

## SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE.....	3
I.    GÉNÉRALITÉS SUR L'ENCÉPHALE.....	3
I.1.    Anatomie de l'encéphale.....	3
I.2.    Physiologie de l'encéphale.....	7
II.    LES URGENCES PSYCHIATRIQUES PROPREMENT DITES.....	10
II.1.    Définition et principales caractéristiques des urgences psychiatriques.....	10
II.2.    Approche sur les maladies mentales aiguës et chroniques.....	10
II.3.    Les différentes urgences psychiatriques.....	11
II.4.    Considérations diagnostiques et thérapeutiques des urgences psychiatriques.....	12
III.    L'EMERGENCE DES FLAMBEES EPIDEMIQUES ACTUELLES DES URGENCES PSYCHIATRIQUES DANS QUELQUES PAYS.....	45
III.1.    Les structures de prise en charge au niveau des soins primaires.....	45
III.2.    Dans le cadre de prévalence de la maladie.....	51
DEUXIEME PARTIE : RESULTATS ET DISCUSSIONS.....	Erreur ! Signet non défini.
I.    METHODOLOGIE.....	55
I.1.    Enoncé des problèmes.....	55
I.2.    Type d'étude.....	55
I.3.    Cadre d'étude.....	56
I.4.    Variables d'étude.....	61
I.5.    Echantillonnage.....	61
II.    RESULTATS.....	63
III.    COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	77
III.1.    COMMENTAIRES.....	77
III.2.    DISCUSSIONS.....	79
RECOMMANDATIONS : .....	86
CONCLUSION.....	90
<b><u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u></b>	
<b><u>ANNEXES</u></b>	

## ABREVIATIONS ET SIGLES

( ) <sup>2</sup>	: Au carré.
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CSB	: Centre de Santé de Base
CSB1	: Centre de Santé de Base niveau un.
CSB2	: Centre de Santé de Base niveau deux
IM	: Intramusculaire
km <sup>2</sup>	: kilomètre carré
mg	: milligramme
ONG	: Organisation non gouvernemental
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
%	: pourcentage
SDSPF	: Service du District Sanitaire de Planning Familiale
UNICEF	: Union des Nations Unis pour l'enfance

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b> : Prévalence des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent dans quelques pays.....	51
<b>Tableau 2</b> : Répartition des individus enquêtés selon les communes.....	63
<b>Tableau 3</b> : Répartition des individus enquêtés selon les sexes.....	64
<b>Tableau 4</b> : Répartition des individus enquêtés selon les tranches d'âge et les sexes.....	65
<b>Tableau 5</b> : Répartition des troubles mentaux selon les communes et les sexes.....	66
<b>Tableau 6</b> : Répartition des troubles mentaux connus selon les tranches d'âge.....	67
<b>Tableau 7</b> : L'ancienneté et la performance des chefs CSB2.....	74
<b>Tableau 8</b> : Les statistiques et activités du CSB en matière de prise en charge des urgences psychiatriques.....	75
<b>Tableau 9</b> : La qualité de prise en charge des urgences psychiatriques.....	

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Le siège de l'encéphale.....	3
<b>Figure 2</b> : Les grandes divisions de l'encéphale.....	4
<b>Figure 3</b> : Les différents lobes du cerveau.....	5
<b>Figure 4</b> : Le tronc cérébral.....	6
<b>Figure 5</b> : Fonctions des différents lobes du cerveau selon leurs localisations.....	7
<b>Figure 6</b> : Résumé montrant les fonctions du tronc cérébral et du cervelet.....	9
<b>Figure 7</b> : Carte du district de Mahajanga II.....	58
<b>Figure 8</b> : Répartition des troubles mentaux selon les antécédents de consultation, dans le ménage, connus dans l'entourage.....	68
<b>Figure 9</b> : Répartition des troubles mentaux selon leur classification (urgence psychiatrique ou non).....	69
<b>Figure 10</b> : Répartition des urgences psychiatriques selon leurs types cliniques.....	70
<b>Figure 11</b> : Répartition des urgences psychiatriques selon les sexes.....	71
<b>Figure 12</b> : Répartition des traitements adoptés pour des urgences psychiatriques.....	72
<b>Figure 13</b> : Répartition des évolutions des urgences psychiatriques.....	73

# ***INTRODUCTION***

## INTRODUCTION

La nécessité de prendre en charge l'accueil et le traitement des urgences psychiatriques a timidement évolué vers les dernières décennies du XXème siècle à Madagascar.

Nous assistons actuellement à une augmentation des demandes pressantes des soins psychiatriques d'urgence lesquelles devant le très lent développement des structures d'accueil et de prise en charge rend la crédibilité des structures sanitaires surtout aux niveaux périphériques peu louable.

Ainsi certains médecins trop attachés aux croyances traditionnelles; préfèrent étiqueter certaines maladies psychiatriques comme étant les effets néfastes d'une sorcellerie ou transgression de tabous qu'ils orientent les soins vers les tradipraticiens.

Pourtant cette méconnaissance peut être source indirectement des redoutables complications très souvent irréversibles pour les malades et en même temps, diminuer la crédibilité du médecin face à la pratique traditionnelle [1].

Si actuellement dans le domaine de la psychiatrie où les recherches étiopathogéniques des maladies mentales se concentrent surtout dans la psychiatrie biologique laquelle pourraient être à l'origine de la grande révolution de la science psychiatrique pour pouvoir démystifier leurs symptômes souvent considérés sans substratum organique, dans la Région de Boeny et à fortiori dans le district sanitaire de Mahajanga 2, les structures d'accueil en matière d'urgences psychiatriques se comptent sur les doigts d'une main.

Les médecins des CSB sont si mal préparés en la matière qu'ils n'ont ni ordigramme de prise en charge des cas ni l'arsenal thérapeutique conséquent pour maintenir la plus petite notoriété sur le chapitre, qu'ils réfèrent les malades qui peuvent s'offrir cette chance et sursaturer le seul établissement régional qui s'occupe des cas psychiatriques au CHU de Mahajanga.

Pourtant, par définition les cas exigent une réponse immédiate et rejoint là la fonction socioculturelle des services des urgences dans l'esprit de la population : la prise en charge est obligatoire et immédiate ces demandes sont formulées par l'entourage du patient dans plus 50% de cas [2].

Ce chapitre se propose d'une part d'offrir aux prestataires en urgences psychiatriques un outil précieux auquel cas ses connaissances à la matière se trouve émoussées faute de pratiques supervisées, et d'autre part de faire la mise à jour de la situation du district sanitaire de Mahajanga 2 afin de soumettre des recommandations et suggestions qui, nous osons l'espérer ne vont pas laisser indifférent le lecteur.

Ce Chapitre se compose en outre l'introduction et la conclusion, la revue de la littérature et la méthodologie dans lequel on retrouve l'étude analytique de la situation de Mahajanga 2 et les résultats y afférents, les suggestions et les recommandations.

Rapport-Gratuit.com

***PREMIÈRE PARTIE***

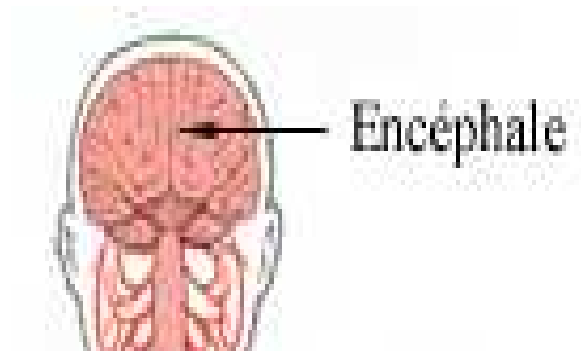
***REVUE DE LA LITTERATURE***



## I. GÉNÉRALITÉS SUR L'ENCÉPHALE

### I.1. Anatomie de l'encéphale [3, 4].

L'encéphale représente la partie du système nerveux central logée dans la boîte crânienne.



**Figure 1:** Le siège de l'encéphale.

On nomme « encéphale » l'ensemble des parties du névraxe situées dans la boîte crânienne, c'est à dire le cerveau, le tronc cérébral et le cervelet.

L'encéphale peut être divisé en trois régions principales, de l'avant vers l'arrière :

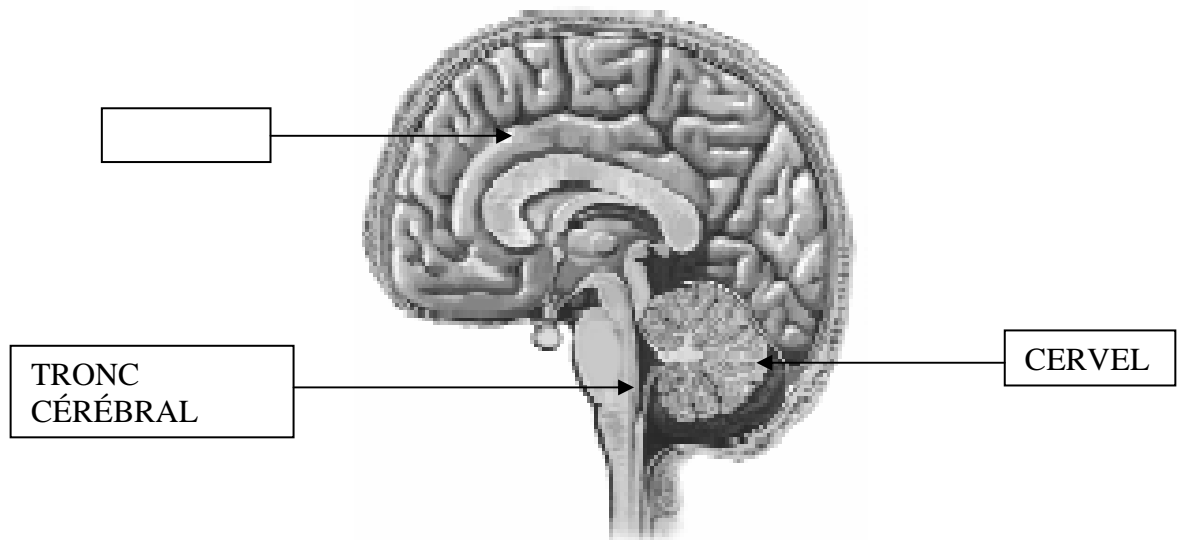
- l'encéphale antérieur, qui est composé du télencéphale (cerveau), formé par les deux hémisphères cérébraux, et du diencéphale (hypothalamus et thalamus) ;
- le mésencéphale ;
- l'encéphale postérieur, composé du cervelet et de la protubérance annulaire

Selon une autre division de l'encéphale, on distingue : cerveau + cervelet + tronc cérébral.

#### I.1.1. Le cerveau :

Il est situé au-dessus du cervelet et du tronc cérébral. C'est l'étage le plus élevé dans la hiérarchie fonctionnelle du système nerveux central. Il est spécialement développé chez l'homme. Son poids moyen est de 1400 à 1800 grammes. Il est l'organe central supervisant le système nerveux.

Bien que le cerveau soit volontiers cité comme centre de supervision du système nerveux central des vertébrés. Il se trouve dans la boîte crânienne, où il est protégé par les os du crâne, ainsi que par le liquide céphalo-rachidien.



**Figure 2:** Les grandes divisions de l'encéphale [4].

Ce cerveau est composé de 2 parties distinctes :

- le **télencéphale**, qui recouvre ;
- le **diencéphale**, portion centrale du cerveau.

Le cerveau est composé de 2 parties symétriques : l'hémisphère droit et l'hémisphère gauche. Ces deux éléments sont réunis par le corps calleux.

Trois sillons se trouvent à la face latérale de chaque hémisphère :

- la scissure de Rolando
- la scissure de Sylvius (ou sillon latéral)
- la scissure perpendiculaire externe (ou sillon occipital transverse)

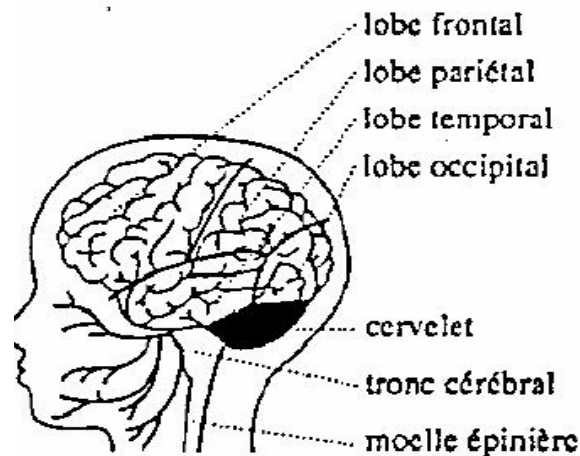
Chaque hémisphère cérébral comporte 4 lobes majeurs et 2 lobes mineurs :

- Le lobe frontal est situé dans la fosse antérieure (en avant).
- Le lobe temporal est situé dans la fosse moyenne (sur les cotés et en dessous du lobe pariétal).
- Le lobe pariétal (sur les cotés et au dessus).

- Le lobe occipital (en arrière du cerveau).

Le sillon de Rolando sépare le lobe frontal du lobe pariétal.

- Les deux lobes mineurs sont : l'insula, le corps calleux



**Figure 3:** Les différents lobes du cerveau.

### **I.1.2. Le cervelet**

Il est la partie de l'encéphale évoquant la forme d'un chou-fleur, situé immédiatement sous le cerveau et en arrière du tronc cérébral (extrémité supérieure de la moelle épinière). Le cervelet est situé à l'arrière crâne et recouvert par la partie de la boîte crânienne appelée l'occiput, délimitant la fosse postérieure. Cette partie de l'encéphale est recouverte par la tente du cervelet, qui sépare le cerveau des hémisphères cérébraux situés immédiatement au-dessus de lui.

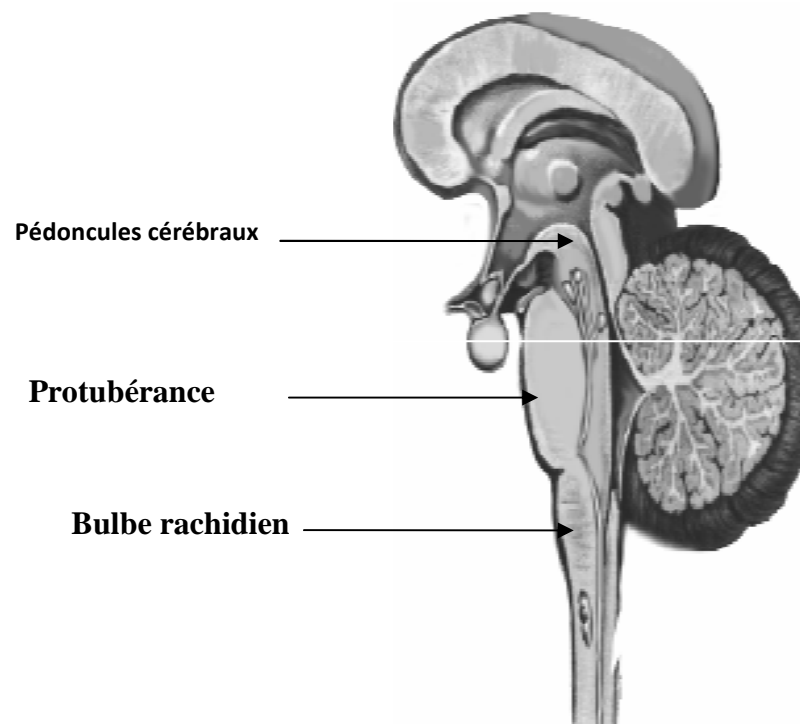
Le cervelet est situé dans la fosse postérieure et est composé de 3 éléments :

- Le lobe médian (ou vermis).
- Les deux lobes latéraux (ou lobes cérébelleux ou hémisphères cérébelleux).

Le cervelet est constitué de substance grise (en périphérie), de substance blanche et des noyaux gris (en son centre). Les cellules de Purkinje constituent la substance grise du cervelet.

### **I.1.3. Le tronc cérébral**

Constituant le prolongement de la moelle épinière située à l'intérieur de la colonne vertébrale (rachis). Il est composé de trois éléments :



**Figure 4:** Le tronc cérébral [4].

➤ Le mésencéphale (le plus haut) ou cerveau moyen, provient de la transformation de la vésicule cérébrale moyenne. Il est situé au devant, au dessus de la protubérance. Il comprend les pédoncules cérébraux, les tubercules quadrijumeaux et leur dépendance.

➤ Le pont (ou la protubérance annulaire) : la protubérance annulaire ou pont de Varole est placée au dessus du bulbe, au dessous du mésencéphale, c'est-à-dire des pédoncules cérébraux, en avant du cervelet. Elle répond en avant à la moitié supérieure de la gouttière basilaire.

➤ le bulbe rachidien : il fait suite à la moelle épinière. Il commence au niveau du milieu de l'arc antérieur de l'atlas, traverse le trou occipital et se termine vers la protubérance. Le bulbe est dirigé à peu près verticalement.

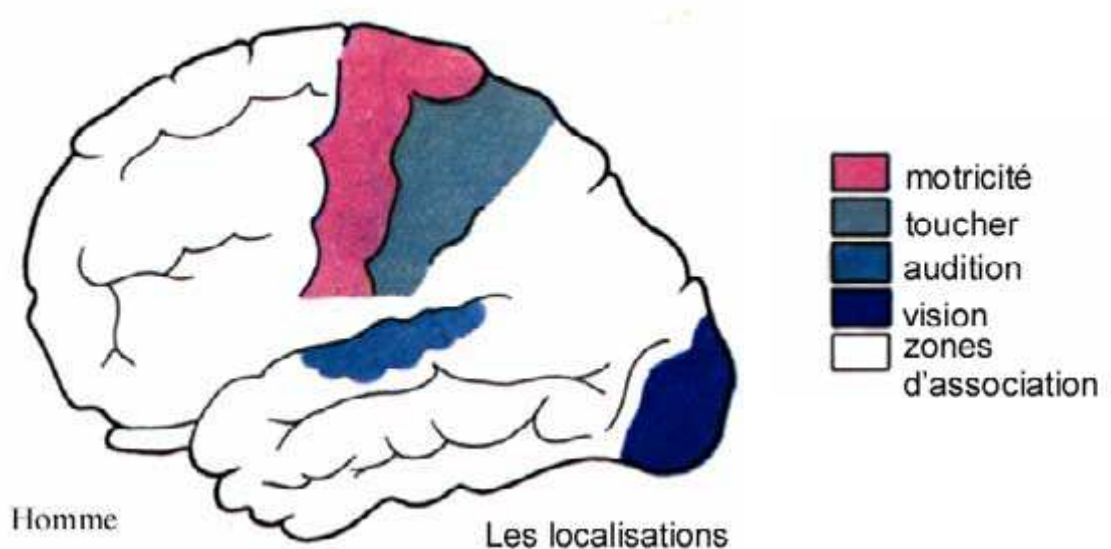
## I.2. Physiologie de l'encéphale

Chaque zone de l'encéphale possède une fonction bien précise.

### I.2.1. Physiologie de cerveau [3].

Les hémisphères du cerveau se ressemblent, mais ne sont pas identiques. Ces deux hémisphères cérébraux (droit et gauche) constituent la plus grande partie du cerveau. Chacun d'eux contrôle la moitié du corps qui se trouve du côté opposé, ainsi l'hémisphère droit contrôle le côté gauche du corps. Il reçoit les informations provenant du côté gauche du corps, et, inversement, l'hémisphère gauche contrôle le côté droit du corps.

Chaque lobe du cerveau est responsable de certaines fonctions précises.



**Figure 5:** Fonctions des différents lobes du cerveau selon leurs localisations.

❖ Le lobe frontal est responsable de l'attention, de la pensée, du raisonnement, du comportement, du mouvement, de l'odorat et des pulsions sexuelles.

- ❖ Le lobe pariétal est responsable de l'intellect, du raisonnement, du toucher, de la réponse aux stimuli internes, du langage et de la lecture, et de certaines fonctions visuelles.

- ❖ Le lobe occipital est principalement responsable de la vue.

- ❖ Le lobe temporal est responsable du comportement, de la mémoire, de l'ouïe, des nerfs optiques et des émotions.

