vue	5	8,3 %
TOTAL	60	100 %

76,7 % des patients ont une bonne évolution de la maladie.

10- Assiduité aux consultations

Tableau XXXIVII: Répartition des patients selon l'assiduité aux consultations après trois mois de consultations.

Assiduité aux consultations	Fréquence	Pourcentage
Perdu (e) de vue	38	63,3 %
Régulière	16	26,7 %
Irrégulière	6	10 %
TOTAL	60	100 %

63, 3 % des patients sont perdus de vue.

11- Evolution et assiduité aux consultations

Tableau XXXVIII : Répartition des patients selon l'évolution en fonction de l'assiduité des patients après trois mois de consultations

Evolution	Assiduité			Fréquence	Pourcentage
	Régulière	Irrégulière	Perdue de vue		
Bonne	16	1	29	46	76,7 %
Mauvaise	0	4	5	9	15 %
Perdue de vue	0	1	4	5	8,3 %
TOTAL	16	6	38	60	100 %

Des 76,7 % de patients d'évolution favorable, seulement 26,7 % sont assidus aux consultations contre 48,4 % de pertes de vue.

12- Présence de la famille auprès du malade

Tableau XXXIX : Répartition selon la participation de la famille dans la prise en charge.

Participation familiale	Fréquence	Pourcentage
Parents	40	66, 7 %
Conjoint(e)	10	16, 6 %
Aucune présence	9	15 %
Présence de personne étrangère	1	1, 7 %
TOTAL	60	100 %

Les parents des patients 66, 7 % participent à la prise en charge. On ne note dans 15 % des cas aucune présence.

13- Types de participation de la famille

Tableau XL : Répartition selon le type de participation de la famille.

Types de participation	Fréquence	Pourcentage
Active	35	58,3 %
Ne s'intéresse pas	14	23,4 %
Passive	11	18,3 %
TOTAL	60	100 %

La participation de la famille est active dans 58,3 % des cas. 23,4% des patients ne bénéficient pas de l'assistance familiale.

14- Evolution et participation de la famille

Tableau XLI : Répartition des patients selon l'évolution en fonction de la participation de la famille dans la prise en charge

Participation de la famille	Evolution			Fréquence	Pourcentage
	Bonne	Mauvaise	Perdu de vue		
Parents	31	6	3	40	66,7 %
Conjoint(e)	9	1	0	10	16,7 %
Présence d'un non parent	0	1	0	1	1,7 %
Aucune présence	6	1	2	9	15 %
TOTAL	46	9	5	60	100 %

76,7 % des patients connaissent une bonne évolution dont 51,7 % avec une participation familiale.

15- Assiduité et participation de la famille

Tableau XLII: Répartition des patients selon l'assiduité aux consultations en fonction de la participation de la famille

Participation de la famille	Assiduité			Fréquence	Pourcentage
	Régulière	Irrégulière	Perdue de vue		
Parents	12	3	25	40	66,7 %
Conjoint(e)	3	2	5	10	16,7 %
Présence d'un non parent	0	0	1	1	1,7 %
Aucune présence	1	1	7	9	15 %
TOTAL	16	6	38	60	100 %

Dans 66,7 % des cas, les parents participent à la prise en charge mais 41,7 % des patients sont perdus de vue contre 20 % d'assidus aux consultations.

16- Réinsertion familiale

Tableau XLIII : Répartition des patients selon la réinsertion familiale

Réinsertion familiale	Fréquence	Pourcentage
Bonne	28	46,7 %
Non précisée	25	41,6 %
Médiocre	7	11,7 %
TOTAL	60	100 %

La réinsertion familiale est bonne pour seulement 46,7% des patients.

17- Réinsertion professionnelle

Tableau XLIV : Répartition des patients selon la réinsertion professionnelle.

Réinsertion professionnelle	Fréquence	Pourcentage
Non appréciée	32	53,3 %
Bonne	24	40 %
Médiocre	3	5 %
Rejet	1	1,7 %
TOTAL	60	100 %

La réinsertion professionnelle a été faite que pour 40 % des patients.

18- Réinsertion familiale et évolution

Tableau XLV : Répartition des patients selon l'évolution en fonction de la réinsertion familiale

Evolution	Réinsertion Familiale			Fréquence	Pourcentage
	Bonne	Médiocre	Non précisé		
Bonne	24	1	18	46	76,7 %
Mauvaise	1	4	4	9	15 %
Perdu de vue	0	2	3	5	8,3 %
TOTAL	28	7	25	60	100 %

Des 76, 7 % de bonne évolution, seuls 45 % ont connu une bonne réinsertion familiale.

19- Réinsertion professionnelle et évolution

Tableau XLVI : Répartition des patients selon l'évolution en fonction de la réinsertion familiale professionnelle

Evolution	Réinsertion Professionnelle				Fréquence	Pourcentage
	Bonne	Rejet	Médiocre	Non précisé		
Bonne	22	0	2	22	46	76,7 %
Mauvaise	2	0	1	6	9	15 %
Perdu de vue	0	1	0	4	5	8,3 %
TOTAL	24	1	3	32	60	100 %

La réinsertion professionnelle est bonne (36,7 %) surtout si l'évolution est bonne (76,7 %).

20- Durée de la prise en charge

Tableau XLVII : Répartition des patients selon la durée de la prise en charge en semestre.

