

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	01
PREMIERE PARTIE : RAPPELS	
1. RAPPELS SUR LES TROUBLES PSYCHOTIQUES AIGUS	03
1.1. DEFINITIONS.....	03
1.2. HISTORIQUE	05
1.3. REPÈRES EPIDEMIOLOGIQUES.....	07
1.4. ETUDE CLINIQUE.....	09
1.4.1. La phase de début.....	09
1.4.2. La phase d'état.....	10
1.4.3. Diagnostic positif.....	13
1.4.4. Diagnostics différentiels.....	14
1.4.5. Diagnostic étiologique.....	15
1.4.6. Évolution et pronostic.....	17
1.4.7. Traitement.....	18
2. DEUXIEME PARTIE: METHODES ET RESULTATS	
2.1. METHODES	23
2.1.1. Cadre de l'étude.....	23
2.1.2. Type de l'étude.....	24
2.1.3. Période étudiée.....	24
2.1.4. Durée de l'étude.....	24
2.1.5. Population étudiée.....	24
2.1.6. Méthode de collecte des données.....	24
2.1.7. Considérations éthiques.....	25
2.1.8. Critères d'inclusion.....	25
2.1.9. Critères d'exclusion.....	25
2.1.10. Analyse des données.....	25
2.1.11. Paramètres étudiés.....	26
2.2. RESULTATS.....	27
2.2.1. Selon le profil épidémiologique.....	27

2.2.2. Selon la symptomatologie clinique.....	31
2.2.3. Selon les étiologies.....	35
TROISIEME PARTIE: DISCUSSION	
3 DISCUSSION.....	43
3.1. Selon le profil épidémiologique.....	43
3.2. Selon la symptomatologie clinique retrouvée.....	48
3.3. Selon les étiologies.....	50
3.3.1. Pour les BDA primaires.....	50
3.3.2. Pour les BDA secondaires.....	52
3.4 Suggestions.....	55
3.4.1 Pour les parents et la famille.....	55
3.4.2 Pour la communauté.....	56
3.4.3 Pour les agents de santé.....	57
3.4.4 Pour le gouvernement et l'Etat.....	57
CONCLUSION.....	59
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	

LISTE DES TABLEAUX :

	Pages
Tableau I : Répartition des malades selon leur profession.....	30
Tableau II : Classification des malades selon les thèmes des délires.....	32
Tableau III : Répartition des malades selon les mécanismes du délire.....	33
Tableau IV : Classification des malades selon la systématisation des délires.....	34
Tableau V : Représentation des malades présentant une BDA primaire selon le type de personnalité sous jacent.....	39

LISTE DES FIGURES :

	Pages
Figure 1 : Répartition des malades selon le genre.....	28
Figure 2 : Répartition des BDA selon les tranches d'âge des malades.....	29
Figure 3 : Répartition des malades selon l'âge de début de BDA.....	31
Figure 4 : Répartition des malades selon les étiologies du BDA.....	35
Figure 5 : Diagramme indiquant les antécédents familiaux des malades présentant la BDA primaire.....	36
Figure 6 : Répartition des patients selon la présence ou non d'antécédent personnel de psychose.....	37
Figure 7 : Classification des malades selon les antécédents psychiatriques familiaux.....	38
Figure 8 : Diagramme de répartition selon les facteurs de stress retrouvés.....	40
Figure 9 : Représentation graphique des malades présentant de BDA secondaire selon leur étiologie.....	41
Figure10: Diagramme représentant le type de toxique consommé pour les BDA secondaire d'origine toxique.....	42

LISTE DES ABREVIATIONS:

BDA	: Bouffée Délirante Aigue
CIM-10	: Classification Internationale des Maladies (10 ^{ème} version)
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Mental Diseases-IV (Manuel Diagnostic et des Statistiques des Troubles Mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie IVème Révision)
EEG	: Electroencephalogramme.
IRM	: Imageries par Résonance Magnétique
LSD	: <i>Lyserg Saïre Diäthylamide</i>
NFS	: Numération Formule Sanguine
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
TCA	: Taux de Céphaline Activé
TDM	: Tomodensitométrie
THC	: Δ 9 Tétra Hydro Cannabinol
TP	: Taux de Prothrombine
TPHA	: Treponema Pallidum Haemagglutination Assay
TSH	: Thyroïde Stimulating Hormone
T3	: Tri-iodostimuline
T4	: Tétra-iodostimuline
VDRL	: Veneral Disease Research Laboratory

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Maints cas de malades hospitalisés dans le service de Psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire d'Analakinina Toamasina répondent aux critères de diagnostic de troubles délirants aigus.

Nous sommes particulièrement interpellés du fait de la multiplicité et de l'hétérogénéité de leurs étiologies qui sont parfois médicales générales ou psychiatriques. Ce qui rend problématique et pourrait même égarer la recherche étiopathogénique et par conséquent, compromettre la prise en charge ultérieure des patients concernés.

Par ailleurs, dans certains cas, faute de prise en charge adéquate de la phase aiguë, il n'est pas à écarter la possibilité d'une chronicisation de l'état délirant et d'une résistance thérapeutique.

Ces éventualités nous ont motivé à entreprendre une étude intitulée: "Les différentes étiologies des troubles délirants aigus au Service de Psychiatrie Toamasina".

Etant donné les impacts médico-légaux non négligeables, consécutifs aux agissements le plus souvent irrationnels de ces patients, dont le meurtre constitue l'aspect le plus dramatique, notre étude trouve son intérêt capital dans la détermination de façon urgente des éventuelles étiologies de cette psychose aiguë pour pouvoir aider au plus vite le patient en question.

Nos objectifs sont alors de:

- déterminer les différentes étiologies de la psychose délirante aiguë,
- dégager le profil épidémio-clinique des patients atteints, dans le contexte culturel "Betsimisaraka"
- afin d'orienter au mieux les stratégies thérapeutiques et
- d'alerter l'opinion publique sur la dangerosité et la nécessité de l'urgence de la prise en charge de ces patients.

Pour pouvoir atteindre ces objectifs, notre étude va se subdiviser en trois parties:

- dans la première partie, nous essayerons de faire une revue de la littérature autour de la psychose délirante aiguë
- dans la seconde partie, nous allons évoquer la méthodologie et les résultats de notre étude
- la troisième partie fera objet de discussions.

PREMIERE PARTIE : RAPPELS

1. RAPPELS SUR LES TROUBLES PSYCHOTIQUES AIGUS

1.1. DEFINITIONS

1.1.1. Les troubles psychotiques aigus

Les "troubles psychotiques aigus", appelés aussi "psychoses délirantes aiguës" sont caractérisés par l'apparition brutale d'un état délirant non systématisé dont les thèmes et les mécanismes sont riches et polymorphes. Ce délire est vécu de façon intense, avec parfois des incidences médico-légales ou des troubles du comportement majeurs [1].

1.1.2. Une idée délirante

Une idée délirante se définit selon le Manual of Diagnosis and Statistics of Mental Disorder Quatrième Version ou DSM-IV des associations américaines de Psychiatrie, comme: "une croyance erronée fondée sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure, fermement soutenue en dépit de l'opinion très généralement partagée et de tout ce qui constitue une preuve incontestable et évidente du contraire. Il ne s'agit pas d'une croyance habituellement partagée par les autres membres du groupe ou du sous-groupe culturel du sujet (par exemple: il ne s'agit pas d'un article de foi religieuse) [2]. Une idée délirante correspond alors à un trouble du contenu de la pensée entraînant une perte de contact avec la réalité. Le délire est souvent l'objet d'une conviction inébranlable, inaccessible au raisonnement ou à la contestation des faits. Il s'agit d'une "évidence interne", qui n'est généralement pas partagée par le groupe socioculturel du sujet [3].

1.1.3 Le caractère "aigü" de l'état délirant

Selon toujours le DSM-IV, qui a défini le caractère "aigu" de l'état délirant par son apparition récente depuis **moins de trente jours**.

1.1.4. Bouffée Délirante Aiguë

Le mot "**Bouffée Délirante Aigue**" ou **BDA** est apparu en France vers la fin du XIXème siècle, inventé par le psychiatre français MAGNAN Jacques Joseph Valentin

[4]. Elle est caractérisée par l'apparition brutale des délires en "coup de tonnerre dans un ciel serein" et qui atteignent les adultes jeunes. Selon H. Ey [5], le terme de «bouffées délirantes aiguës» désigne un ensemble d'affections mentales caractérisées par «l'éclosion soudaine d'un délire polymorphe accompagné d'idées délirantes, d'illusions, d'hallucinations, d'interprétations et de réactions pathologiques ». La bouffée délirante aiguë (BDA) apparaît brutalement, s'installant d'emblée dans sa période d'état par un délire [6]. Elle se résout en quelques jours ou quelques semaines mais laisse derrière elle une grande question, celle de son devenir [7]. En effet, si l'épisode délirant a une chance sur deux de rester l'unique incident dans la vie du sujet, il a également autant de chances d'évoluer sur un mode plus ou moins chronique: récidives ou évolution vers une organisation psychotique chronique telle que la schizophrénie ou la psychose maniaco-dépressive [7].

1.1.5. Caractérisation de l'idée délirante

1.1.5.1. Thème

Le thème délirant correspond au sujet principal sur lequel porte le délire. La thématique délirante correspond à l'ensemble des idées du patient sur lesquelles porte sa conviction délirante. Les thématiques peuvent varier à l'infini, être uniques ou multiples dans un même délire, s'associer entre elles de façon plus ou moins logique. Chaque thème peut être trouvé dans plusieurs types de troubles psychiatriques. La thématique la plus fréquente est la persécution; il faut rechercher dans ce cas s'il existe un persécuteur désigné, c'est-à-dire une personne nominativement désignée comme étant à l'origine des persécutions ou du complot [8].

1.1.5.2. Mécanisme

Le mécanisme du délire correspond au processus par lequel le délire s'établit et se construit. Il s'agit du mode d'élaboration et d'organisation du délire. Il existe quatre types de mécanisme à l'origine des idées délirantes: le mécanisme interprétatif, hallucinatoire, intuitif et imaginatif.

1.1.5.3. Systématisation

Le degré de systématisation évalue l'organisation et la cohérence des idées délirantes. Elles peuvent être "non systématisées" ou "paranoïdes" si elles sont à thèmes multiples ou polymorphes, sans cohérence ni lien logique entre elles. Elles sont dites "systématisées" ou "paranoïaques" si elles portent sur un thème unique (persécution, jalousie, ...) et ont une organisation interne respectant la logique, même si le postulat de base est faux.

1.1.5.4. Adhésion

L'adhésion aux idées délirantes, qui correspond au degré de conviction attaché à ces idées, est variable mais peut être élevée. Lorsque la conviction est inébranlable, inaccessible au raisonnement et aux critiques, l'adhésion est dite "totale". Lorsque l'adhésion est partielle, le patient est en mesure de critiquer son propre délire.

1.1.5.5. Retentissement émotionnel et comportemental

Le retentissement émotionnel et comportemental doit être évalué systématiquement: le niveau d'anxiété, souvent majeur, le risque suicidaire, et le risque de passage à l'acte hétéroagressif. La dangerosité pour soi-même ou pour autrui peut être la conséquence directe des idées délirantes (échapper au complot, se venger d'un persécuteur).

1.2. HISTORIQUE

1.2.1. De la folie à la bouffée délirante aigue

Durant l'antiquité grecque [9], les maladies sont considérées comme une apparition de déséquilibre de l'humeur et les variations du milieu intérieur. Selon la littérature française [10] le terme folie est employé dans le sens du "trouble mental".

Par contre, le mot "**délire**" était apparu en 1537. Il vient du mot "délirare" qui signifie: perdre de la raison. Par ailleurs, le mot "**Bouffée Délirante Aigue**" ou BDA a été décrit en 1866.

En 1894, LAGRAIN en avait décrit la symptomatologie et les caractéristiques cliniques. Il s'agirait alors d'une psychose d'apparition brutale, le plus souvent sans facteur déclenchant ni de cause apparente. Elle survient comme un "coup de tonnerre dans un ciel serein"[11]. En 1914, DUPRÉ et LOGRE avaient décrit la "psychose imaginative aiguë" qu'ils assimilaient à la Bouffée Délirante Aiguë [12]. En 1927, VALENCE avait inventé la "psychose interprétative aiguë"[13]. C'est Henri EY qui a remis le terme "Bouffée Délirante Aiguë" après la seconde guerre mondiale [14]. Vers la fin des années 1980, PULL et PICHOT tentaient de formuler les critères de la Bouffée Délirante Aiguë [15].

1.2.2. La place nosographique actuelle

Tous les courants psychiatriques s'accordent à reconnaître l'existence de syndromes transitoires caractérisés par un état délirant aigu avec troubles thymiques, altération plus ou moins marquée de la conscience d'installation brutale et dont le potentiel évolutif est marqué par une rémission spontanée avec tendance aux récurrences [16].

Les psychiatres français, fidèles à Magnan, désignent ces états délirants sous le nom de bouffées délirantes aiguës.

Dans la classification de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), ils se retrouvent dans les catégories suivantes [16] :

- 040: Accès délirants aigus considérés comme schizophréniques;
- 041: Psychose délirante aiguë - bouffée délirante réactionnelle ;
- 042: Psychose délirante aiguë - bouffée délirante non classable en 040 ou en 041 ;

En Amérique, l'Association Américaine de Psychiatrie distingue un certain nombre d'états psychotiques aigus dont la description clinique correspond aux bouffées délirantes aiguës [2] :

- Trouble schizophréniforme

- Trouble schizo-affectif
- Trouble psychotique bref
- Trouble délirant
- Trouble psychotique partagé

Depuis 1992, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié une nouvelle nosographie: la Classification Internationale des Maladies Dixième Version ou la CIM 10, dans laquelle on retrouve un groupe dit «troubles psychotiques aigus et transitoires» (F 23) comprenant six sous-groupes [17] :

- F 23.0 : Troubles psychotiques aigus polymorphes sans symptômes schizophréniques ;
- F 23.1 : Troubles psychotiques aigus polymorphes avec symptômes schizophréniques;
- F 23.2 : Trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique, dans lequel la symptomatologie est de type schizophrénique mais persiste moins d'un mois;
- F 23.3 : Autres troubles psychotiques aigus, essentiellement délirants, où l'on range ce qui a été appelé « psychose psychogène» et « réaction paranoïaque» ;
- F 23.8 : Autres troubles psychotiques aigus et transitoires ;
- F 23.9 : Troubles psychotiques aigus et transitoires, sans précision, où l'on doit inclure les «psychoses réactionnelles brèves» .

1.3. REPÈRES EPIDEMIOLOGIQUES

1.3.1. La répartition géographique

Selon la littérature, en France, en 1970, dans les 34 établissements psychiatriques étudiés, il y avait 5% de Bouffées Délirantes Aiguës avec un sex ratio à 1. A Strasbourg, SINGER [18] avait trouvé parmi les malades hospitalisés 3,5% de cas de psychoses délirantes aiguës. CONSTANT [19] a estimé sa fréquence à 6 % dans les établissements publics français. COUSIN [20] faisait état d'une fréquence comprise entre 3 % et 5%. En 1983, dans une étude ayant porté sur des patients hospitalisés à l'Hôpital Sainte Anne de Paris, JOHNSON-SABINE et coll. [21] ont montré que la fréquence d'utilisation du diagnostic de bouffée délirante était en constante diminution: 8% en

1978 et 3 % en 1981. Des études semblent montrer que les BDA sont plus fréquentes en milieu africain et latino-américain que partout ailleurs dans le monde.

A Dakar, COLLOMB [22] en 1960, a estimé leur fréquence entre 30 % et 40 % ; à Pointe à Pitre, GARELLEON [23] a estimé, en 1984, que 2 admissions sur 4 en psychiatrie étaient des BDA.

A Madagascar et surtout à Toamasina, selon les résultats de nos recherches, il paraît que peu de monographies scientifiques soient publiées jusqu'ici concernant cette maladie.

1.3.2. Selon le genre et l'âge

Selon la littérature, les sujets adolescents ou adultes jeunes sont les plus atteints. Le genre féminin est majoritaire [24,16]. PULL [25] et PICHOT [26] avaient proposé un âge de début entre 20 et 40 ans, l'âge moyen étant de 29 ans.