Le cerveau des vertébrés reçoit des signaux par les nerfs afférents (c'est-à-dire que leurs informations « remontent » vers le cerveau. C'est le cas des nerfs sensitifs, qui acheminent les sensations, par exemple la douleur : de la peau au cerveau) de la part de chaque portion du corps; il reçoit ce signal, l'interprète, et en tire une réponse fondée sur ce jeu de réception et d'émission de signaux (après leur intégration) représente la fonction majeure du cerveau, qui explique à la fois les sensations, le mouvement, la mémoire et aussi la conscience.

Les activités cognitives supérieures (l'intelligence, la réflexion) se déroulent dans les parties les plus antérieures du cerveau : les lobes frontaux (droit et gauche), particulièrement par leurs interactions avec le système limbique (thalamus, hippocampe cerveau), qui appartiennent aux noyaux gris centraux.

Le cerveau a aussi un rôle de production hormonale, à partir de l'hypophyse, de l'hypothalamus, de l'épiphyse en particulier (trois petites régions situées à la base du cerveau impliquée dans la gestion des autres hormones).

Ainsi, par le rôle central qu'il exerce dans la captation des stimuli externes, le cerveau occupe le rôle central de création des réactions à l'environnement. La faim, la peur, le danger, la douleur, le besoin d'uriner, etc. ... sont des stimulations dont le but terminal se situe dans des zones spécialisées du cerveau, qui y analyse l'information, avant de répondre par la réponse appropriée.

En revanche, il ne faut pas se méprendre à penser que le cerveau est responsable des mouvements réflexes, comme par exemple le fait d'enlever notre main immédiatement lorsqu'elle entre en contact avec une surface brûlante. C'est de la moelle épinière, et non du cerveau, que proviennent ces mouvements réflexes.

### I.2.2. Physiologie du cervelet :

Le cervelet permet la coordination des mouvements volontaires du corps et intervient dans l'équilibre corporel.

### I.2.3. Physiologie du tronc cérébral :

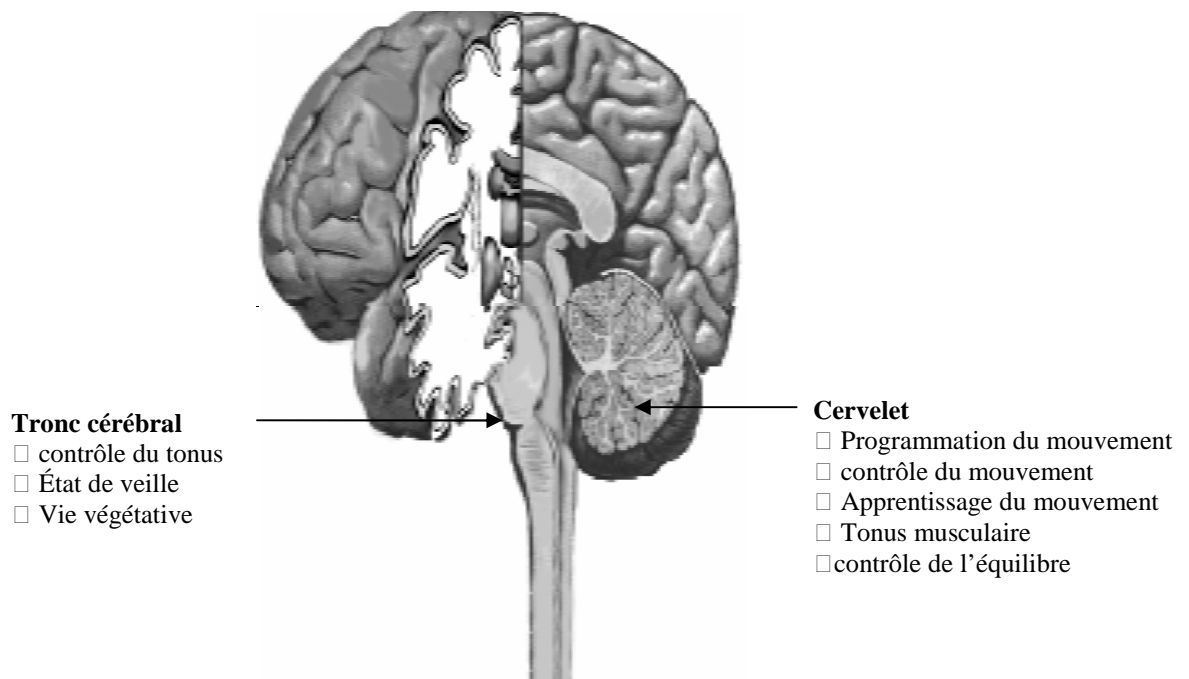
- Substance réticulée: attention, tonus musculaire, posture;
- Bulbe: noyaux de la vie végétative. Le tronc cérébral, siège des centres nerveux responsables des fonctions vitales, connecte le cerveau avec la moelle épinière.

Il est responsable des processus involontaires comme la régulation thermique, la respiration, les battements du cœur.

Le tronc cérébral contrôle aussi l'activité du cœur et des poumons (respiration).

En conclusion : → le tronc cérébral a 2 rôles importants :

- il joue un rôle de relais entre le cerveau et la moelle épinière ;
- il est impliqué dans la régulation des fonctions de base de l'organisme (système cardio-vasculaire, respiration...).



**Figure 6:** Résumé montrant les fonctions du tronc cérébral et du cervelet [4].

## **II. LES URGENCES PSYCHIATRIQUES PROPREMENT DITES.**

### **II.1. Définition et principales caractéristiques des urgences psychiatriques [2].**

On peut définir des urgences psychiatriques, non comme une urgence liée à la décompensation d'une affection psychiatrique au long cours, mais il s'agit :

- d'une demande urgente et pressante
- adressée à des médecins, thérapeutes, intervenants sociaux ou à des services bien identifiés comme pouvant apporter cette aide ;
- portant sur des besoins psychiatriques, psychologiques ou sociaux ;
- exprimée par les personnes elles même mais aussi, le plus souvent, par leur entourage, leur médecin, des intervenants sociaux ou des policiers déjà appelés dans un premier temps ;
- exigeant une réponse immédiate de la part de celui auquel on s'adresse

Les principales caractéristiques des urgences psychiatriques se retrouvent dans cette définition :

- ✓ ils exigent une réponse immédiate : on rejoint là la fonction socio-culturelle des services des urgences dans l'esprit de la population : la prise en charge est obligatoire et immédiate,
- ✓ ces demandes sont formulées par l'entourage du patient dans plus 50% de cas.

### **II.2. Approche sur les maladies mentales aiguës et chroniques.**

La maladie mentale est un terrain de recherche depuis le dix septième siècle. Les essais des classifications aboutissent à des grandes classes syndromiques puis à des entités pathologiques dont les causes ethnoarchéologiques restent inconnues pour la majeure partie d'entre elle.

La maladie mentale étant un phénomène planétaire, personne n'en est à l'abri.



Elle a une histoire qui tend à définir un individu capable de faire oublier le statut propre de l'individu.

Les maladies mentales aiguës sont caractérisées par une apparition brutale et une résolution plus ou moins rapide avec retour à l'organisation psychique antérieure présumée non psychotique. Ce sont des crises, des accès ou des épisodes plus ou moins brefs, pouvant se produire mais ayant cependant une propension spontanée à la rémission. Dans cette classe de pathologie mentale, on distingue par gravité croissante de destruction du champ de la conscience : les réactions névrotiques aiguës, les accès maniaques et mélancoliques, les bouffées délirantes aiguës, les psychoses confusionnelles et les troubles mentaux de l'épilepsie, la psychose puerpérale.

En effet l'homme qui présente des troubles mentaux transitoires ou intermittents tend à manifester aussi un caractère anormal, un déséquilibre constitutionnel que l'on classifie de caractère prépsychotique.

Ces psychoses aiguës éclatent le plus souvent sur un terrain vulnérable avec abaissement du seuil de tolérance aux conditions pathogènes.

Quand aux maladies mentales chroniques, elles sont caractérisées par la spontanéité continue ou progressive de l'évolution qui altère d'une façon durable l'activité psychique.

Selon le degré de potentiel destructeur, on peut distinguer dans ce groupe : les névroses, les psychoses délirantes chroniques, les psychoses schizophréniques, les démences, les psychoses cannabiques.

Dans l'ensemble il y a bouleversement de la personnalité de l'individu.

### **II.3. Les différentes urgences psychiatriques.**

Dans les maladies mentales aiguës, on distingue :

- les accès maniaques et mélancoliques (accès maniaco-dépressives).
- les bouffées délirantes aiguës.
- les psychoses puerpérales.

- les psychoses aiguës toxiques liées au cannabisme.

Dans les maladies mentales chroniques, on distingue :

- les psychoses schizophréniques.

Ces urgences psychiatriques nécessitent une réponse rapide et adéquate afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychiatrique.

## **II.4. Considérations diagnostiques et thérapeutiques des urgences psychiatriques.**

### **II.4.1. L'accès maniaque (la manie)**

#### **II.4.1.1. Définition [5]**

L'état maniaque est une pathologie de l'humeur caractérisée par un état d'excitation et d'exaltation euphorique. Il survient le plus souvent sous forme d'accès qui se répètent et s'intègrent dans le cadre nosographique d'un trouble bipolaire (classique psychose maniaco-dépressive).

#### **II.4.1.2. Considérations diagnostiques [5, 6].**

##### **a. Diagnostic positif.**

- ❖ le sentiment de bonheur immense, d'euphorie.
- ❖ l'accélération de la pensée, fuite des idées.
- ❖ le distractibilité (l'attention est facilement attirée par des stimuli extérieurs).
- ❖ l'optimisme démesuré, méconnaissance des caractères pathologiques des troubles.
- ❖ l'irritabilité, voire agressivité.
- ❖ la réduction du besoin du sommeil.
- ❖ le débit de parole accéléré ou continu.

- ❖ l'augmentation de l'activité dans le domaine sociale, professionnelle, scolaire, agitation psychique et motrice.
- ❖ l'engagement excessif dans les activités agréables mais à potentiel élevé de conséquence dommageable, achats inconsidérés, conduite sexuels inconséquentes.
- ❖ l'inhibition indécision.

#### **b. Diagnostic différentiel.**

- Les agitations schizophréniques mais alors stéréotypée, manière avec autisme et froideur.
- Les agitations de bouffées délirantes aiguës mais cortège hallucinatoire plus perplexité anxieuse plus conscience trouble.
- Les agitations des confus mais onirisme, troubles mnésiques majeurs.

#### **c. Diagnostic étiologique.**

On distingue d'une part les accès maniaques survenant dans le cadre du trouble bipolaire des états d'excitation psychique symptomatiques d'une affection organique ou psychiatrique autre. Les premiers sont les plus fréquents. Néanmoins, un bilan étiologique à la recherche d'un état d'excitation symptomatique est systématiquement réalisé, notamment lors d'un premier épisode.

Parmi les causes d'états d'excitation symptomatique, on distingue :

- Les causes lésionnelles : lésions cérébrales organiques.
- Les causes endocriniennes : hyperthyroïdie, hypercorticisme.
- Les causes toxiques : psychostimulantes (cocaïne, amphétamine), hallucinogènes, médicaments au premier rang desquels les corticoïdes mais aussi cyclosporine, bromocriptine, opiacés, isoniazide, cimetidine.
- Les causes psychiatriques : notamment les phases maniaques des schizophrénies dysthymiques, les états d'excitation des bouffées délirantes aiguës.

#### **II.4.1.3. Evolution [7]**

Les états maniaques guérissent habituellement vite et bien grâce aux thérapeutiques actuelles, et les manies chroniques sont devenues très rares. Par contre, dans leur grande majorité, les manies s'inscrivent dans le cadre d'une psychose

maniaco- dépressive, ou d'une schizophrénie, et le risque de rechute est alors majeur. Un état maniaque peut aussi se terminer non pas par la guérison mais par une inversion de l'humeur : émergence d'une dépression mélancolique. Enfin, quelquefois, tandis que l'état maniaque disparaît, apparaissent des troubles dissociatifs et l'évolution paraît prendre le cours d'une psychose schizophrénique.

#### **II.4.1.4. Considérations thérapeutiques [8]**

L'hospitalisation en urgence est le plus souvent nécessaire.

##### **a. Traitement d'attaque.**

Classiquement, le traitement d'attaque d'un accès maniaque fait appel aux neuroleptiques. Ceux-ci sont administrés par voie parentérale (intramusculaire) pendant 7 à 10 jours, les posologies étant fonction de la symptomatologie et de la tolérance. Exemple : halopéridol (Haldol®).

Le lithium et la carbamazépine (Tegretol®) ont une action anti maniaque ; l'un ou l'autre pourront faire partie du traitement d'attaque. Ils doivent être introduits précocement et associés aux neuroleptiques.

##### **b. Traitement de consolidation.**

Il est difficile de prévoir la durée du traitement de consolidation, étant donné que le risque de rechute varie notablement d'un sujet à l'autre. En pratique, un traitement neuroleptique sera poursuivi 3 à 4 mois et les posologies seront adaptées à l'état du patient. Les sels de lithium ou carbamazépine (Tegretol®) s'ils font partie du traitement d'attaque, seront poursuivis à la fois comme traitement de consolidation et comme traitement prophylactique.

#### **II.4.2. L'accès mélancolique.**

##### **II.4.2.1. Définition [9]**

La mélancolie est une affection mentale caractérisée par un état dépressif, un sentiment d'incapacité, une absence de goût de vivre pouvant, les cas les plus graves, conduire au suicide.

### **II.4.2.2. Considérations diagnostiques [9, 10].**

#### **a. 1. Diagnostic positif.**

L'accès mélancolique est marqué par :

- un sentiment de tristesse.
- un trouble de la concentration et de la mémorisation.
- une fatigue ou perte d'énergie.
- un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée.
- un pessimisme, mode de pensée négatif.
- une insomnie ou une augmentation du besoin du sommeil.
- une diminution de marquée de l'intérêt ou de plaisir presque toutes les activités, y compris dans les domaines sexuelles.
- la préoccupation excessive pour des ruminations anxieuses.
- l'idée suicidaire.

#### **b. Diagnostic différentiel.**

- En fonction de l'âge : chez un patient âgé sans antécédent de dépression ou passé psychiatrique, penser d'abord à une cause iatrogène ou organique. Les pathologies organiques devront être évoquées.
- En fonction de l'intensité : permet de distinguer un épisode dépressif sévère d'une dysthymie.
- En fonction de cours évolutifs : si plusieurs épisodes dépressifs se succèdent sans épisodes maniaques, on s'inscrit dans le trouble dépressif récurrent.

#### **c. Diagnostic étiologique.**

La cause est inconnue.

### **II.4.2.3. Evolution [11].**

L'évolution spontanée des mélancolies a été décrite avant l'arrivée des antidépresseurs. En absence de suicide, une résolution des troubles s'observait au bout de 4 à 12 mois. Sous traitement, la rémission est obtenue en 6 à 8 semaines dans 70% des cas.

### **II.4.2.4. Considérations thérapeutiques [11].**

Le caractère mélancolique de l'accès, l'existence d'un risque suicidaire, d'un isolement socio-familial et d'un ralentissement somatique imposent une hospitalisation.

#### **a. Traitement d'attaque**

Le traitement d'attaque d'accès mélancolique fait appel soit à :

- la chimiothérapie (basée sur les médicaments antidépresseurs).
- l'électro convulsivothérapie, soit l'association des antidépresseurs à l'électro convulsivothérapie lorsqu'on veut agir un peu vite.

- La chimiothérapie :

Dans les formes très anxieuses, on préférera souvent l'amitriptyline (Laroxyl®) en raison de son action sédatrice. Certains auteurs préconisent l'association de l'antidépresseur et de neuroleptique suffisante qui a pour but de diminuer l'angoisse, la souffrance morale et le risque suicidaire. La voie parentérale est souvent préférée, par exemple : 1 à 2 ampoules de cyamemazine (Tercian®) en intramusculaire 3 fois par jours ou 4 à 5 ampoules de loxapine (Loxapac®) en intramusculaire et trois fois par jours. L'adjonction d'un neuroleptique type halopéridol (Haldol®) est nécessaire en cas de mélancolie délirante.

- L'électro convulsivothérapie.

Elle est employée seule ou associée avec la chimiothérapie ; son indication est d'emblée dans les formes anxieuses, délirante ou stuporeuse de la mélancolie. En cas de résistance ou en cas de contre indication à la chimiothérapie, l'électro convulsivothérapie sera indiquée seule. L'efficacité rapide est constante, constitue son intérêt. Elle devrait être pratiquée 2 à 3 séances par semaines, 6 à 12 en moyenne (jusqu'à 20 si nécessaire, en fonction de l'efficacité).

### **b. Traitement de consolidation.**

Il vient prolonger le traitement d'attaque une fois la rémission obtenue. Dans cette perspective, l'antidépresseur doit être maintenu durant une période minimale de 4 mois. Le traitement de consolidation comprend la prescription d'un traitement antidépresseur associé à un traitement thymorégulateur.

c. **Surveillance clinique et thérapeutique** car il existe toujours des risques de suicide mêmes après traitement.

## **II.4.3. La confusion mentale.**

### **II.4.3.1. Définition [12].**

C'est un état transitoire, réversible, résultant d'une modification psychique et physique due à une diminution de la vigilance, intermédiaire entre l'éveil normal et le coma, témoignant d'une souffrance cérébrale secondaire à des causes organiques ou autres.

C'est un trouble de la vigilance pouvant aller de l'obnubilation légère jusqu'au coma avec presque toujours un trouble de l'attention.

C'est un trouble de la pensée abstraite.

Ce sont des anomalies de la perception avec des illusions ou des hallucinations. C'est aussi une modification psychomotrice, alternance d'agitation psychomotrice.

### **II.4.3.2. Considérations diagnostiques [13, 14].**

#### **a. Diagnostic positif.**

On observe :

- un trouble de l'attention, de la concentration de la conscience, une activité intellectuelle ralentie, un obscurcissement la conscience.
- des troubles cognitifs : pensée, discours, mémoire, orientation de tentative de suicide.

- des troubles affectifs : labilité thymique.
- un trouble de l'activité motrice : hypo ou hyperactivité, état stuporeux, torpeur.
- un délire et troubles interprétatifs, adhésion total du patient.
- Une fluctuation des troubles et accentuation nocturne.

#### **b. Diagnostic différentiel.**

- Le syndrome démentiel : durée plus prolongée (supérieure à 6mois).
  - Il n'y a pas de modification de la vigilance et d'obscurcissement de la conscience.
  - Un épisode confusionnel peut révéler un syndrome démentiel jusque là plus ou moins ignoré, réévaluation du patient à distance de l'épisode confusionnel.
- L'atteinte cérébrale focale.
  - Le trouble de langage ou de discours : incohérence du discours, des lésions sous corticales gauche (caudées), hémisphériques droite (frontale) ; jargon de l'aphasie de Wernicke.
  - Les délires sont limités, monothématiques (par exemple : délire spatial après lésion hémisphérique droite).
- Les troubles psychiatriques :
  - une schizophrénie avec incohérence du discours.
  - une mélancolie stuporeuse.
  - L'état maniaque.

#### **c. Diagnostic étiologique.**

Les étiologies de la confusion mentale sont multiples.

- L'alcool peut expliquer une confusion mentale :
  - soit parce que la personne est en état d'ébriété aiguë.
  - soit par ce qu'elle est en état de sevrage, soit encore du fait d'une dégénérescence cérébrale à long terme.



- Une crise d'épilepsie, un traumatisme crânien, une intoxication (par exemple professionnel), un dérèglement du poussé de fièvre et toute affection générale du cerveau.
- Les autres troubles psychiques d'origine organique, démence.

#### **II.4.3.3. Évolution [14].**

Les évolutions possibles de confusion :

- Durée de quelques heures à quelques semaines.
- Le plus souvent régression sans séquelles avec le traitement de la cause.
- L'évolution chronique ou démentielle plus fréquente chez les sujets âgés.

#### **II.4.3.4. Considérations thérapeutiques [15, 16].**

##### **a. Traitements médicamenteux.**

- Neuroleptique non anticholinergique
- Eviter les benzodiazépines.
- Arrêter tous traitements non indispensables.

##### **b. Autres mesures symptomatiques**

- Assurer l'hydratation, vitaminothérapie et nutrition per os ou parentérale.
- Assurer le maintien du confort du patient.
- Analgésiques pour contrôler les douleurs.

##### **c. Traitements pharmacologiques.**

- Posologie variable adaptée à la réponse clinique.
- Indications spécifiques :
  - agression et agitation.
  - sécurité.