Durée de la prise en charge en semestres	Fréquence	Pourcentage
1	26	43,4
2	15	25
3	10	16,6
4	3	5
5	4	6,7
6	2	3,3
TOTAL	60	100%

Chez 43,4 % des patients, la durée du suivi a été d'un semestre.

ANALYSES

IV- ANALYSES

A- CARACTERISTIQUES SOCIO-EPIDEMIOLOGIQUES

1- Sexe

Les femmes représentent (55%) et les hommes (45%), soit une sex-ratio de 1,22. Ce résultat diffère de ceux de DELAFOSSE RCJ. [9] qui donnait 66% de femmes et 34% d'hommes atteints de PDA au DHM. Comme l'attestent les études sur les troubles psychiatriques chez les femmes par KADJO MM. [16] 12,08% des PDA et chez les hommes par SANOGO IA. [22] 10,02% PDA au DHM. Nous pouvons ainsi dire que la PDA atteint les deux sexes comme certains auteurs [1; 21] l'ont mentionné.

2- Age

La tranche d'âge comprise entre 16 et 29 ans est la plus vulnérable avec un taux de 76,7% des patients. Il s'agit d'une population d'adolescents et d'adultes jeunes, majorité retrouvée par:

- DELAFOSSE RCJ. [9] en 1975, 64% d'adolescents et d'adultes jeunes (15 – 29 ans).
- SANOGO IA. [22] concernant les troubles psychiatriques chez l'homme en 2002 : 61% d'adolescents et adultes jeunes atteints de troubles psychiatriques.
- KADJO MM. [16] sur les pathologies psychiatriques chez les femmes en 2001 : 57,4% d'adolescents et adultes jeunes ayant présenté des PDA (16-34 ans).

Par contre tous ces résultats rejoignent ceux de LEMPERIERE Th. et FELINE A. [17] qui évoquent la survenue de la PDA surtout chez l'adolescent ou le sujet jeune.

Les PDA démarrent donc plutôt dans la tranche d'âge de 16-29 ans contrairement à BOUCHARLAT J. [4] qui parle de début de 29 à 30 ans.

La tranche d'âge 16-29 ans est dominée par le sexe masculin (54,3%) contre 45,7% de sexe féminin.

Nous pouvons émettre des réserves quant au pronostic sévère qui pourrait se dégager de ces conclusions.

3- Niveau d'éducation

76,7% des patients ont un niveau d'étude primaire ou secondaire. L'âge de survenue de la PDA correspond au moment où les sujets atteignent le niveau d'étude secondaire.

4- Profession

Les artisans (menuisiers, maçons, coiffeurs, couturiers,...) sont les plus représentés (20%). Ensuite, viennent les élèves (18,4%) et les étudiants (10%), soit 28,4% car ils constituent la majorité de la population générale [20]. Nos résultats diffèrent de ceux de DELAFOSSE RCJ. [9] qui trouvait 43% de divers (ménagères ou femmes au foyer), 28% de sans profession, 8% d'élèves et étudiants et enfin 7% d'artisans. Cette inversion de taux serait due à l'évolution de la société [20]. Par contre, le taux des fonctionnaires 8,3% est équivalent à celui de DELAFOSSE RCJ. [9] 9% dans son étude. Ainsi la répartition des patients est mixte dans

les différentes couches sociales à l'exception des femmes au foyer et des agriculteurs.

5- Nombre d'enfants

Nombre de ceux qui n'ont pas d'enfants (60%) sont issus de toutes les couches sociales. 13,3% des femmes au foyer ont toutes des enfants et s'exposent aux PDA de la puerpéralité selon DIAWAR M.[10].

6- Religion, ethnie et lieu de résidence

Les chrétiens constituent la presque totalité 91,7% des patients, résultat qui dépasse celui de DELAFOSSE RCJ. [9] qui a trouvé 69% de chrétiens. Les KWA lagunaires (30%) et AKAN (23,3%) soit 53,3 %, les KROU (15 %) et les non ivoiriens (13,4%) prédominent dans les nouveaux cas.

La ville d'Abidjan héberge 66,7% des patients contre 21,6% des autres villes. Ces résultats justifient la forte représentation des groupes ethniques cités ci-dessus en majorité chrétienne car Abidjan est le site de l'étude mais aussi le lieu de nombreux brassages culturels.

Les sujets appartenant aux religions monothéistes semblent les plus "exposées" à la PDA.

7- Situation matrimoniale

La majorité des patients est constituée surtout de célibataires (66,7%). Le taux de célibataires de DELAFOSSE RCJ. [9] est équivalent au nôtre (62 %). On le comprend aisément parce que ces

célibataires prédominant dans la tranche d'âge de 16-29 ans et sont de toutes les couches sociales.

8- Etude du cohabitant

Les patients vivant avec le conjoint représentent 30% et se rapprochent du taux des couples (33,3%). Les célibataires (66,7%) résident avec les parents (70%). La prise en charge et la réinsertion devraient donc se faire facilement pour peu que les médecins impliquent et intéressent l'entourage dans le processus thérapeutique.

B- CARACTERISTIQUES CLINIQUES

1- Etude de l'origine de la demande

Les patients sont adressés en consultation psychiatrique par la famille (60%) ou par les centres de soins médicaux (28,3%). Ainsi, la crise de PDA ne peut passer inaperçue, ce qui est important pour le diagnostic qui doit être précoce ainsi que le traitement.