1.3.3. Les facteurs prédisposant

Plusieurs auteurs ont fait état de terrains particuliers sur lesquels surviennent les BDA. LEMPERIÈRE et coll. [24] parlent de sujets immatures ayant eu des difficultés d'adaptation et d'identification, chez lesquels on retrouve volontiers des antécédents psychiatriques familiaux de registres divers. EY [27] et COLLOMB [22] mettent en avant l'existence d'antécédents personnels névropathiques, en particulier hystériques. CRIQUILLION-DOUBLET et coll. [28], sur 53 cas de BDA, ont trouvé des antécédents psychiatriques familiaux dans 51 % des cas; ces antécédents étaient plus souvent de nature thymique que schizophrénique. Certains auteurs ont avancé l'hypothèse que certains troubles de la personnalité peuvent être incriminés à savoir les personnalités de type: dépendante, schizoïde, histrionique. Néanmoins, nombre d'auteurs admettent que la BDA survient aussi chez des sujets en l'absence de troubles de la personnalité ni d'antécédents psychiatriques.

1.3.4. Les facteurs déclenchant

La majorité des auteurs reconnaissent que la BDA ne relève pas d'une cause déterminée. Cependant plusieurs facteurs ont été associés au déclenchement des BDA

[29]: la puerpéralité, les facteurs organiques: accidents, intervention chirurgicale, les facteurs de stress divers: deuil, échec, réussite, séparation, incarcération, ...

1.4. ETUDE CLINIQUE

La bouffée Délirante Aiguë (ou Trouble Psychotique Aigu) est caractérisée par l'apparition brutale d'un délire riche, instable et polymorphe avec une altération des perceptions, une distorsion du jugement et un dérobement imaginatif ce qui entraînent un bouleversement profond et transitoire de la fonction psychique et des relations du sujet avec le monde extérieur.

1.4.1. La phase de début

La Bouffée Délirante Aiguë affecte surtout les sujets jeunes, à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte généralement entre 20 et 35 ans [30]. Parfois, il se peut qu'il y ait une hérédité psychopathologique sous-jacente [31].

Le début est généralement brutal. Plusieurs expressions ont été utilisées pour qualifier cette rupture brutale avec la vie antérieure du sujet:

- Comme un "coup de tonnerre dans un ciel serein" comme décrivait LAGRAIN [32]:

- "Dès son apparition, le délire est constitué, armé de toutes pièces, enveloppé dès sa naissance de son cortège de troubles sensoriels, c'est un délire d'emblé" rajoutait MAGNAN [11].

Même si le délire paraît brusque, il pourrait être précédé d'une phase prodromique marquée par: des troubles de sommeil à type d'insomnie d'endormissement, de réveils nocturnes multiples voire d'une insomnie totale, un trouble anxieux généralisé, des malaises diffus, des labilités thymiques ou des troubles de comportement [33].

1.4.2. La phase d'état

1.4.2.1. L'expérience délirante

1.4.2.1.1. Les thèmes

Comme sus-annoncé, les thèmes sont polymorphes et variables d'un instant à l'autre [34]. On y trouve aussi bien des délires à :

i. thème de persécution : où le malade a la conviction qu'on lui cherche à lui nuire : dans sa personne physique, dans sa personne morale ou dans ses biens. L'origine de la persécution peut être floue comme un monde hostile, des forces célestes ou des pouvoirs politiques, mais elle peut aussi être précise [35] (ciblée sur un individu particulier).

ii. thème de mégalomanie ou de surestimation de soi: Ces idées de grandeurs concernent : des idées de toute puissance, de richesse inépuisable, le sujet prétend être un personnage illustre, le christ ou un descendant d'une famille princière, ...

iii. thème mystique ou ésotérique, avec des thèmes religieux: Ils sont exprimés sous diverses formes : scrupules religieux, malédictions divines, idées de possession démoniaque.

iv. thème d'influence : Elles consistent en une conviction délirante d'être sous l'emprise d'une force extérieure qui commande les pensées et les actes.

v. thème de référence: Au cours desquelles, le patient pense que des remarques sans importances, des événements ou des situations banales le concernent personnellement et revêtent pour lui seul un sens particulier.

vi. thèmes de jalousie: Au cours des quelles, le malade connaît un sentiment de frustration de duperie ou d'abandon à l'égard de l'amour, et la possession d'un être investi affectivement.

vii. thèmes érotiques: C'est une conviction délirante d'être aimé(e) par une autre personne.

viii. thème de dépersonnalisation: Notion de transformation ou de dédoublement des dissolutions affectant le corps autant que l'esprit.

ix. Autres thèmes : Parfois, il se peut que le sujet exprime des idées de revendication (quérulente, filiation,...), hypochondriaque, des négations d'organes, Le polymorphisme de délire se manifeste aussi sur la juxtaposition des phénomènes qui le composent.

1.4.2.1.2. Organisation du délire

Sur le plan organisation, le délire pourrait être totalement désorganisé. Aucune suite logique, ni de cohérence pourraient être observés.

1.4.2.1.3. Mécanisme du délire

Quant aux mécanismes, les délires sont très variés, ils peuvent être [36] :

i. mécanisme intuitif: Émergence soudaine, jaillissement indépendant de tout support hallucinatoire et de toute élaboration logique préalable d'une connaissance.

ii. mécanisme interprétatif: Explication fausse apportée à une perception exacte de la vie quotidienne, de la sensation organique ou phénomène psychologique.

iii. mécanisme imaginatif: Le sujet croit en la réalité d'une chose qui n'existe pas. Il s'agit d'une conviction d'un vécu passé ou présent ou imaginé.

iv. mécanisme illusionnel: Il s'agit d'une perception réelle dénaturée, ou déformée par le sujet qui la reçoit. C'est une perception erronée d'un objet réel.

v. mécanisme hallucinatoire: Le sujet sent par un des organes de sens des sensations qui n'existent réellement pas. Il s'agit d' "une perception sans objet à percevoir" [37]. Les hallucinations sont très fréquentes et très variées. Elles peuvent être:

-visuelle : Le sujet voit des objets qui n'existent pas. Elles peuvent être simples ou plus élaborées comme des scènes, colorées ou en noir et blanc, mobiles ou fixes, de taille normale ou agrandie ou réduite.

-acoustico-verbale : C'est une hallucination auditive qui correspond à la perception des voix. Elles peuvent venir de loin ou de près, de faible intensité (chuchoté) ou très intense, compréhensible ou non. Elles peuvent également s'adresser directement aux malades ou faire une conversation entre eux, dont le contenu est le plus souvent

désagréable, hostile (menace, ordre) parfois neutre ou plaisant. Face à cette hallucination auditive, le malade peut réagir par une attitude d'écoute ou par un dialogue hallucinatoire ou encore par la mise en place des moyens de défense contre les voix: port des casques et d'écouteur, des cotons dans l'oreille.

L'automatisme mental: Il s'agit d'une mécanisation et d'une perte d'intimité de la pensée: les idées, les intentions, les actes sont devinés, répétés, commentés ou imposés. Ces phénomènes d'hallucination psychiques sont à l'origine de la déréalisation et de la perte de maîtrise de soi [31].

1.4.2.1.4. L'adhésion au délire

Elle est totale marquée par le désordre thymique avec l'humeur labile, passant ainsi d'une tristesse à l'exaltation, parfois en quelques minutes. L'angoisse est presque toujours présente [38,39]. Le comportement observable témoigne l'oscillation de l'humeur et du délire, avec excitation motrice, logorrhée intarissable, ou au contraire des phases de mutisme, de stupeur ou d'agitation anxieuse. Ce qui explique les conduites bizarres observés chez les malades tels que: des fugues, des voyages pathologiques, des bagarres, des scandales voire des actes médico-légaux [40].

1.4.2.1.5. Les signes associés

i. La conscience

Le niveau de la conscience du sujet est de type « oniroïde » qui vient du grec « oneiros » et « eidos » qui signifie « semblable à ».

En effet, ce mot qualifie un mode aigu ou subaigu d'activité psychique voisin du rêve, qui s'accompagne d'une baisse du niveau de vigilance et/ou les illusions, les hallucinations, les souvenirs s'imposent immédiatement et intensément à la conscience du sujet, dans une atmosphère d'angoisse et de dépersonnalisation. On réserve habituellement ce terme aux psychoses délirantes aiguës [41].

Il y aurait une réduction de la concentration chez le sujet délirant [42]. Par contre, il ne présente pas de trouble mnésique. La désorientation temporo-spatiale est absente, mais

plutôt il présente une dispersion de l'attention. Il s'agit donc d'un état de conscience parasite par l'efflorescence délirante [43].

ii. Les troubles somatiques

Les troubles somatiques sont rares ou absents. Seul le trouble de sommeil en particulier l'insomnie est fréquente. Les autres signes tels que l'anorexie, les constipations ou une élévation de la température sont instables, variables dans le temps et non spécifiques [31]. Chez les femmes, il existe souvent une suspension des règles. Si le malade est hospitalisé, on peut faire des bilans biologiques et de quantifier le degré de déshydratation qui est très fréquente dans la Bouffée Délirante Aigue associée à une agitation [37].

iii. Trouble de comportement

En fonction des représentations imaginaires, le passage se fait rapidement de l'agitation à la stupeur, de la loquacité au mutisme. Il y a donc un risque majeur de passage à l'acte agressif ou suicidaire, avec risque d'actes médico-légaux (vols, fugues, conduites dangereuses, agressions...).

1.4.3. Diagnostic positif

En 1993, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans la Classification Internationale des Maladies dans sa Dixième édition (**CIM 10**) [17] avait sorti les critères A, B, C, D, E, F suivants pour asseoir le diagnostic positif d'une Bouffée Délirante Aigue :

A. Les délires sont caractérisés par : la survenue brutale en moins de 48h, les thèmes et mécanismes sont polymorphes, l'absence d'organisation ni systématisation des délires

B. Un bouleversement psychique sans désorientation temporo-spatial caractérisé par au moins trois dans les critères suivantes :

- Changement soudain d'une réaction émotionnelle à une autre, par exemple de l'angoisse à la colère.

- Changement soudain d'une humeur à une autre, par exemple de la dépression à l'euphorie.

- Changement brutale d'un comportement psychomoteur à un autre, par exemple de l'agitation à la prostration.

C. Une dépersonnalisation (altération de la conscience de soi ou de la perception) et/ou une déréalisation (altération de la perception et de la conscience du monde extérieur).

D. Des hallucinations ou des altérations de la perception de n'importe quel type.

E. Disparition complète et totale des symptômes cités ci-dessus et retour à l'état normal en moins de deux mois.

F. Absence d'antécédent de trouble psychotique auparavant.

En outre, en 1996 le Manuel de Diagnostic et de Statistique des Maladies mentales, dans sa quatrième version (**DSM-IV**), réalisé par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), quand à lui, définit les critères de diagnostic des troubles psychotiques brefs (Bouffées Délirantes Aigues) [44] en:

Critères A : l'apparition soudaine d'au moins un des symptômes psychotiques suivant: idées délirantes, hallucinations, discours désorganisés, comportement désorganisé, catatonie.

Critère B : un épisode de perturbation dure au moins un jour, mais à moins d'un mois, avec finalement un retour complet au niveau du fonctionnement prémorbide.

Critère C : la perturbation n'est pas due à un trouble de l'humeur avec ses caractéristiques psychotiques ou à une schizophrénie et ne pas due à un effet physiologique direct d'une substance (par exemple un hallucinogène) ou une affection médicale générale

1.4.4. Diagnostics différentiels

Au moindre doute, surtout si la note confusionnelle est marquée, il faut éliminer une étiologie organique (notamment une pathologie infectieuse ou traumatique).

Sur le plan neurologique, il faut éliminer surtout les étiologies des troubles de la conscience de type « onirique ». Ce mot vient du grec « oneiros » qui signifie « songe et

chimère ». En effet, c'est une expérience délirante vécue avec intensité dans un contexte de confusion mentale avec fluctuation de la vigilance avec désorientation temporo-spatiale [41].

Il faut éliminer alors les phases post-critiques des états convulsivants [38] et les autres pathologies neuro-vasculaires et neuro-chirurgicales occasionnant une confusion mentale: traumatisme crânien et hématomes cérébraux, accidents vasculaires cérébraux, méningites et méningo-encéphalites, neuropaludisme, neurosyphilis, typhos, intoxication au monoxyde de carbone, à l'alcool, aux drogues, ...

La confusion mentale est facilement éliminée devant l'absence de désorientation-temporo-spatiale.

Sur le plan psychiatrique, il faut éliminer un épisode maniaque, dont le diagnostic peut être difficile à évoquer lorsque l'euphorie est peu marquée et que les éléments délirants sont intenses, ce qui est parfois observé dans les manies débutant à l'adolescence [45,46].

Mais c'est à l'égard de la schizophrénie à début aigu que le problème de diagnostic se pose, surtout que la bouffée délirante aiguë puisse être un mode d'entrée dans la schizophrénie [47]. La notion d'épisode antérieur, le contexte évolutif et le type du tableau clinique (grande discordance, symptômes affectifs moins marqués) permettront de faire la différence. Il convient d'éliminer également un épisode dépressif majeur caractérisé par un début brutal et par la stabilité de l'humeur dépressive.

1.4.5. Diagnostic étiologique

1.4.5.1. La Bouffée Délirante Aiguë primaire

Survenant sans relation compréhensible avec un agent causal précis, la bouffée délirante primaire est la plus fréquente [31]. L'éclosion soudaine de ces délires d'emblée est le «privilège» ou le «stigmate» d'un terrain fragile. De cette fragilité répondraient certaines personnalités pathologiques (passive, dépendante, histrionique ou antisociale) ou des dispositions particulières du caractère (des sujets frustes, immatures, plastiques et suggestibles) ou encore des étapes significatives de l'existence (adolescence) [38,39].

1.4.5.2. La Bouffée Délirante Aiguë psychogène ou réactionnelle

Divers auteurs confèrent à certains de ces épisodes psychotiques aigus une dimension réactionnelle en introduisant la notion de "psychose réactionnelle brève". Dénommées ainsi lorsqu'on retrouve des événements vitaux ou biographiques précis et généralement subis, imprévisibles, ayant provoqué une situation psychologique d'angoisse ou de frustration intense. Ce mode de réaction très particulier pose le problème de «l'aptitude à délirer» de certains sujets.

1.4.5.3. La Bouffée Délirante Aiguë post-toxique ou pharmacopsychose

Plusieurs toxiques peuvent induire des troubles psychotiques aigus. Il faut signaler plus spécialement le cannabis, les amphétamines, les hallucinogènes, la cocaïne, l'ecstasy [48,49] mais aussi l'alcool.

- **cannabis**: La relation entre cannabis et troubles psychotiques a été abondamment étudiée [50-55]. Les troubles psychotiques induits par le cannabis sont des troubles psychotiques brefs, survenant plus fréquemment chez des consommateurs réguliers que chez des consommateurs occasionnels. Le début est brutal, en deux à trois jours, après une augmentation importante des prises de cette drogue. Certains symptômes apparaissent plus spécifiques: troubles du comportement, agressivité, hallucinations visuelles, désinhibition psychomotrice, délire polymorphe [50].

- **alcool**: L'alcool peut être, dans le cadre d'une ivresse pathologique, à l'origine d'un BDA, souvent accompagnée d'un syndrome confusionnel. Au cours du sevrage alcoolique et surtout lors du Delirium tremens, le malade peut présenter également un état délirant aigu à thème le plus souvent zoopsique, de jalousie ou d'érotomanie.

- **cocaïne**: Les Troubles Psychotiques Aigus, chez les cocaïnomanes, sont plus souvent provoquées par les intoxications massives. Ils se caractérisent principalement par les délires persécutifs interprétatifs qui s'observent dans les suites immédiates ou retardées de la consommation de cocaïne.

1.4.5.4. Les Bouffées Délirantes Aigues d'origines organiques

Certaines pathologies organiques (tumeur cérébrale, encéphalite virale, syphilitique, traumatisme crânien, sclérose en plaque, thyroïdite d'Hashimoto ou exceptionnellement carence en vitamine B12) peuvent occasionner des BDA. Il en est de même pour l'épilepsie (surtout les états crépusculaires). L'éventualité de telles étiologies justifie des examens complémentaires tels que: TDM, IRM, EEG, TSH, TPHA-VDRL, dosage de la vitamine B12.

1.4.6. Évolution et pronostic

A cours terme, la bouffée délirante aigue évolue en quelques jours, en quelques semaines au maximum, vers la guérison [42]. La Bouffée Délirante Aiguë peut rester un épisode unique dans la vie du sujet. MAGNAN disait: "sans conséquence, sinon sans lendemain" [57].

A long terme, dans les cas où ce profil évolutif sus-décrit n'apparaît pas, il faut craindre une évolution chronique vers un état schizophrénique [38].