- hallucination.
- détresse psychologique.
- anxiété majeure.
- capacité de compliance aux soins.
- douleur.

**d. Précaution :**

- augmenter la sensibilité aux effets extrapyramidaux des antagonistes dopaminergiques.
- interactions médicamenteuses (exemple : effets anticholinergiques).
- pharmacocinétique.
- polymédication.
- Agents psychotiques (antagonistes dopaminergiques) :
- Sédatifs / hypnotiques (exemple : Benzodiazépines : risque d'exacerber la confusion).

**II.4.4. Les bouffées délirantes aiguës.**

**II.4.4.1. Définition. [17].**

C'est une apparition brutale et transitoire d'un délire riche, instable et polymorphe avec altération des perceptions, intuition soudaine, distorsion du jugement et débordement imaginatif.

Il n'y a pas jamais des troubles de la conscience ce qui différencie avec confusion mentale.

**II.4.4.2. Considération diagnostic [17, 18].**

**a. Diagnostic positif.**

En période de début, elles sont parfois annoncées par des troubles du sommeil, succédant parfois à un traumatisme affectif, une irritabilité entraînant de troubles graves

de comportement : incohérence, fugus, attitude mystique en raison de la participation émotionnelle intense.

En période d'état : on observe :

- un délire riche et polymorphe, variable et de mécanismes nombreux : hallucinations visuelles et auditives, psychiques avec automatisme mental, intuition, thèmes d'influences (mission), érotique, mystique, mégalomanie, persécutif, avec un sentiment d'étrangeté et de dépersonnalisation (filiation), systématisation très flou : le délire est polymorphe, labile, avec parfois signe de dissociation.
- des troubles de comportement lié à l'adhésion totale du sujet livré sans critique à ses fantasmes.
- Des troubles somatiques : l'insomnie est de règle.

#### **b. Diagnostic différentiel.**

Ils sont multiples :

- la démence.
- la stimulation.
- les psychoses aiguës : les états seconds hystériques, paroxysme épileptique, état confusionnel post émotionnel, psychose maniaco-dépressive.
- ivresse pathologique.
- schizophrénie (moment fécond ou début aiguë).
- délires chroniques.

#### **c. Diagnostic étiologique.**

Plusieurs situations sont possibles :

- les bouffées délirantes aiguës primaires : d'emblée, sans facteur déclenchant.
- Les bouffées délirantes aiguës secondaire à un facteur psychogène.
- Les bouffées délirantes aiguës secondaire à une cause organique.

- Le diagnostic étiologique des bouffées délirantes aiguës se fonde aussi sur l'examen psychiatrique du sujet, sur les renseignements obtenus de l'entourage et relatifs :

- au mode de survenue de l'épisode délirant actuel, de sa précession éventuelle par un événement précis.

- à l'antécédent personnel (notion de psychose délirante aiguë analogue).

- à la personnalité pré-morbide.

- à la connaissance d'une hérédité psychopathologique.

- les expériences délirantes primaires survenant, sans relation compréhensible avec un agent causal précis, sont les plus fréquentes. Elles se rencontrent souvent chez les débiles, des sujets frustrés, immatures, suggestibles, mais aussi des sujets ayant des traits hystériques de passivité.

#### **II.4.4.3. Évolution [18].**

D'après MAGNAN, la bouffée délirante aiguë est sans conséquence sinon sans lendemain. Au court terme, l'épisode aiguë évolue de façon brutale ou progressive en quelques jours, plus fréquemment en quelques semaines vers la guérison complète. A l'évolution, un terme suivant est souvent évoqué par les auteurs : ce sont des malades psychotiques aiguës : immergeant, peu à peu du délire qu'ils critiquent rapidement, et donc ils gardent un assez clair souvenir. Si cette épisode aiguë dure plus de quelques semaines, on devra craindre l'évolution vers la schizophrénie chronique.

#### **II.4.4.4. Considérations thérapeutiques [19].**

Il s'agit d'une urgence psychiatrique qui nécessite une hospitalisation. Le recours à une hospitalisation à la demande est nécessaire.

Le traitement neuroleptique s'impose pour obtenir rapidement une sédation et pour améliorer le pronostic évolutif de l'accès.

Au début par voie intramusculaire, les neuroleptiques dits atypiques seront préférés en première intention compte tenue leur meilleur tolérance neurologique (risque moindre de dyskinésie aigue et de symptomatologie extrapyramidale). Par exemple : amisulpride (Solian®) : 400 à 800 mg/ jour. La posologie sera rapidement progressive.

L'association d'une benzodiazépine pourra être préconisée afin de potentialiser la sédation.

L'association d'une phénothiazine sédative cyamézine (Tercian ®) 50 à 200 mg /j par exemple pour également être utiliser pour une action rapide sur l'agitation et / ou les troubles du sommeil.

Le traitement tiendra compte de la découverte d'une étiologie médicale et de la correction d'éventuels désordres hydro-électrolytiques.

Le traitement neuroleptique sera surveillé et adapté quotidiennement à l'état du patient.

Le traitement sera poursuivi au moins un an après l'amélioration des troubles, afin de limiter le risque de récidence ou d'évolution vers une schizophrénie. Les doses pourront être réduites de moitié environ dès le troisième mois et le neuroleptique sera préféré. En cas de mauvaise observance du traitement, le recours éventuel à un traitement neuroleptique retard pourra être envisagé (exemple : Haldol decanoas ®).

Une psychothérapie de soutien sera associée.

## **II.4.5. Les psychoses puerpérales aigües :**

### **II.4.5.1. Définition [20] :**

La période de puerpéralité est par définition : un état physiologique qui commence de la fécondité, se poursuit pendant la grossesse, pour aboutir à la parturition et à pour terme le sevrage et le retour des couches.

C'est une période de grande fragilité psychologique et de bouleversements hormonaux important chez la femme, elle semble être propice à l'émergence des troubles psychologiques d'intensité variable.

Ainsi, il est classique de décrire comme psychoses puerpérales tous les accidents psychiatriques de la grossesse, de la puerpéralité et de l'avortement.

#### **II.4.5.2. Considération diagnostic [20, 21].**

##### **a. Diagnostic positif.**

###### **\* La forme typique**

Elle survient brutalement au cours des trois premières semaines du post- partum, avec un pic au dixième jour, souvent précédée des prodromes qui sont des symptômes s'apprêtant au « post- partum blues », mais s'en différencient par des troubles du sommeil assez spécifiques. Il s'agit plus fréquemment de réveil anxieux ou de survenue tardée des rêves au contenu angoissant ou bien encore des insomnies progressivement croissantes.

Il peut être aussi observé des troubles amnésiques mineurs, une note confusionnelle, des bizarreries du comportement comme une réticence à s'occuper de l'enfant (notamment des troubles de la perception visuelle) , ainsi que des interactions corporelles mère- bébé de mauvaise qualité.

Le tableau clinique est polymorphe et labile. Il est marqué par un état confusionnel quasi- constant allant de l'obnubilation à la stupeur, des émergences oniroïdes à une fluctuation de l'humeur et une forte note d'anxiété.

Le thème délirant est souvent centré sur l'enfant, ce qui fait craindre la survenue d'un geste infanticide et / ou de suicide. Un terrain prédilectif est constitué par la primipare âgée, la grande multipare, des antécédents psychopathiques familiaux, une à sa propre mère perturbée.

###### **\* Autres formes psychotiques**

A côté de la forme typique confusion oniroïde ; d'autres formes sont observées :

- la manie puerpérale qui se caractérise par son début brutal et précoce, par une agitation intense, par une production hallucinatoire et délirante à thème multiples ;
- les états mixtes ;
- les actes dépressifs majeurs sont également fréquents.

Ils peuvent revêtir une allure stuporeuse ou confusionnelle et délirante centrée sur l'enfant.

Là encore la survenue d'impulsions suicidaires « altruistes » est à craindre.

Les états schizophréniques surviennent précocement prolongeant un épisode confusion- délirant, ou se constituant insidieusement. Il s'agit, la plupart du temps, des poussés d'états psychotiques antérieurs, plus rarement de décompensation de personnalité schizoïde préexistant.

#### **b. Diagnostic différentiel :**

##### **\* .Pendant la grossesse**

- Complication organique durant la grossesse :
  - flambée d'un tumeur hypophysaire ou sustentorielle.
  - l'apparition des troubles psychiques peut signaler le début d'une éclampsie ; ce sont souvent l'altération de l'humeur et obscurcissement de la conscience qui fait soupçonner cette grave complication dont la preuve se fait par la recherche des signes de néphrite hypertensive et œdémateuse.

##### **\* Dans les suites des couches :**

- Complication organique durant le post partum : thrombophlébite cérébrale.
- bouffée délirante aigue.

Certaines pathologies organiques peuvent prendre allure psychique bruyante et doivent être écartées du fait de leur gravité. La confusion mentale d'origine infectieuse est rare de nos jours, mais la possibilité d'une thrombophlébite cérébrale est toujours à craindre, traduction d'une infection veineuse inaperçue d'origine pelvienne.

Le diagnostic se fait sur la constatation d'un tableau clinique avec signes neurologiques focaux plus ou moins nets et comportant le coma ou des troubles de la conscience associés.

Ces accès psychotiques doivent être distingués des autres accidents psychiatriques de la puerpéralité, à savoir les réactions névrotiques du post- partum anxieuses simples ou anxio- dépressive.

### **c. Diagnostic étiologique.**

#### **\* Facteur héréditaire.**

Le rôle du terrain ne peut pas être négligé ; et c'est le groupe des familles comportant une hérédité maniaco- dépressive qui offre les relations génétiques les plus significatives.

Le poids des facteurs génétiques dans la maladie maniaco- dépressive bipolaire est connu et majeur ; la psychose puerpérale partage de manière vraisemblable une bonne part de cette vulnérabilité génétique.

#### **\* Facteurs psycho-sociaux.**

La grossesse en tant qu'évènement représente un facteur psychosocial de la première importance, modifiant les conditions et les perspectives de la vie des femmes . De là, les protections multiples dont elle est entourée, les unes d'ordre social, les autres d'ordre psychologique, magique ou rationnel.

Même dans la grossesse normale, la fréquence des modifications psychologiques légères (les envies) est connue.

Il semble que les femmes des sociétés primitives connaissent peu ou pas des psychoses puerpérales.

Les travaux des sociologues et des ethnologues nous ont appris que la structure socio- familiale (égalité entre les sexes etc.....) ; la place de la femme dans la société (comportement passif, agressif, etc....) et la nature des rapports entre la mère et l'enfant interviennent dans le comportement de la mère à l'égard de sa maternité.



✱ **Facteurs endocriniens.**

On a recherché les relations entre les psychoses puerpérales et des perturbations hormonales suivies par les dosages directes des hormones ou par des renseignements indirects triés au cytodagnostic vaginal. Il est incontestable que les psychoses puerpérales sont accompagnées généralement par des modifications significatives. Pour Hemp Hill, le facteur hormonal joue pour la dépression puerpérale comme pour les dépressions de la ménopause.

A noter que certains spécialistes remarquent que la prolactine (hormone nécessaire au processus de fabrication du lait maternel) entrave la production normale d'œstrogène et de la progestérone, découragent les femmes déprimées d'allaiter.

✱ **Les études familiales : antécédentes.**

Les différentes pathologies qui constituent la psychiatrie de la femme sont fréquemment liées entre elles (le cas le plus flagrant étant l'association baby bleu/dépression du post-partum) celles qui ont déjà connu un épisode puerpérale ont un risque de récurrence dans 70% à la grossesse suivante.

Un fait paraît pourtant certain l'existence d'antécédents psychiatriques personnels et familiaux est beaucoup plus fréquent chez les femmes atteintes de troubles mentaux pendant la grossesse que chez celles dont la grossesse se déroule normalement.

### **II.4.5.3. Évolution [22].**

En générale les hypothèses de différents auteurs, donnent des idées controversées.

Certaines patientes psychotiques aiguës d'allure puerpérale guérissent rapidement, d'autres posent d'emblée des problèmes de pronostic grave, vu leur évolution à la chronicisation pour aboutir à une aliénation mentale définitive.

Donc les psychoses puerpérales peuvent évoluer : vers une guérison complète ; ou vers une chronicité à travers des rechutes successives de plus en plus rapprochées, par un processus en apparence continue ; ou vers un risque de récurrence lors d'un accouchement ultérieur.

#### **II.4.5.4. Considérations thérapeutiques [22].**

##### **a. Traitement curatif.**

##### **\* .Les psychothérapies**

Elles sont de nature diverse. On peut en effet avoir recours :

- aux entretiens de guidance interactive ;
- aux psychothérapies d'inspiration analytique ;
- à thérapies cognitives comportementales dont l'efficacité serait selon certaines écoles, d'une efficacité supérieure aux précédentes dans la récupération d'une relation mère enfant qui est satisfaisante.

Pour leurs défenseurs, ces thérapies obtiennent à elle et indépendamment de tout autre traitement une amélioration rapide et significative de l'état maternel.

On peut noter d'une part qu'une étude anglaise fait état des résultats aussi bons avec un simple soutien psychosocial sans thérapie réglée et systématisée. D'autre part que les fervents d'une chimiothérapie sont dans l'ensemble d'accord sur la nécessité d'une psychothérapie d'accompagnement.

##### **\* Les chimiothérapies.**

Elles posent, selon les médicaments le double problème d'éventuels effets secondaires pour la mère et souvent celui du retentissement sur l'enfant. Pendant la grossesse se pose la question d'un éventuel effet tératogène et de l'accumulation du produit chez le fœtus. Dans le post partum on peut avoir des syndromes d'imprégnation du nouveau-né ou au contraire (présent dans le lait) des syndromes de manque.

Pendant l'allaitement, la plupart des produits passent dans le lait et l'on doit s'interroger sur leur rôle néfaste chez le nourrisson. Enfin, à plus long terme on s'est demandé si la chimiothérapie ne risquerait pas d'avoir des effets sur le comportement de l'enfant.

- Les tranquillisants.

Les carbamates : n'ont pas d'effets secondaires. On peut utiliser comme hypnotiques : tiapride (Equaliton®).

- Les neuroleptiques.

Il en existe deux familles :

- Les phénothiazines : ce sont celles dont l'effet tératogène reste très douteux.

Aussi vaut-il mieux éviter la chlorpromazine (Largactil®) et la trifluopérazine (Terfluzine®) et utiliser les benzamides tel le sulpride (Dogmatil®) qui associe une action sédatrice, antidépressive et agit sur d'éventuels effets psychosomatiques (douleurs).

- Les butyrophénones : l'halopéridol (Haldol®) représente le médicament de référence notamment quand existe une composante délirante. Il est dépourvu d'action tératogène. Il nécessite par contre une surveillance étroite en raison du risque d'apparition d'un syndrome extrapyramidal.

- Les antidépresseurs.

Ceux-ci ont l'inconvénient pour la mère de provoquer parfois des manifestations anticholinergiques (bouche sèche, rétention d'urine). Les risques tératogènes n'ont jamais été confirmés et l'académie de pédiatrie a donné le feu vert pour l'amoxazine (Elavil®).

- Les chlonipramines (Anafranil®).
- Les imipramines (Tofranil®).
- Les amapirityles (Laroxyl®).

Ainsi certaines hésitent à utiliser largement ces tricycliques.

## **II.4.6. Les psychoses aiguës toxiques liées au cannabisme.**

### **II.4.6.1. Définition des conduites toxicomaniaques [23].**

C'est ce que les orientaux appellent le kif : c'est le bonheur absolu. Ce n'est plus de quelques choses de tourbillonnant et de tumultueux. C'est une béatitude calme et immobile. Tous les problèmes physiologiques sont résolus. Toutes les questions ardues contre lesquelles s'escriment les théologies et toute contradiction est devenue unité.

La toxicomanie est un comportement pathologique, défini comme : appétence anormale et prolongée, manifestée par certains sujets dans le sens de toxicomanie mais à l'état actuel, on préfère le terme de dépendance à l'égard des drogues.

### **II.4.6.2. Considérations diagnostiques [23, 24].**

#### **a. Diagnostic positif.**

Les états psychotiques surviennent à une certaine distance de la prise des toxiques, au moins 24 heures plus tard et peuvent se poursuivre bien au-delà.

Deux syndromes cliniques peuvent se voir. Il s'agit de :

- le syndrome confusionnel : il peut survenir après tout excès quantitatif de drogues psychotropes. Ce syndrome confusionnel est composé avant tout par les éléments cliniques suivants :

- une obnubilation de la conscience ;
  - une désorientation ;
  - des troubles mnésiques ;
  - une agitation anxieuse ;
  - des anomalies de perception (illusion, onirisme ou hallucinations).
- Le syndrome déficitaire.

Le syndrome motivationnel : il se caractérise par :

- un émoussement des intérêts intellectuels, affectifs, relationnels ;
- un ralentissement et appauvrissement intellectuelle ;
- des troubles mnésiques ;
- une asthénie et une réduction de l'activité.

La persistance de ce syndrome pose le problème, du diagnostic différentiel, avec une hébéphrénie révélée par la toxicomanie, sans éliminer une participation biologique à l'émergence du syndrome déficitaire, il nous semble que nous pourrions retenir fortement un mécanisme dit existentiel, devenant de plus en plus marqué par la conscience du rétrécissement de son champ d'intérêt.

### **b. Diagnostic différentiel.**

Ils ont basés essentiellement sur les critères cliniques : devant les états psychotiques aigus non cannabiques, on élimine :

#### **\* .Les Euphories pathologiques d'origine alcoolique.**

- Délirium tremens : c'est un état confuso-onirique lié au sevrage alcoolique sur un terrain éthylique chronique. Le malade sans syndrome infectieux présente pourtant une élévation de la température jusqu'à 40%.

- Les ivresses pathologiques :

- \* Les ivresses délirantes, on décrit classiquement quatre grands thèmes délirants, tous liés à l'ingestion d'alcool :

- auto-dénonciation délirante ;
- délire de jalousie ;
- thème de persécution.

- \* Les ivresses avec excitations psychomotrices, le sujet peut présenter :

- des raptus impulsifs ;
- un état de fureur hétéro-agressif.

- \* Les ivresses hallucinatoires.

Les hallucinations revêtent un caractère onirique entraînant la participation du sujet. Le comportement de celui-ci dépendra alors des contenus hallucinatoires visuels et auditifs, ce contenu est généralement pénible, menaçant et peut engendrer des comportements au potentiel de dangerosité marqué.

✱ **Les états confuso-agités dus à des drogues hallucinogènes autres que le cannabis.**

Les produits sont : mescaline, psilocybine, amanite. Ils peuvent provoquer des troubles psychiques tels que :

- \* les troubles des perceptions à types d'illusion, d'hallucinations visuelles (visions fantastiques).
- \* les modifications de l'affectivité de l'humeur.
- \* les altérations du contenu et du cours de la pensée.
- \* des convictions délirantes mégalomaniaques peuvent entraîner des actes irréfléchis et dangereux.
- \* des troubles somatiques peuvent se présenter tels que : nausée, sudation, mydriase, élévation thermique et tensionnelle.

✱ **Les états confuso-agités en faveur des drogues psycho-analeptiques (cocaïne, amphétamine).**

Les troubles psychiques peuvent se présenter sont :

- \* délire de type paranoïde à mécanisme, interprétatif avec prédominance des thèmes de persécution et mégalomanie.
- \* Accentuation des certains symptômes : agitation, agressivité, idées mégalomaniaques ; persécution.

#### **II.4.6.3. Évolution [25].**

L'évolution de la maladie se fait :

- ☺ soit vers une guérison totale.

☺ soit vers une rechute des troubles par interruption du traitement et récidive à la toxicomanie.

#### **II.4.6.4. Considérations thérapeutiques [25].**

##### **a. La chimiothérapie.**

##### **\* Traitement symptomatique.**

On préconise :

- Les neuroleptiques anti-délirants et hallucinolytiques.

Les neuroleptiques en raison de leurs actions psycholeptique, inhibitrice à l'égard de l'agitation réductrice de l'activité délirante et hallucinatoire, constituent actuellement la médication à laquelle on a recours en premier lieu, dans les psychoses aiguës.

