

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

BURKINA FASO

UNITE DE FORMATION ET DE

Unité – Progrès – Justice

RECHERCHE

EN SCIENCES DE LA SANTE

(UFR/SDS)

Année universitaire 2000-2001

Thèse n° 21

**LES BOUFFEES DELIRANTES AIGUES
AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL
YALGADO OUEDRAOGO :
ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET
CLINIQUES**

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le 02 Juin 2001 pour l'obtention du

Grade de DOCTEUR EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

Par

Bruno OUBDA

Né le 05 Mai 1969 à KOUPELA

DIRECTEUR DE THESE :

JURY

Pr Ag. Arouna OUEDRAOGO

Président : Pr Ag. Jean KABORE

Membres : Pr Ag. Arouna OUEDRAOGO

Dr Abdoulaye TRAORE

Dr Kapouné KARFO

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Unité de formation et de Recherche
des Sciences de la Santé
(UFR/SDS)

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF

Directeur	Pr Amadou SANOU
Directeur Adjoint	Pr Ag. Y. Joseph DRABO
Directeur de la Section Pharmacie	Pr I. Pierre GUISSOU
Directeur des Stages de la Section Médecine	Pr Ag. Y. Joseph DRABO
Directeur des Stages de la Section de Pharmacie	Dr Rasmata TRAORE / OUEDRAOGO
Coordonnateur C.E.S. de Chirurgie	Pr Amadou SANOU
Secrétaire Principal	M. TRAORE Fakouo
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	Mme Christine NARE
Conservateur de la Bibliothèque	M. Salif YADA
Chef de la Scolarité	Mme Kadi ZERBO
Secrétaire du Directeur	Mme Habi KEITA
Secrétaire du Directeur Adjoint	Mme KABRE Hakiéta
Audiovisuel	M. Alain Pascal PITROIPA
Reprographie	M. Abdoulaye BAGUYAN
Service Courrier	M. Ousmane SAWADOGO

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR/SDS
AU TITRE DE L'ANNEE 2000 / 2001

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs titulaires

Rambré Moumouni OUIMINGA	Anatomie Organogenèse et Chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO (in memoriam)	Sémiologie et Pathologies Médicales
Tinga Robert GUIGUEMDE	Parasitologie
Bobilwindé Robert SOUDRE	Anatomie-Pathologique
Amadou SANOU	Chirurgie Générale et Digestive
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie et Toxicologie
Bibiane KONE	Gynécologie – Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie

Professeurs associés

Blaise KOUDOGBO	Toxicologie
-----------------	-------------

Maîtres de Conférences

Julien YILBOUDO	Orthopédie –Traumatologie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie –Traumatologie
François René TALL	Pédiatrie
Jean KABORE	Neurologie
Joseph Y. DRABO	Médecine Interne/Endocrinologie
Blaise SONDO	Santé Publique

Jean LANKOANDE	Gynécologie-Obstétrique
Issa SANOU	Pédiatrie
Ludovic KAM	Pédiatrie
Adama LENGANI	Néphrologie
Oumar TRAORE N°1	Orthopédie-Traumatologie
Kampadilemba OUOBA	Oto Rhino Laryngologie
Piga Daniel ILBOUDO	Gastro-entérologie
Albert WANDAOGO	Chirurgie Pédiatrique
Adama TRAORE	Dermatologie Vénérologie
Mamadou SAWADOGO	Biochimie
Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
Joachim SANOU	Anesthésie-Réanimation
Théophile L. TAPSOBA	Biophysique - Médecine Nucléaire

Maîtres-Assistants

Lady Kadidiatou TRAORE	Parasitologie
Si Simon TRAORE	Chirurgie
Abdoulaye TRAORE	Santé Publique
Daman SANO	Chirurgie Générale
Patrice ZABSONRE	Cardiologie
Jean Gabriel OUANGO	Psychiatrie
Georges KI-ZERBO	Maladies Infectieuses
Rabiou CISSE	Radiologie

Blami DAO	Gynécologie Obstétrique
Alain BOUGOUMA	Gastro-Entérologie
Boubacar TOURE	Gynécologie-Obstétrique
Michel AKOTIONGA	Gynécologie-Obstétrique
Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactério-Virologie
Alain ZOUBGA	Pneumologie
Boubacar NACRO	Pédiatrie
Abel KABRE	Neuro-Chirurgie
Maïmouna DAO / OUATTARA	ORL
Nicole Marie KYELEM / ZABRE	Maladies Infectieuses
Antoinette TRAORE / BELEM	Pédiatrie
Kapouné KARFO	Psychiatrie
Timothée KAMBOU	Chirurgie
Jean Baptiste NIKIEMA	Pharmacognosie
Ali NIAKARA	Cardiologie

Assistants Chefs de cliniques

T.Christian SANOU (in memoriam)	Oto Rhino Laryngologie
Doro SERME (in memoriam)	Cardiologie
Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation Physiologie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation Physiologie
M. Théophile COMPAORE	Chirurgie