Une autre éventualité est l'évolution intermittente: il s'agit soit de récurrences d'accès délirant du même type que le premier ("BDA récidivant"), soit de la survenue secondaire d'épisodes plus nettement dysthymiques. Dans ce cas, l'épisode psychotique aigu a représenté le premier épisode psychopathologique d'un trouble de l'humeur [49]. Parfois, chez le sujet jeune, ces troubles inaugurent une évolution schizophrénique dissociative et chez le sujet plus âgé une organisation délirante chronique [49].

Le devenir des BDA au sens de la psychiatrie française serait: 25% de résolution complète sans rechute; 25% des rechutes à plus ou moins long terme (chaque accès ayant la même valeur qu'un épisode unique); 50% d'évolution vers un autre trouble psychiatrique: 1/3 vers la schizophrénie, 1/3 vers les autres psychoses chroniques non schizophréniques à début plus tardif, 1/3 vers les troubles bipolaires [58].

Le pronostic d'une psychose délirante aigue est difficile à déterminer pendant l'épisode lui même. Cependant, selon la littérature, les facteurs dits de bon pronostic sont: l'absence d'antécédents familiaux, la mise en évidence de facteurs déclenchant notamment psychogènes, une personnalité sous-jacente adaptée, un début brutal, la brièveté des accès et enfin, une bonne réponse thérapeutique [57,59].

Par ailleurs, les facteurs ci-dessous sont considérés comme étant de pronostic défavorable dans l'évolution d'un accès psychotique aigu: une personnalité sous-jacente de type schizoïde, la présence de manifestations prodromiques insidieuses, l'amendement rapide de l'angoisse concomitamment à la persistance des éléments délirants, surtout s'il existe des épisodes psychiatriques antérieurs personnels ou familiaux [50,57]. Le sexe masculin et le jeune âge sont également présentés comme des éléments péjoratifs [60, 61]. En fait, aucun élément sémiologique ne permet de prédire l'évolution à long terme des BDA [31].

1.4.7. Traitement

Les BDA constituent une **urgence psychiatrique** et sa prise en charge est non négligeable dans l'évolution des troubles [37,38]. L'hospitalisation s'impose pratiquement toujours. Souvent la gravité du trouble du comportement et le refus du soin par le malade oblige à avoir recours à un internement en «hospitalisation d'office» et à une «hospitalisation à la demande d'un tiers». La prise en charge des troubles psychotiques aigus est pluridimensionnelle:

- chimiothérapie,
- psychothérapie et parfois
- sismothérapie.

Le but de la prise en charge est de traiter les crises et de prévenir les récides.

Mais avant d'entamer les traitements médicaux, il faut surtout entreprendre un bilan pré-thérapeutique et étiologique tel que :

- un examen somatique complet : état général, poids, taille, tension artérielle, état d'hydratation.
- des examens biologiques standards : Numération Formule Sanguine (NFS), Taux de plaquette, Taux de Prothrombine (TP) Taux de céphaline activé, Urées, Créatininémie, Glycémie, Natrémie, Kaliémie, Calcémie, Tri-iodostimuline (T3),Tetra-iodostimuline (T4), Thyroïde Hormone Stimuline (TSH), Gammaglutamyl-traspeptidase (Gamma-GT).

- dosages des produits toxiques dans le sang et les urines : *Lyserg Saïire Diäthylamide(LSD)*, Δ 9 Tetra Hydro Cannabinol (THC), cocaïne, amphétamine, Alcoolémie.
- des examens radiologiques: radiographie du thorax, tomodensitométrie cérébrale.

1.4.7.1. Les chimiothérapies

1.4.7.1.1. Les neuroleptiques ou antipsychotiques

Ce sont des médicaments utilisés en première intention devant les psychoses aiguës comme la BDA car ils ont des actions sédatives qui visent à réduire les agitations psychomotrices et ils possèdent aussi un effet anti-productive en diminuant voire éliminer les délires et les hallucinations:

a)Les neuroleptiques classiques

Les principaux neuroleptiques qui existent à Madagascar et les plus utilisés sont:

- L'*Halopéridol* (HALDOL®) injectable est un puissant anti-délirant et anti-hallucinatoire. Elle est considérée comme un neuroleptique bipolaire ou polyvalent car elle possède à la fois un effet anti-productif et un effet sédatif.
- La *Chlorpromazine* (LARGACTIL®) injectable, avec une dose de 150mg par jour en intramusculaire ou en intraveineuse directe lente chez l'adulte, répartie en deux ou trois injections par jour, associé en cas d'agitation psycho-motrice.
- La *Lévopromazine* (NOZINAN®) injectable, il est plus sédatif que la chlorpromazine.
- Le *Cyamemazine* (TERCIAN®) injectable, il est associé en cas d'angoisse importante.

Pour éviter l'apparition ou en cas de syndromes extrapyramidaux, il est souhaitable de donner au malade un correcteur comme le *Tropatépine* (LEPTICUR®) à 10mg par jour ou un autre antiparkinsonien de synthèse.

b) Les neuroleptiques atypiques

Ce sont des neuroleptiques de nouvelle génération dits antipsychotiques atypiques comme le *Risperidone* (RISPERDAL®), *Olanzapine* (ZYPREXA®), *Amisulpride* (SOLIAN®), *Clozapine* (LEPONEX®) et *Aripirazole* (ABILIFY®).

Les avantages de ces nouveaux molécules sont leurs meilleures tolérances neurologiques (risque moindre de dyskinésies aiguës et d'effets extrapyramidaux) et leurs effets sédatifs moins marqués par rapport aux neuroleptiques conventionnels, ce qui améliore l'efficacité du traitement [47,62-64]. Il est souhaitable que ces thérapeutiques soient utilisées à dose minimale efficace en association avec prise en charge psychosociale précoce [65].

c) Autres médicaments

L'association des benzodiazépines avec les neuroleptiques potentialise l'effet antipsychotique des neuroleptiques, par exemple *Halopéridol* (HALDOL®) + *Chlorpromazine* (LARGACTIL®) + *Diazépam* (VALIUM®).

Les régulateurs de l'humeur telle que la carbamazépine peuvent être utilisées devant les BDA présenté sous forme de syndrome maniaque [14].

1.4.7.2 La sismothérapie ou électroconvulsivothérapie (ECT)

La sismothérapie a représenté un traitement de choix des psychoses aiguës avant l'ère des neuroleptiques.

Actuellement, plusieurs études [66] confirment la place de l'ECT, en seconde intention dans l'arsenal thérapeutique.

Il est généralement admis qu'elle s'applique lorsque :

- l'agitation paraît assez grave ou associée à des violences incontrôlables,
- la maladie engage le pronostic vital (refus de s'alimenter pendant plusieurs jours),
- les antipsychotiques s'avèrent inefficaces (ceci dans un délai de 3 à 6 semaines), ou intolérables (avec effets secondaires invalidants).

Cependant, cette méthode est de plus en plus abandonnée par les psychiatres du fait qu'elle soit invasive et non indemne d'effets secondaires tel que le traumatisme crânien voire des hématomes cérébraux [47,67].

1.4.7.3 La psychothérapie

Tous patients atteints d'une maladie mentale doivent bénéficier d'une psychothérapie de soutien. Elle consiste à réassurer la malades en lui donnant des informations cohérentes, et de déterminer avec lui les problèmes ou les conflits passés ou présent afin d'aider le patient à les résoudre. Cette méthode aide le malade à retrouver sa propre personnalité et à la disparition rapide de son expérience délirante. La psychothérapie est débutée après la phase aiguë des symptômes, et on peut la poursuivre jusqu'à 2 ans après la crise. Ce traitement psychosocial permet aussi une réduction significative des symptômes psychotiques, les abus des stupéfiants et permet ainsi d'avoir une meilleure observance thérapeutique [68,69]. La famille du patient doit également et si possible avoir une psychothérapie de soutien pour dédramatiser la situation, pour leur amener à coopérer avec les personnels soignants en vue d'une bonne observance thérapeutique mais surtout pour lutter contre les stigmatisations du malade.

1.4.7.4 Surveillance

Pendant la phase aiguë, il faut surveiller :

- les effets secondaires des neuroleptiques et de les corriger,
- l'état général du malade : tension artérielle, fréquence cardiaque, conscience, état d'hydratation,
- et l'évolution des symptômes.

Après la phase aiguë, les symptômes disparaissent progressivement sous traitement bien conduit. Plus rarement ces symptômes persistent pendant plusieurs semaines avant de disparaître complètement.

Le traitement par des neuroleptiques est maintenu jusqu'à 12 mois après la rémission complète. Les doses seront diminuées progressivement jusqu'à la monothérapie.

Pour les malades qui ont des mauvaises observances thérapeutiques, il est souhaitable d'utiliser les neuroleptiques à libération prolongée comme l'*Halopéridol* forme retard (HALDOL DECANOAS®) ou *Pipothiazine retard* (PIPORTIL L4®).

La psychothérapie est indiquée pour tout malade ainsi que pour la famille afin d'éviter une éventuelle rechute et afin d'obtenir une meilleure insertion sociale.

Le patient sera suivi de façon régulière pendant laquelle :

- le traitement sera adapté en fonction des signes présentés.
- il faut être attentif sur les récurrences ou l'évolution vers une psychose chronique en particulier vers la schizophrénie [70].

DEUXIEME PARTIE : METHODES ET RESULTATS

2. METHODES ET RESULTATS

2.1. METHODOLOGIE DE RECHERCHE

2.1.1. Cadre de l'étude

Notre étude a été menée dans le service de Neuro-Psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Analakinina Toamasina, Madagascar. En effet, il est le seul centre de référence des patients atteints de troubles psychiatriques et neurologiques de tout le large de la côte Est de Madagascar, dont la population majoritairement constituée par la région "Betsimisaraka" compte parmi les dix-huit ethnies de Madagascar.

Du fait de l'existence du premier port maritime de la Grande Île siégeant à Toamasina, qui par conséquent constitue un enjeu économique aussi important, la population elle aussi, qui est d'ailleurs cosmopolite, connaît un brassage et un métissage culturel non négligeable.

En cas de troubles psychiatriques, les tamataviens amènent leurs malades au Service de Psychiatrie où deux offres de soins y sont à leur disposition:

- la consultation externe, effectuée quotidiennement par un Psychiatre et deux médecins formés en Santé Mentale, qui, après certaines concertations et réflexions, peuvent décider pour le patient de le traiter en ambulatoire et de faire des suivis hebdomadaires, mensuels voire biannuels pour ceux vivant loin du centre ou par contre de procéder à:

- une hospitalisation, qui pourrait être dans la plupart du temps, en temps plein (hospitalisation complète) ou seulement pour un certain nombre de patients une hospitalisation uniquement le jour (hôpital de jour) basée sur des activités d'ergothérapie, de thérapie individuelle voire de thérapie familiale.

Les soins promulgués aux patients y seront assurés par la parfaite coordination entre les médecins sus-décrits et les infirmiers qui sont spécialisés eux également en Santé Mentale. Le service en compte dix.

Pour des raisons de sécurité et réservé uniquement aux patients d'une agitation extrême et difficilement gérés par les médicaments, le service compte trois chambres d'isolement

dont l'admission des patients dans lesquelles fera toujours objet de concertation multidisciplinaire entre les personnels soignants.

La capacité d'accueil du service est de quarante (40) lits d'hospitalisation.

A noter l'absence de psychologue clinicien travaillant dans le secteur. La psychothérapie sera alors du ressort du Psychiatre et de ses médecins assistants, accompagnés par les infirmiers.

2.1.2. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude prospective descriptive au service de Neuro-psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Analakininina Toamasina.

2.1.3. Période étudiée

Notre étude va concerner les patients admis dans le Service de Psychiatrie du 01 janvier au 30 juin 2017.

2.1.4. Durée de l'étude

La durée de notre étude est de douze (12) mois.

2.1.5. Population étudiée

Notre population d'étude est formée par les patients admis en hospitalisation complète dans le service de Psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Analakininina Toamasina, ayant répondu à nos critères d'inclusion.

2.1.6. Méthode de collecte des données

Une fiche d'enquête individuelle et anonyme a été dressée et a été remplie par le médecin enquêteur qui constate et qui porte le diagnostic positif du trouble psychotique du patient. Les fiches seront colligées et analysées à la fin de l'étude.

Les enquêteurs sont constitués par nous mêmes, interne du service de Neuro-Psychiatrie du CHU Toamasina, puis le médecin Psychiatre chef de service et les médecins généralistes assistants au service de Psychiatrie de Toamasina.

Un spécimen des fiches d'enquête figurera à la fin de notre ouvrage.

2.1.7. Considérations éthiques

Notre étude a été faite après avoir obtenu l'autorisation par écrite du Directeur de l'Etablissement du Centre Hospitalier Universitaire Analakinina Toamasina et du Chef de Service de Neuro-Psychiatrie du dudit hôpital dans le respect de la confidentialité de l'identité du patient

2.1.8. Critères d'inclusion

Sont inclus dans notre étude les patients:

- ayant été hospitalisés dans le service de Neuro-Psychiatrie de Toamasina,
- présentant cliniquement de façon significative un état d'agitation psychomotrice aiguë ou un état délirant aigu répondant aux critères de diagnostic de la Classification Internationale des Maladies Dixième Version de l'Organisation Mondiale de la Santé (CIM.10).

Pour les patients présentant une anosognosie totale ou partielle de leurs troubles, autrement dit, pour ceux qui sont inconscients de leurs maladies ou dans l'incapacité de discerner la réalité de leurs troubles, ou encore pour ceux qui sont extrêmement agités dont le consentement était difficilement obtenu, leur famille nous était d'une aide précieuse pour compléter leurs fiches d'enquête respectives.

2.1.9. Critères d'exclusion

Ont été exclus de notre étude:

- les patients admis dans le service pour autres troubles psychiatriques
- l'observation médicale n'est pas exploitable du fait d'un manque d'information

2.1.10. Analyse des données

Les données répertoriées sont ensuite traitées par des logiciels informatiques: Microsoft Excel 2010 et Microsoft Word 2010 pour le texte

2.1.11. Paramètres étudiés

Les paramètres sociodémographiques suivants ont été étudiés:

- la prévalence
- le genre
- l'âge
- les professions

Les autres critères de notre étude sont:

- la séméiologie clinique des délires :
 - le mode de début
 - le thème du délire
 - les mécanismes délirants
 - la systématisation du délire
- les différentes étiologies des troubles psychotiques aigus

Pour les bouffées délirantes aiguës primaires, nous avons étudié:

- les facteurs de stress retrouvés
- le type de personnalité sous-jacente
- les antécédents personnels et familiaux de troubles psychiatriques

Pour les bouffées délirantes aiguës secondaires, nous avons étudié:

- les causes médicales générales sous-jacentes
- les causes toxiques

2.2. RESULTATS

2.2.1. Selon le profil épidémiologique

2.2.1.1. La population d'étude

Durant notre période d'étude du 01 Janvier 2017 au 30 Juin 2017 nous avons pu retenir 51 cas correspondant à notre critère de recherche.

2.2.1.2. La prévalence des troubles psychotiques aigus

Parmi les 92 patients hospitalisés au Service de Psychiatrie de Toamasina, 51 ont présenté de troubles psychotiques aigus.

Ainsi, la prévalence des troubles psychotiques aigus dans le Service de Psychiatrie de Toamasina est de 55,43%.