Ce sont :

- La chlorpromazine (Largactil®) sous forme injectable à la dose de 50 à 150 mg, en intramusculaire ou en perfusion.
- La lévopromazine (Nozinan®), sous forme injectable (une ampoule dosée à 25 mg), en intramusculaire profonde, en cas d'anxiété prévalent.
- Le traitement d'attaque peut aussi se par injection en intramusculaire (ampoule de 10 mg), à raison de la moitié des doses orales.

- Les antalgiques et anxiolytiques antidépresseurs.

Ils sont indiqués en cas de dépendance morphinique ; ce sont :

- le spasfon ;
- le chlorazepate (Tranxène®) ;
- sulpiride (Dogmatil®).

#### **II.4.6.5. La postcure.**

Elle s'articule autour de plusieurs axes.

#### **a. Suivi médicamenteux :**

Il est indispensable ; l'importance de l'angoisse, de l'anxiété, de troubles du sommeil chez les toxicomanes, justifie des traitements benzodiazépiniques ou neuroleptiques sédatifs.

Le syndrome déficitaire ou dépressif fréquent nécessitera l'utilisation des antidépresseurs. Il sera particulièrement nécessaire d'être vigilant, face à ces troubles car ceux-ci risquent en effet d'être d'importants facteurs de rechute.

#### **b. Suivi psychologique :**

Il est obligatoire mais difficile à mettre en œuvre chez les sujets fuyants, banalisant leurs troubles. Il doit être particulièrement souple. Il s'agit en général d'une psychothérapie de soutien, informelle, qui peu à peu, permettra une certaine élaboration des difficultés psychologiques.

#### **c. Suivi social**

Il s'avère aussi nécessaire chez les patients souvent marginalisés, en état de rupture sociale, affective familiale ou professionnelle. Des structures sociales, une assistance sociale, seront alors indispensable pour les aider à s'insérer et à se réinsérer.

#### **d. Suivi médical**

Un suivi médical sera instauré avec contrôles réguliers des pathologies Sidaïennes, hépatites virales, hépatites toxiques, des maladies sexuellement transmissibles.

### **II.4.6.6. Prévention.**

Il est d'usage de différencier trois niveaux.

#### **a. Prévention primaire**

Elle a pour but d'intervenir, au stade où l'individu n'est pas encore en contact avec la drogue. Outre la lutte contre les dysfonctionnements sociaux, celle-ci passe par l'information objective et non moralisatrice, dispensée par des personnes compétentes aux populations exposées.



### **b. Prévention secondaire**

Dont le début est de prévenir l'aggravation d'une situation, s'adresse à des sujets ayant eu des contacts avec des toxicomanies ou ayant usés de drogues.

### **c. Prévention tertiaire**

La prévention tertiaire se confond avec la prise en charge thérapeutique des toxicomanies et des ses complications.

## **II.4.7. Les psychoses schizophréniques (syndrome dissociatif).**

### **II.4.7.1. Définition [26].**

Le psychose schizophrénique est un ensemble des troubles où dominant la discordance, l'incohérence verbale, l'ambivalence, l'autisme, les idées délirantes, les hallucinations mal systématisées et de profondes perturbations affectives dans le sens du détachement et de l'étrangeté des sentiments, troubles qui ont tendance à évoluer vers un déficit et une dissociation de la personnalité.

Un autre auteur a donné quelques définitions préalables :

- c'est une psychose discordante et une psychose dissociative équivalent à la schizophrénie.
- c'est une discordance : manifestation de la désagrégation psychique. Elle est idéo-affective et psychomotrice (catatonie et sourire discordant), caractère embrouillé et désordonné de la pensée (ataxie psychique).
- c'est une dissociation psychique : ensemble syndromique de la schizophrénie composé de l'impénétrabilité, la bizarrerie, du détachement et de l'ambivalence.

Selon Guiraud : défaut d'intégration synthétique des composantes dynamiques normalement créatrice de la notion de Moi. On utilise aussi le terme discordance. La dissociation est pathognomonique de la schizophrénie.

### **II.4.7.2. Considérations diagnostiques [26, 27].**

#### **a. Diagnostic positif.**

La schizophrénie se manifeste lentement lorsque les premiers symptômes apparaissent.

Au tout début, les personnes atteintes de schizophrénie pourraient s'apercevoir qu'elles semblent incapables de relaxer, de se concentrer ni de dormir. Elles peuvent graduellement s'éloigner de leurs amis de longue date.

Leur travail ou leurs études commencent, à une façon difficile à comprendre et/ou semble avoir des perceptions anormales.

Une fois établie, la schizophrénie a tendance à se caractériser par des cycles de rémission et de rechute.

- En période de rémission une personne atteinte de schizophrénie peut sembler relativement peu affectée et fonctionner assez bien dans la société.

- En période de rechute, la situation n'est pas telle ; les schizophréniques peuvent éprouver un ou tous les principaux troubles suivants : délire et/ ou hallucination ; manque de motivation, retrait social.

Les signes d'une psychose schizophrénique sont extrêmement nombreux et pour y avoir plus clair, multiples tentatives de classification ont été faites. Ils sont habituellement étiquetés en symptômes positifs ou en symptômes négatifs.

#### **\* Les symptômes positifs : (fonctions normaux).**

Ils sont eux- même regroupés en manifestation délirantes et en symptômes de désorganisation.

Les manifestations délirantes résultent d'une interprétation erronée des expériences comme : les idées délirantes de persécution, de vol ou d'insertion de la pensée;

Ces manifestations délirantes peuvent être secondaires à des hallucinations qui peuvent emprunter tous les sens : l'ouïe la vision, l'olfaction, mais qui sont le plus souvent auditive.

Les symptômes de désorganisation (fonction déficitaire) comprennent des troubles de la pensée et des comportements bizarres :

- les comportements bizarres sont : une agitation sans but précis.
- la désorganisation de la pensée se manifeste par : des propos divagants, parfois incohérents.

✱ **Les symptômes négatifs** (fonction déficitaire).

Le syndrome dissociatif est le point commun des psychoses schizophréniques, la personnalité paraît se disloquer, ce qui produit :

- une angoisse terrible.
- une impression de ne plus connaître les limites de son corps.
- mutisme.
- un émoussement de l'affectivité.
- une perte de l'élan vital.

Un sentiment d'ambivalence nécessitant d'un instant à l'autre, de l'amour puis de la haine, un désir de fusion aussitôt remplacé par une envie de séparation définitive. Des comportements qui concourent à l'impression d'étrangeté, de discordance.

Ce diagnostic positif peut être complété par des tests neuropsychologiques. Il n'existe pas de test de dépistage biologique ou d'imagerie médicale permettant de faire le diagnostic positif de la schizophrénie à l'heure actuelle bien que des nombreuses études scientifiques montrent l'importance de la génétique, des anomalies neuro-développementales précoces.

Ce diagnostic positif repose sur trois syndromes diversement associés :

- Un syndrome dissociatif : il est responsable de l'ambivalence, de la bizarrerie, de l'impénétrabilité, du détachement du réel. Il touche la sphère comportementale (catatonie).
- Délire paranoïde
  - à mécanismes multiples ; tous peuvent être en jeu.
  - d'organisation non systématisée.

- à thèmes polymorphes
- à évolution chronique, cyclique, et parfois déficitaire.
- Un repli autistique qui est marqué par :
  - la prédominance de la vie antérieure.
  - l'évolution de la réalité avec une organisation progressive hermétique abstrait où les idées sont toutes puissantes. La logique est abolie avec trouble de la perception du temps et de l'espace.
  - L'observation clinique d'un apragmatisme.
  - En somme devant l'un des types cliniques que nous venons d'envisager, le diagnostic positif de la schizophrénie est essentiellement clinique d'autant plus qu'aucun faisceau d'arguments étiologiques et qu'aucun paraclinique n'a de valeur suffisante.

#### **b. Diagnostics différentiels.**

Le diagnostic d'une psychose schizophrénique s'établit sur l'association des critères cliniques et évolutifs.

On pourra être amené à discuter :

- la crise d'adolescence : on observe une opposition, parfois un échec scolaire, des conduites marginales, un retrait social, une revendication idéologique.
- les psychoses infantiles fixées. Elles touchent les jeunes enfants (retard mental sans évolution).
- les confusions et les démences.
- les délires chroniques non schizophréniques.

Il y a des éléments qui montrent la différence : pas de dissociation, âge de début plus tardif (environ 40 ans), pas d'évolution déficitaire.

- les pathologies organiques : elles peuvent simuler une schizophrénie devant :
  - la manifestation psychiatrique de la syphilis cérébrale nerveuse.

- les psychoses aiguës toxiques (cannabis, cocaïne etc....).
- Diagnostic d'un état stuporeux (en particulier stupeur mélancolique et catatonie, liée à une étiologie organique cérébrale)
- Pathologie isolée de la personnalité (limite, schizoïde ou psychopathique)
- Les psychoses chroniques (paranoïde, psychose hallucinatoire chronique, paraphrénie) représentent des diagnostics plus faciles à éliminer : l'âge de début est dans les trois cas un élément de différenciation ainsi que l'absence de dissociation.
- La psychose maniaco-dépressive

Il faut rappeler la nécessité de toujours pratiquer un examen clinique et paraclinique complet pour éliminer de façon formelle une organicité dont l'expression clinique peut paraître au premier abord uniquement psychiatrique.

### **c. Diagnostic étiologique**

A l'heure actuelle, l'étiologie de schizophrénie reste méconnue. L'interaction des plusieurs facteurs peut cependant être pris en compte.

Pour Bleuler E., la maladie repose à la base sur une altération profonde, du cerveau ou de tout l'organisme. Minkowski parle d'une perte de contact avec la réalité.

#### **\* Facteurs génétiques**

De nombreuses hypothèses ont été faites en avançant notamment qu'il s'agirait d'une maladie biochimique avec entre autre un trouble de métabolisme de la dopamine.

#### **\* Facteur caractériel**

- Plus élevés chez les sujets apparentés à des schizophrénies.
- Risque 6 à 14% quand un frère ou une sœur est atteint.
- Quand un parent est atteint le risque est de 7 à 16%.
- Quand les deux parents sont atteints le risque est de 40 à 68%.

#### **\* Facteurs psychologiques**

La schizophrénie trouvait ses origines dans toutes les premières années de la vie, avec notamment une relation mère enfant perturbée.

✱ **Les facteurs de milieu :**

Les causes socio-familiales, notamment affectives, interviennent essentiellement dans l'évolution de la maladie.

**II.4.7.3. Évolution [27].**

Les thérapeutiques modernes ont bouleversé l'évolutivité des schizophrénies. L'évolution constitue un des critères diagnostiques majeurs des schizophrénies. Elle est typiquement chronique.

**a. Évolution spontanée:**

Elle est intermittente pour les troubles schizo-affectifs et certaines formes de schizophrénie paranoïde.

**b. Évolution sous traitement, qui est important de considérer.**

Les études épidémiologiques récentes montrent :

- La diminution des formes d'évolution continue.
- L'augmentation générale des formes épisodiques
- La fréquence du diagnostic de trouble schizo-affectif
- L'accroissement des formes pauci symptomatiques ou avec des mécanismes défensifs névrotiques (trouble schizothymique).
- L'augmentation des formes résiduelles avec abrasion de la symptomatologie productrice et persistance d'un déficit mineur ou dissociation modérée.
- Un taux de mortalité dans une population des schizophrènes deux fois et demi élevé que dans la population générale avec 10% des suicides.

**c. Plusieurs modes évolutifs se font jour :**

- Dans les formes intermittentes :
  - hospitalisation lors des poussées processuelles
  - bonne réponse aux thymorégulatrices des schizophrénies dysthymiques.

- dans les périodes de rémission, déficit d'autant moins lourd qu'une insertion sociale, familiale ou professionnelle (en milieu protégé) a pu être maintenue.
- Dans les formes continues :
  - 8% des cas évoluent d'emblé vers une forme terminale avec : régression infantile, négativisme stéréotypé ou incohérence idéoverbale.

**d. Dans l'ensemble on peut dire schématiquement que :**

- 25% des cas peuvent être considérés comme guéris.
- 25% des cas sont légers et permettent une certaine adaptation sociale.
- 50% des cas ont une évolution défavorable :
  - soit l'adaptation est très partielle : 25%
  - soit par inadaptation entraînant la nécessité d'un encadrement institutionnel : 15%.
  - soit les formes terminales démentielles : 10%

Cette maladie évolue classiquement en plusieurs dizaines d'années vers un état de désagrégation psychique. La perte de contact est plus en plus prononcé avec la réalité et le monde environnant.

**II.4.7.4. Considérations thérapeutiques [28] :**

Le traitement de la schizophrénie repose autant sur les thérapeutiques biologiques que psychologiques.

**a. Traitement biologique.**

☺ Basé sur les neuroleptiques :

- Du fait de leur triple action antipsychotique : sédatrice sur l'agitation et l'angoisse, réductrice des hallucinations et du délire, désinhibitrice sur l'émoussement des affects et repli.

- Selon le produit, on observe préférentiellement : une action sédatrice, désinhibitrice ou polyvalente.

- Mais l'action dépend encore de : la dose utilisée ; la durée du traitement ; et du moment évolutif de l'affection.

☺ D'autres traitements aux indications très ponctuelles peuvent être utilisés :

- Sismothérapie, si résistance aux neuroleptiques en particulier : au cours d'un épisode catatonique ou de certains épisodes dépressifs atypiques.

- Lithium à titre préventif dans les schizophrénies dysthymiques.

### ✱ **Traitement d'attaque :**

☺ En milieu hospitalier, car il est nécessaire d'exercer une surveillance quotidienne de l'état psychique et somatique :

- Pour moduler la posologie en fonction de son impact thérapeutique.
- Pour corriger ou prévenir les effets secondaires.

☺ Combinant le plus communément :

- L'action d'un neuroleptique sédatif, type chlorpromazine et celle d'un produit polyvalent type halopéridol (Haldol®).

☺ La voie d'administration :

- Indifféremment per os ou IM.
- En fonction surtout de la coopération du patient.

☺ La posologie rapidement progressive, pour atteindre un plateau de plusieurs semaines :

- à la dose de l'ordre de 10-20 mg pour l'halopéridol (Haldol®).
- de 100-600 mg pour la chlorpromazine (Largactil®).



✱ **Traitement d'entretien :**

- ☺ L'utilisation d'un seul produit est souhaitable, car sous polythérapie on ne sait pas, en cas d'intolérance, quel est le composé qui en est le plus responsable.
- ☺ On utilise de neuroleptique à longue durée d'action : une ampoule en IM toutes les 2 à 4 semaines de Piportil® : 75 à 150 mg, Haldol Décanoas® de 100 à 300 mg.
- ☺ Le traitement neuroleptique est suspensif du cours de la maladie et non à proprement parler curatif. Il ne sera arrêté qu'en cas de rémission nette et prolongée, sinon on expose le patient à une rechute souvent un mode aiguë.
- ☺ Il faut compter au moins 2 ans de traitements après une décompensation aiguë.

**b. Traitement psychologique.**

- Répond à deux principes :
  - Établir une stratégie sans discontinuité de la prise en charge, c'est-à-dire qu'elle doit être menée conjointement et/ou successivement au traitement biologique par le même équipe.
  - Moduler les stimulations en fonction de l'impact qu'elles ont sur le patient ; aussi bien un surcroît de prise en charge qu'un défaut pourra accentuer le repli ou l'angoisse.
- Obéit à une condition : tout thérapeute doit se dégager d'une vue schématique sur le cours évolutif de la schizophrénie afin d'éviter deux accueils opposés :
  - nier la poursuite de la maladie.
  - ou préjuger péjorativement de son devenir.
- Combine, en pratique, plusieurs modes d'approche :
  - Relation individuelle avec le patient, de type semi directive ;
  - Action au niveau de la formule en l'informant clairement des mesures adoptées et en évitant de la culpabiliser.
  - Participation à des activités de groupe comme des réunions soignantes-soignées, des sorties récréatives, des séances d'ergothérapie.

→ Aménagement progressif du retour à la vie active telle une hospitalisation de jour ou en régime de nuit, un séjour en foyer ou autre structure intermédiaire.

### **III. L'EMERGENCE DES FLAMBEES EPIDEMIQUES ACTUELLES DES URGENCES PSYCHIATRIQUES DANS QUELQUES PAYS**

#### **III.1. Les structures de prise en charge au niveau des soins primaires**

##### **III.1.1. Le dénuement total au Burundi [29].**

Le Burundi n'a ni politique ni stratégie nationale de santé mentale.

Au niveau national, il existe un seul hôpital neuropsychiatrique et deux structures ambulatoires de soins de santé mentale.

Les lits d'hospitalisation étaient au nombre de 65 sur une population estimée à 7.600.000 habitants (2006).

Cette capacité d'accueil n'a pas changé au cours des cinq dernières années. Il y a moins d'un lit pour 100.000 habitants

Au Burundi, le domaine de la santé mentale est encore très peu développé. En dépit de la mise sur pied d'un service de santé mentale en 2002 au sein du Ministère de la santé publique, le pays ne s'est toujours pas doté de politique nationale en la matière et ne dispose d'aucun système de surveillance et de recherche épidémiologique dans le domaine de la santé mentale.

Il existe seulement deux structures ambulatoires de santé mentale dans tout le pays. 53 usagers pour 100.000 habitants sont suivis dans ces structures. Les structures ambulatoires couvrent environ 76% du territoire national soit 13 sur 17 provinces. Les femmes suivies dans ces structures représentent 48%. Le nombre de contacts de soins en ambulatoire est de 3,84 par usager.

Les médecins des structures de soins de base sont autorisés à prescrire les psychotropes avec certaines restrictions. Ils ne disposent cependant d'aucun protocole de soins et d'évaluation de la santé mentale. Le pays possède des ressources humaines très limitées avec presque jamais de formation continue ou de recyclage (1-3%). La proportion aux 100.000 habitants est de 0,013 pour les médecins psychiatres, 0,026 médecins généralistes, 0,42 infirmières, 0,51 psychologues ainsi que 0,408 travailleurs sociaux. Les activités de promotion et d'éducation du public dans le domaine de la santé mentale ne sont pas bien coordonnées par les services du ministère.

Dans le seul hôpital neuropsychiatrique que possède le pays, au moins un médicament psychotrope de chaque catégorie thérapeutique est disponible tout au long de l'année. Il en est de même pour les deux structures ambulatoires disponibles dans le pays, soit 100% des structures ambulatoires existantes.

Les usagers du milieu rural représentent 80% des soins reçus dans les structures ambulatoires, ce qui est relativement proche de la proportion de la population rurale au Burundi (89%; en 2007).

Aucun médecin prestataire dans les structures publiques de soins de base n'a suivi de stage de recyclage en psychiatrie ou santé mentale durant l'année 2006.

Aucun protocole de prise en charge et d'évaluation pour les situations clés en santé mentale n'est disponible dans les structures de soins de santé primaire.

Le nombre de patients orientés par les médecins des structures de soins de base vers les structures de soins psychiatriques de niveau supérieur n'est pas connu car dépendant de la volonté du médecin traitant et de la proximité des structures de référence.

La proportion d'infirmiers prestants dans les structures de soins de base ayant reçu une formation continue dans le domaine de la santé mentale sont au nombre de 76 infirmiers sur 2 562, soit 3%.

Le pays dispose d'un seul médecin psychiatre (soit 0,01316 médecin psychiatre par 100.000 habitants).

Dans le même ordre, nous retrouvons 2 médecins généralistes (soit 0,02632 pour 100.000 habitants), 32 infirmiers (soit 0,42105 pour 100.000 habitants), 39 psychologues (soit 0,51316 pour 100.000 habitants), et 31 travailleurs sociaux (soit 0,40789 pour 100.000 habitants).

En 2006, le seul psychiatre en activité au Burundi travaillait dans le secteur humanitaire au sein d'une ONG internationale.

Durant l'année 2006, un médecin psychiatre et 36 psychologues ont été formés avec au moins plus d'une année de cours en santé mentale.

### **III.1.2. La République de Djibouti [30].**

Le programme de santé mentale est actuellement coordonné par un point focal du ministère de la santé, qui exerce au sein de l'hôpital général Peltier (le seul service capable d'offrir les soins de santé mentale dans toute la république). Le pays ne dispose pas d'un hôpital psychiatrique et due à la limitation des ressources humaines, certaines thérapies de support (comme traitement psychosocial...) ne sont pas systématique.