2- Etude des motifs de consultation

Les motifs de consultations les plus fréquents sont :

- les troubles du comportement 31,7%,
- les délires 15% et les logorrhées 15%,
- les agitations 13,3%,
- les céphalées 10%.

Et ils mettent en évidence l'instabilité psychomotrice du délirant aigu.

3- Mode de début

Le mode de début est brutal (100%) contrairement à DELFOSSE RCJ. [9] dont le début n'est brutal qu'à 87%. Cette différence découle de la tendance à porter les diagnostics de façon plus précise dans les dossiers. Nous notons que le taux de 100% se rapproche de ceux de la littérature [14 ; 21] ; nous pensons que le diagnostic correspond vraiment à la PDA et non à un processus délirant réactionnel.

4- Ancienneté de la crise

80 % des patients sont adressés en consultation psychiatrique en général par leurs parents dans le premier mois succédant la crise. Ce résultat est contraire à celui de SAMUEL-LAJEUNESSE B. [21] qui a trouvé 94,5% de patients adressés en consultations psychiatriques après six mois de la crise de PDA et de DELAFOSSE RCJ. [9], 24 % de patients dans la première année et 38 % de patients après plus de quatre ans d'évolution. Ils mettent ainsi en évidence les circuits parallèles du patient.

5- Etude des facteurs déclenchants

Dans notre étude, le facteur déclenchant n'est pas précisé (55%) ; il dépasse le taux de DELAFOSSE RCJ. (38%) [9] et ce malgré la bonne tenue des dossiers il y a 28 ans. Les facteurs déclenchants retrouvés sont les conflits avec 33,3% de cas (15% social, 15% familial, 8,3% conjugal) qui sont moins importants que ceux de DELAFOSSE RCJ. [9] (41%). Cela nous rapproche de GUELFY JD. [14] et SAMUEL-LAJEUNESSE B. [21] qui ont évoqué l'absence de facteurs déclenchants dans la PDA.

La puerpéralité ne représente que 11,7% contre 21% de l'étude de DELAFOSSE RCJ. [9]. Elle semble importante comme l'a soulignée DIAWAR M. [10] de suivre les femmes dans le post-partum immédiat afin de dépister au plus tôt les troubles psychiatriques

6- Lieux de consultations et traitement antérieurs

Les lieux de consultation antérieure imprécis ont un taux élevé soit 45% contre 28,3% de patients qui s'adressent à un centre de soins conventionnels. Le traitement antérieur non précisé connaît un taux aussi élevé (18,2%) pour 39,4% de traitement médical et 21,2% de prières. Ces résultats sont moins élevés que ceux de DELAFOSSE RCJ. [9] : 52 semblent importants à travers nos résultats et les études faites par DIAWAR M.[7].% de traitement non précisé. Cela met encore en évidence la précision du diagnostic de PDA pour un traitement précis.

7- Evolution

Deux patients ont eu une évolution spontanée. L'évolution spontanément résolutive des PDA a déjà été signalée par de nombreux auteurs [17 ; 21].

8- Antécédents psychiatriques personnels et familiaux

Les dossiers ne précisent pas les antécédents psychiatriques personnels (58,3%) et familiaux (60%). Les patients n'ont pas d'antécédents psychiatriques personnels (40 %) et familiaux (23,3%). Un seul patient a présenté des antécédents psychiatriques. GUELFY JD. [14], par contre, n'a observé aucun trouble

psychiatrique évident dans les antécédents personnels. Est-ce à dire que les antécédents psychiatriques n'existent pas chez les malades atteints de PDA ?

9- Symptômes de la consultation psychiatrique

Nos symptômes de la consultation psychiatrique sont très variés, les plus importants sont ceux de l'instabilité psychomotrice :

- les idées de persécution 26,4%,
- le délire 24%,
- les hallucinations auditive et visuelle 16,3%,
- les agitations 12%.

DELAFOSSE RCJ. [9] a retrouvé deux types d'état délirant : les délires oniroïdes d'emblée et les délires hallucinatoires, 50% chacun et comme thème la persécution (63%). Ces résultats sont en concordance avec les principaux écrits dans des formes typiques des PDA [2 ; 21].

10- Interprétation de la maladie par la famille et par le malade

La famille (parents ou proches du malade) qualifie la PDA de maladie naturelle à 70% en conformité avec DELAFOSSE RCJ. [9] (71%) confirmant les pratiques religieuses des uns et des autres ; cela malgré leur réticence pour la prise en charge du patient dans un centre de soins. Alors que le malade traite la PDA de maladie mystique (45%) ou naturelle (8,3%), DELAFOSSE RCJ. [9] a trouvé 55% d'interprétation du même genre. Ces interprétations pourraient expliquer l'instabilité psychomotrice du malade du fait des attitudes des parents qui seraient alors mal vécues.

C- CARACTERISTIQUES THERAPEUTIQUES

1- Prise en charge

Les neuroleptiques oraux (38,5%) sont institués simultanément avec les antiparkinsoniens (38,5%). Souvent, devant la PDA, le début du traitement se fait par la voie parentérale immédiate (18%). Rarement sont associés d'autres psychotropes sauf des antidépresseurs (3,8%) et des anxiolytiques (1,2%). Les neuroleptiques en injection sont aussi utilisés pour leur action prolongée de quatre semaines environ dans la post-cure [8]. L'hospitalisation psychiatrique est presque toujours nécessaire et doit intervenir sans tarder [14] avec une chimiothérapie intensive, sédative et anxiolytique [8]. Cela est discuté car dans notre étude, il faut noter les consultations psychiatriques tardives sans internement du patient.