2.2.1.3. Répartition selon le genre

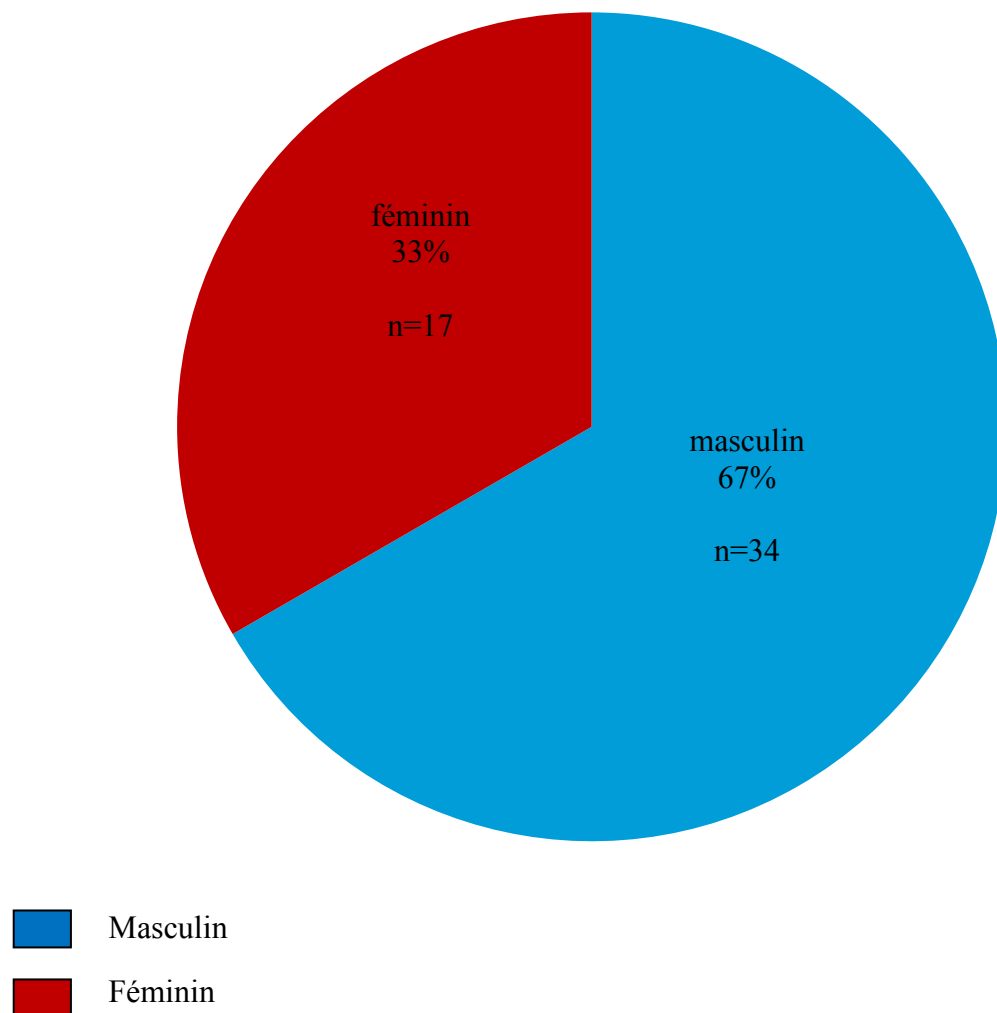


Figure n°1 : Répartition des malades selon le genre.

La figure 1 nous montre que parmi les 51 malades répertoriés dans notre étude, 34 sont masculin, soit 67% des cas avec un sex ratio de 2 sur 1.

2.2.1.4. Répartition selon l'âge des malades

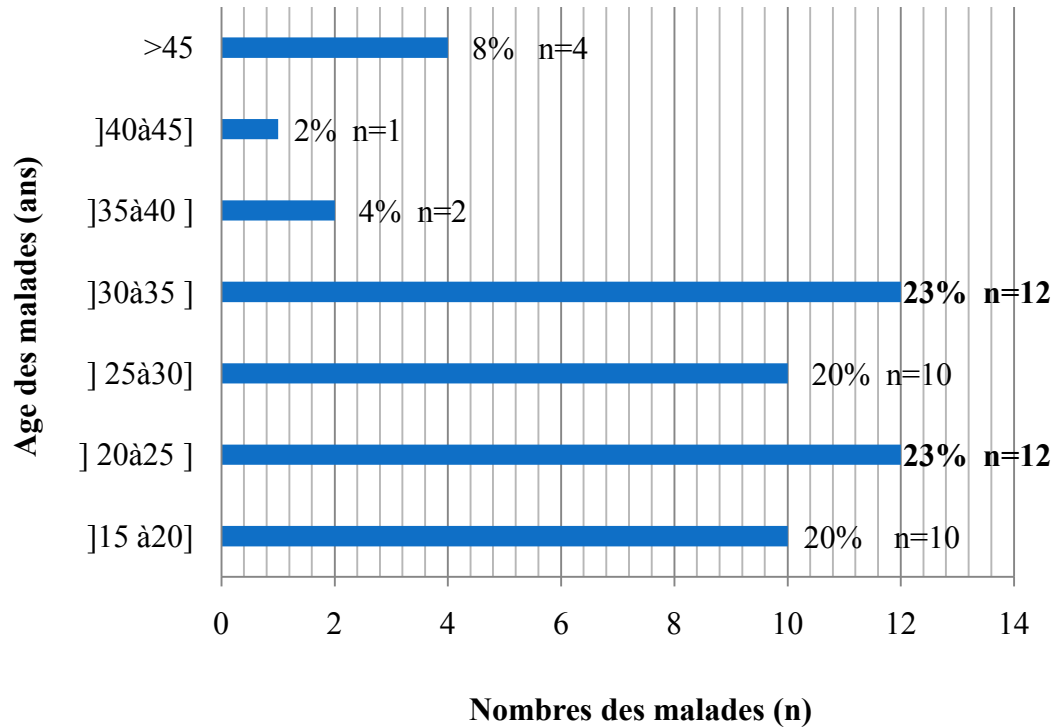


Figure 2 : Répartition des BDA selon les tranches d'âge des malades.

Cette figure 2 nous indique la répartition des BDA selon l'âge.

La tranche d'âge de 20 à 25 ans et de 30 à 35 ans sont les plus touchées.

2.2.1.5. Selon la profession

Tableau I : Répartition des malades selon leurs professions.

Professions	Effectif n=51	Pourcentage en%
Manutentionnaires	15	29,41%
Jokers de pousse-pousse	12	23,53%
Commerçants	9	17,65%
Fonctions publiques	3	5,88%
Etudiants	6	11,76%
Sans emploi	6	11,76%

Notre étude a mis en évidence les professions les plus touchées par les états délirants à savoir entre autres les manutentionnaires (29,41%) et les jokers de pousse-pousse (23,53%) (Tableau I).

2.2.2. Selon la symptomatologie clinique

2.2.2.1. Selon l'âge de début de la maladie

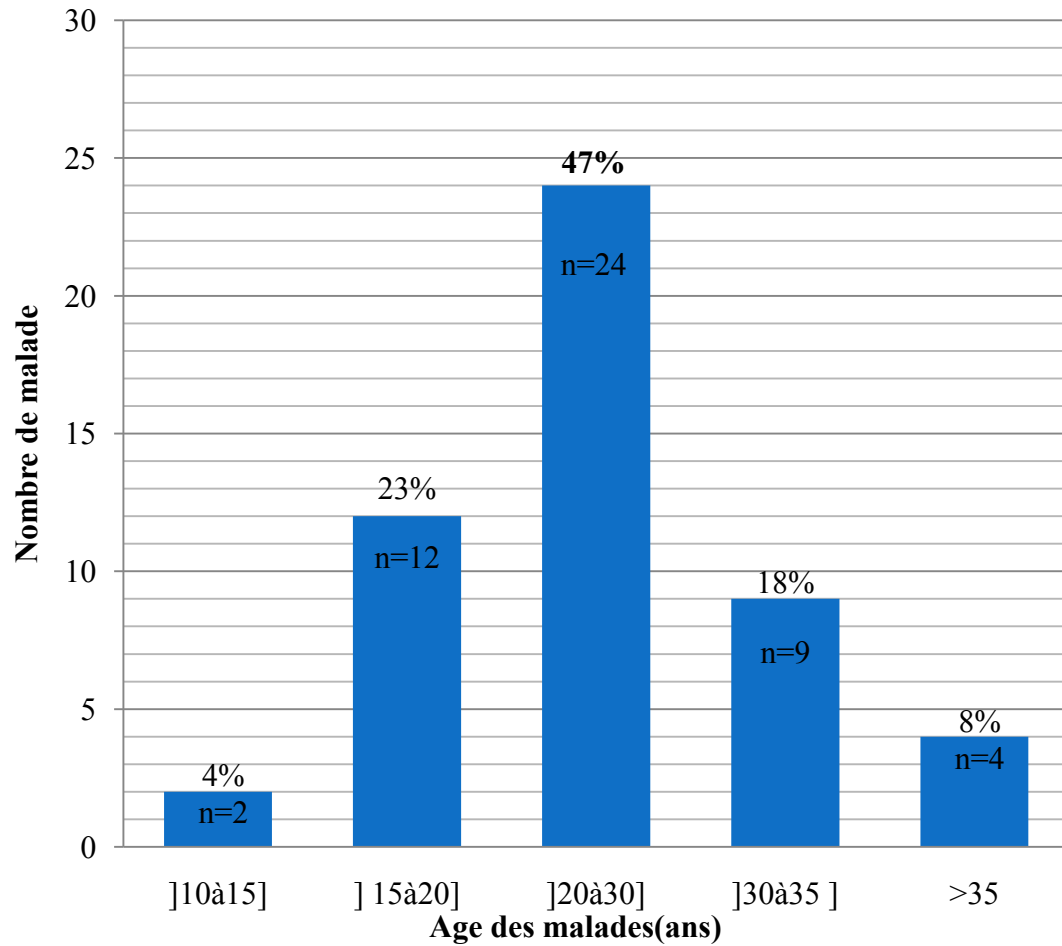


Figure 3 : Répartition des malades selon l'âge de début de BDA.

La figure 3 nous illustre que l'âge de début des troubles se trouve majoritairement entre 20 et 30 ans (47%).

2.2.2.2. Selon les signes cliniques les plus dominants

2.2.2.2.1. Selon les thèmes du délire

Tableau II : Classification des malades selon les thèmes des délires les plus dominants à chaque entretien.

Les thèmes dominant à chaque entretien	Effectif n=51	Pourcentage en%
Mégalomaniaque	10	17,65%
Persécution	15	29,41%
Mystique	14	27,45%
Jalousie	9	19,61%
Empoisonnement	3	5,88%

Ce tableau II nous montre que 29,41% des thèmes sont de type perspectifs.

2.2.2.2.2. Selon les mécanismes du délire

Tableau III : Répartition des malades selon les mécanismes du délire

Mécanismes du délire	Effectif n=51	Pourcentage en %
Imaginatif	4	7,84%
Hallucinatoire	29	56,86%
Intuitif	6	11,76%
Interprétatif	12	23,53%

Ce tableau III nous indique que 56,86% des malades ont présenté de mécanisme délirant de type hallucinatoire soit 29 cas sur 51.

2.2.2.2.3. Classification des malades selon la systématisation des délires

Tableau IV: Classification des malades selon la systématisation des délires

Systématisation du délire	Effectif n=51	Pourcentage en %
Non systématisé	38	74,51%
Bien systématisé	13	25,49%

Parmi les 51 malades, 38 d'entre eux ont présenté de délires non systématisés, soit 74,51% de cas. (Tableau IV)

2.2.3 Selon les étiologies

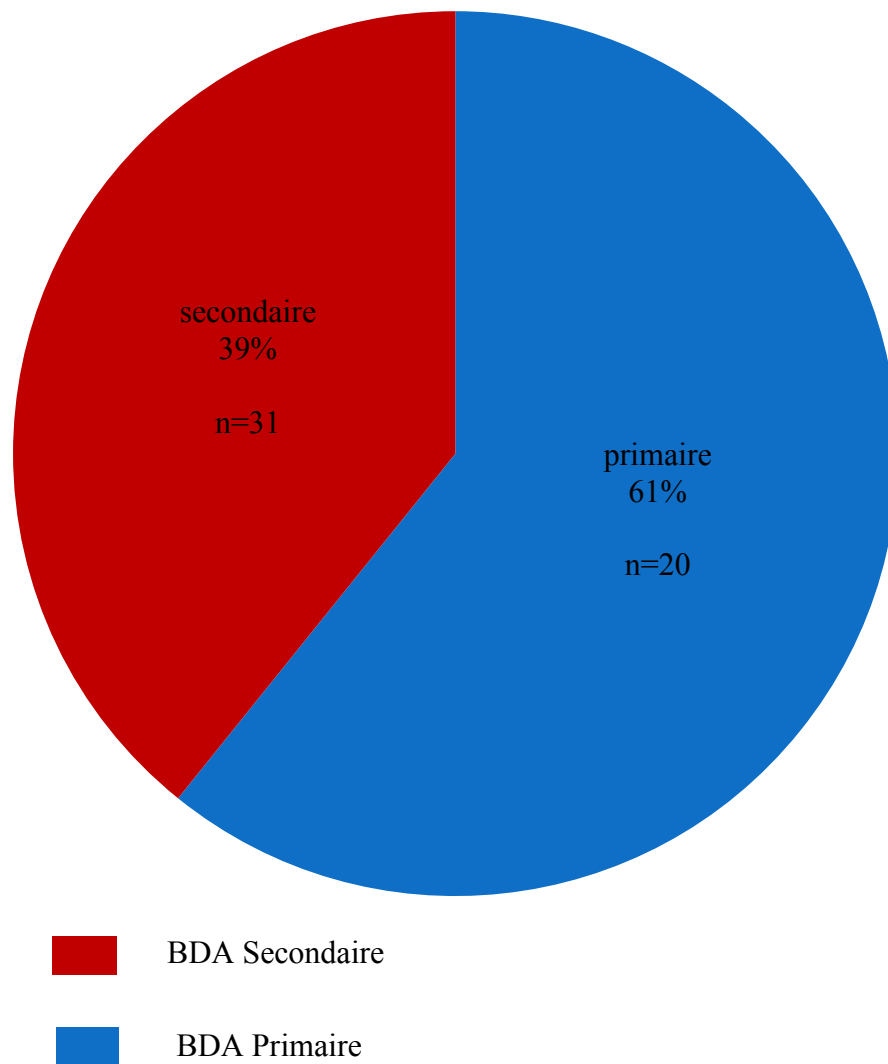


Figure 4: Répartition des malades selon les étiologies du BDA

La figure 4 nous souligne que 61% des malades présentent une étiologie primaire, soit 31 malades sur 51.

2.2.3.1 Les facteurs prédisposant des BDA primaires

2.2.3.1.1 Selon les antécédents de psychose

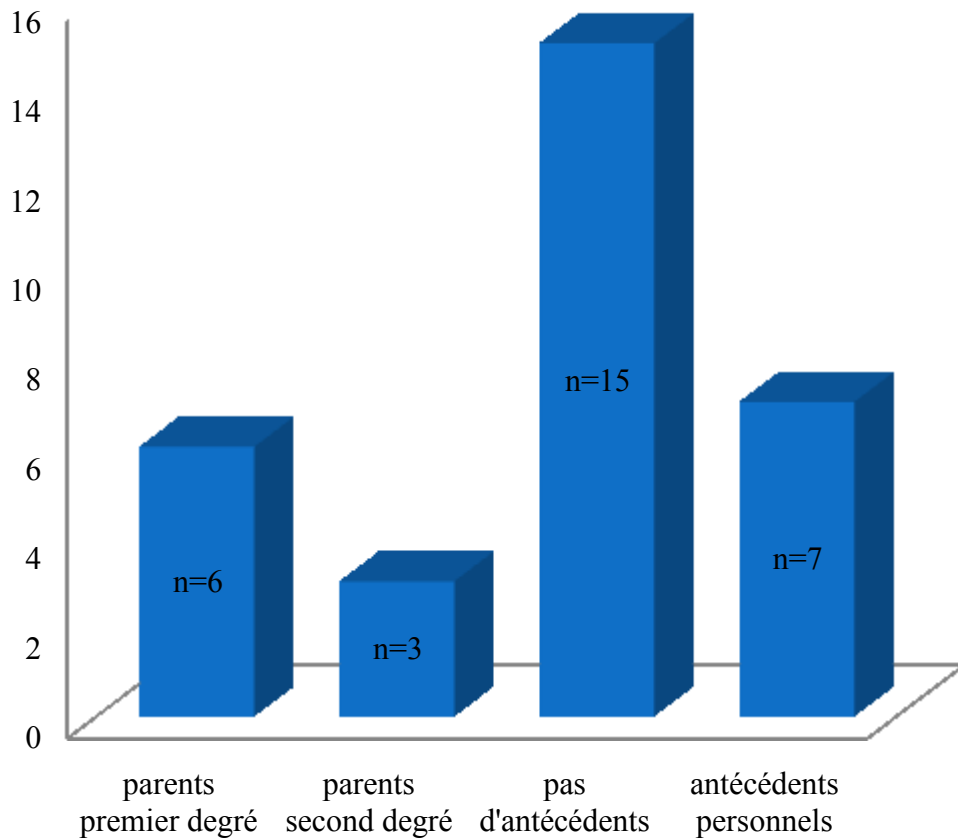


Figure 5 : Diagramme indiquant les antécédents familiaux des malades présentant la BDA primaire

D'après cette figure 5, parmi les 31 malades présentant une BDA primaire, 15 d'entre eux n'ont pas d'antécédents familiaux de psychose

Nous avons regroupé dans les parents de premier degré: les parents, les frères et sœurs du patient étudié.