La dernière révision du programme de santé mentale a été effectuée dans 2005. Ce programme inclut aussi le financement, l'amélioration de la qualité, et la supervision du système. En effet, le contenu du programme de santé de mentale s'articule autour de 2 axes:

- information et sensibilisation pour démystifier les maladies mentales;
- renforcement des capacités du personnel de santé impliquée dans la prise en charge des maladies mentales.

Il est à souligner que les autres structures sanitaires de Djibouti ville et des districts réfèrent les malades mentaux vers l'hôpital général Peltier mais aucune prise en charge des malades mentaux n'est actuellement assurée en dehors de l'hôpital général Peltier.

De plus le dernier programme de formation médical continue pour les médecins en santé mentale, en 2005, a réunie une vingtaine des médecins.

En fonction de formation continue 0% des médecins de la santé primaire ont reçu au moins deux jours de formation continue dans la santé mentale, et 82% des infirmières ont reçu telle formation.

Environ 70 infirmiers ont bénéficié d'une formation en 13 psychiatries durant l'année écoulée. Pour le nombre total d'infirmiers en soins de santé primaire travaillant dans les différents dispensaires durant l'année écoulée, sont aux nombres de 85.

Par ailleurs, les médecins de soins de santé primaire orientent tous les patients présentant des troubles psychiatriques vers le service de psychiatrie de l'hôpital Général Peltier. Les médecins des centres de santé primaire ne travaillent qu'à mi temps.

Un seul psychiatre travaille dans le secteur public de santé mentale alors que l'autre travaille au sein d'un Hôpital militaire Française (Hôpital Bouffard) mais il apporte son soutien aux services de psychiatrie de l'hôpital général Peltier notamment en ce qui concerne le renforcement des capacités du personnel.

Dans le cadre de la formation continue, le personnel paramédical du service de psychiatrie et des centres de santé (Djibouti ville et districts) a bénéficié d'un séminaire de formation de 2 jours en 2006, en 2007, les formations ont été réalisées au sein de l'hôpital Général Peltier et visant à améliorer les connaissances du personnel quand à la prise en charge des principales maladies mentales rencontrées au sein du service.

La santé mentale n'est pas encore intégrée au sein des soins de santé primaire, l'unité de psychiatrie située au sein de l'hôpital général Peltier est la seule structure de santé à l'échelle nationale capable de prendre en charge les patients souffrant de pathologies mentales.

Le programme de santé mentale ne dispose pas encore d'une stratégie nationale.

### **III.1.3. En Algérie [31] :**

L'élaboration du programme national de santé mentale s'est inscrit dans le cadre de la stratégie 2000-2010 développée par l'OMS pour la santé mentale et la prévention et la lutte contre les toxicomanies.

Dans le rapport sur la santé dans le monde 2001 intitulé « la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs » nous retrouverons une série de recommandations que chaque pays peut adopter à ses besoins et à ses ressources.

Le programme national de santé mentale a été élaboré sur une base de consultation de professionnels ; il a été initié à l'occasion de la journée mondiale de la santé, consacrée par l'OMS à la santé mentale en 2001.

Les participants relevaient de plusieurs spécialités et étaient de plusieurs secteurs d'activités (Ministère de la Santé, de la Population et de Réforme Hospitalière, Ministère de la Justice, Ministère de l'Intérieur et des Collectivités Locales, Ministère de la Jeunesse et des Sports, Ministère de la Solidarité Nationale, Ministère du Travail

et de la Protection Sociale, Ministère de la Culture et de la Communication, l'OMS, l'UNICEF, Ministère des Affaires Religieuses) et du mouvement associatif.

Le 10 octobre 2001 a été fixé comme date pour la finalisation et la validation du programme.

L'avant projet a été présenté et débattu à l'occasion de la célébration de la Journée mondiale de la santé le 07 avril 2001 à l'hôpital Frantz Fanon de Blida.

Il a été ensuite soumis à débat et enrichissement au niveau régional à travers l'organisation de 03 conférences régionales sur la santé mentale qui se sont tenues respectivement à Oran, Alger et Annaba.

Le but du programme national de santé mentale est de prévenir de combattre les troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux et de contribuer ainsi à l'amélioration de la qualité de vie de l'ensemble de la population.

D'après la carte sanitaire de santé mentale, les ressources humaines et matérielles se répartissent de la façon suivante : sur les 13 CHU du pays, 6 d'entre eux possèdent des services spécialisés en psychiatrie. Ces CHU se trouvent dans les wilayas d'Alger, Tizi Ouzou, Blida, Tlemcen, Oran, Sidi bel abbés, Constantine. Ils ont une capacité de 1329 lits.

Dans les statistiques sanitaires de l'année 2001 le bilan d'activités des 10 Etablissements hospitaliers spécialisés en psychiatrie montre qu'il y a eu 16397 admissions représentant 705863 journées d'hospitalisation, 116967 consultations spécialisées et 12682 consultations d'urgence.

Sur les 185 Secteurs sanitaires du pays, 16 possèdent un service spécialisé en psychiatrie. Ils ont une capacité de 490 lits.

387 Médecins psychiatres privés et publics exercent dans 46 wilayas soit un psychiatre pour 80200 habitants et 321 psychologues et orthophonistes exercent dans le secteur public soit un psychologue pour 96698 habitants.

#### **III.1.4. La France [32] :**

829 secteurs de psychiatries générales, 320 secteurs de psychiatries infanto-juvénile quadrille le territoire. On recense 88 psychiatres pour 10 000 parisiens (octobre2008).

#### **III.1.5. Dans les pays en voie de développement en général [29].**

Dans ces Pays, la population est en majeure partie rural (80-85%) ; milieu dans lequel les malades mentaux sont privés de tout secours psychiatrique et leur état peut compromettre leur efficacité dans les travaux agricoles, les soins des enfants ou l'exercice d'autres activités importantes.

Il s'ensuit dans certains cas un rejet du malade mental et dans d'autres à une attitude fataliste où l'on assimile les hôpitaux psychiatriques à des établissements de type carcéral destinés à isoler des individus gênants et redoutables et non à des institutions à vocation curative. .



### III.2. Dans le cadre de prévalence de la maladie

#### III.2.1. Troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent dans quelques pays [33].

Tableau 1. Prévalence des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent dans quelques pays			
Pays	Etude	Age (ans)	Prévalence %
Bésil	Fleitch-Bilyk & Goodman, 2004.	7-14	12,7
Canada (Ontario)	Offord et al., 1987.	4-16	18,1
Ethiopie	Tadesse et al., 1999.	1-15	17,7
Allemagne	Weyerer et al., 1988.	12-15	20,7
Inde	Conseil indien de la recherche médicale, 2001.	1-16	12,8
Japon	Morita et al., 1993.	12-15	15,0
Espagne	Gomez-Beneyto et al., 1994.	8,11,15	21,7
Suisse	Steinhausen et al., 1998.	1-15	22,5
USA	United States Department of Health and Human Services, 1999.	9-17	21,0

Les prévisions montrent que d'ici à 2020, la dépression sera la deuxième cause importante d'incapacité dans le monde.

#### III.2.2. En Algérie [31] :

D'après une enquête en Algérie en 2002, l'enquête révèle l'ampleur du problème de la santé mentale en Afrique, 155 000 personnes souffrent des maladies mentales.

Selon l'OMS, environ 400 millions des personnes dans le monde souffre des troubles mentaux.

### **III.2.3. Dans le Nord-Pas-de-Calais [34] :**

Les femmes présentent plus souvent des troubles de santé mentales que les hommes. Les femmes sont 1,3 fois plus élevées atteintes que les hommes.

### **III.2.4. En Amérique [35] :**

Dans les régions des Amériques 25 % des populations adultes souffrent des troubles mentaux. Or en Algérie, les tranches d'âge se situent 50 – 59 ans : 11 %.

Alors que selon les estimations de l'OMS environ 10 % de la population adulte de la planète, indiquent à un moment donné qu'ils souffrent d'une forme ou un autre trouble mental.

En Brésil la prévalence est faible d'après l'étude de Fleiflich Bilyk et Godman en 2004, ils touchent 12,7% des enfants et des adolescents.

### **III.2.5. A Martinique [36] :**

La prévalence des maladies mentales est totalement inconnue avant. Mais d'après une enquête descriptive réalisée au cours de l'année 2000 auprès d'un échantillon de 900 personnes représentatives de la population générale, on a remarqué que 32 % des personnes interrogées présentent où ont présenté un ou plusieurs troubles psychiques.

### **III.2.6. En Belgique [37] :**

Quand à Belgique, après une enquête faite au sein d'un représentatif de la population Belge non institutionnalisée âgée de plus de 18 ans, premier fait marquant, les urgences psychiatriques sont très fréquentes. C'est la mélancolie ou la dépression occupe le premier rang. D'un point de vue plus détaillé, cela signifie qu'entre 1,1 et 1,2 millions des Belges ont souffert d'une dépression au cours de leur vie dont presque 400 000 au cours de douze derniers mois.

Comme en Belgique, c'est la dépression aussi qui arrive en tête à Mahajanga d'après une étude clinique de 376 cas répertoriés au CHU Androva de Mahajanga entre 1999 à 2000 et la schizophrénie tient la seconde place soit 60 % des cas.

Contrairement à leur grande fréquence en population générale (8,5% dans l'enquête en population générale) le cannabisme constitue rarement de motif d'hospitalisation (10,4% des cas).

D'après une étude menée au près de 5 498 personnes de deux sexes, âgées de 15 ans et plus les résultats ont montré que la prévalence des psychoses cannabiques est aussi faible 3%.

### **III.2.7. En France [38] :**

Les psychoses cannabiques, 1 % dans la vallée de la Lys à 4,1% à Nantes. Ils sont absents au Comores.

### **III.2.8. En Inde [39] :**

. Par contre en Inde, ils ont beaucoup plus augmenté, ils représentent 11% des admissions dans un service spécialisé d'addictologie.

### **III.2.9. Au Canada [40] :**

La dépression majeure était l'affection la plus répandue touchant 4,5 % de la population canadienne.

Environ 300 000 Canadiennes et Canadiens sont frappés par la schizophrénie.

Par le passé, les efforts déployés dans le domaine de la psychose n'ont pas donné de très bons résultats. Il est fréquent que les personnes atteintes rechutent en raison de la nature de la maladie et du risque élevé de non-respect du traitement.

La prévalence actuelle des troubles mentaux dans la population Canadienne est de 10,4%.

### **III.2.10.A Laval [41] :**

L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes est une source importante de données lavalloises. En 2005, au cours de leur vie, environ une personne sur cinq présentera un problème de santé mentale. Chaque année, 11 % de la population adulte présentera un trouble anxieux ou un trouble affectif (incluant la dépression majeure) ou un trouble lié à l'usage de drogue ou d'alcool.

En 2008, cela pourrait représenter au moins 32 700 Lavallois adultes. Fait à noter, près de 50 % des personnes qui présentent un trouble mental ne consultent pas.

Entre 1 % et 3 % de la population adulte présenterait un trouble grave.

### **III.2.11.A Mahajanga [42] :**

Les troubles psychiatriques ne représentent qu'un motif secondaire d'hospitalisation (2,4 % seulement des admissions). Les troubles dépressifs arrivent en tête. Les psychoses, second motif d'hospitalisation, sont dominées par la schizophrénie.

A cause du "trinaturel" pré-hospitalier, soulevé précédemment, les psychoses chroniques ou graves (schizophrénie et autres troubles délirants) forment la majeure partie de l'effectif hospitalier.

Du fait de la proximité géographique de Mahajanga avec le continent, on s'attend à ce que le modèle de la schizophrénie soit du type africain, marqué par la prédominance des symptômes paranoïdes.

Contrairement à leur grande fréquence en population générale (8,5 % dans l'enquête en population générale), l'alcoolisme chronique et le cannabisme constituent rarement des motifs d'hospitalisation (10,4 % des cas).

Le faible taux d'hospitalisation des alcooliques et des toxicomanes est frappant, mais on connaît la hantise du rejet et la peur d'un double répression, légale et culturelle (transgression de tabous ancestraux).

***DEUXIEME PARTIE***

***RESULTATS ET DISCUSSIONS***

## ***I. METHODOLOGIE***

### **I.1. Enoncé des problèmes**

- La situation réelle concernant l'épidémiologie de la prise en charge des urgences psychiatriques dans la Région de Boeny et dans le SDSPP de Mahajanga II est très mal connue.
- Les structures et les moyens spécifiques de prise en charge des cas des urgences psychiatriques dans la Région de Boeny et dans le SDSPP de Mahajanga II sont très insuffisants et peu opérationnels
- Les médicaments et les produits de santé pour la prise en charge des urgences psychiatriques sont ni vulgarisés pour être d'emploi rationnel et efficace, ni d'accès abordable car les médicaments nouveaux plus efficaces sont mis au point par des laboratoires pharmaceutiques situés hors du Pays.
- Les prestataires de soins en urgences psychiatriques sont sans remise à niveau et sont non suivis et/ou supervisés au niveau communautaire.
- Le tableau de bord illustrant l'importance et le suivi des cas psychiatriques sont pratiquement inexistant au niveau des centres de soins de premier niveau (CSB2 ou CSB1).
- Les malades ne consultent le médecin prestataire qu'en dernier lieu lorsqu'ils ont épuisé sans succès tous les recours traditionnels sans pour autant divorcer avec celui-ci.

### **I.2. Type d'étude**

C'est une étude descriptive transversale réalisée durant la période du 14 Janvier 2009 au 14 Février 2009 sur un échantillon de 204 personnes représentatives de la population de Mahajanga II âgés de 15 ans et plus. L'échantillon a été constitué en respectant des critères d'âge, de sexe, de profession et de commune de résidence.

Cette étude permet d' aboutir à l'élaboration des questionnaires d'enquête en vue d'une analyse des manifestations des connaissances sur les impacts socio- sanitaires sur les prestations offertes par les services de santé de base concernant la prise en charge des urgences psychiatriques.

Les questionnaires ainsi élaborés doivent faire ressortir les facteurs relatifs à la qualité des prestations offerte lors des consultations de routine, aux opinions des ces usagers sur la prise en charge des urgences psychiatriques en général, à leurs attentes sur les reformes en vue à court et moyens termes et aux différents comportements et attitudes au cours des manifestations bruyantes des cas des urgences psychiatriques.

Dans un deuxième temps, l'étude documentaire sur les donnés au niveau des structures sanitaires vont renseigner sur :

- la situation concernant certaines « Variables » pour corroborer les résultats des enquêtes et confirmer l'hypothèse annoncée en introduction.
- Et aussi sur la qualité de la prise en charge des usagers souffrant des urgences psychiatriques.

### **I.3. Cadre d'étude**

#### **❖ Délimitation**

Le district de Mahajanga II se situe :

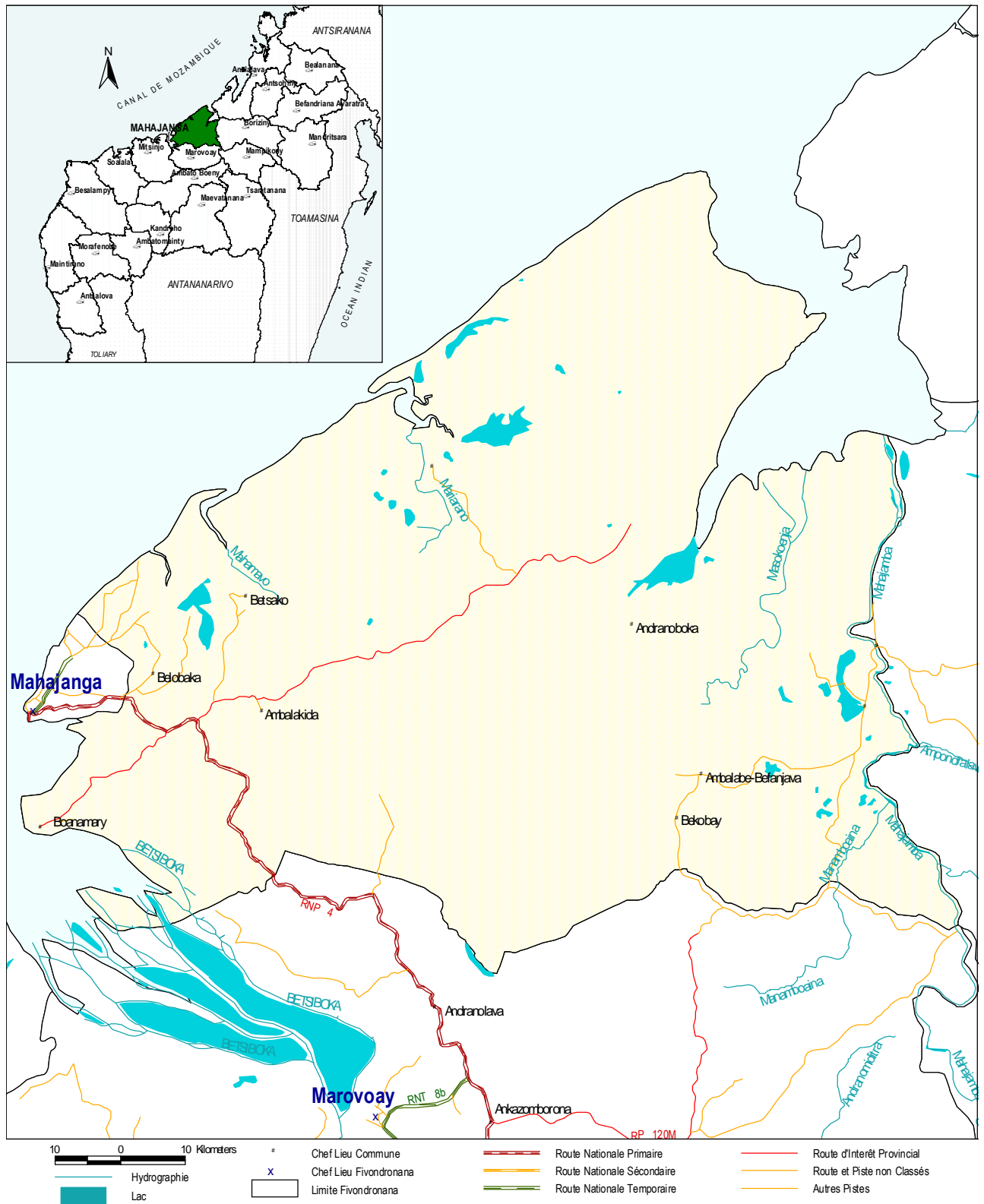
- au Nord du capital de la Province de Mahajanga
- au Sud du district d'Analalava
- à l'Est du Canal de Mozambique et la partie nord du District de Mitsinjo.
- à l'Ouest du district de Marovoay et de Port-Bergé

### ❖ Superficie

Le district de Mahajanga II couvre une superficie totale de 4.568 Km<sup>2</sup> répartie en cinq arrondissements administratifs, à savoir :

- Belobaka : 748 Km<sup>2</sup>.
- Ambalakida : 1.085 Km<sup>2</sup>.
- Bekobay : 853 Km<sup>2</sup>.
- Mariarano : 790 Km<sup>2</sup>.
- Mahajamba : 1.092 Km<sup>2</sup>.





**Figure 7: Carte du district de Mahajanga 2.**

### ❖ Climat

A la différence des régions du haut plateau de Madagascar, Mahajanga II ne connaît pas la saison froide. Le climat est caractérisé par un type subtropical à deux saisons :

- Sèche du mois du Mai au mois de Novembre
- Pluvieuse du mois de Décembre au mois d'Avril

### ❖ Nombre de population

En 2006, il possède 54.288 habitants. La répartition entre le sexe masculin et le sexe féminin est quasi équitable. Sur la totalité de la population générale 28.820 sont de sexe féminin et 25.468 sont de sexe masculin.

### ❖ Répartition ethnique

La diversité des groupements ethniques présents étonne de prime abord. Le fait que des groupements issus de l'immigration soient majoritaires dans certaines communes est assez rare. C'est pourtant le cas des communes d'Ambalabe Befanjava et d'Ambalakida, majoritairement peuplées de Betsileo (venant des Hautes terres) ainsi que de Belobaka, où les Antandroy sont plus présents. La présence de Tsimihety est aussi significative, puisqu'on recèle cette ethnie dans la plupart des communes.

### ❖ L'économie

L'agriculture occupe la première place dans la plupart des communes. Les communes de Boanamary et d'Andranoboka se démarquent cependant par l'importance de la pêche comme activité économique.