2- Observance du traitement et causes de la mauvaise observance

87,7% des patients prennent régulièrement les médicaments. La mauvaise observance du traitement (13,3%) est liée à des causes : personnelles (réticence et oubli des patients 75%, ...) et familiales (absence du détenteur du médicament 25%, ...). Elle est donc due par moment à un mauvais environnement du patient ou à de mauvaises relations interpersonnelles.

3- Effets secondaires des médicaments

Les effets secondaires qui ont prédominé chez les patients sont :

- somnolence 26,7%,
- dyskinésies 26,7%,
- insomnie, et/ou cauchemars et hallucinations 24%,
- vertiges 8%.

Ces effets justifient l'emploi de correcteurs d'effets secondaires en association aux neuroleptiques oraux ou en injection [8] car les troubles doivent auparavant [21] légitimer la prescription de ces correcteurs. L'apparition d'hallucinations doit cependant interpeller quant à la justesse du diagnostic.

4- Etude de l'interruption du traitement et des causes

53,3% des patients ont eu des ruptures de cure de causes déterminées contre 46,7% de bonne observance du traitement. L'amélioration de l'état des patients (53,2%) est la cause la plus retrouvée, suivie de la rupture des médicaments (12,5%) et du refus de traitement (12,5%). C'est l'erreur faite par les malades du DHM qui identifient les pathologies psychiatriques à celles des autres disciplines de la médecine hormis les pathologies chroniques.

5- Evolution

76,7% des patients ont une évolution favorable à court terme (entre 6-9 mois), 15% d'évolution défavorable et 8% de perte de vue. DELAFOSSE RCJ. [9] a rapporté moins de 56 % des patients à évolution favorable à court terme (inférieur à 6 mois). La précision du diagnostic de PDA permet une prise en charge améliorée donc une répercussion positive sur l'évolution.

6- Etude de l'assiduité aux consultations

Le caractère brutal de la PDA et sa guérison probable à court terme [15] pourrait justifier les nombreuses pertes de vue des patients (63,3%). Mais la confiance face au psychiatre rend réguliers aux consultations certains patients (26,7%). Le statut célibataire et professionnel de la majorité des patients (élèves, étudiants, artisans et sans professions...) peut expliquer la perte de vue et l'irrégularité aux consultations (10%) en raison même du manque de motivation socio familiale.

76,16% d'évolution favorable, dont 26,7% d'assiduité aux consultations contre 48,4% de pertes de vue, ont confirmé le résultat de DELAFOSSE RCJ. [9] (56 %).

7- Etude de la participation de la famille et de son type dans la prise en charge

83,3% des patients sont consultés en présence d'au moins un membre de la famille 66,7% (père, mère, frère et/ou sœur) ou du conjoint (16,7%). La présence d'un proche est une garantie pour le psychiatre dans la prise en charge et le suivi des patients en majorité adolescents ou adultes jeunes. APPIA AF. [3] abonde dans ce sens pour dire que cette présence constante des proches répond à une exigence du psychiatre car seulement 58,3% des participations de la famille sont actives contre 18,3% passives.

Les patients abandonnés à eux-mêmes représentent 23,4% dont 16,7% viennent seuls en consultation.

De 66,7% de participation familiale, on note 41,7% de perte de vue et 20% d'assiduité aux consultations; l'évolution paraît favorable dans 76,7% des cas mais le devenir de la PDA ne

dépend pas toujours du traitement et du suivi [2 ; 14 ; 21], par contre son évolution à moyen et long termes est fonction de la qualité de la prise en charge.

8- Etude de la réinsertion familiale et professionnelle

La bonne réinsertion familiale des patients représente 46,7% contre 41,6% des patients de réinsertion imprécise.

La réinsertion professionnelle des patients est imprécise dans 53,3% des cas et bonne dans 40%. Par contre, la socialisation est difficile d'après DELAFOSSE RCJ. [9] (36 %). Cette comparaison exprime l'aisance de la réinsertion familiale par rapport à la réinsertion professionnelle à cause de certaines barrières de méfiance généralement de l'employeur d'abord puis des collègues de service et face à un arrêt de travail ou un certificat médical donné par le psychiatre.

9- Etude de la durée de la prise en charge

43,4% des patients ont été stabilisés pendant le premier semestre et 41,6% des patients pendant deux ans. Cela a mis en exergue l'évolution favorable à court terme (6-9 mois) et à long terme (18-24 mois) avec ou sans traitement d'après GUELFY JD. [14].

TROISIEME PARTIE : PROPOSITIONS

PROPOSITIONS

A la lumière de notre étude, des efforts doivent être portés sur la rédaction des dossiers. Nous ne saurions donc terminer ce travail sans faire quelques recommandations :

▪ au Dispensaire d'Hygiène Mentale :

Le DHM de l'INSP est une référence médicale en Afrique. Il accueille et forme des médecins venant de toute l'Afrique en vue de l'obtention du CES de Psychiatrie. Pour être plus performant, il faudrait :

- standardiser et actualiser le schéma d'observation médicale pour une meilleure exploration des dossiers lors des études,
- doter le dispensaire d'une salle d'archives informatisée afin d'éviter les déperditions de dossiers,
- réhabiliter la bibliothèque en son sein,
- créer un comité de contrôle des dossiers après chaque consultation pour éviter le corollaire des dossiers incomplets,
- initier devant les limites de notre étude, des études prospectives pour une meilleure compréhension des mécanismes étiopathogéniques et de la dynamique familiale.