Par contre nous avons mis les autres membres de la famille (grands parents, cousins-cousines,) dans les parents de 2nd degré.

2.2.3.1.2 Selon les antécédents psychiatriques personnels

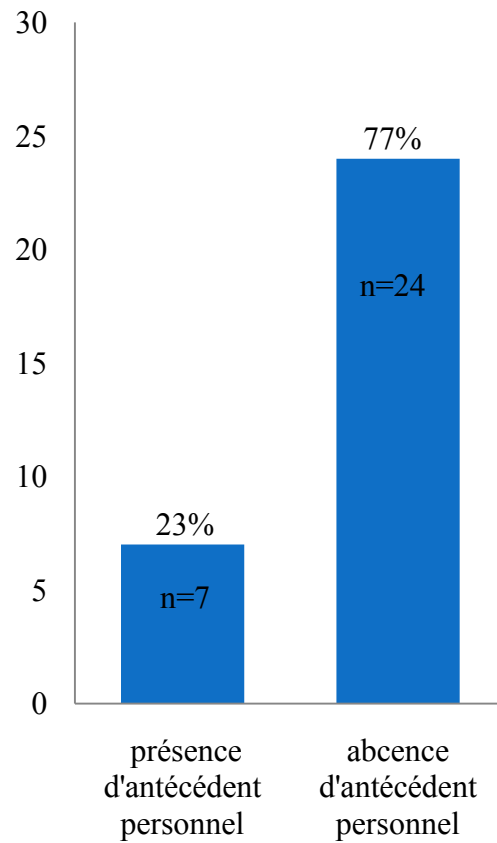


Figure 6: Répartition des patients selon la présence ou non d'antécédent personnel de psychose

Parmi les 31 malades présentant de BDA primaire, 24 d'entre eux n'ont pas d'antécédents personnels de psychose soit 77%, d'après la figure 6.

2.2.3.1.4 Selon les antécédents psychiatriques familiaux

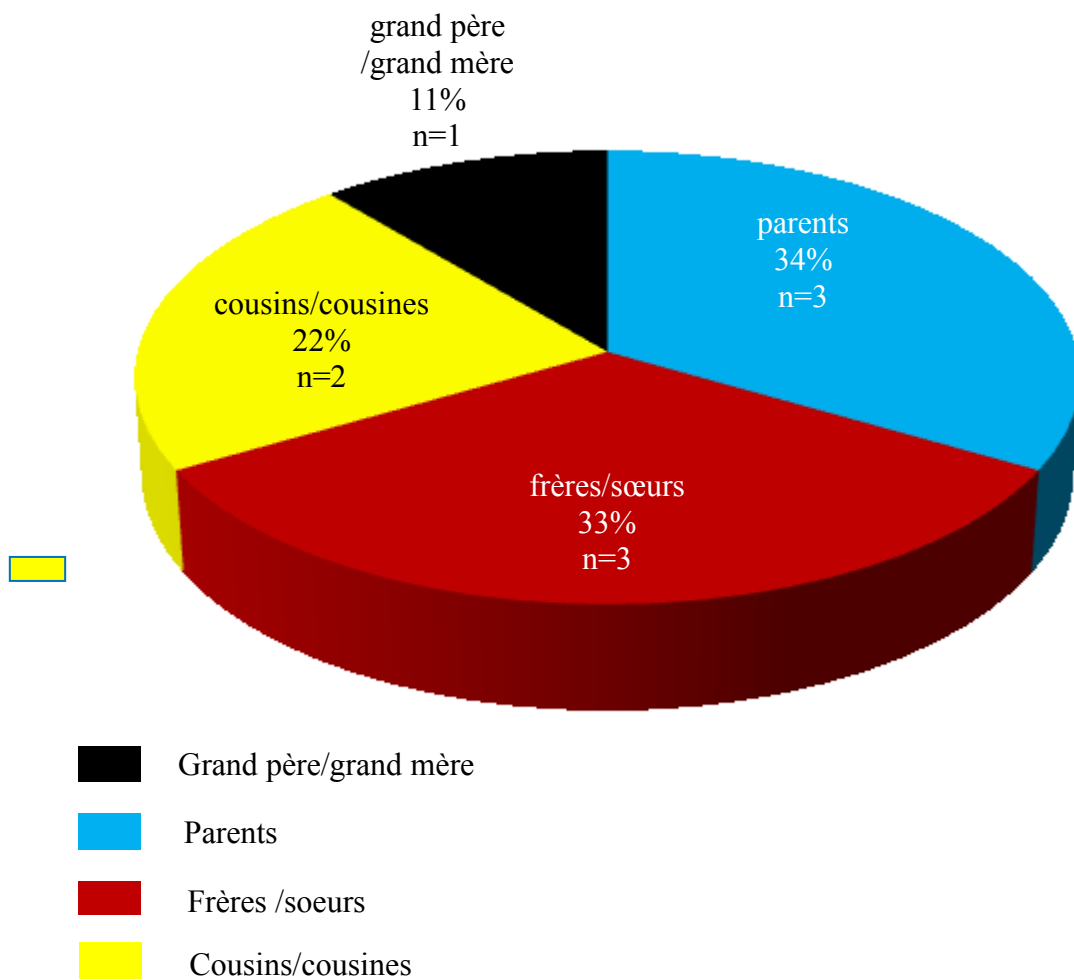


Figure 7: Classification des malades selon les antécédents psychiatriques familiaux.

La figure 7 nous indique que 34% des malades ont des parents ayant de troubles psychotiques similaires et 33% ont des frères/sœurs ayant la même pathologie.

2.2.3.1.5 Selon la trouble de personnalité sous-jacent

Tableau V : Représentation des malades présentant une BDA primaire selon le type de personnalité sous-jacente

Types de personnalité sous-jacente	Effectif	Pourcentage
Borderline	7	22,5%
Antisociale	3	9,68%
Histrionique	5	16,13%
Dépendante	4	12 ,90%
Schizoïde	9	29 ,03%
autres	3	9 ,68%
Total	31	100%

D'après le tableau ci-dessus, sur les 31 malades présentant une BDA primaire, 9 d'entre eux ont eu une personnalité de type schizoïde (29,03%) et 7 une personnalité de type borderline (22,5%).

2.2.3.1.6 Selon les facteurs de stress retrouvés

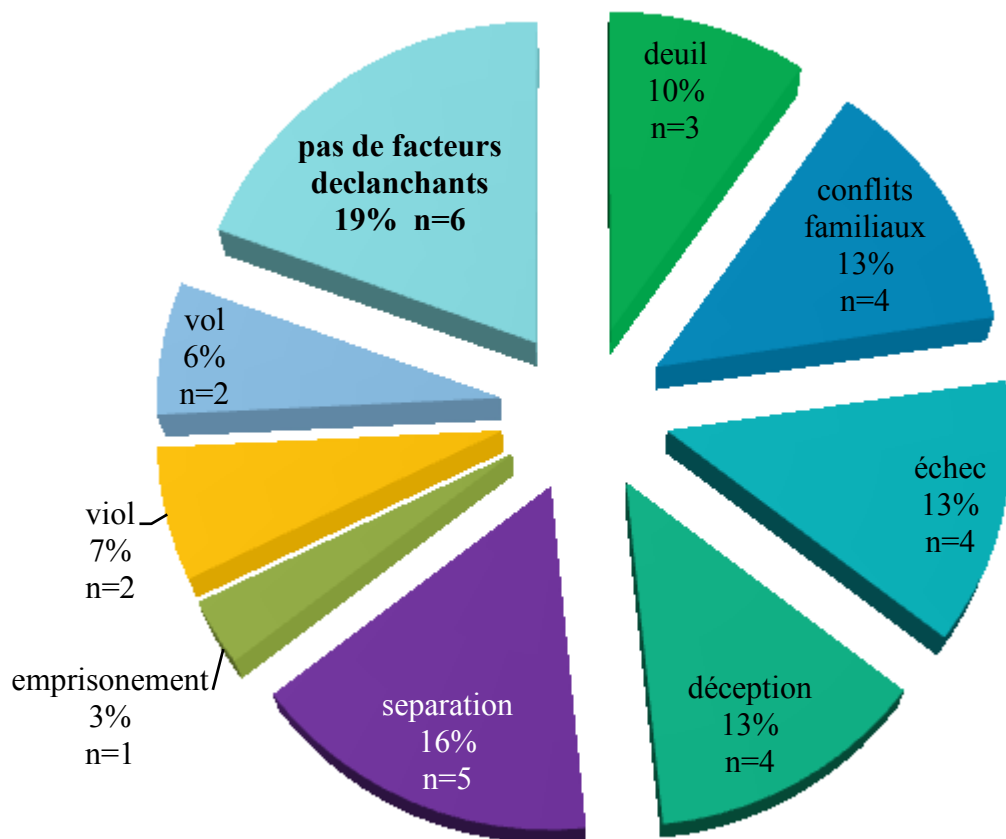


Figure 9: Diagramme de répartition selon les facteurs de stress retrouvés.

La figure 9 illustre qu'aucun facteur déclenchant n'est retrouvé dans 19% des malades.

2.2.3.2 Etiologies des BDA secondaire

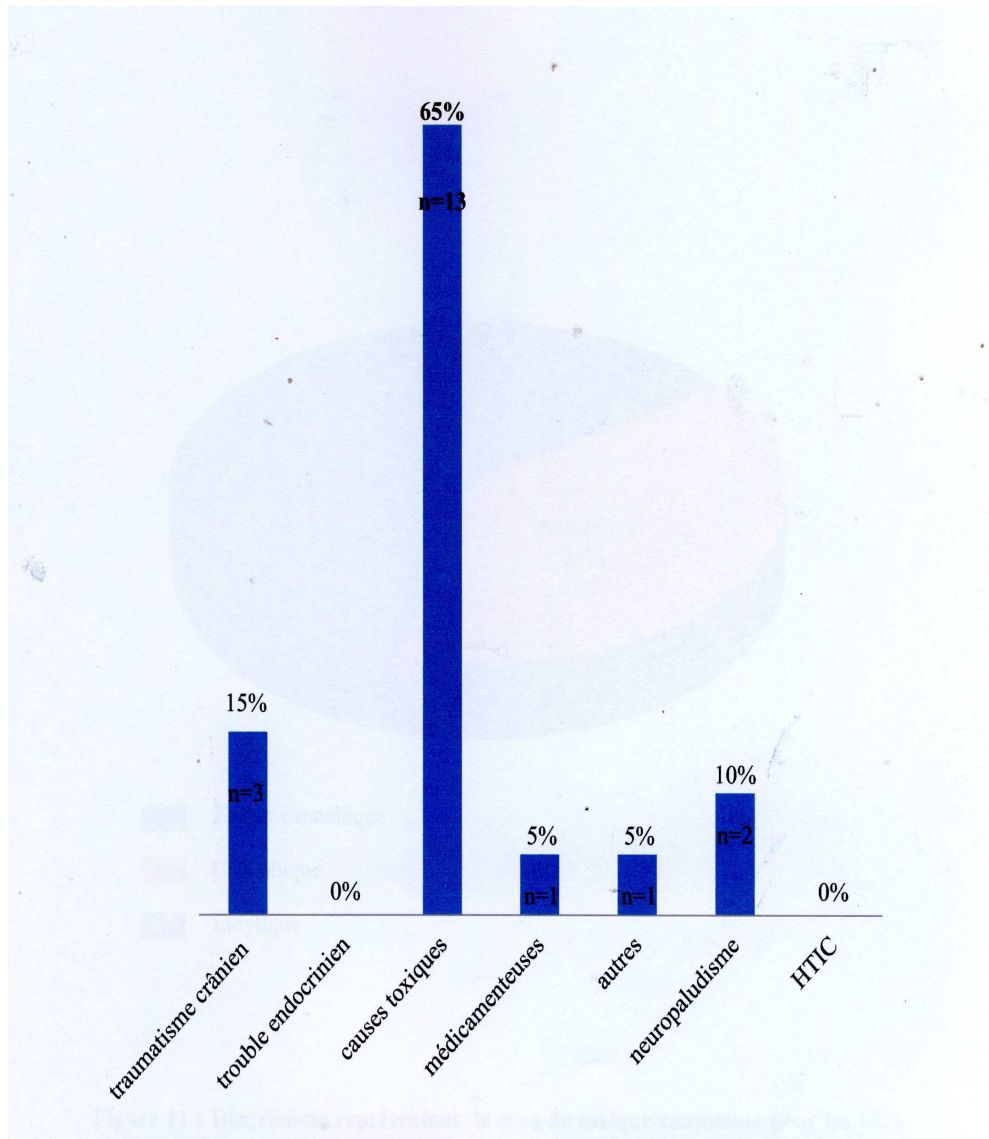


Figure 10 : Représentation graphique des malades présentant de BDA secondaire selon leur étiologie.

Parmi 20 malades présentant une BDA secondaire, 13 sont d'origine toxique soit 65% des BDA secondaires, d'après la figure 10.

2.2.3.2.1 Classification des malades présentant BDA secondaire selon le type de produit toxique consommé.

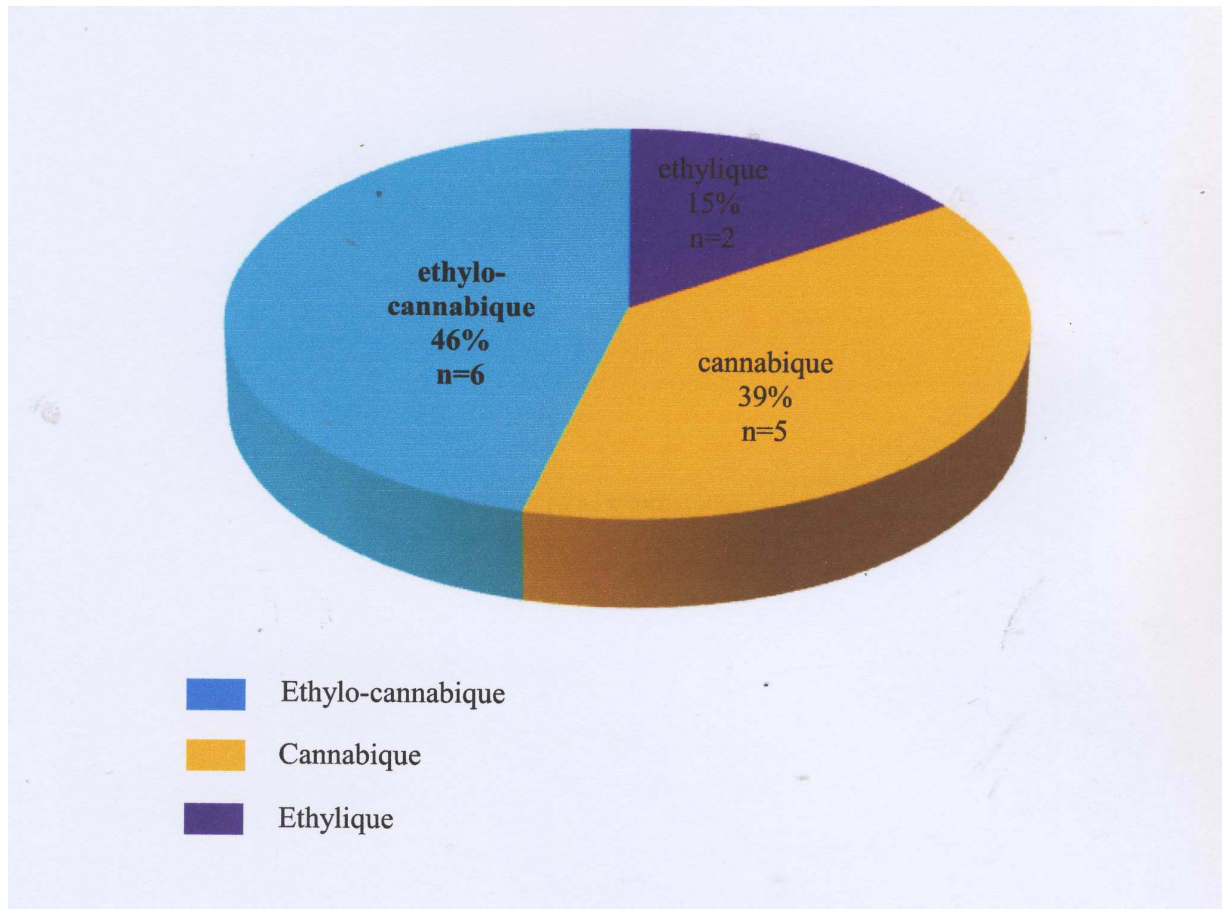


Figure 11 : Diagramme représentant le type de toxique consommé pour les BDA secondaires d'origine toxique.