#### - Agriculture

A part le riz qui est cultivé un peu partout dans la commune, Mahajanga II se distingue surtout par la production des légumes qui alimentent le marché du chef-lieu de la province. Les communes de Betsako et d'Ambalakida sont particulièrement connues pour la production des tomates, et Belobaka pour les concombres. Le commerce sur Mahajanga I est facilité par la proximité de la route nationale, ce qui permet une livraison journalière de produits frais.

Les communes comme Ambalabe Befanjava et Bekobay produisent du riz en grande quantité, mais se heurtent à des problèmes pour les exporter, étant donné que les routes sont quasiment inexistantes.

#### - **Elevage**

L'effectif du cheptel bovin est modeste pour une population de 48 000 habitants. Ceci confirme que l'importance de l'élevage est moindre dans cette sous-préfecture.

#### - **Pêche**

Avec cinq communes en bord de mer, la pêche a une place importante dans l'économie. Pour les communes d'Andranoboka et de Boanamary, la pêche est même la première activité économique. On peut aussi remarquer la présence de nombreux lacs dans la sous-préfecture.

Pour la pêche maritime, la sous-préfecture de Boanamary a un poids important même au niveau de la province. En effet, ces communs séculaires vits de la pêche et plusieurs centaines de kilos de crevettes sont acheminés chaque jour à Mahajanga pour y être vendus. Des lignes de taxi-brousse assurent régulièrement la liaison avec le chef-lieu de sous-préfecture.

#### ❖ **Infrastructures**

Il y a douze CSB2 publiques qui assurent la couverture sanitaire de la sous-préfecture. L'absence d'hôpital pourrait s'expliquer par la proximité géographique avec Mahajanga I. Les communes de Mahajanga II peuvent cependant être très éloignées du chef-lieu de la province, comme Bekobay ou Ambalabe Befanjava, ce qui pourrait par contre justifier la mise en place d'un centre hospitalier dans la sous-préfecture.

Le secteur éducation est insuffisamment doté à Mahajanga II. Trois collèges publics et un collège privé seulement sont disponibles pour les neuf communes. En réalité, ces quatre collèges se trouvent dans trois communes, précisément : Ambalabe Befanjava, Mahajamba-Usine et Boanamary.

Il est à noter que l'absence de lycée dans le district pose un problème crucial pour la continuité des études des élèves en âge de connaissance pour y accéder. En effet les élèves après leur enseignement en primaire doivent obligatoirement se déplacer vers la ville de Mahajanga ou d'autres localités pour continuer leurs études ce qui occasionne des dépenses supplémentaires pour des parents peu nantis.

Cela a des conséquences sur les taux de scolarisation. Par exemple, le taux de scolarisation du niveau II de Mahajanga II est exactement le dixième du taux de la Province (qui n'est déjà pas brillant).

10,87% de la population disposent de l'eau potable à moins de 15 minutes de leur domicile.

#### **I.4. Variables d'étude**

##### **I.4.1. Variables dépendantes :**

Degré de confiance des usagers vis à vis de la compétence des prestataires sur la prise en charge des urgences psychiatriques.

Niveau de compétence des prestataires de soins en matière des urgences psychiatriques.

Ils nécessitent des enquêtes socio sanitaires ou des études documentaires pour cerner les différentes causes au niveau des acteurs .

##### **I.4.2. Variables indépendantes :**

Nombre (%) des personnes enquêtées qui ont consulté pour des soins mentales.

Nombre (%) de personnes enquêtées qui étaient satisfaites de la prise en charge locale.

Nombre (%) de personnes qui n'ont pas pu être satisfaite d'une prise en charge locale.

Nombre (%) des personnes enquêtées qui ont émis des suggestions pour améliorer la situation.

#### **I.5. Echantillonnage :**

L'enquête a été réalisée du 14 janvier 2009 au 14 Février 2009 durant la saison de pluie pour exclure les non résidents (commerçants et affairistes de passage) malgré l'énorme difficulté concernant les déplacements (charrette). Elle est réalisée auprès

d'un échantillon de 204 individus pris au hasard dans la population de Mahajanga 2 évaluée à 54.288 habitants.

Le choix de l'échantillon a été fait sur la base d'un sondage du type Henderson, ici avec comme nombre de grappe 6.

La taille de l'échantillon a été calculée selon la formule suivante :

$$N = \frac{\sum^2 \times p \times (1-p) \times d}{C^2}$$

Expression dans laquelle :

$\sum$  = écart réduit = 1,96 pour un risque d'erreur de 5%.

p = proportion des populations présentant les pathologies = 50%.

(1-p) = proportion des populations ne présentant les pathologies = 50%.

C = précision = 10%.

.d = coefficient de correction de l'effet de grappe = 2

$$N = \frac{(1,96)^2 \times 0,50 \times (1 - 0,50) \times 2}{0,10^2} = 192$$

Le nombre de grappes = 6

Le nombre des sujets par grappe serait environ de :  $192 : 6 = 32$

$N = 32 \times 6 = 192$  individus. 204 individus ont été enquêtés dans cette étude.

Les informations concernant le volet épidémiologique, la conduite, les attitudes et la pratique de la population ont été recueillies auprès des personnes d'âge supérieur ou égal à 15 ans capables de donner des clarifications acceptables.

C'est le thésard en personne, tout seul qui a réalisé tout le travail d'enquête à partir d'un questionnaire préparé à cet effet.

## I. RESULTATS

**Tableau 2:** Répartition des individus enquêtés selon les communes.

Commune	Nombre des individus enquêtés
commune Belobaka	50
Commune Betsako	36
Commune Boanamary	39
Commune Bekobay	23
Commune Ambalabe Befanjava	24
Andranoboka	32
<b>Total</b>	<b>204</b>

**Tableau 3:** Répartition des individus enquêtés selon les sexes.

Commune	Masculin		Féminin	
	Effectif	%	Effectif	%
Belobaka	23	25	27	24,10
Betsako	18	19,57	18	16,08
Boanamary	15	16,30	24	21,42
Bekobay	10	10,87	13	11,61
Ambalabe Befanjava	11	11,96	13	11,61
Andranoboka	15	16,30	17	15,18
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

**Tableau 4:** Répartition des individus enquêtés selon les tranches d'âge et les sexes.

Tranche d'âge	Masculin		Féminin	
	Effectif	%	Effectif	%
15 à 18 ans	1	1,06	6	5,45
19 à 49 ans	86	91,49	103	93,64
Plus de 49 ans	7	7,45	1	0,91
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

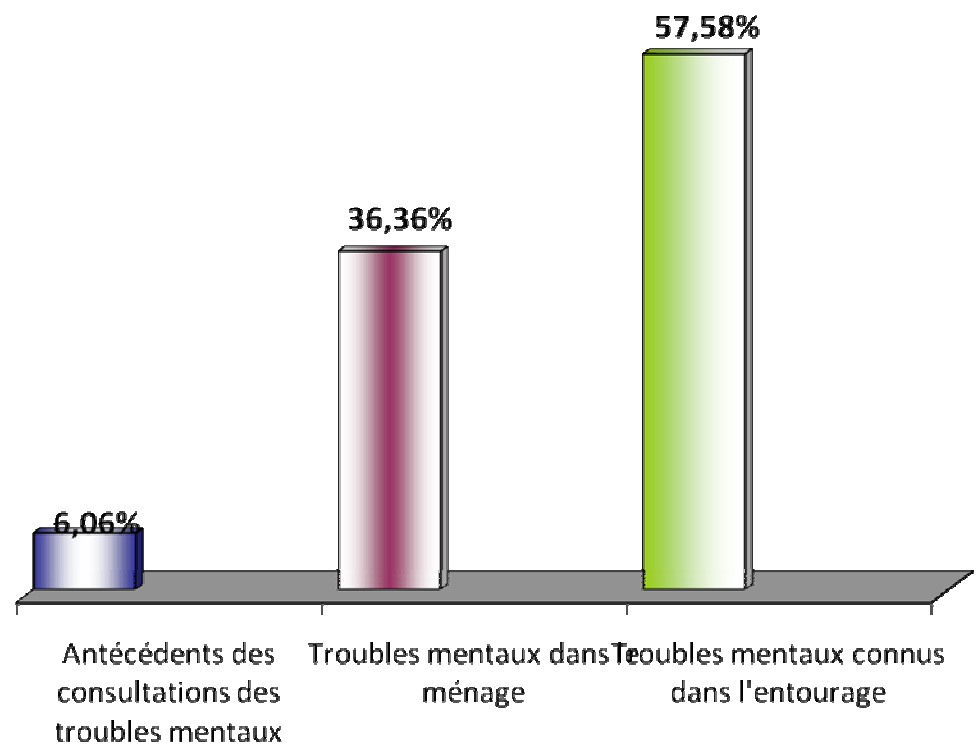


**Tableau 5:** Répartition des troubles mentaux selon les communes et les sexes.

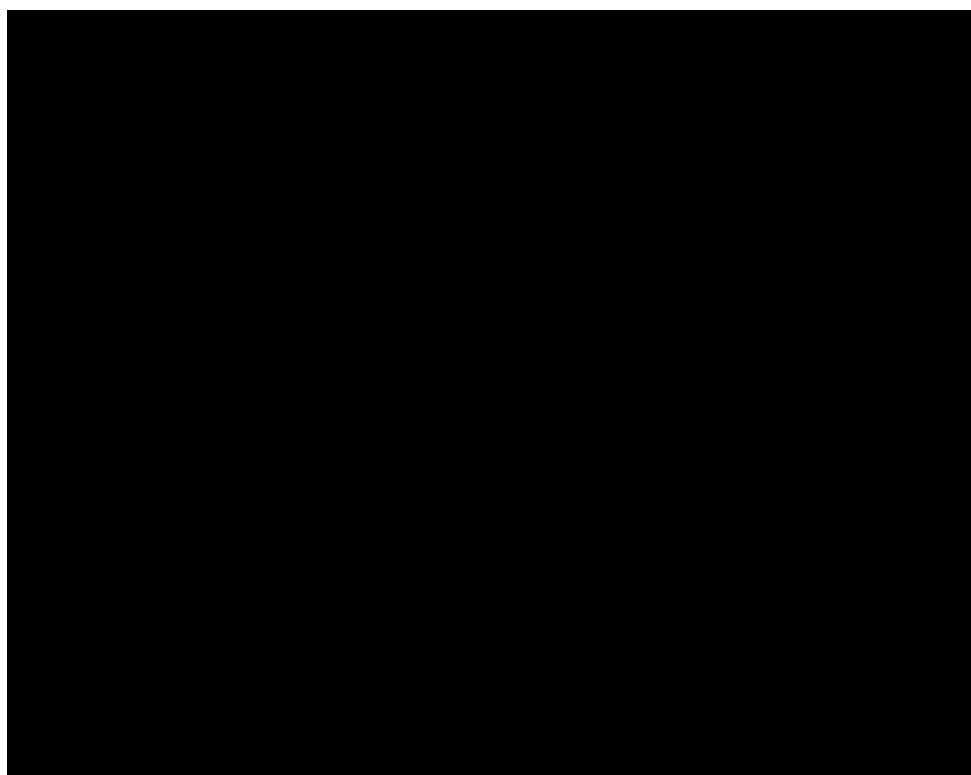
Commune	Masculin		Féminin	
	Effectif	%	Effectif	%
Belobaka	5	21,74	1	10
Betsako	5	21,74	0	00
Boanamary	1	4,35	3	30
Bekobay	3	13,04	2	20
Ambalabe Befanjava	2	8,70	2	20
Andranoboka	7	30,43	2	20
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

**Tableau 6:** Répartition des troubles mentaux connus selon les tranches d'âge.

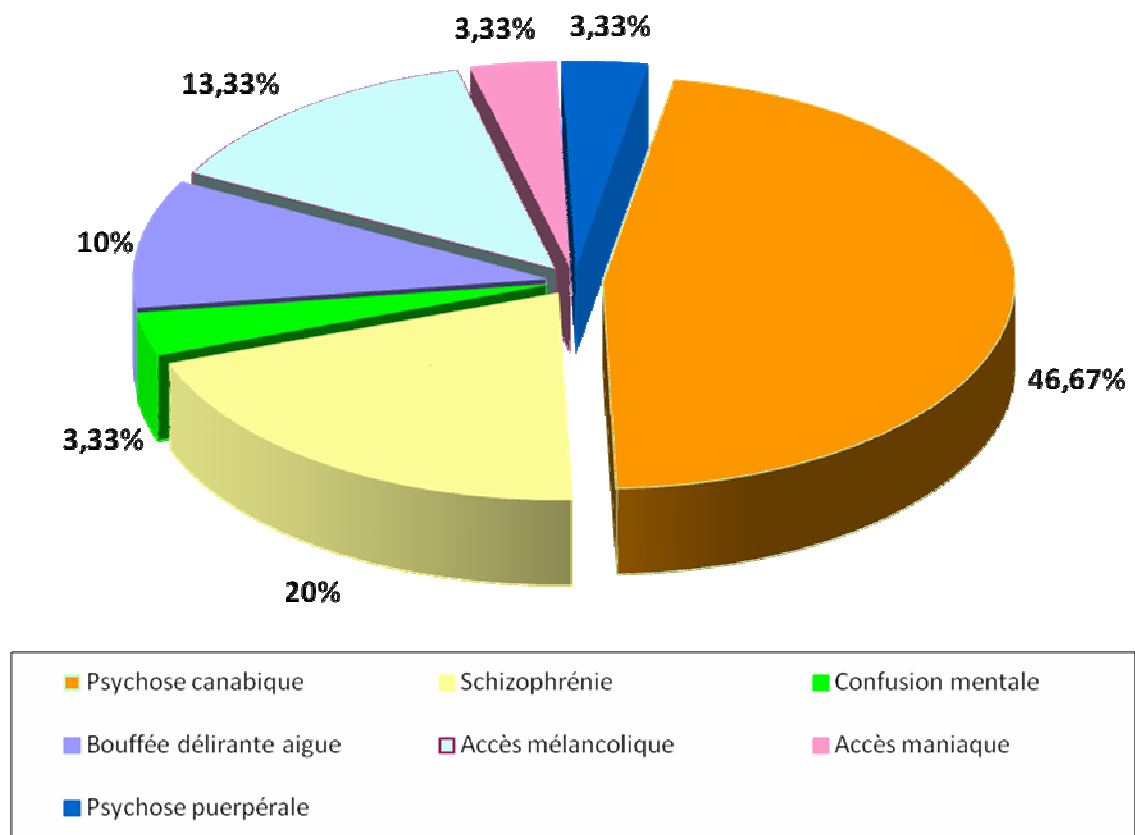
<b>Tranche d'âge</b>	<b>Masculin</b>	<b>Féminin</b>	<b>Total</b>	<b>Pourcentage %</b>
Moins de 18 ans	1	4	5	15,16
18 à 49 ans	20	4	24	72,72
Plus de 49 ans	2	2	4	12,12



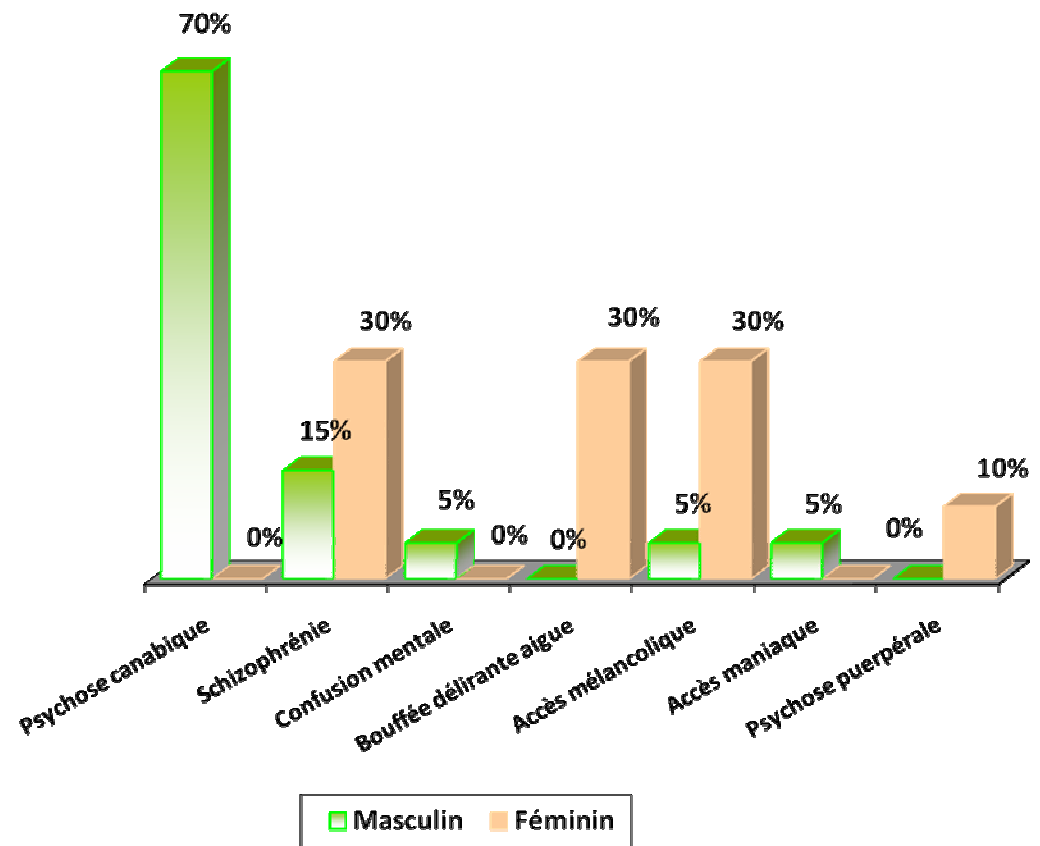
**Figure 8:** Répartition des troubles mentaux selon les antécédents de consultation, dans le ménage et connus dans l'entourage.



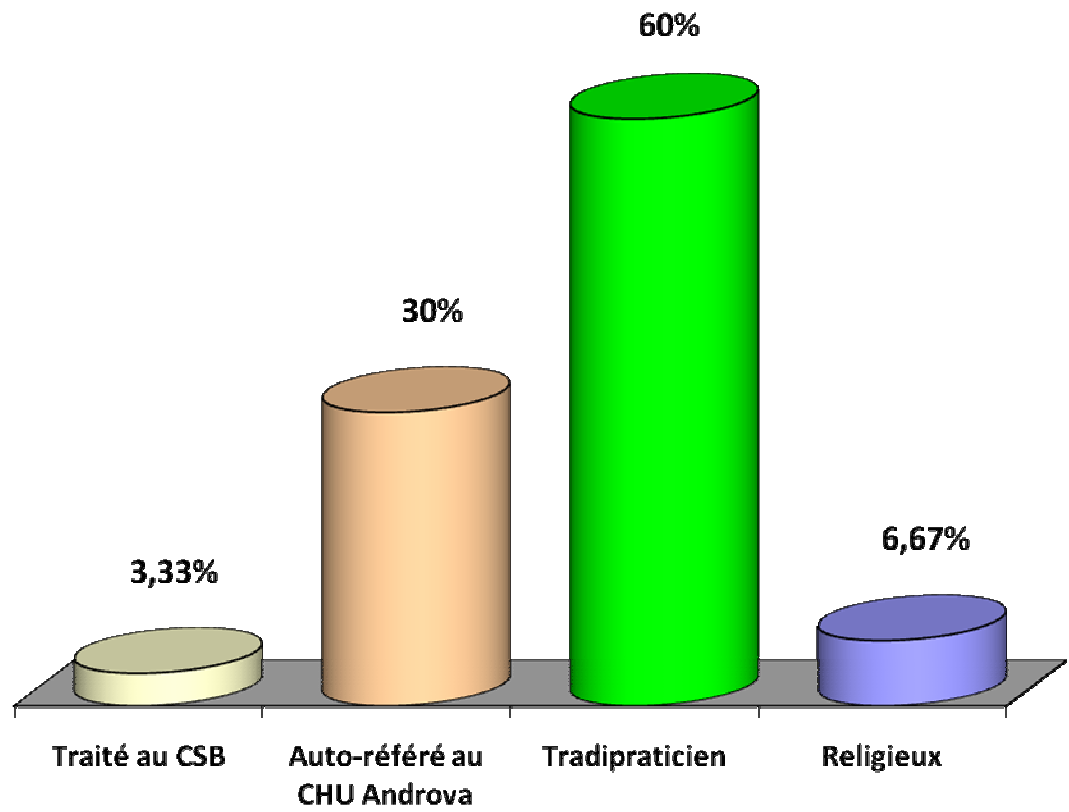
**Figure 9:** Répartition des troubles mentaux selon leur classification (urgence psychiatrique ou non).