▪ aux Psychiatres et IDES en psychiatrie :

- pratiquer un examen général afin de rechercher des tares associés,
- faire une description symptomatique réelle des pathologies psychiatriques lors des consultations,

- prôner une action préventive des rechutes par une assistance psychiatrique d'au moins un semestre,
 - instaurer une collaboration avec les autres services dans le dépistage et la prise en charge des bouffées délirantes et les autres pathologies psychiatriques.
-
- aux familles des patients :
 - susciter des relais associatifs afin de favoriser la réinsertion socioprofessionnelle des patients,
 - s'engager dans la prise en charge et le suivi des patients pour une bonne adhésion au traitement.
-
- à la Direction de l'INSP:
 - accroître l'effectif du personnel du DHM pour une amélioration de la qualité des soins, vu le nombre élevé de consultants et l'insuffisance du personnel médical,
 - réhabiliter les locaux et le matériel vétustes de l'institut et informatiser les services de consultation.
-
- au Ministère en charge de la santé :
 - décentraliser les soins de santé mentale par la création des services de psychiatries dans les CHU et CHR pour une meilleure assistance psychiatrique,
 - organiser des séminaires de recyclage dans le cadre de la formation continue du personnel soignant.

CONCLUSION

CONCLUSION

Cette étude rétrospective allant du 1^{er} Janvier 1997 au 31 Décembre 2001 a porté sur les aspects épidémiologiques et cliniques des PDA au Dispensaire d'Hygiène Mentale de l'INSP du Plateau (Abidjan).

Ainsi ont été identifiés des éléments qui peuvent être considérés comme :

➤ caractéristiques épidémiologiques des consultants :

- le sexe féminin est plus concerné 55%,
- la tranche d'âge prépondérante est celle de 16 à 29 ans,
- les artisans sont les plus nombreux 20 % suivis des élèves et des étudiants (28,4%) et les sans professions 16,7%,
- les célibataires prédominent avec 66,7%,
- les facteurs déclenchants les plus fréquents sont les conflits avec le (la) conjoint (e), les conflits avec les familles, les conflits sociaux et la puerpéralité.

➤ Caractéristiques cliniques :

- le début brutal de la PDA,
- l'instabilité psychomotrice : idées de persécutions 26,7%, délires 24%, hallucinations 16,3 % et agitations 12%,
- l'évolution favorable à 58,4% à court terme (6 – 9 mois) et 31,6% à long terme (18 mois –24 mois),
- la réinsertion socioprofessionnelle difficile à 40% des cas.

Comme on peut le constater par ces résultats, les PDA constituent un véritable problème de Santé Publique car elles touchent la tranche la plus importante de la population, c'est à dire

la plus active, la plus productive et également la population la plus démunie.

La majorité des patients a été traité par neuroleptique. Mais certains d'entre eux ont été perdus de vue au bout de six mois, suite à une évolution favorable en général et pour d'autres raisons que le personnel médical ignore.

Chaque psychiatre devrait faire sienne la phrase de BORIS VIAN [11] dans " l'Écume des Jours " : « Ce qui m'intéresse, ce n'est pas le bonheur de tous les hommes, c'est celui de chacun. ».

REFERENCES

REFERENCES

- 1-**ALEXANDER FG., SELESNICK ST.** Histoire de la Psychiatrie. Collection U/Armand Collin. Paris 1972,480p.
- 2-**ANTOINE P.** Manuel alphabétique de Psychiatrie clinique et thérapeutique. 4^{ème} et 6^{ème} édition entièrement refondue. P.U.F. Septembre 1984, 616p.
- 3-**APPIA AF.** Qualité des soins ambulatoires en psychiatrie à propos de 121 cas colligés au dispensaire d'hygiène mentale sous traitement psychotrope de plus de 6 mois. Th. Med. Abidjan, 2000, N°3053.
- 4-**BOUCHARLAT J.**
Les bouffées délirantes. Trouble de la conscience de soi. Source internet, 1995.
- 5-**CLASSIFICATION INTERNATIONALE MALADIES ET DES PROBLEMES DE SANTE ANNEXES 10^{EME} EDITION (CIM-10).**
Troubles Mentaux et Troubles du Comportement. In : Critères diagnostiques pour la recherche. Bibliothèque OMS Genève. C.B.PULL (Luxembourg), Masson, 1993, volume 1, pp 327-416.
- 6-**COLLOMB H.** Bouffées délirantes en Psychiatrie Africaine. Psychopathologie africaine. 1965, 2, 269p.
- 7-**COLLOMB H.** Ethnopsychiatrie et évolution de la schizophrénie. Confrontation psychiatrique.1968, 2, 106p.

8-**CORRUBLE E., DEMOLIS P.** Psychopharmacologie. In : cours de Psychiatrie des DCEM 3. Question d'internat N°380. Source internet.

9-**DELAFOSSÉ RCJ.** Approche différentielle selon le sexe de l'évolution à court terme des psychoses délirantes aiguës à propos de 100 cas. Th. Med. Abidjan, 1975, N°75.

10-**DIAWAR M.** Pathologies psychiatriques de la puerpéralité à l'HPB. Mémoire de CES en Psychiatrie. Abidjan, 1986.

11-**EDOUARD Z.** Les jardins de la folie. Editions ODILE JOCOB. Septembre, 1988, 235p.