Parmi les patients présentant de BDA secondaire d'origine toxique 46% d'entre eux sont à la fois éthylique et cannabique. (Figure 11)

TROISIEME PARTIE: DISCUSSION

3 DISCUSSION

3.1. Selon le profil épidémiologique

3.1.1. Selon la prévalence

Selon notre étude, la prévalence de la psychose délirante aiguë dans le service Psychiatrie de Toamasina durant notre période d'étude est de 55,43%.

Notre étude diffère de celle effectuée par Cousin et coll. [20] en France qui avait mentionné un taux de prévalence de 3 % à 5 % des malades hospitalisés en psychiatrie publique.

Quoi qu'il en soit, notre étude ne reflète qu'une partie des patients réellement atteints de troubles psychotiques aigus et de trouble délirant de la région Atsinanana dont Toamasina est la capitale.

Même de nos jours, les personnes atteintes de troubles mentaux sont encore sujettes à une certaine forme de discrimination sociale.

D'une part, la maladie mentale reste mal vue voire rejetée par la population en général. Les expressions dans le langage courant de la population autochtone reflètent vraisemblablement cette connotation négative de ces genres de pathologies.

Ainsi, chez les "Betsimisaraka", ethnie riveraine de cette partie Est de Madagascar, ils désignent par instance les maladies mentales par les mots: "mahôla" et "fôka". Ces mots plutôt assez forts voire très négatifs, peuvent être traduits en français courant comme un état de "fureur" pour désigner tout trouble mental confondu. Personne ne veut être étiquetée de "mahôla" ni de "fôka" ce qui est quasi ancré dans la culture et dans la philosophie de la société betsimisaraka en général.

Par ailleurs, du fait des manifestations hors du commun des troubles mentaux, il s'avère que ces derniers constituent une honte pour la famille et même sous la société malgache. Chez les populations de l'Est de l'île, et également dans les autres régions de Madagascar, cette honte de la maladie conduirait les familles à dissimuler leurs patients.

On assiste très souvent à des cas de malades enchaînés, maltraités avec des séquelles de blessures physiques graves arrivés dans le service de Psychiatrie de Toamasina, qui

témoigneraient bien ces sévices et ces formes de "torture" que les malades mentaux subissent dans leurs foyers ou dans des centres de traitement non médical.

Le recueil des informations auprès des patients arrivés dans le service ont pu montrer divers formes de maltraitance des patients atteints de pathologies psychiatriques comme l'isolement, l'interdiction à la participation collective, la limitation des besoins vitaux fondamentaux tels que la nourriture, les vêtements, ...Mais le pire ce sont des mots grotesques et mal placés de l'entourage à l'endroit de ces patients. Certains malades sont victimes des punitions voire des maltraitements physiques dus à la pathologie psychiatrique.

Ces deux circonstances font que le service de Psychiatrie connaît également une connotation négative auprès de la population en générale. Le service est parfois désigné comme un lieu de "rejet" pour les "mahôla". Cette discrimination reste assez sévère dans la culture des Betsimisaraka. Dans la vie courante, les parents dans l'éducation de leurs enfants leurs disent qu'en cas de désobéissance, ils vont les rejeter en Psychiatrie.

Bref, du fait de la honte et de peur d'être fustigé par les regards de moquerie de la société, les familles cachent leurs malades et ne les emmènent au service que lorsque le malade fait "ravage" autour de lui.

En outre, à Madagascar, les soins médicaux ne sont ni gratuits ni de même égalité pour toutes les classes sociales. En psychiatrie, même si les frais d'hospitalisation restent gratuits, les médicaments et les nourritures au cours de l'hospitalisation sont à la charge de la famille. Les psychotropes figurent parmi les médicaments les plus chers, et ne pas à la portée du grand public betsimisaraka voire de Madagascar en général.

Par ailleurs, du fait que la région Atsinanana ne compte qu'un seul service de Psychiatrie, les malades venus de fin fond de la campagne sont contraints de trouver des frais de déplacement et de ravitaillement tout au long des séjours de traitement à l'hôpital. Souvent ces familles sont majoritairement des paysans qui doivent chercher de quoi nourrir jour après jour et qui n'ont que de très peu de financement réservé pour les maladies surtout psychiatriques.

L'éloignement, les mauvaises routes qui sont souvent impraticable durant la saison de pluie compliquent le transport des malades vers le centre psychiatrique.

Accompagner un malade vers le centre de psychiatrie demande également un nombre de gens de force pour le contenir le long du trajet ce qui constitue encore une des contraintes de la famille des malades quant à leurs frais, à leurs nourritures etc.

Ces plusieurs facteurs font que le taux de fréquentation du service de psychiatrie paraît moins évident. Par ailleurs, les cas de psychoses aiguës sont soit traités à domicile soit dans des centres non médicaux, expliquant ainsi ce taux de prévalence dans notre étude.

3.1.2. Selon le genre

Notre étude montre une prédominance masculine (67%) des troubles psychotiques aiguës dans le service de psychiatrie de Toamasina.(Figure 1)

Une étude menée par Andriambao D et coll. à Madagascar en 1976 avait trouvé une prédominance féminine avec 63 cas sur 92 [71].

Les études réalisées en France par Samuel-Lajeunesse[16] et Singer et coll.[18] rejoignent également l'étude du Professeur malagasy sus-décrites avec également une prépondérance féminine.

La différence observée avec notre étude pourrait être expliquée sur le plan psychologique par le fait de l'évolution de la conception des mœurs et de la culture Betsimisaraka au fil du temps.

L'avènement de la civilisation occidentale et de la nouvelle technologie comme les réseaux sociaux actuels font que cette relation interhumaine soit plus ou moins négligée au détriment des connexions via les appareils plus "matériels".

Le respect des personnes plus âgées que soi, l'obéissance des règlements posés par les grandes personnes faisaient que la société ancienne était relativement harmonieuse.

L'interdiction de la prise de toxique comme l'abus d'alcool, la prise de cannabis faisaient partie de ces interdictions qui, au fil du temps n'étaient plus bien considérées surtout par la jeunesse malagasy.

Il est évident que ce sont les sujets du genre masculin qui sont les plus concernés par ces drogues, expliquant ainsi cette prédominance masculine de troubles psychotiques aigus retrouvée dans notre étude.

3.1.3. Selon l'âge

L'âge le plus touché par les psychoses aiguës dans notre étude se trouve entre 20 à 25 ans et de 30 à 35 ans (23% chacun) (Figure 2) qui n'est autre que la vraie population active de l'ethnie Betsimisaraka.

Cependant, selon une étude faite en Egypte par Okasha et coll. [72], les psychoses aiguës touchent les 15 à 58 ans.

Cette prédominance de troubles psychotiques aigus chez la population jeune de Toamasina pourrait toujours être liée au fait que cette catégorie d'âge soit le plus fragile et facilement attiré par les mauvaises fréquentations et habitudes comme dans presque toutes sociétés.

Il est à souligner comme particularité à Toamasina, compte tenu de leur culture locale, l'obtention des jeunes d'un certain degré de liberté par rapport à ceux issus des autres régions de l'île, où parfois, la promiscuité et le confinement des habitations feraient que les parents et les grandes personnes connaissent une meilleure possibilité de surveiller ou de faire surveiller leurs enfants afin de les écarter des mauvaises fréquentations.

En outre, cette catégorie d'âge constitue presque le public-cible des publicités parfois relativement dépassées des mass-médias.

Il se trouve que la notion de censure sur les articles et les émissions diffusées via les chaînes médiatiques ne sont pas forcément respectée, ce qui est le cas de Madagascar en général à l'heure actuelle mais pas seulement à Toamasina.

Les moins instruits et les jeunes vulnérables mettent facilement en pratique ce qu'ils ont pu appréhender sur ces publications.

Nous pouvons avancer l'hypothèse que les mass media façonneraient d'un certain niveau le caractère voire la personnalité de nos jeunes.

3.1.4. Selon la profession

Notre étude a mis en évidence les professions les plus touchées par les états délirants à savoir entre autres les manutentionnaires (29,41%), les jokers de pousse-pousse (23,53%), les commerçants (17,65%), les sans emplois (11,76%) et les étudiants (11,76%). (Tableau I)

Ce qui diffère légèrement des études de Yao Yavo P.[14] en Côte d'Ivoire en 2001, où les artisans (menuisiers, maçons, coiffeurs, couturiers,...) sont les plus représentés (20%) puis viennent les élèves (18,4%) et les étudiants (10%), soit 28,4%

Nos résultats pourraient venir du fait que ces professions sont les plus représentées à Toamasina. En plus, le revenu assez faible de ces professions est entre autres source de souci psychologique de plus.

Nous pouvons aussi observer à travers notre étude que les métiers les plus générateurs de stress et ceux demandant plus d'efforts physiques et intellectuels sont les plus touchés.

Ainsi, nous pouvons déduire que les difficultés financières rencontrées souvent dans presque tous ces types d'emplois jouent un rôle prépondérant dans le déclenchement d'un état délirant.

Sinon, pour les gens qui ont un métier demandant plus d'énergie physique, force est de constater qu'ils sont facilement attirés par la consommation de drogues en espérant y aller puiser de la force. Cependant, ils sont le plus souvent tombés dans le surdosage de ces produits provoquant des effets néfastes sur leur système nerveux.

3.2. Selon la symptomatologie clinique retrouvée

3.2.1. Selon le début de la maladie

Selon notre étude, l'âge de début des troubles se trouve majoritairement entre 20 et 30 ans (47%), (Figure 3) ce qui rejoint les données de la littérature.

En effet, selon une étude menée en France, Criquillion-Doublet et coll.[28] avaient observé un début entre 20 et 29 ans.

Les résultats de notre étude pourraient être expliqués par le fait que la population de Toamasina qui est, certes, une ville urbaine, est majoritairement jeune, qui sera encore amplifiée par l'exode rural comme retrouvé actuellement dans presque toutes les grandes villes de la Grande île.

Sur le plan psychologique, contrairement à l'existence de la cohésion et de la coopération qui sévissent encore chez les villageois en milieu rural que les Malagasy d'autrefois connaissaient mieux sous l'appellation "Fihavanana", le milieu urbain comme à Toamasina connaissent ces derniers temps une mode de vie assez particulière de type autosuffisance voire d'autosubsistance. Souvent, les jeunes se veulent être dépendants de leurs liens familiaux.

Or, la vie en milieu urbain est parfois faite de peur et d'inquiétude du fait des actes de violence, de dérobement, de vandalisme, de viol, ... qui ne cessent d'augmenter jour après jour dans cette capitale économique.

Par conséquent, le fait que la vigilance soit toujours mise en alerte de façon quasi-permanente avec le stress de la vie quotidienne font que ces jeunes populations beaucoup plus vulnérables développeraient facilement des troubles psychotiques.

3.2.2 Selon les signes cliniques prédominants

- les thèmes du délire

La majorité des thèmes retrouvés dans notre étude est de type persécutif (29,41%), de jalousie (19,61%), mais aussi mégalomane (17,65%) et mystique (27,45%). (Tableau II)

Dans la littérature, en France, dans les recherches menées par Guilloux [73], la persécution venait en tête des variétés thématiques (35%).

A Dakar, Collomb [22] avait publié la grande fréquence des thèmes de persécution par rapport aux autres;

A Madagascar, Andriambao et coll.[71] avaient retrouvé ce même thème chez 54 de leurs patients sur un total de 92.

Concernant notre étude, il se peut que la culture Betsimisaraka soit à l'origine de ces thèmes. Si nous prenons le cas de la persécution, la violation des tabous et des règlements de la société suffisent déjà à créer dans la mentalité commune un sentiment de culpabilité et donc recherche presque permanente de solution de rachat. Chez les individus les plus vulnérables, cette angoisse va être extériorisée par ces délires de persécution.

- les mécanismes du délire

Les mécanismes retrouvés sont surtout hallucinatoire (56,86%), imaginatif (7,84%) ou interprétatif (23,53%). (Tableau III)

En effet, les études d'Ouédraogo et coll. [74] au Bénin trouvaient que les hallucinations venaient en tête avec une fréquence de 42%.

Parmi les malades de notre étude, la moitié des patients présentaient des hallucinations dont la plupart du temps, elles sont d'ordre acoustiques. En effet, dans la culture malagasy, parfois ces hallucinations sont interprétées par l'entourage comme des possessions voire des incarnations d'un esprit d'un défunt chez le vivant, ce qui provoquait débats et discussions. Actuellement, il est difficile faire convaincre la famille des malades hallucinés que le traitement relève de la Médecine.

Parfois, la transgression de certains tabous était considérée comme à l'origine de ces incarnations d'esprit à titre de punition voire de vengeance. Ainsi, sur la côte Est de Madagascar, des cérémonies de "Tsaboraha" ont été organisées pour demander un pardon aux ancêtres. D'ailleurs les mots "Tsabo" et "raha" signifient même respectivement "traitement, guérir" "ce qui est étrange, ce qui ne va pas" chez le vivant. A cet effet, un sacrifice comme le sang d'un zébu est à titre symbolique pour se faire pardonner.

La valeur psychologique de ce sacrifice reste importante dans la mentalité commune de la société betsimisaraka. L'hospitalisation constitue une alternative en cas d'échec de ces rituels.

3.3. Selon les étiologies

Notre étude a montré que la BDA primaire prédomine à Toamasina que celle secondaire, (Figure 4).

3.3.1. Pour les BDA primaires

3.3.1.1. Le type de personnalité sous jacente

Notre étude a observé que à Toamasina, les personnalités pré-morbides les plus vulnérables aux psychoses délirantes aiguës sont surtout de type schizoïde (29%), borderline (21,5%), histrionique (15%) et dépendant (13%), (Tableau V).

En effet, les sujets présentant une personnalité schizoïde sont dans la plus grande partie de leur temps en solitude et en retrait social. Ils ont par conséquent besoin de stimulants psychiques tels que le cannabis pour avoir de l'initiative ou pour se familiariser avec les autres. Sinon, ils restent seuls à gérer leurs propres problèmes. Il n'est pas rare qu'ils développent des états délirants.

Quant aux sujets ayant une personnalité de type borderline, ils sont surtout reconnaissables par cette intolérance à la moindre frustration et ses passages à l'acte parfois difficilement contrôlé par le sujet lui-même. Il est alors logique que face à des événements de vie assez stressante à Toamasina pour ne pas citer que les problèmes pécuniaires et sentimentaux, ces types de personnalité vont se décompenser facilement en mode psychotique délirant.

3.3.1.2. Selon les antécédents

Notre étude a montré que la plupart des malades n'a pas d'antécédents personnels de psychoses, tandis que des antécédents familiaux de psychoses ont été trouvés chez certains, (Figures 5, 6 et 8).

Selon la littérature, il a été également observé en Guadeloupe par Constant et coll. [19] l'absence d'antécédents psychiatriques personnels dans 74% des patients selon ses études.

De même, en France, Guelfi JD. [75] et Samuel-Lajeunesse B.[16] ont évoqué l'absence de facteurs déclenchant dans la psychose délirante aiguë.

Par contre, presque la moitié des patients répertoriés toujours à Madagascar par les études d'Andriambao et coll. présentait un passé de psychose.

Notre étude souligne alors le fait que l'apparition de l'épisode psychotique aigu pourrait bien survenir en l'absence d'antécédent de psychose.

Nous avons observé lors de nos enquêtes qu'il n'est pas rare que la famille essayait de dissimuler les antécédents psychiatriques des malades afin de protéger ces derniers des représailles et des discriminations d'autrui. Parfois, le soignant doit insister à l'interrogatoire pour en savoir plus.

Néanmoins, on peut alors suggérer qu'en l'absence d'antécédent personnel des troubles psychiatriques, le soignant doit être attentif sur les facteurs de stress actuel et la présence d'antécédent familial.

Dans notre étude, 23 % de nos patients présentent un antécédent familial de troubles psychotiques.

Ce qui rejoint alors l'étude menée par Criquillion-doulet et coll. [28] qui avait observé pareillement l'existence d'antécédents de troubles délirant aigus familiaux chez 51% des patients de leurs études.

Par rapport à ces antécédents psychotiques familiaux, une enquête et une étude génétique plus approfondie serait souhaitable afin d'éclairer au mieux cette incidence à Toamasina.