Y. Abel BAMOUNI	Radiologie
André K. SAMANDOULOGOU	Cardiologie
Rigobert THIOMBIANO	Maladies Infectieuses
Raphaël DAKOURE	Anatomie-Chirurgie
Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie
Bobliwendé SAKANDE	Anatomie-Pathologique
Raphaël SANOU (in memoriam)	Pneumo-phtisiologie
Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)	Radiologie
Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie
Arsène M. D. DABOUE	Ophtalmologie
Nonfounikoun Dieudonné MEDA	Ophtalmologie
Athanase MILLOGO	Neurologie
Vincent OUEDRAOGO	Médecine du Travail
S. Christophe DA	Chirurgie
Nazinigouba OUEDRAOGO	Réanimation
Aurélien Jean SANON	Chirurgie
Claudine LOUGUE / SORGHO	Radiologie
Diarra YE / OUATTARA	Pédiatrie
Barnabé ZANGO	Chirurgie
L. Valerie Adélaïde NEBIE	Cardiologie
Blandine THIEBA	Gynécologie-Obstétrique
Abdel Karim SERME	Gastro-Entérologie

Moussa BAMBARA	Gynécologie-Obstétrique
Fatou BARRO	Dermatologie
Olga LOMPO	Anatomie Pathologique
Appolinaire SAWADOGO	Gastro-Entérologie
Martial OUEDRAOGO	Pneumo-Phtisiologie
Moussa KERE	Santé Publique
Laurent OUEDRAOGO	Santé Publique
Innocent NACOULMA	Orthopédie-Traumatologie
P. Antoine NIAMPA	Dermatologie
Françoise Danielle MILLOGO/TRAORE	Gynécologie-Obstétrique
Z. Théodore OUEDRAOGO	Santé Publique
P. André KOALAGA	Gynécologie-Obstétrique
Emile BANDRE	Chirurgie Générale et Digestive
Syranyan SEKOULE	Psychiatrie
Dieudonné OUEDRAOGO	Chirurgie Maxilo-Faciale

Assistants Biologistes des Hôpitaux

Lassina SANGARE	Bactério-Virologie
Idrissa SANOU	Bactério-Virologie
Harouna SANON	Hématologie/Immunologie
Issa SOME	Chimie Analytique
Rasmané SIEMDE	Galénique
Elie KABRE	Biochimie

Assistants associés

Valérie MURAILLE

Galénique et Chimie-Analytique

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

UFR des Sciences de l'environnement et
de la terre (UFR/SET)

et

UFR des Sciences exactes (UFR/ SE)

Professeurs Titulaires

Alfred S. TRAORE

Immunologie

Akry COULIBALY

Mathématiques

Sita GUINKO

Botanique-Biologie Végétale

Guy V. OUEDRAOGO

Chimie Minérale

Laya SAWADOGO

Physiologie-Biologie Cellulaire

Laou Bernard KAM (in memorian)

Chimie

Patoin Albert OUEDRAOGO

Zoologie

Maîtres de Conférences

Boukary LEGMA

Chimie-Physique Générale

François ZOUGMORE

Physique

Adama SABA

Chimie Organique

Philippe SANKARA

Cryptogamie-Phytopharmacie

Gustave KABRE

Biologie Générale

Maîtres-Assistants

Makido B. OUEDRAOGO	Génétique
Raymond BELEMTUGOURI	T.P. Biologie Cellulaire
Drissa SANOU	Biologie Cellulaire

Assistants

Apolinaire BAYALA (in memoriam)	Physiologie
Jeanne MILLOGO	T.P. Biologie-Végétale

Institut du Développement Rural (IDR)

Maîtres de Conférences

Didier ZONGO	Génétique
Georges Annicet OUEDRAOGO	Biochimie

UFR des Sciences Economiques et de Gestion (UFR/SEG)

Maître-Assistant

Tibo Hervé KABORE	Economie-Gestion
-------------------	------------------

UFR des Sciences Juridiques Politiques (UFR/SJP)

Assistants

Jean Claude TAITA	Droit
-------------------	-------

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Aimé OUEDRAOGO	Ophthalmologie
R. Joseph KABORE	Gynécologie-Obstétrique
Dr Bruno ELOLA	Anesthésie-Réanimation
Dr Michel SOMBIE	Planification
M. GUILLRET	Hydrologie
M. DAHOU (in mémoriam)	Hydrologie
Dr Bréhima DIAWARA	Bromatologie
Dr Annette OUEDRAOGO	Stomatologie
Dr Adama THIOMBIANO	Législation Pharmaceutique
Dr Sidiki TRAORE	Galénique
M. Mamadou DIALLO	Anglais
Dr Badioré OUATTARA	Galénique
Dr Alassane SICKO	Anatomie
Dr Aline TIENDREBEOGO	Chimie Analytique et contrôle médic.
Dr Noël ZAGRE	Nutrition
Dr Maminata TRAORE / COULIBALY	Biochimie
Dr Seydou SOURABIE	Pharmacognosie
Dr Félix KINI	Chimie
Dr Lamine OUEDRAOGO	Biologie Cellulaire
Dr Marie Françoise OUEDRAOGO	Mathématiques
Mme Cécile OUEDRAOGO	Anglais

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

A.U.P.E.L.F.