12-**GENTILINI M. et al.** Déclaration d'Alma ATA-OMS (12 Septembre 1978). Médecine Tropicale. Flammarion Médecine Sciences. 5^{ème} édition. Paris, 1993, 91-95, 929p.

13-**GINESTET D., KAPSAMBELIS V.** Thérapeutique médicamenteuse des troubles psychiatriques de l'adulte. Flammarion Médecine Sciences. 1996, 402p.

14-**GUELFY JD., BOYER P., CONSOLI S., MARTIN RO.** Etats fonctionnels aigus et chroniques. Psychiatrie, P.U.F Fondamental, 1^{ère} Edition, 1987, 235p.

15-**HENRI Ey, BERNARD P, BRISSET CH.** Psychoses délirantes aiguës. Manuel de psychiatrie. 4ème édition, Revue et complétée. MASSON et Cie, Editeurs, Paris, 1974, 1250p.

16-**KADJO MM.** Pathologies psychiatriques chez les femmes adultes. **Th. Méd.** Abidjan, 2001, N°2031.

17-**LEMPERIERE Th, FELINE A., et coll.** Les bouffées délirantes. Psychiatrie de l'adulte. Collection Abrégés de médecine. Nouvelle présentation, 1996, 414 p.

18-**Dispensaire de l'Hygiène Mentale de L'INSP du Plateau.** Lexique de codage des données épidémiologiques et des ethnies.

19-**MAKANG MA MBOG M.** Délire hallucinatoire et société africaine. Psychopathologie africaine. 1957, 7, 167p.

20-**INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS) DE CÔTE D'IVOIRE.** Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH). 1999-2000.

21-**SAMUEL - LAJEUNESSE B.** Psychoses Délirantes Aiguës (PDA). **Encycl. Méd. Chir.** Paris, Psychiatrie 37230, A¹⁰, 10-1985, 10p.

22-**SANOGO IA.** Aspects épidémiologiques des troubles psychiatriques chez l'homme. **Th. Med.** Abidjan, 2003, N°

23-**THOMAS AW., ALLEN JF., et al.** DSM-IV Sourcebook. American Psychiatric Association. 1400K. Street, N.W. Washington, volume 1, 1994, 768p.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE**Aspects épidémiologiques et cliniques des Psychoses
Délirantes Aiguës (PDA)****I-IDENTIFICATION DU PATIENT**

1 - N°dossier date de 1^{ère} consultation

2 - Age

3 - Sexe

4 - Niveau d'étude

5 - Profession

6 - Nombre d'enfants

7 - Religion

8 - Ethnie

9 - Situation matrimoniale

10 - Lieu de résidence

11- Cohabitant

II – CLINIQUE

1 – Origine de la demande

2 – Motifs de consultation

3 - Accompagné(e) Si Oui

4 - Histoire de la maladie

- Période de début des troubles :
- Facteurs déclenchants :
- Mode de début :
- Signes :
- Lieux de consultations antérieures :
- Traitements antérieurs :

5- ATCD psychiatriques personnels

6 - ATCD psychiatriques familiaux Si Oui

7 - Symptômes :

8 - Interprétation de la maladie par la famille & malade

III-TRAITEMENT

1 - Traitement

2 – Observance du traitement Si Non pourquoi

3 - Effets secondaires Si Oui lesquels

4 - Evolution

5 - Interruption du traitement Si Oui causes

6 - Assiduité aux consultations

7 - Participation de la famille

8 - Réinsertion familiale

9 - Réinsertion Professionnelle

10 - Durée de la prise en charge (mois)

LEXIQUE DE CODAGE DE LA FICHE DE RECUEIL DE DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

I- IDENTIFICATION

N° Dossier : La lettre de l'année dans la 1^{ère} case et les 4 chiffres de l'année dans les cases suivantes.

Date de la 1^{ère} consultation : jour, mois et année en 4 chiffres.

Sexe : 1 = M 2 = F

Age : en 2 chiffres

Lieu de résidence : 1 choix parmi :

- 1 - Abidjan
- 2 - Autre ville de CI
- 3 - Village de CI
- 4 - Hors de la CI
- 5 - Non précisé

Profession : 1 choix parmi :

- 1 - Fonctionnaire
- 2 - Employé secteur privé
- 3 - Cadre supérieur privé-Profession libérale-Fonctionnaire international
- 4 - Haut cadre fonctionnaire
- 5 - Elève
- 6 - Etudiant
- 7 - Employé de maison
- 8 - Activités agricoles
- 9 - Chef d'entreprise ou de commerce
- 10 - Petit commerce
- 11 - Femme au foyer
- 12 - Artisan (menuisier, maçon, coiffeur, etc...).
- 13 - Sans profession
- 14 - Chômeur
- 15 - Non précisé
- 16 - Pasteur ou Marabout

Nombre d'enfants : valeur numérique sur 2 chiffres

Religion : 1 choix parmi :

- 1 - Catholique
- 2 - Musulmane
- 3 - Protestante méthodiste
- 4 - Protestante évangélique
- 5 - Autres églises (harristes, christianisme céleste, Jéhovah, papa nouveau).
- 6 - Eglises syncrétiques (Dé hima, Kokangba).
- 7 - Cultes animistes
- 8 - Autres (Bouddhisme, Maïkiri, etc....)
- 9 - Sans Religion
- 10 - Non précisé

Ethnie : Le codage se fait avec 3 chiffres (voir lexique de codage Ethnie).