3.3.1.3. Selon les facteurs de stress retrouvés

Notre étude objective comme facteurs de stress les plus pourvoyeurs de psychose délirante aiguë: les conflits familiaux (13%), le deuil (10%), la séparation (16%), la

déception (13%), l'échec (13%) (Figure 9) qui sont en fait des facteurs de stress retrouvés communément dans d'autres études comme celle de Delafosse RCJ à Abidjan [6]. Ces études avaient montré comme facteurs de stress majoritaires: les conflits avec 33,3% de cas (15% social, 15% familial, 8,3% conjugal).

Il est évident que les conflits sont sources de tension psychique de par leurs résolutions et leurs conséquences.

Au décours d'un deuil, la non-acceptation du sujet de la réalité constituerait un facteur d'éclosion de l'état délirant, c'est ce que nous avons pu rencontrer fréquemment dans notre étude. Un travail de deuil centré sur cette acceptation est à entreprendre chez ces patients.

En outre, plusieurs de nos patients étaient victimes d'échec scolaire, de déception sentimentale voire de séparation. Il se trouve que l'état délirant constituerait un des mécanismes de défense de leur psychisme contre ces éventualités de la vie.

Nous pouvons alors avancer l'hypothèse que les facteurs de stress au cours ou après la grossesse constitueraient des facteurs incitant à l'apparition de la psychose puerpérale. En effet, à Toamasina, il n'est pas rare de retrouver en Psychiatrie des femmes enceintes dont leur histoire de la maladie révèle une grossesse non désirée, la séparation du couple au cours de la grossesse ou bien encore le prix des matériels nécessaire à l'accouchement tel que les langes dont leurs achats paraissent chers et sous-estimés par la future mère.

Par contre, dans 20% des cas de notre étude, aucun facteur n'est retrouvé ce qui rejoint les études de Samuel-Lajeunesse [16] en France.

3.3.2. Pour les BDA secondaires

3.3.2.1. Pour les causes médicales générales

Notre étude a soulevé parmi les étiologies médicales générales de la BDA:

- **le traumatisme crânien:** étant donné que le service reçoit également des cas neurologiques, il n'est pas rare d'y observer des cas de contusions cérébrales qui, normalement relèvent de la neurochirurgie. Cependant cette unité n'est pas encore ouverte à l'époque de notre étude, (Figure 10).

Ces traumatismes sont le plus souvent les conséquences d'accident à responsabilité civile, entre autres les accidents de circulation surtout avec les motocyclettes et les tricycles qui constituent les principaux moyens de transport les plus spécifiques de Toamasina.

- **Certaines types de crises épileptiques:** Les crises épileptiques temporales et les crises épileptiques partielles complexes à manifestation psychiatrique doivent être toujours éliminées avant de confirmer l'origine psychiatrique des psychoses délirantes aiguës.

Par ailleurs, certaines phases résolutives de l'épilepsie de certains patients comprennent des états délirants aigus qui amènent le plus souvent les familles à interner leurs patients en Psychiatrie. Cette confusion d'orientation est aisément soulevée dès l'interrogatoire des patients. Néanmoins, certaines formes d'agitation aiguë nécessitent réellement le recours à des neuroleptiques sédatifs comme pour les vrais malades psychiatriques. Les épileptiques ayant présenté des malobservances thérapeutiques sont les plus souvent victimes de ces phases postcritiques de longue durée.

- **la confusion mentale:** la plupart des patients présentant une confusion mentale sont adressés en Psychiatrie. Elle vient surtout dans un contexte de troubles vasculaires cérébraux comme dans l'infarctus cérébral, les hémorragies cérébrales, les lacunes cérébrales.

Parfois, des affections médicales générales peuvent induire de la confusion mentale en psychiatrie tels que les troubles ioniques, la drépanocytose, les neuroparasitoses comme la cysticercose, le paludisme, la syphilis tertiaire.

Enfin, il est à souligner les confusions mentales des patients délirants qui ont reçu des neuroleptiques sédatifs. Une attention particulière doit être apportée à leur rencontre pour éliminer des éventuels cas d'hypoglycémie voire d'autres troubles métaboliques sous-jacents.

3.3.2.2. Pour les causes toxiques

Notre étude objective la grande fréquence des états délirants chez les cannabiques (38%) et surtout chez les éthylo-cannabiques (47%), (Figure 11).

Ce qui rejoint les études de Henquet et coll. [54] en 2005 et celles de Nubukpo P et coll. [29] en 2005 qui sont d'ailleurs parvenues à associer l'usage de cannabis des adolescents à une plus grande probabilité d'avoir des symptômes psychotiques plus tard.

En effet, il se trouve que le prix du cannabis n'est pas du tout cher à Toamasina et il se vend par conséquent presque en pompe dans les marchés noirs. L'accessibilité à ce produit est facile surtout chez les jeunes, qui dans la plupart du temps est en quête de leurs identités.

Par ailleurs, la sensibilisation des jeunes par rapport aux conséquences néfastes psychiatriques de cette consommation s'avère négligée surtout à Toamasina. Parfois, les parents et les éducateurs dans les écoles se trouvent impuissants face à ce fléau qui ne cesse de s'accroître.

A l'heure actuelle, les forces de l'ordre travaillent à arrache-pied contre cette toxicomanie, mais malgré leurs efforts, l'éradication reste impossible.

La dangerosité de cette toxicomanie réside sur le fait qu'elle puisse déclencher la schizophrénie maladie chez les sujets présentant une personnalité pré morbide comme expliquait certaines études comme celles de Henquet et coll.[76] en 2006 qui ont montré que le risque de schizophrénie augmente en fonction de la dose de cannabis consommée

3.4 Suggestions

D'après les résultats et discussions de notre étude, il nous paraît souhaitable de renforcer les IEC dans les communautés ou alors de procéder à des émissions ou à des articles dans les mass media en insistant sur les points forts suivants :

3.4.1 Pour les parents et la famille

- La présence physique des parents est souhaitable pour une bonne harmonie dans la famille
- Chaque parent est encouragé à bien remplir leur rôle respectif au sein de la famille
- Il serait souhaitable que les jeunes puissent respecter les grandes personnes telles dans les mœurs et les valeurs morales malagasy
- Une écoute réciproque entre parents et jeunes devrait être mise en place malgré les multiples occupations
- Les jeunes en difficulté devraient être ouverts et pourraient exposer leurs problèmes devant leurs parents ou à défaut envers une tierce personne
- Les parents sont encouragés à amener leurs enfants à consulter des psychologues, des psychiatres, des médecins ou des personnels de santé qualifiés, en cas de difficulté importante ou lorsque des problèmes leur échappent
- Les parents sont invités à soutenir davantage leurs enfants dans leurs difficultés, de les écouter et de les aider à trouver des solutions d'issue pour qu'ils ne parviennent jusqu'à un état délirant
- En cas de troubles psychiques ou d'état délirant, les parents devraient aider leurs enfants malades à prendre soin d'eux et à respecter les prescriptions médicales tout en essayant de clarifier les idées du malade et de l'aider à revenir à lui-même, à lutter contre les fausses idées et les hallucinations.
- En l'absence de parents, le tuteur ou la personne de confiance devrait bien remplir leurs rôles de surveillant en veillant bien sur le traitement du malade et de mettre en place des balises ou un cadre en cas de débordement des comportements.

- En cas de grossesse, il est nécessaire de soutenir psychologiquement la femme enceinte et même après l'accouchement sur les difficultés qu'elle doit franchir et réussir (préparation psychologique sur l'accouchement, les soins du bébé, les dépenses diverses sur l'accouchement et le post-partum) pour éviter les surprises de la femme enceinte et de limiter au mieux ses états de stress.
- Pour éviter une grossesse non désirée source de tensions psychologiques, il est conseillé de procéder à des moyens de contraception efficace.
- Pour les couples, il serait souhaitable que le père soit toujours présent même symboliquement auprès de son conjointe le long des épreuves difficiles de l'accouchement et du post-partum, mais également de remplir ses fonctions de père surtout lors de l'éducation de leurs enfants. Et réciproquement pour la mère.
- En cas d'état délirant, le malade n'est plus maître de ses esprits, la famille et surtout les parents sont vivement encouragés à soutenir psychologiquement le malade et de l'aider à voir plus claire dans leur raisonnement.

3.4.2 Pour la communauté

- Essayer d'apporter plus d'explication à la communauté et d'essayer de clarifier l'opinion commune sur la nature scientifique des maladies mentales pour réduire ainsi, à la limite, les discriminations envers les malades mentaux et les institutions psychiatriques
- Expliquer à la communauté que des moyens sont actuellement à notre disposition pour stabiliser voire pour guérir dans plusieurs cas les pathologies mentales
- Encourager la famille ou la communauté à amener les malades présentant des troubles psychiques dans les centres de santé.
- Insister sur le fait que le service de Psychiatrie existe et tout médecin dans des centres non psychiatriques devraient être capables de dépister et de mettre en route un traitement de première ligne pour tout trouble mental et d'orienter les malades concernés vers des centres spécialisés
- Expliquer à la communauté que les malades mentaux ont leurs droits d'être bien traités comme pour ceux présentant d'autres pathologies médicales courantes et les malades atteints ont des besoins fondamentaux comme tout être humain qui devrait être respectés

- Eduquer la famille et la communauté sur les effets néfastes des drogues et de l'alcool surtout sur la santé mentale.
- Mobiliser la famille à aider à la réinsertion professionnelle et sociale des personnes atteintes des maladies mentales dans la communauté tout en insistant sur le fait que c'est une maladie non transmissible et que le soutien familial soit vraiment nécessaire pour une bonne réinsertion.

3.4.3 Pour les agents de santé

Il nous paraît important de faire :

- Des formations continues des agents de santé et une mise à jour des connaissances à travers des formations postuniversitaires continues sur les principales conduites à tenir devant une psychose et si nécessaire une rédaction de protocole standard de prise en charge devant un état délirant aigu qui constitue réellement une urgence médicale.
- Un renforcement du savoir-faire sur l'accueil, l'attitude thérapeutique et l'accompagnement des malades atteints de troubles délirant
- Des partages d'expériences sur les approches thérapeutiques entre médecins malagasy et ceux des pays développés

3.4.4 Pour le gouvernement et l'Etat

Il serait souhaitable de faire :

- Une augmentation des effectifs des personnels soignants (infirmiers, médecins) spécialistes en santé mentale qui restent encore insuffisants pour la cote Est de Madagascar
- La mise en place de service de psychiatrie dans les centres hospitaliers de districts (CHD) ou les centres hospitaliers de référence régionaux (CHRR)
- La création de centre de sports et de loisirs pour que les jeunes puissent éloigner voire éviter la prise des drogues et de l'alcool.
- La mise en place des centres de santé amis des jeunes pour leurs donner des conseils, des traitements ou des suivies en cas de problème ou de maladie.

- L'engagement de l'état sur la prise en charges des troubles mentaux en diminuant le coût des neuroleptiques pour éviter les rechutes.
- Un renforcement de la lutte contre les commerces illicites des drogues.

CONCLUSION

CONCLUSION

Les troubles psychotiques aigus constituent une urgence médicale non seulement pour le malade mais pour autrui. Cette étude prospective descriptive analytique, intitulée « Les différentes étiologies des psychoses délirante aigues », a été réalisée au service de Psychiatrie Toamasina, allant du 01 janvier au 30 mars 2017. Dans cette recherche on a pu constater que les troubles psychotiques aigus occupent la moitié des malades admis au service de Psychiatrie Toamasina (55,43%). Les sujets jeunes sont les plus touchés par cette maladie avec une majorité masculine (67% des malades sont masculin).

En ce qui concerne leurs professions, 29,41% des malades sont des manutentionnaires et 23,53% des jokers de pousse-pousse.

Concernant l'état délirant présenté par les patients, le thème de type persécutif représente 29,41% et mystique 27,45%). Les mécanismes retrouvés sont surtout hallucinatoire (56,86%), imaginaire (7,84%) ou interprétatif (23,53%).

Sur le plan étiologique, 61% des BDA sont primaires et 39% sont secondaires. Pour les troubles psychotiques aigus primaires : les malades qui ont une personnalité de type schizoïde représentent 29,03% de cas et borderline dans 22,5%. Aucun facteur déclenchant n'a été retrouvé dans 19% des malades tandis que des facteurs de stress ont été observés comme la séparation qui représente 16% de cas. Pour l'échec, les conflits familiaux et la déception, chacun occupe 13% des malades. Sur les 31 malades présentant la BDA primaire, 77% d'entre eux n'ont pas d'antécédents personnel de psychose.

Pour les 20 malades présentant une BDA secondaire, 13 sont d'origine toxique soit 65% de cas. Et concernant le type de produit toxique consommé, 46% des BDA d'origine toxique sont due à la prise à la fois de cannabis et de l'alcool.

Pour une meilleure prise en charge de cette maladie à Toamasina, des campagnes de sensibilisation de masse sont nécessaires pour informer et éduquer la communauté sur le fait que les troubles psychotiques aigus sont des maladies curables. Ceci afin d'éviter l'exclusion par la communauté des malades délirants et pour faciliter leurs réinsertions sociales. La connaissance des causes et des facteurs déclenchant de cette

maladie est capitale car ces étiologies aident non seulement les personnels soignants sur la prise en charge, mais aussi la famille et le patient pour éviter les rechutes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Gasman J F, Allilaire. Psychiatrie. Paris : Masson ; 2003.
- 2 Dominique P, Maurcice R, Albert T-D. Bouffée Délirante Aigue. Mega-Guide des Pratiques des Urgences. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-74748-9.0034-8>.
- 3 Lecadeur L. Théorie cognitive et comportement après les premières épisodes psychotiques. L'Encéphale. 2013 ;39 :115-20.
- 4 Kadjo M. Pathologies psychiatriques chez les femmes adultes [Thèse]. Médecine: Abidjan ; 2001, 2031.
- 5 Weibel H, Metzger J V. Psychose délirante Aigue. EMC Psychiatrie. 2005 ;12(2) :1-8 [Article N°7-40-61].
- 6 RAFEHIVILA I H. Bouffée Délirante Aigue ;176 cas observé dans l'unité de psychiatrie HJRB[Thèse]. Medecine : Antananarivo ; 2010 ;87.
- 7 Pichot P, Pull C M, Pull C B. Des critères empiriques français pour les psychoses. L'encéphale. 1984 ; X : 119-23.
- 8 Tribolet S, Mazda. Nouveau Précis de Sémiologies des Troubles Psychiatriques. Paris : Heure de France ; 2005.
- 9 Fineltain L. Naissance de la Psychiatrie à la faveur des procès de sorcellerie et de possession diabolique. Bull Psychiatr. 1999;192:18-9.
- 10 Dictionnaire historique de la langue française. 7^{ème} édition. Paris: Maloine ; 1995. La Folie ; p. 818.

- 11 Bruno M, Vanelle J-M, Joseph B. Prêscrire les psychotropes. 2^{ème} édition. Elsevier : Masson ; 2014.
- 12 Auxéméry Y. Trouble psychotique post traumatique. Ann Med Psychiatr. 2011 Avril ; 169 : 155-9.
- 13 RAKOTOMALALA V N. Profil épidémiocliniques des urgences psychiatriques [Mémoire]. Médecine : Antananarivo ; 2009. 43.
- 14 Yavo P. Aspect épidémiologique et clinique des psychoses délirantes aiguës de 1997 à 2001 au dispensaire d'hygiène mentale de l'Institut National de Santé Publique [Thèse]. Médecine : Abidjan ; 2003.
- 15 Pull C B, Pull C M, Pichot P. Des critères empiriques français pour les psychoses. L'Encéphale. 1984; X: 119-23.
- 16 Samuel-Lajeunesse B, Heim A. Psychoses délirantes. EMC Psychiatrie. 1994 ; 12(2):3-7 [Article 37-230-A-IO].
- 17 Pull CB. Classification internationale des maladies et des problèmes de santé. 10^{ème} édition. Paris : Masson ; 1993.
- 18 Singer L, Ebtinger R, Mantz H. Le devenir des bouffées délirantes. Etude catamnétique de 74 cas. Ann Méd-Psychol. 1980 ; 138 : 1097-1163.
- 19 Constant G. Le traitement des bouffées délirantes. Rev Prat. 1972 ; 22,32 : 4465-72.
- 20 Cousin F-R, Vanelle J-M. Défense et illustration du concept de bouffée délirante aiguë. Information Psychiatrique. 1987; 63 ; n° spécial: 315-21.
- 21 Johnson S, Man AH, Jacoby RJ, Wood K.H., Peron-M. Bouffée délirante: an examination of its current status. Psychol Méd. 1983; 13, 4: 771-8.