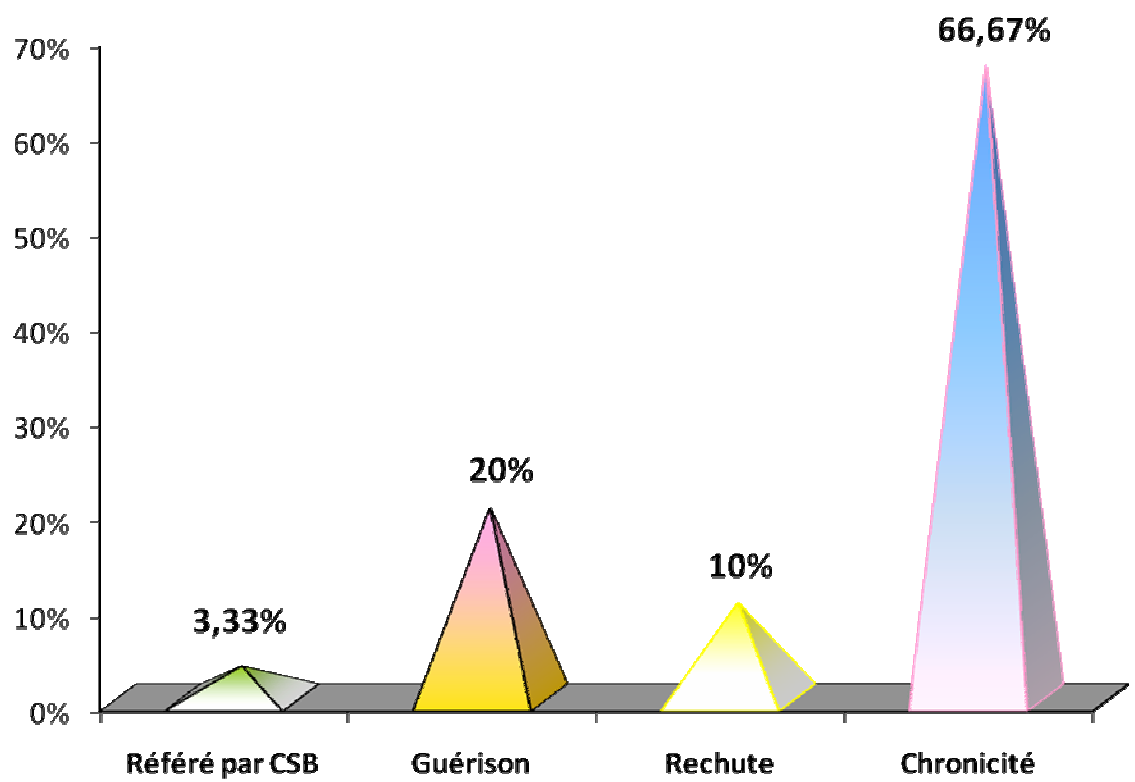
**Figure 10:** Répartition des urgences psychiatriques selon leurs types cliniques.



**Figure 11:** Répartition des urgences psychiatriques selon les sexes.



**Figure 12:** Répartition des traitements adoptés pour des urgences psychiatriques.



**Figure 13:** Répartition des évolutions des urgences psychiatriques.



**Tableau 7** : L'ancienneté et la performance des chefs CSB 2.

<b>CSB 2</b>	<b>Date de prise de service du chef CSB<sub>2</sub></b>	<b>Date de la dernière remise à niveau du médecin en matière d'urgence psychiatrique</b>	<b>Date de dernière supervision en la matière</b>
Belobaka	01 juin 2005	Néant	Néant
Betsako	12 octobre 2005	Néant	Néant
Boanamary	06 avril 2007	Néant	Néant
Bekobay	1 septembre 2004	Néant	Néant
Ambalabe Befanjava	09 octobre 2006	Néant	Néant
Andranoboka			

**Tableau 8** : Les statistiques et activités du CSB en matière de prise en charge des urgences psychiatriques.

CSB 2	Troubles mentaux les plus fréquents traités dans les 6 derniers mois	Nombre de références effectués	Gammes des médicaments en matière d'urgence psychiatrique
Belobaka	Néant	01	Phénobarbital et diazépam
Betsako	Néant	Néant	Phénobarbital et diazépam
Boanamary	Néant	Néant	Phénobarbital et diazépam
Bekobay	Néant	Néant	diazépam
Ambalabe	Néant	Néant	Phénobarbital
Befanjava			
Andranoboka			

**Tableau 9:** La qualité de prise en charge des urgences psychiatriques.

CSB 2	Existence de tableau de bord en matière de soins psychiatriques
Belobaka	Néant
Betsako	Néant
Boanamary	Néant
Bekobay	Néant
Ambalabe Befanjava	Néant
Andranoboka	

### III.COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

#### III.1. COMMENTAIRES

**Tableau 2:** On a enquêté 204 individus pris au hasard dans six communes de Mahajanga II.

**Tableau 3:** Parmi le nombre des personnes enquêtées les sexes féminins dominant en nombre car les femmes sont plus disponibles au ménage que les hommes.

**Tableau 4 :** Etat de répartition des individus enquêtés selon l'âge et le sexe.

La tranche d'âge 19 à 49ans est la plus sollicitée dans l'enquête avec un taux de 93,64% tandis que concernant les sexes, on a enquêté 110 femmes contre 94 hommes.

**Tableau 5 :** La commune d'Andranoboka possède le plus grand nombre de cas psychiatriques connus avec 30,43% de sexe masculin et 20% chez le sexe féminin, la commune de Belobaka vient en seconde position 13,04% chez les hommes contre 20% chez les femmes.

**Tableau 6 :** Parmi tous les cas connus, les effectifs sont les plus marquants dans la tranche d'âge 18 à 49 ans avec 72,72 % des cas. Le sexe masculin est cinq fois plus atteint que le sexe féminin avec respectivement 83,33% et 16,67 % de cas.

**Figure 8:** Les résultats montrent que la prévalence des troubles psychiatriques dans le district de Mahajanga 2 est de 0,98%.

**Figure 9:** Presque tous les cas connus 90,91% sont des urgences psychiatriques.

**Figure 10:** Par ordre d'importance, la psychose cannabique et la schizophrénie viennent au premier plan avec respectivement 46,67% et 20%.

**Figure 11:** 70 % des cas des troubles mentaux induits par les cannabiques concernent le sexe masculin et aucune femme. La schizophrénie frappe les deux sexes en proportion égaux.

**Figure 12:** Le tableau montre que la formation sanitaire est le dernier recours pour se traiter tandis que le tradipraticien accapare les 60% des cas. Pourtant les 30 des cas font de l'autoréférence.

**Figure 13:** Concernant l'ensemble des malades connus, le taux de guérison est de 20% tandis que 80% n'ont pas présenté d'amélioration.

**Tableau 07:** Le plus ancien médecin prestataire a déjà pratiqué dans son service depuis plus 4ans tandis que le plus récent a déjà eu presque deux ans de pratique dans son CSB. Pourtant, aucun d'entre eux n'a fait l'objet ni de remise à niveau ni de supervision formative.

Dans ce résultat, il n'ya plus des statistiques et des activités du CSB d'Andranoboka en matière de prise en charge des urgences psychiatriques car il n'y a plus de médecin qui y travaille mais juste un seul infirmier. Durant notre enquête, ce paramédical n'était plus à Andranoboka.

**Tableau 08:** Durant les six derniers mois, un cas d'urgence psychiatrique a été amené en consultation dans les CSB objet d'enquête. Mais celui-ci a été référé. L'arsenal thérapeutique au niveau des CSB en matière d'urgence psychiatrique est réduit au Phénobarbital et au diazépam.

Aucun CSB ne dispose de tableau de bord de suivi des activités.

Aucun prestataire n'a montré aux enquêteurs le manuel « prise en charge des urgences psychiatriques au niveau des districts sanitaires ». Manuel dispatché dans tous les CSB dans les années 2005.

## **III.2. DISCUSSIONS :**

Les problèmes évoqués dans la méthodologie seront repris et discutés de façon systématique pour garder une logique de présentation. La comparaison de la situation locale avec d'autres pays ou régions va illustrer la situation de faiblesse annoncée et rappelée ci-dessous.

### **III.2.1. Enoncé des problèmes (rappel)**

La situation réelle concernant l'épidémiologie de la prise en charge des urgences psychiatriques dans la Région de Boeny et dans le SDSPF de Mahajanga II est très mal connue.

Les structures et les moyens spécifiques de prise en charge des cas des urgences psychiatriques dans la Région de Boeny et dans le SDSPF de Mahajanga II sont très insuffisants et peu opérationnels.

Les médicaments et les produits de santé pour la prise en charge des urgences psychiatriques sont ni vulgarisés pour être d'emploi rationnel et efficace, ni d'accès abordable car les médicaments nouveaux plus efficaces sont mis au point par des laboratoires pharmaceutiques situés hors du Pays.

Les prestataires de soins en urgences psychiatriques sont sans remise à niveau et sont non suivis et/ou supervisés au niveau communautaire.

Le tableau de bord illustrant l'importance et le suivi des cas psychiatriques sont pratiquement inexistant au niveau des centres de soins de premier niveau (CSB2 ou CSB1).

Les malades ne consultent le médecin prestataire qu'en dernier lieu lorsqu'ils ont épuisé sans succès tous les recours traditionnels sans pour autant divorcer avec celui-ci.

▪ La situation réelle concernant l'épidémiologie de la prise en charge des urgences psychiatriques dans la région de Boeny et dans le SDSPF de Mahajanga II est très mal connue.

A Martinique, la prévalence de maladies mentales est totalement inconnue avant. Mais d'après une enquête descriptive réalisée au cours de l'année 2000 auprès d'un échantillon de 900 personnes représentatives de la population générale, on a remarqué que 32 % des personnes interrogées présentent où ont présenté un ou plusieurs troubles psychiques [36].

Par contre Boyer et al en 2004, la prévalence actuelle des troubles mentaux dans la population Canadienne est de 10,4%.

A Mahajanga II presque tous les cas connus 90,91 % sont des urgences psychiatriques (figure 9). Par contre après une étude épidémiologique, les urgences psychiatriques dans la région d'Annaba en Algérie touchent 70,9% des hommes et 29,3% des femmes [31].

A Mahajanga, les troubles psychiatriques ne représentent qu'un motif secondaire d'hospitalisation (2,4% seulement des admissions) ; les troubles dépressifs viennent en tête, les psychoses, second motif d'hospitalisation sont dominés par la schizophrénie (57/95) ; la maladie touche deux fois plus les hommes (Homme sur Femme = 38/19=2) [42].

Le faible taux de consultation ou d'hospitalisation des alcooliques et des toxicomanes est frappant, mais on connaît la hantise du rejet et la peur d'une double répression légale et culturelle (transgression des tabous ancestraux).

Les structures et les moyens spécifiques de prise en charge des cas des urgences psychiatriques dans la Région de Boeny et dans le SDSPF de Mahajanga II sont très insuffisants et peu opérationnels

Le plus ancien médecin prestataire a déjà pratiqué dans son service depuis plus 4ans tandis que le plus récent a déjà eu presque deux ans de pratique dans son CSB. Pourtant, aucun d'entre eux n'a fait l'objet ni de remise à niveau ni de supervision formative en matière d'urgences psychiatriques (tableau 7).

Ils sont très insuffisants et peu opérationnels. Dans la région Boeny, il ya un seul service psychiatrique qui est situé dans la principale ville de Mahajanga au CHU Androva. C'est le lieu de référence régionale.

Tous les CSB dans le district de Mahajanga<sup>2</sup> possèdent des médecins généralistes sauf dans le CSB d'Andranoboka, il n'y a qu'un infirmier. Dans ces CSB, il n'y a plus des chambres spéciales ou des cabanons pour isoler les malades agités.

Ces médecins possèdent des cahiers de registre des malades venus pour consulter.

Le Burundi n'a ni politique ni stratégie nationale de santé mentale [29].

Au niveau national, il existe un seul hôpital neuropsychiatrique et deux structures ambulatoires de soins de santé mentale qui soignent 41% d'usagers en santé mentale.

Il n'existe aucun don de surveillance et de recherche épidémiologique en santé mentale. Dans cet hôpital neuropsychiatrique, il y a moins d'un lit pour 100 000 habitants.

Les médecins des structures de soins de base ne disposent cependant d'aucun protocole de soins et d'évaluation de la santé mentale [29].

Dans le seul hôpital neuropsychiatrique que possède le pays, au moins un médicament psychotrope de chaque catégorie thérapeutique est disponible tout au long de l'année.

Par contre à Djibouti, c'est plus près que chez nous, le pays ne dispose pas d'un hôpital psychiatrique. L'hôpital de général Peltier (le seul service capable d'offrir les soins de santé mentale dans toutes les Républiques) [30].

Il est à souligner que les autres structures sanitaires de Djibouti ville et des districts réfèrent les malades mentaux vers l'hôpital général Peltier mais aucune prise en charge des malades mentaux n'est actuellement assurée en dehors de cet hôpital.

A Djibouti, la santé mentale n'est pas encore intégrée au sein des soins de santé primaire et le programme de santé mentale ne dispose pas encore d'une stratégie nationale [30].

En Algérie, les structures de prise en charge des urgences psychiatriques sont plus avancées par rapport chez nous. Ce pays a 13 CHU et 6 d'entre eux possèdent des services spécialisés en psychiatrie. Il y a 387 médecins psychiatres privés et publics exercent dans ces CHU [31].



On peut dire donc, que dans les pays en voie de développement les structures de prise en charge des urgences psychiatriques sont presque les mêmes. C'est très éloigné des pays développés, prenant comme exemple en France : 829 secteurs de psychiatries générales et 320 secteurs de psychiatrie infantile-juvénile qui quadrillent le territoire. On recense 88 psychiatres pour 10 000 parisiens [32].

Les médicaments et les produits de santé pour la prise en charge des urgences psychiatriques sont ni vulgarisés pour être d'emploi rationnel et efficace, ni d'accès abordable car les médicaments nouveaux plus efficaces sont mis au point par des laboratoires pharmaceutiques situés hors du pays.

▪ L'arsenal thérapeutique en matière d'urgence psychiatrique est réduit au phénobarbital et au diazépam (tableau 8).

Au Burundi: au niveau des soins de santé primaire, aucun protocole de prise en charge et d'évaluation pour les situations clés en santé mentale n'est disponible [29].

Les médecins des structures de soins de base ne disposent cependant d'aucun protocole de soins et d'évaluation de la santé mentale.

Dans le seul hôpital neuropsychiatrique que possède le pays, au moins un médicament psychotrope de chaque catégorie thérapeutique est disponible tout au long de l'année.

Par contre à Djibouti, la santé mentale n'est pas encore intégrée au sein des soins de santé primaire et le pays ne dispose pas d'un hôpital psychiatrique. L'hôpital de général Peltier (le seul service capable d'offrir les soins de santé mental dans toute la République) [30].

Il est à souligner que les autres structures sanitaires de Djibouti ville et des districts réfèrent les malades mentaux vers l'hôpital général Peltier mais aucune prise en charge des malades mentaux n'est actuellement assuré en dehors de cet hôpital.

▪ Les prestataires de soins en urgences psychiatriques sont sans remise à niveau et sont non suivis et/ou supervisés au niveau communautaire.

Le tableau de bord illustrant l'importance et le suivi des cas psychiatriques sont pratiquement inexistant au niveau des centres de soins de premier niveau (CSB2 ou CSB1).

Le plus ancien médecin prestataire a déjà pratiqué dans son service depuis plus 4ans tandis que le plus récent a déjà eu presque deux ans de pratique dans son CSB. Pourtant, aucun d'entre eux n'a fait l'objet ni de remise à niveau ni de supervision formative (tableau 7).

Aucun CSB ne dispose de tableau de bord de suivi des activités. Aucun prestataire n'a montré aux enquêteurs le manuel «prise en charge des urgences psychiatriques au niveau des districts sanitaires» : manuel dispatché dans tous les CSB dans les années 2005 (tableau 9).

Au Burundi, le pays ne dispose d'aucun système de surveillance et de recherche épidémiologique dans le domaine de la santé mentale [29].

Au niveau des soins de santé primaire, aucun protocole de prise en charge et d'évaluation pour les situations clés en santé mentale n'est disponible. Le nombre des patients référés par les médecins généralistes prestataires n'est pas connu [29].

Les malades ne consultent le médecin prestataire qu'en dernier lieu lorsqu'ils ont épuisé sans succès tous les recours traditionnels sans pour autant divorcer avec celui-ci.

Au Cameroun, de nombreux patients présentant des troubles mentaux en général s'adressent d'abord au tradipraticien car ils ont confiance aux tradithérapeutes et ils pensent que ces derniers sont assistés dans leurs travaux par les génies, des ancêtres qui connaissent tous les phénomènes humains et qui sont capable de tout faire [43].

Dans le quartier Asiatique de Bujumbura au Burundi, devant des urgences psychiatriques, les Burundais consultent en premier lieu les guérisseurs qui habitent dans les quartiers populaires de la ville, qui chargeront d'appliquer le traitement traditionnel Burundais.

Chez eux tous les personnes interrogées interprètent la maladie mentale soit comme un comportement inadéquat et inapproprié envers un pêché qui aurait maudit le patient, certaines disent comme une maladie contractée à la suite d'un contact avec des esprits néfastes errants à la recherche d'un hôte à habiter et à détruire, autres disent comme une maladie héréditaire due à une négligence familiale envers les esprits des ancêtres [29].

Pour les gens en Afrique de l'Ouest, les urgences psychiatriques sont rattachées à des causes surnaturelles mettant en jeu de nombreuses entités différentes ; les esprits,

les sorciers, les ancêtres, à la transgression d'un interdit que le malade devra révéler au tradipraticien [44].

On a estimé en Ethiopie près de 85% des personnes présentent des guérisseurs traditionnels. La maladie mentale est encore fortement empreinte des croyances traditionnelles, en des causes et des remèdes surnaturels [45].

On peut dire donc, que dans les pays sous développés comme Madagascar incluant Mahajanga II, les traditions les croyances surtout sont les principaux obstacles aux traitements des urgences psychiatriques tandis que pour l'Europe considéré comme pays déjà développé, c'est la discrimination qui est incriminée comme l'obstacle au traitement des urgences psychiatriques. Dans d'autres parties de l'Europe, la souffrance mentale reste cachée, car elle a encore un caractère honteux [46].

A Mahajanga II l'enquête montre que la formation sanitaire est le dernier recours pour se faire soigner tandis que le tradipraticien accapare les 60% des cas. Pourtant les 30% des cas font de l'autoréférence (figure 12). Plusieurs raisons sont invoquées lesquelles les obligent à consulter les tradipraticiens.

Premièrement, c'est la tradition. Historiquement pour garder sans heurts leurs traditions face à l'intrusion coloniale dominatrice et pour calmer leur crainte (doute permanent exprimé par de nombreux proverbes), les Malgaches ont adoptés une attitude syncrétique pour résoudre leurs grands problèmes quotidiens, parmi lesquels le traitement des troubles mentaux [42].

Ensuite l'approche traditionnelle a l'avantage d'être holistique et culturellement rassurante pour les Malgaches qui croient que les vivants, les morts et les êtres inanimés forment un continuum en équilibre, au sein d'un ordre cosmique immuable.

En plus, dans beaucoup de société non occidentale (Madagascar en fait partie) présenter un trouble mental n'implique pas forcément être considéré comme malade donc justiciable d'hospitalisation [42].

En résumé, l'évolution épidémiologique très sournoise des urgences psychiatriques et des troubles mentaux sont ni connues ni contrôlées et contrôlable actuellement presque partout dans le monde. Dans certains pays ces pathologies ne sont même pas considérées comme justiciables du traitement médical conventionnel mais plutôt une

manifestation rattachée à une note d'arrière plan ancestral, maléfique ou autre entrant dans le domaine de l'anthropologie médical.