Situation matrimoniale : 1 choix parmi :

- 1 - Célibataire
- 2 - Marié (e)
- 3 - Concubin (e)
- 4 - Veuf (ve) ou Décédé (e)
- 5 - Séparé (e)
- 6 - Divorcé (e)
- 7 - Non précisée

Niveau d'étude : 1 choix parmi :

- 1 - Niveau primaire
- 2 - Niveau secondaire
- 3 - Niveau BAC
- 4 - Etude supérieures (BTS, Université et Technique)
- 5 - Etude coraniques
- 6 - Non scolarisé
- 7 - Non précisé

Cohabitant : 1 choix parmi :

- 1 - Père et mère
- 2 - Père
- 3 - Mère

- 4 - Conjoint (e)
- 5 - Frère et/ou sœur
- 6 - Descendant
- 7 - Autre membre de la famille
- 8 - Un non parent
- 9 - Un tuteur
- 10 - Une Communauté
- 11 - Seul
- 12 - Instable
- 13 - Non précisé

II- CLINIQUE

Origine de la demande : 1 choix parmi :

- 1 - Centre de santé
- 2 - CHU
- 3 - Centres de soins psychiatriques (HPB, HP Bouaké, etc....)
- 4 - Famille
- 5 - Etablissement scolaire
- 6 - Entreprise (médecin, administration)
- 7 - Institution sociale (Centre social, communauté religieuse, ONG)
- 8 - Prison, justice, police
- 9 - Pompiers
- 10 - Seul
- 11 - Autre service INSP (à préciser)
- 12 - Autres à préciser

Ancienneté de la crise : 1 choix parmi :

- 1 - 0 à 1 semaine (0-6 jours)
- 2 - 1 à 2 semaines (7-14 jours)
- 3 - 2 semaines à 1 mois
- 4 - 1 à 3 mois
- 5 - Plus de 3 mois

Mode de début des troubles : 1 choix parmi :

- 1 - Brutal
- 2 - Progressif
- 3 - Non précisé
- 4 - Rapide
- 5 - Traumatisme physique
- 6 - Traumatisme psychique

Facteurs déclenchants :

- 1 - Inconnu
- 2 - Conflit conjugal
- 3 - Conflit familial
- 4 - Conflit social
- 5 - Accouchement (post -partum)

Symptômes de début : 1 à 6 choix parmi : voir « motif de consultation »

Motifs de consultation : 1 à 6 choix parmi :

- 1 - Formes d'idées délirantes
- 2 - Soliloque et/ou discours
- 3 - Agitation
- 4 - Céphalées
- 5 - Insomnie
- 6 - Asthénie
- 7 - Logorrhée et/ ou incohérences verbales
- 8 - Agressivité
- 9 - Idées mystiques
- 10 - Hyperréligiosité
- 11 - Hallucinations auditives et/ ou visuelles
- 12 - Instabilité motrice
- 13 - Dénudation et/ ou fugue
- 14 - Refus de s'alimenter
- 15 - Isolement et/ ou tristesse
- 16 - Malaise
- 17 - Présentation négligée
- 18 - Autres à préciser

Lieux de consultations antérieures : 1 à 4 choix dans l'ordre chronologique parmi :

- 1 - Centre de soins conventionnel : Dispensaire, clinique, Infirmerie, CHU, tout autre centre de Médecine moderne.
- 2 - Tradithérapeute
- 3 - Eglises
- 4 - Médecine chinoise
- 5 - Centre de soins psychiatriques
- 6 - Aucun
- 7 - Soins médicaux à domicile

8 - Autres soins à domicile : Traditionnel, religieux

Traitements antérieurs : 1 à 4 choix parmi :

- 1 - Médical
- 2 - Traditionnel
- 3 - Prières
- 4 - Médical chinois
- 5 - Psychiatrique
- 6 - Non précisé

Interprétation de la maladie par la famille et le (a) malade : 1 choix parmi :

- 1 - Maladie naturelle (Dieu)
- 2 - Origine mystique
- 3 - Non précisé

ATCD psychiatriques personnels et familiaux: 1 choix parmi :

1 = Oui 2 = Non 3 = Non précisés

Si Oui qui : 1 - 3 choix parmi :

- 1 - Père et /ou mère
- 2 - Frères, sœurs
- 3 - Parents paternels
- 4 - Parents maternels

III- TRAITEMENT

Traitement : 1 à 4 choix parmi :

- 1 - Neuroleptiques oraux
- 2 - NAP
- 3 - Antidépresseurs
- 4 - Anxiolytiques
- 5 - Hypnotiques
- 6 - Lithium
- 7 - Antiépileptiques
- 8 - Psychothérapies
- 9 - Antiparkinsoniens
- 10 - Autres médicaments à préciser

Observance du traitement : 1 = Oui 2 = Non 3 = Non
précisé

Si Non, pourquoi : 1 à 3 choix parmi :

- 1 - Oubli
- 2 - Absence du détenteur des médicaments
- 3 - Réticence du malade
- 4 - Mauvaise compréhension de la posologie
- 5 - Réticence de la famille
- 6 - Non précisé

Effets secondaires : 1=Oui 2=Non

Si Oui, lesquels : 1 à 3 choix parmi :