- 22 Collomb H. Bouffées délirantes en psychiatrie africaine. Psychopathologie Africaine. 1965; 1,2 : 167-84.
- 23 Garelleon A. Approche culturelle des bouffées délirantes en Guadeloupe à partir d'une expérience en service psychiatrique à l'hôpital de Pointe à Pitre [Thèse]. Médecine : Rennes ; 1985.129 p.
- 24 Lemperiere T, Feline A, Gutmann A. Ades J, Pilate C. Psychiatrie de l'adulte. 13ème édition. Paris : Masson ; 1994.
- 25 RAZAFIMAHATRATRA O T. 72 cas de trouble de comportement vu au service de Psychiatrie HJRB [Thèse]. Médecine: Antananarivo ; 2010.66p.
- 26 Pichot P. The diagnosis and classification of mental disorders in Frenchspeaking countries: background, cuitentent news and comparison with other nomenclatures. Psychol Méd. 1982 ; 12 : 475-92.
- 27 Ey H. La classification des maladies mentales et le problème des psychoses aiguës. 3^{ème} édition. Paris : Masson; 1954.
- 28 Criquillon-D S, Boyer P, Lancrenon S, Samuel-L B. Les états délirants aigus: essai de caractérisation anamnétique, sociodémographique et symptomatique. Psychiatr Psychobiol. 1987 ; 2,5 : 319-33.
- 29 Nubukpo P, Clément J P, Leger J M, Dumas M. Epidémiologie, clinique et facteurs étiologiques des bouffées délirantes aiguës (BDA) au TOGO – à partir d'une enquête hospitalière. Méd Trop.2005; 65: 137-42.
- 30 Weibel H, Metzger Z Y. Psychose délirante aigue. EMC Psychiatrie. 2005 ; 2 :40-61.

- 31 Lemperiere T, Feline A, Gutman A, Ades J, Pilate C. Bouffée Délirante Aigue. Abrégés de psychiatrie. 1992 ; 32 :198-202.
- 32 Legrain M. Du Délire chez les dégénérés [Thèse] .Médecine : Paris ; 1886 :152.
- 33 Seglas G. Paranoïa aigue. Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. Paris : Masson; 1895.
- 34 Henri E. Le Délire. EMC Psychiatrie. 1995 ;9(2):12-4[Article 37-282-A20]
- 35 Tribolet S, Mazda S. Nouveau Précis des Séméiologies des Troubles Psychiques. Paris : Heure de France ; 2005.
- 36 Morel B A. Théorie de la dégénérescence. Paris : Flammarion; 2004.
- 37 Henri E, Bernard P, Brisset E. Manuel de Psychiatrie. 4^{ème} édition. Paris: Masson ; 1974.
- 38 Debray Q, Granger B, Azais F. Psychose Délirante Aigue. 3^{ème} édition. Paris: Masson ; 1994.
- 39 Peron S. Les limites de la schizophrénie dans l'opinion des psychiatres français [Thèse]. Médecine: Paris ; 1978 :60 .
- 40 Magnan V. Leçons cliniques. 2^{ème} Edition. Paris : Bataille, 1893.
- 41 Kernbaum S, Grunfeld JP. Dictionnaire de Médecine,Médecine-Sciences. Flammarion : Paris. 2001
- .
- 42 Samuel B, Heim A. Psychose Délirante Aigue Edition Technique. EMC Psychiatrie. 1994 ; 3(2): 5-7: [Article 37-230 A10] .

- 43 Marc B, Pierre B, Guillermin B. La bouffée délirante aiguë : conduite à tenir. Gazette Médicale. 1993 ; 100, 2 :18-20.
- 44 American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Quatrième édition. Paris: Masson ; 1996.
- 45 Bachir M, Russel J, Johnson G. Bipolar affective disorder in adolescence: a ten years study. Aust NZJ Psychiatry .1987; 21: 36-43.
- 46 Atger F. Trouble de l'humeur et psychoses à l'adolescence. Press Med. 2000 ; 29, 3 :161-3.
- 47 Petiejean F, Marie-cardine M. Conférence de consensus de la fédération française de psychiatrie. Schizophrénie débutante : diagnostique et modalité thérapeutique. Ann Méd Psychol. 2003 :161 :329-47.
- 48 Vaiva G, Bailly D, Boss V, Thomas P, Lestavel P, Goudmand M. Un cas d'épisode psychotique aigu après prise unique d'ecstasy. Paris : L'Encéphale; 2001.
- 49 Series H, Boeles S, Dorkins E. Psychiatric complications of "Ecstasy" use. J Psychopharmacol. 1994; 8: 60-1.
- 50 Choquet M. Consommation de cannabis et troubles psychotiques. Expertise collective: Cannabis, quels effets sur le comportement et la santé ? Paris: Elsevier; 2001.
- 51 Os V J, Bak M, M. Hansen M, Bijl R , Graaf D, Verdoux H. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. Am J Epidemiol. 2002; 156: 319-27.

- 52 Saladini O, Fernandes N, J. Luaute, Luaute J-P, Benyaya J. Evolution sur 22ans de la fréquence d'association cannabis/ trouble psychotique aigu dans un secteur de psychiatrie générale. Ann Méd-Psychol. 2005; 163: 502-6.
- 53 Guire M, Jones P, Harvey I. Cannabis and acute psychosis. Schizophr Res. 1994; 13: 161-7.
- 54 Henquet C, L. Krabbendam, Spauven J, Karplan C, Lieb R, Wittchen H-U, et al. Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. British J Med. 2005; 330: 1-5.
- 55 Verdoux H, Tournier M. Cannabis et troubles psychotiques, lien étiologique. Pres Med. 2004; 33, 8: 551-4.
- 56 Becanson G. Manuel de psychopathologie. Paris: Odile Jacob; 1993.
- 57 Gourevitch R. Bouffées Délirantes aiguës. Paris: Elsevier; 2006.
- 58 Hafner H, Löffler W, Maurer K. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophr. Acta Psychiatr Scand. 1999; 100,7: 105-18.
- 59 Glickman J. Le concept de la Bouffée Délirante Aigue (BDA) revisité. L'Encéphale. 2005; 31,2: 6-9.
- 60 Robinson D, Woerner M, Alvir J. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorders. Archiv Gen Psychiatr. 1999; 56: 241-6.

- 61 Schwartz J E, Fenning S, Tanenberg M. Congruence of diagnoses 2 years after a first admission diagnosis of psychosis. *Archiv Gen Psychiatr.* 2000; 57 (6): 593-600.
- 62 Dequardo R. Pharmacologic treatment of first episode schizophrenia: early intervention is key to outcome. *Clin J Psychiatr.* 1998; 59,19: 9-17 .
- 63 American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatr.* 1997; 154 (suppl4): 316-30.
- 64 Iancu I P N, Dannon P, Ziv R. Canadian Clinical Practice Guidelines for the treatment of schizophrenia. *Can J Psychiatr.* 1998; 43 (suppl2): 25S–41S.
- 65 Lehtinen V, Aaltonen J, Koffert T . Two years outcome in first episode psychosis treated according to an integrated model. *Clin J Psychiatr.* 1998;59,19: 9-17.
- 66 Suzuki K, Awata S, Takano T. Improvement of psychiatric symptoms after electrconvulsive therapy in young adults with intractable first episode schizophreniform disorder. *Tohoku J Exp Med.* 2006; 210 (3): 213-20.
- 67 De Carvalho W, Olie J. *Éléctroconvulsothérapie.* Paris:Masson; 2001.
- 68 Jeppesen P, Petersen P, Thorup A. Integrated treatment of first episode psychosis: effect of treatment on family burden: OPUS trial. *Brit J Psychiatr.* August 2005; 48: 85-90.
- 69 Petersen L, Nordentoft M, Jeppesen P. Improving 1-year outcome in first episode psychosis: OPUS trial. *Brit J Psychiatr.* August 2005; 48: 98-103.
- 70 Edouard Z. *Les jardins de la folie.* Paris: Odile Jacob ; 1988.

- 71 Andriambao D, Rakotobe A, Ramarojaona R, Tristan M, Ranaivoarison J. Aspects particuliers des bouffées délirantes aiguës à Madagascar. *Encéphale*. 1976 ; 2,4 : 367-83.
- 72 Okasha A, Dawla E, A khalil , Saad A . Presentation of acute psychosis in an Egyptian sample: a transcultural comparison. *Comprehensive Psychiatry*. 1993 ; 34 , 1: 4-9.
- 73 Yohann T. L'entrée dans la psychose [Thèse]. *Psychologie : Paris* ; 2010. 563p.
- 74 Ouedraogo A, Topan S, Samuel-lajeunesse B. Les bouffées délirantes aiguës et leur devenir: analyse de 102 cas au service de psychiatrie du CHN Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, Burkina Faso. *Bénin Méd.* 1999 ; 12-13 : 144-14.
- 75 Guelfi JD, Boyer P, Consoli S, Martin RO. Etats fonctionnels aigus et chroniques. Paris: PUF Fondamental; 1987.
- 76 Henquet, C, A Rosa, L Krabbendam, S Papiol, L.Fañanás, M Drukker et J. van Os. An experimental study of catechol-O-methyltransferase Val158Met moderation of delta-9-tetrahydrocannabinol-induced effects on psychosis and cognition. *Neuropsychopharmacology*. 2006; 31, 12: 2748-57

CHU ANALAKINININA

USFR NEURO-PSYCHIATRIE

PROTOCOLE DE RECHERCHE

FICHE N° :

IDENTITE :

NOM :

PRENOMS :

SITUATION MATRIMONIALE :

ADRESSE :

.....
FICHE N° :

AGE :

GENRE : ☐ M ☐ F

PROFESSION : ☐ Fonctions publiques ☐ Jokers de pousse-pousse
☐ Manutentionnaires ☐ Sans emplois
☐ Commerçants ☐ Autres
☐ Etudiants

RENSEIGNEMENTS SUR LE MALADIE :

Age d'apparition du BDA : ☐ [10 ; 15] ☐] 15 ; 20] ☐] 20 ; 30]
☐] 30 ; 35] ☐ ≥35
Durée d'hospitalisation : ☐ ≤ 7j ☐] 7j ; 15j ☐] 15j ; 21j]
☐] 21j ; 28j] ☐ ≥28j

Durée de la maladie : ☐ 7j≤ ☐] 7j ; 15j] ☐] 15j ; 21j] ☐] 21j ; 28j]
☐ ≥28j

CARECTERISTIQUE DU DELIRE :

Thèmes principaux du délire: ☐ Mégalomane ☐ Jalousie
☐ Persécution ☐ Mystique
☐ Empoisonnement

Mécanismes du délire: ☐ Hallucinoire
☐ Imaginatif
☐ Intuitif
☐ Interprétatif

Systématisation du délire: ☐ Bien systématisé ☐ Non systématisé

BDA PRIMAIRE :

Antécédent personnel de psychose : ☐ Oui ☐ Non

ATCD de psychoses dans la famille : ☐ Parents 1^{er} degré : ☐ Père ☐ frère
☐ Mère ☐ Sœur

☐ Parents 2nd degré ☐ Grand Père ☐ Cousin
☐ Grand mère: ☐ Cousine

Types de personnalité sous-jacente : ☐ Borderline ☐ Dépendante
☐ Antisociale ☐ Schizoïde

☐ Histrionique ☐ Autres

Chez les femmes, psychose puerpérale:

☐ Oui ☐ Non

Facteurs de stress retrouvés:

☐uil ☐ation

☐onflits familiaux ☐

☐vol ☐c

☐paration

☐ déception sentimentale

☐menace d'emprisonnement

BDA SECONDAIRE :

Traumatismes crâniens : ☐HSD

☐HED

☐CONTUSION CÉRÉBRALE

HTIC

Troubles endocrinien

Neuropaludisme

Cause toxique ☐ OH

☐ THC FEUILLE

☐ Cocaïne

☐ OH+ THC

Cause médicamenteuse : Corticoïdes Antituberculeux
 Neuroleptique Autres :.....
 Antidépresseurs

Autres causes : Décoctions,

VELIRANO

‘‘Eo anatrehan’ Andriamanitra Andriananahary, eto anoloan’ireo mpampianatra ahy sy ireo mpiara-nianatra tamiko eto amin’ity toeram-pampianarana ity ary eo anoloan’ny sarin’i HIPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaham-pitsaboana.

Hotsaboiko maimaimpoana ireo ory, ary tsy hitaky saran’asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin’iza na amin’iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon’olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka ho tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamofady na hanamoràna famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelanana ny adidiko amin’ny olona tsaboiko ny anton javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain’olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn’ny mahaolona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho, ka hampita amin’ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin’izy ireo.

Ho toavin’ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy horabirabian’ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin’izany.’’

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Directeur de Thèse

Signé : Professeur **RAHARIVELO Adeline**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur **SAMISON Luc Hervé**

Name and first name: RAMIANDRISOA Hery Tovo

Title of thesis : THE DIFFERENT ETIOLOGIES OF ACUTE DELIRIUM
TROUBLES IN PSYCHIATRIC UNIT CARE IN
TOAMASINA

Heading : PSYCHIATRY

Number of pages : 60

Number of graphics: 10

Number of table : 5

Number of bibliographic references: 76

SUMMARY

Introduction: Acute delirium was viewed throughout several patients hospitalized in Psychiatric Unit Care in CHU of Toamasina. This illness seems to be an emergency medical case because of its dangerousness against the patient himself as his surroundings. The main importance of our study is to determinate causes of this pathology to improve its treatment.

Methodology: A prospective descriptive analytic research was carried off in Psychiatric Unit Care in CHU Analakinina Toamasina during a period of six months.

Results: The occurrence of Acute psychotic troubles was on 55, 43%. Masculine adult (67%) was the most touched by, between 20 to 30 years old (47%), especially those handworkers (29, 41%). They were without causes on 61%, the 29, 03% of which presented schizoid personality behind. Persecution was the main idea of delirium (29, 41%). Acute delirium can have causes such as ethylism and cannabism (65%) or after brain injury (15%).

Conclusion: Acute delirium troubles seem one of current diseases in Toamasina. Searching for its causes stays mostly important in order to improve its treatments and to prevent its relapses.

Key-words: Acute delirium trouble, Diagnostic, Etiology, Epidemiology, Toamasina

Director of thesis : Professeur RAHARIVELO Adeline

Reporter of thesis: Docteur RATOBIMANANKASINA Hiarenantsoa Herilanja

Author's address : CU ANKATSO II Bloc 8 p01

Nom et prénoms : RAMIANDRISOA Hery Tovo
Titre de la thèse : LES DIFFERENTES ETIOLOGIES DES TROUBLES
PSYCHOTIQUES AIGUS AU SERVICE DE
PSYCHIATRIE DE TOAMASINA
Rubrique : PSYCHIATRIE
Nombre de pages : 60 **Nombre de figures** : 10
Nombre de tableau : 5 **Nombre de références bibliographiques**: 76

RESUME

Introduction : Bon nombre de malades hospitalisés au service de Psychiatrie du CHU Analakinina Toamasina ont présenté un état délirant aigu. Cette maladie constitue une urgence médicale car elle peut être dangereuse non seulement pour le malade mais aussi pour son entourage. Notre étude trouve son intérêt capital dans la détermination des étiologies de cette maladie pour une meilleure prise en charge.

Méthodologie de recherche : Nous avons effectué une étude prospective descriptive analytique au service de Psychiatrie du CHU Analakinina Toamasina durant une période de six mois.

Résultats : La prévalence des troubles psychotiques aigus était de 55,43%. Ils touchent majoritairement les adultes masculins (67%) entre 20 et 30 ans (47%), surtout les manutentionnaires (29,41%). Les bouffées délirantes aiguës sont primaires dans 61% dont 29,03% présentent entre autres une personnalité de type schizoïde. Les thèmes délirants les plus fréquents sont de type persécutif (29,41%). Les bouffées délirantes secondaires sont surtout d'origine éthylo-cannabique (65%) et suite à des traumatismes crâniens (15%)

Conclusion : Les BDA constituent une maladie très fréquente à Toamasina. La recherche de ses étiologies est capitale pour une meilleure prise en charge et pour la prévention de ses rechutes.

Mots clés : Diagnostic, épidémiologie, Etiologies, Toamasina, Trouble psychotique aigu.

Directeur de thèse : Professeur RAHARIVelo Adeline

Rapporteur de thèse : Docteur RATOBIMANANKASINA Hiarenantsoa Herilanja

Adresse de l'Auteur : CU ANKATSO II Bloc 8 p01.