Dans le district de Mahajanga 2, les malades existent mais de quels droits sont-ils laissés à l'abandon et à la chronicité.

***RECOMMENDATIONS***

## RECOMMANDATIONS :

Deux entraves d'importance capitale doivent être surmontées pour pouvoir se nourrir d'espoir à parvenir à contrôler l'incidence des urgences psychiatriques et les troubles mentaux dans le district de Mahajanga 2 comme partout ailleurs surtout dans tout pays en développement.

**1-** S'assurer de l'engagement intégral des responsables politiques de haut niveau pour piloter les stratégies de promotion de la mise en place des structures et moyens matériels , humains , médicamenteux ou autres au niveau intermédiaire et périphérique dans l'optique de rendre crédibles les services offerts par les techniciens de la médecine conventionnelle .

Certes, c'est une œuvre immense que de mettre en place pratiquement dans presque tous les chefs lieux des districts « une unité (mobile ou non ) de prise en charge des urgences psychiatriques » avec le minimum des techniciens requis lesquelles seront aussi formés pour la promotion de l'engagement communautaire dans la bataille contre les troubles mentaux

Naturellement, cela va engloutir des sommes colossales vu l'ampleur du désert territorial immense à combler car l'infrastructure, les formations des techniciens, les matériels techniques et médicamenteux sont pratiquement tous des éléments qu'il faut créer car inexistantes encore sur place.

Et tout cela constitue des raisons d'hésitation on ne peut plus pesantes.

Pour cela, le plaidoyer qui va s'adresser tout au moins aux décideurs et aux présumés formateurs devra être impressionnant en qualité et débit.

**2-** La lutte contre les croyances et autres superstitions concernant les troubles mentaux.

C'est un défi aussi titanesque que le premier car la réalisation parfaite de cette dernière n'implique pas automatiquement son utilisation satisfaisante par les usagers : loin s'en faut.

Dans le cadre de l'anthropologie médicale, les réalités qui jusqu'à ce jour vivent la population sont sans commune mesure avec l'avancée des connaissances scientifiques, le développement de la communication, et le phénomène de mondialisation.

Que ce soit au Cameroun, au Burundi, ou même dans le monde entier à divers degrés d'importance ; la conception magico- religieuse, l'approche traditionnelle à la pensée holistique qui est culturellement rassurante pour les Malgaches leur font croire que les vivants, les morts et les êtres inanimés forment un continuum en équilibre, au sein d'un ordre cosmique immuable.

Comme dans beaucoup de sociétés non occidentales (Madagascar en fait partie) présenter un trouble mental n'implique pas forcément être considéré comme malade donc justiciable d'hospitalisation.

Que les orientations soient cognitives ou fonctionnalistes, la distance entre la médecine moderne conventionnelle et celle traditionnelle derrière laquelle un génie infailible met en échec invariablement le psychiatre, est un si immense que le défi est peut être insensé.

Mais, à ce niveau opérationnel, les intervenants sont diversifiés et nombreux : les religieux de par leur éducation, les forces de l'ordre contre le trafic et l'usage abusif de substances interdites, les éducateurs et enseignants et ceux-ci autour des professionnels de santé n'ont besoin que d'un bon pilotage et d'une bonne orchestration des activités pour changer le cours des choses.

Ainsi, dans le district de Mahajanga 2, ces entités existent et ils n'attendent que la mobilisation pour agir.

*CONCLUSION*



## CONCLUSION

Dans le cadre de la prise en charge des troubles mentaux et des urgences psychiatriques, le pluralisme thérapeutique est indéniablement source des redoutables complications très souvent irréversibles pour les malades et en même temps, diminuer la crédibilité du médecin face à la pratique traditionnelle.

En effet « l'errance thérapeutique » dans n'importe quelle pathologie que ce soit est démontrée de façon formelle très nuisible.

A Mahajanga II presque tous les cas connus (90,91 %) sont des urgences psychiatriques (figure 9). Ils nécessitent une prise en charge immédiate de part ses signes cliniques qui rendent désespérés les familles des victimes.

C'est l'une des raisons entre autres de la consultation de l'« ombiasy », professionnel local affublé de pouvoir surnaturel en thérapie et en art divinatoire, assisté en permanence par un génie occulte vivant entre les morts. Le « praticien » est tout près, disponible, pas cher et psychologiquement rassurant.

C'est le contexte dans lequel travaillent les professionnels de santé (médecins ou autres paramédicaux en santé mentale) et qui se retrouvent toujours disqualifiés par les guérisseurs étant donné que ceux-ci sont toujours consultés à l'insu du médecin ou du psychiatre.

Comme dans beaucoup de sociétés non occidentales (Madagascar en fait partie) présenter un trouble mental n'implique pas forcément être considéré comme malade donc justiciable d'hospitalisation.

C'est presque en ces termes que se résume la situation dans toutes les brousses de Madagascar comme à Mahajanga 2: une culture dominée par l'orientation fonctionnaliste de l'anthropologie médicale. C'est-à-dire que le guérisseur est à la fois juge, enseignant, avocat si l'accusation est une transgression des us et coutumes par exemple, et enfin le dispensateur des soins infaillible car l'échec est assimilé à la non observance des quelques vagues recommandations ou à la lenteur du processus de guérison.

L'objectif de cette étude qui va essayer de proposer des solutions efficaces à une telle situation où durant six mois pleins : une seule pathologie psychiatrique a été enregistrée dans les registres des CSB objet d'enquête (tableau 8) et c'est un cas qui a été référé apparaît comme non fiable.

Néanmoins, deux stratégies bien menées peuvent quand même inverser les tendances :

- S'assurer de l'engagement intégral des responsables politiques de haut niveau pour piloter les stratégies de promotion de la mise en place des structures et de tous les moyens à mettre en œuvre. C'est-à-dire : lever les hésitations inhérentes à l'ampleur du défi.
- Un bon pilotage et une bonne orchestration des activités par les intervenants qui sont diversifiés et nombreux : les religieux de par leur éducation, les forces de l'ordre contre le trafic et l'usage abusif de substances interdites, les éducateurs et enseignants pour et ceux-ci autour des professionnels de santé pour changer le cours des choses.

Pour terminer, si la lutte contre les croyances et autres superstitions concernant les troubles mentaux s'annonce comme un défi tellement titanesque et que la mobilisation des décideurs en est un autre, cette étude trace la voie et les moyens de parvenir au succès et encourage par ces mots : à cœur vaillant il n'y a rien d'impossible

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

**1. PASCAL G., CHEVOT B., DEPELPECHD J.**

Urgence en Psychiatrie et psychiatrie des urgences. Ann Méd Psychol 2001 ; 12 : 25-8.

**2. DE CLERQ M.**

Urgences psychiatriques et interventions de crise. De Boeck Université 2004 ; 22(1) :32-8.

**3. RIGAL Robert et CHEVALIER Nicole.**

Système nerveux et Motricité humaine, 2006.

<http://www.er.Uquam.ca/nobel/r/12110/pdf/2-Syst%20nerv.pdf>

**4. LAZERGE D.**

Le système nerveux en plongée.

[http://www.fessmpm.fr/IMG/pdf/SN\\_Partiel\\_Phisio.](http://www.fessmpm.fr/IMG/pdf/SN_Partiel_Phisio.)

**5. GAY C., HENRY C.**

Les accès maniaques. Rev Prat 2005, 54 :37-46

**6. DAME C. et CASPAR P.**

Trouble bipolaire. Rev. Méd. Burx 2006 ; 2 :87-96.

**7. PERROUEN M.A., et THEPAUT M.**

Trouble de l'humeur : psychose maniaco-dépressive. Rev Prat 2004; 10: 20-5

**8. BELLIVER F., HARDY P.**

Maladie maniaco-dépressive : diagnostic, évolution et traitement. Rev. Prat 1998 ; 46:879-885.

**9. SPITZRE RL.**

Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary car: the PRIME-MD 100study. JAMA 2005; 272: 174 -7.

**10. ORMEL J., KOTER J.**

Management and course of anxiety and depression in general practice. Arch Gen Psychiatry: 2004; 48:700-6.

**11. SIMON G.E. et Al.**

An International study of the Relation between Somatic symptoms and depression. New. Engl. J Med 2005; 341(18):1329-1335.

**12. HARDY E., RENAULT M.**

Sémiologie des états confusionnels. Info Psy 2004 ; 17-20.

**13. BROWN TM. , BRYLE M.F.**

Confusion Mentale. .Ann. Méd. Psychol 2006 ; 325 : 644 - 7.

**14. VERMELEU J.**

Le travail de la crise à l'épreuve de l'urgence. Acta Psychiatr Belg 2005; 90 (2): 81-99.

**15. CARCENI A.**

Delirium Acute Confusional states in Palliative Medicine. In: Hillard J., eds. Manuel of clinical emergency psychiatry: New-York: Arnette, 2006: 61-70.

**16. MOREAUD O.**

Confusion mentale: Rev Neuro 2004, 161: 693- 9.

**17. CLEMENT J., PAULIN S.**

Troubles délirants: psychiatrie du sujet âgé. Oxford: Méd Publication 2002; 4: 202-213.

**18. LEVY P.**

Psychiatrie. Arch. Astract Neuro Psy 2005; 48: 749-753.

**19. CHAUCHOT F.**

Characterizing organic delusional syndrom. In: Tantam D., Appleby L., Duanan A., éd. Psychiatry for the developing World: London: Gaskeel, 2006: 61-70.

**20. THESSIER N., DAGAN J.**

Intérêt d'une prise en charge précoce des délires puerpéraux à propos d'une observation  
Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction 2004, 27 : 25-7.

**21. MOSE-KOLKO EL., ROTH EK.**

Antepartum and postpartum depression: healthy mom, healthy baby. J Am Med Womens Assoc 1999; 59 (3): 181-91.

**22. KELLY R., ZATZICK D., ANDRES T.**

The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics. Am J Psychiatry 2006; 158: 213-9.

**23. HARISSON L.**

Trends in illicit drug use in the United States: conflicting results from national survey, International Journal of Addiction, 2005, 27(7): 817-847.

**24. TRIBOLET S.C.**

Drug abuse. Acad. Psy 1998, 46: 879-885.

**25. LAQUELLE X., PERRON JL., GOISET M.**

Drogues : complications psychiatriques. Rev Prat 2005; 10 : 923-9.

**26. NANTY M.**

Schizophrénie. Paris Masson, 4eme édition, 2004: 127-8.

**27. TSUANG MT., STONE WS.**

Toward reformulating the diagnosis of schizophrenia. Am.J.Psychiatry 2006; 157(7): 1041-50.

**28. AZAIS F., GRAGER B.**

Place des techniques comportementales et cognitives dans le traitement des schizophrénies. La presse Méd (Paris), 2000 ; 26: 57-61

**29. WHO-AIMS.**

Rapport sur le système de santé mentale au Burundi, 2008.

[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/Burundi\\_who\\_aims\\_report.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/Burundi_who_aims_report.pdf)

**30. OMS-IESM.**

Rapport sur le système mental à Djibouti. 2006.

[http://www.who.int/mental-health/Djibouti\\_who\\_aims\\_report.pdf](http://www.who.int/mental-health/Djibouti_who_aims_report.pdf)

**31. MINISTERE DE LA SANTE.**

La santé des Algériennes et des Algériens. Rapport annuel, Décembre 2004.

<http://www.sfapsy.om / Document/santé-mental-Algérie.pdf>

**32. LURET S. L, THOMAS J.**

Vies des fous. Psychose Méd. 2004; 6: 31-5.

**33. WADDEL C., SHEPHERD C.**

Prevalence of Mental Disorders in Children and Youth, Vancouver, Mental Health. Acta Psychiatr Scand 2005; 28: 121-4.

**34 MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DE SPORT.**

Santé mentale en Nord-Pas-de Calais: image et réalité, septembre 2008.

<http://www.nord-pas de calais.Santé.gouv.fr>

**35. OMS.**

Santé Mentale. Washington, 25-29 Juin 2001.

[http://www.pah.o-org//french/gouv/ce/ce218\\_18-F.pdf](http://www.pah.o-org//french/gouv/ce/ce218_18-F.pdf)

**36. MERLE S., ROSINE G., URSULET G.**

La santé mentale en population générale : image et réalité. Numéro 27, Octobre 2001.

[http://www-ors-martinique.Org/osmflash\\_27.pdf](http://www-ors-martinique.Org/osmflash_27.pdf)

**37. BRUFFAERTS R., BONN Wyn A., DEMAREST S.**

Prévalence des troubles mentaux dans la population Belge. Louvan Med 2004, 122 : 321-334

**38. ASSOCIATION DE SEPTENTRIONALE D'EPIDEMIOLOGIQUE PSYCHIATRIQUE (ASEP) ET LE CENTRE COLLABORATEUR DE L'OMS (CCOMS).**

La santé mentale en population générale : image et réalité. Rapport définitif de la première phase 1998-2000.

<http://.Epsm-lille-métropole.fr>

**39. BASU D., MALHOTRA A., BHAGAT A.**

Cannabis psychosis and acute schizophrenia. Eur. Addict. Res 2005, 5: 71-73.

**40. ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTE MENTALE.**

La santé mentale. Avril 2008 .

<http://www.cihirise.gc.ca/f/8602.html>

**41. DIRECTION DE SANTE PUBLIQUE DE LAVAL.**

La santé mentale chez les adultes, un survol. Octobre 2008.

<http://www.sss.laval.gouv.qc.ca>

**42. ANDRIANTSEHENO L.M., ANDRIANASY T.F, ANDRIAMBAO D.S.**

Les troubles psychiatriques à Madagascar ; étude clinique de 376 cas répertoriés à Mahajanga.1999-2000.

<http://www.pathexo.fr/documents/articles-bull/2004n2/T97-2-2458-5p.pdf>



**43. WAMBA A.**

Education, thérapeutes et différentes cultures médicales. Med Trop 2005 ; 65 : 563-9

**44. KEDZIERESKA A.**

Guérisseurs et féticheurs : la médecine traditionnelle en Afrique de l'Ouest. Méd. Afrique Noire 2006 ; 23 : 110-5.

**45. GUREJET O. ; ALEM A.**

Elaboration des politiques de santé en Afrique. Psychol Med 2006 ; 16 : 909-928

**46. EHMANN T.**

Interventions durant le premier stade de psychose. Vade-mecum Psy 2004; 32 : 158-163

***ANNEXES***

## QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

### Questionnaires d'enquête concernant les individus dans les sites considérés :

Date d'enquête : ..... Commune où se déroule l'enquête.....

Nom de l'enquêté .....

Prénoms .....

Date de naissance (à défaut âge) : ..... lieu de.....  
naissance.....

Nombre d'enfants à charge :

Profession : .....

Antécédents de consultation sur des cas de troubles mentaux OUI ☐ NON ☐

Si OUI : citer les symptômes les plus marquants :.....

Nature du traitement adopté :

Traité au CSB2 : ☐

Tradipraticien : ☐

Auto référé au CHU Androva : ☐

Religieux : ☐

Evolution de la maladie :

Chronicité : ☐

Rechute : ☐

.

Guérison : ☐

Référé par CSB2 : ☐

### Concernant le ménage incluant l'individu :

Taille du ménage : ..... (Nombre des individus dans le ménage)

Existe t-il un cas de troubles mentaux dans le ménage ? OUI ☐ NON ☐

Si OUI : âge de l'individu : .....ans .....mois

Sexe M ☐ F ☐

Profession : .....Si écolier Classe : T.....

Nature de l'affection :.....

### Nature du traitement adopté

Traité au CSB2 : ☐

Tradipraticien : ☐

Auto référé au CHU Androva : ☐

Religieux : ☐

### Evolution de la maladie

Chronicité : ☐

Rechute : ☐

Guérison : ☐

Référé par CSB2 : ☐

**Concernant les connaissances de l'individu enquêté :**

Connaissez-vous des gens qui ont des troubles psychiatriques ? OUI ☐ NON ☐

Si OUI : combien ? .....

Sexe M ☐ F ☐

Citer les principaux signes ? .....

Ages respectifs de ces gens ? 1)..... 2)..... 3)..... 4) .....

Quels ont été les attitudes et comportement pour les modalités de prise en charge

Traité au CSB2 : ☐

Tradipraticien : ☐

Auto référé au CHU Androva : ☐

Religieux : ☐

Evolution de la maladie

Chronicité : ☐

Rechute : ☐

Guérison : ☐

Référé par CSB2 : ☐

Quelles sont vos suggestions en matière de prise en charge des urgences  
psychiatriques ?

1).....

2).....

3).....

## Questionnaires d'enquête concernant les chefs CSB2

CSB2 de ..... Commune de.....  
..... Date .....

Date de prise de service du Chef CSB2 :

Date de la dernière remise à niveau du médecin :

Date de dernière supervision en la matière :

Gammes de médicaments en matières d'urgences psychiatriques existant au  
PHAGECOM (Nombre : ....) :

Types des troubles mentaux les plus fréquents traités dans les services les 6 derniers  
mois.

1) .....

2) .....

3) .....

Nombre de références effectuées : .....

De quoi se plaint le plus le médecin ?

- De son impuissance technique ? ☐
- De matériels diagnostics insuffisants et inappropriés ? ☐
- De l'insuffisance des moyens médicamenteux ? ☐

Existences de tableau de bord en matière de soins psychiatriques ? OUI NON

Quelles sont vos suggestions en matière de prise en charge des urgences  
psychiatriques ?

1).....

2).....

3).....

# VELIRANO

Eto anatrehan'ireo Mpampianatra ahy eto amin'ny toeram-pampianarana ambony momba ny fahasalamana sy ireo niara- nianatra tamiko, eto anoloan'ny sarin'I HIPPOCRATE,

Dia manome toky sy mianiana aho, amin'ny anaran' Andriamanitra Andriananahary, fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am- panatotosana ny raharaham-pitsaboana.

Ho tsaboiko 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 tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako ho fitaovana hanatontosana zavatra mamoafady na hanamorana famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny antonjavatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara- pirehana, ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorotoronina aza. Tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalan'ny maha-olona 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 rakotra henatra sy ho rabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany.

**Serment d'HIPPOCRATE**

Nom et Prénom : TANTELINIAINA Lucia Mirimà Raelson	
Intitulé de la thèse : urgences psychiatriques dans le district de Mahajanga II. Etude épidémiologique et problèmes de prise en charge.	
Thèse de doctorat en Médecine Général Mahajanga, 2009, N° :1067	
Format	: 21 x 29,7
Nombre de pages	: 86
Nombre de références bibliographiques:	46
Nombre de pages bibliographiques	: 6
Nombre de figure	: 13
Nombre de tableaux	: 9
RUBRIQUE DE CLASSEMENT : SANTE PUBLIQUE	
Mots-clés : psychiatrie, traditions, guérisseurs, plaidoyer	
<p style="text-align: center;"><b>RÉSUMÉ</b></p> <p>Actuellement une augmentation pressante des demandes des soins psychiatriques d'urgence est très ressentie devant le très lent développement des structures d'accueil et de prise en charge. Ce phénomène rend la crédibilité des structures sanitaires surtout aux niveaux périphériques peu flatteurs.</p> <p>En conséquence, la consultation en psychiatrie et l'hospitalisation du patient vient trop souvent en dernier lieu quand le malade devient ingérable et ne répond pas vite au traitement traditionnel. Pourtant le pluralisme thérapeutique peut être source indirectement des redoutables complications très souvent irréversibles pour les malades.</p> <p>Ce travail se propose d'offrir aux prestataires en urgences psychiatriques un outil précieux auquel cas ses connaissances en la matière se trouve émoussées faute de pratiques supervisées d'une part et d'autre part de faire la mise à jour de la situation épidémiologique du district sanitaire de Mahajanga 2 afin de soumettre des recommandations et suggestions qui nous osons l'espérer ne vont pas laisser indifférent le lecteur.</p>	
<p style="text-align: center;"><b>MEMBRES DE JURY</b></p> <p>Président : Monsieur le Professeur ZAFISAONA Gabriel</p> <p>Juges : Madame le Professeur RAVOLAMANANA Ralisata Lisy</p> <p>: Madame le Professeur RAHARIMANANA Rondro Nirina</p> <p>Directeur- Rapporteur de thèse : Monsieur le Docteur RASOLOFOMANANA Armand</p>	
Adresse de l'auteur : Lot 0107X0200 Mahavoky Nord 401 – Mahajanga I	