- 1 - Somnolence divine
- 2 - Tremblements
- 3 - Dyskinésies
- 4 - Vertiges
- 5 - Constipation
- 6 - Prise de poids
- 7 - Sécheresse buccale, salivation ou vomissement
- 8 - Eruptions cutanées, prurit
- 9 - Fièvre
- 10 - Trouble du cycle
- 11 - Galactorrhée, gynécomastie
- 12 - Troubles sexuels (impuissance, frigidité, baisse de la Libido...)
- 13 - Insomnie ou Cauchemar et/ou hallucination
- 14 - Autres à préciser

Evolutions : 1 choix parmi :

- 1- Bonne
- 2 - Mauvaise
- 3 - Non précisé (perdu(e) de vue)

Interruption du traitement : 1 = Oui 2 = Non

Si Oui, causes : 1 à 3 choix parmi :

- 1 - Manque de moyens financiers
- 2 - Refus du traitement
- 3 - Amélioration de l'état
- 4 - Interventions

- 5 - Déplacement en dehors du lieu de résidence
- 6 - Rupture des médicaments
- 7 - Effets secondaires
- 8 - Activité professionnelle
- 9 - Non précisée

Assiduité aux consultations : 1 choix parmi :

- 1 - Vient régulièrement aux consultations
- 2 - Vient irrégulièrement
- 3 - Perdu(e) de vue

Participation de la famille : 1 à 2 choix parmi :

- 1 - Père et mère
- 2 - Père ou mère
- 3 - Conjoint(e)
- 4 - Un autre membre de la famille
- 5 - Aucune présence
- 6 - Présence régulière d'1 ou 2 membres de la famille
- 7 - Présence d'un non parent
- 8 - Frère et/ou sœur

Réinsertion familiale : 1 choix parmi :

- 1 - Bonne
- 2 - Rejet
- 3 - Médiocre
- 4 - Mauvaise
- 5 - Non appréciée

Réinsertion professionnelle : 1 choix parmi :

- 1 - Bonne
- 2 - Rejet
- 3 - Médiocre
- 4 - Mauvaise
- 5 - Non appréciée

Durée de la prise en charge : Nombre de (mois).

LISTE ET CODAGE DES ETHNIES

ETHNIES DE COTE D'IVOIRE

I - GROUPE ETHNIQUE KWA

I-1- KWA AKAN:

101 = Baoulé

102 = Agni

103 = Abron

I- 2 KWA LAGUNAIRE:

121 = Abbey

122 = Abidji

123 = Abouré

124 = Adjoukrou

125 = Alladjan

126 = Appolo

127 = Avikam

128 = Ebrié

129 = Attié

130 = M'batto

131 = Ehotilé

II- GROUPE ETHNIQUE KROU

201 = Bété

202 = Dida

203 = Godié

204 = Gnaboua

205 = Ahizi

206 = Bakwé

207 = Guéré

208 = Kroumen

209 = Neyo

210 = Wobè

III- GROUPE ETHNIQUE GUR

301 = Sénoufo

302 = Tagbana

303 = Djimini

304 = Nafara

305 = Lobi

306 = Koulango

IV- GROUPE ETHNIQUE MANDE DU NORD

401 = Malinké

402 = Koyaka

403 = Mahou

V- GROUPE ETHNIQUE MANDE DU SUD

501 = Gagou

502 = Gouro

503 = Yacouba

504 = Yaouré

505 = Toura

506 = Wan

507 = Mona

ETHNIES HORS COTE D'IVOIRE

NON IVOIRIENS A PRECISER

SERMENT D'HIPPOCRATE

**EN PRESENCE DES MAITRES DE CETTE ECOLE ET
DE MES CHERS CONDISEIPLES, JE PROMETS ET
JE JURE, AU NOM DE L'ETRE SUPREME, D'ETRE
FIDELE AUX LOIS DE L'HONNEUR ET DE LA
PROBITE DANS L'EXERCICE DE LA MEDECINE.**

**JE DONNERAI MES SOINS GRATUITS A
L'INDIGENT ET JE N'EXIGERAI JAMAIS DE
SALAIRE AU DESSUS DE MON TRAVAIL.**

**ADMIS A L'INTERIEUR DES MAISONS, MES YEUX
NE VERRONT PAS CE QUI S'Y PASSE, MA LANGUE
TAIRA LES SECRETS QUI ME SERONT CONFIES
ET MON ETAT NE SERVIRA PAS A CORROMPRE
LES MOEURS NI A FAVORISER LES CRIMES.**

**RESPECTUEUX ET RECONNAISSANT ENVERS MES
MAITRES, JE RENDRAI A LEURS ENFANTS
L'INSTRUCTION QUE J'AI RECUE DE LEUR PART.**

**QUE LES HOMMES M'ACCORDENT LEUR ESTIME
SI JE SUIS RESTE FIDELE A MES PROMESSES, QUE
JE SOIS COUVERT D'OPPROBRE ET MEPRISE DE
MES CONFRERES SI J'Y MANQUE.**

Lu et approuvé
Le Président du Jury

Vu,
Le Doyen de l'UFR des
Sciences Médicales

Monsieur le Professeur
KOUAKOU N'ZUE Marcel

Madame le Professeur
N'DRI YOMAN A. Thérèse

Vu et permis d'imprimer
Le Président de l'Université de Cocody - Abidjan
Monsieur le Professeur
TEA GOKOU

Par délibération, l'UFR des Sciences Médicales d'Abidjan a arrêté
que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont
présentées doivent être considérées comme propres à leurs
auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni
improbation.