Pr. Lamine DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
Pr. Abibou SAMB	Bactério-Virologie (Dakar)
Pr. José Marie AFOUTOU	Histologie-Embryologie (Dakar)
Pr. Mbayang NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
Pr. E. BASSENE	Pharmacognosie (Dakar)
Pr M. BADIANE	Chimie Thérapeutique (Dakar)
Pr B. FAYE	Pharmacologie (Dakar)

O.M.S.

Dr Jean-Jacques BERJON	Histologie-Embryologie (Créteil)
Dr Frédéric GALLEY	Anatomie Pathologique (Lille)
Dr Moussa TRAORE	Neurologie (Bamako)
Pr Auguste KADIO	Pathologies infectieuses et parasitaires (Abidjan)
Pr Jean Marie KANGA	Dermatologie (Abidjan)
Pr Arthur N'GOLET	Anatomie Pathologique (Brazzaville)

Mission Française de Coopération

Pr Etienne FROGE	Médecine Légale
Pr AYRAUD	Histologie-Embryologie
Pr Raphaël DARBOUX	Histologie-Embryologie
Pr Henri MOURAY	Biochimie (Tours)

Pr Denis WOUESSI DJEWE

Pharmacie Galénique (Grenoble)

Mission de
l'Université Libre de Bruxelles (ULB)

Pr Marc VAN DAMME

Chimie Analytique-Biophysique

Pr Viviane MOES

Galénique

DEDICACES

A MES PARENTS, ANDRE ET AUGUSTINE.

Vous n'avez ménagé aucun effort pour me permettre de poursuivre mes études. Je vous ai parfois déçus mais vous m'avez toujours exprimé votre confiance à travers les sacrifices consentis. Merci.

Soyez assurés de ma profonde gratitude et de mon amour filial.

A MON EPOUSE, SOPHIE.

Tu m'as accompagné de bout en bout tout le long de ce travail. Tu as su m'encourager et me critiquer quand il le fallait, tu as partagé toutes mes inquiétudes et mes angoisses.

Les mérites de ce travail te reviennent autant qu'à moi. Merci.

Je suis serein, convaincu que tu sauras si bien m'accompagner dans la vie.

A MES FRERES ET SŒURS.

L'Abbé Jean-Didier, Louise et Placide, Adeline, Emilie et Emilienne, Roseline et Patrick :

« On ne voit bien qu'avec le cœur, l'essentiel est invisible pour les yeux »
(Antoine de St Exupéry).

A MES NEVEUX ET NIECES

Chloé, Flavie, Marianne et Bastien.

A MES GRANDS-PERES.

Naba Kango et Naba Belem Kaongo (in memoriam)

Naba Belem Wende

A MES GRANDS-MERES.

Brigitte et Marie-Jeanne.

Henriette (in memoriam)

REMERCIEMENTS

A MES ONCLES ET TANTES.

Hippolyte (in memoriam), Achille, Benoît, Charles, Elisabeth, Emmanuel, Florence, Gérard, Grand Bruno et Jeanne, Jean, Laurentine, Léonard, Maria, Michel et Marcel, Naba Karfo, Philippe, Victor et Victorine.

Merci pour votre soutien.

A MES COUSINS ET COUSINES.

L'Abbé Marius, Alexandre, Angéline, Bernardin, Charlotte, Elise, Evariste, Francis, Herman, Irène, Jacqueline, Jean G., Jean O., Jean Pascal S., Martin, Maxime, Nathalie, Pascal S., Paul, Prosper, Sylvie et Valentin.

A MES AMIS ET CAMARADES DE PROMOTION.

Blandine, Dodo, Pascal Nadembèga, Etienne M., Jean Legma, Jérémie, Justin, Lambert, Léo et Awa Zigani, Pascal B., Pierrette, Adama O., Bicaba, Césaire, Charlie, Dah, Diallo, Gansonré, Gast, Herman, J.-Lou, Kôrô Bass, Manu, Maré, Mat, Philibert, Philippe, Sidiki, Sylvie et tous les autres.

NOS REMERCIEMENTS VONT ÉGALEMENT A :

Ali et Zoé, Antoine Zazzo, Céline G., Dr Somda, Eliane G., Henri et Marie-Thérèse Galland, Jean et Laurence Le Buzullier, M et Mme Koanda, Mimi, Tata et Nelly, M. et Mme Le Buzullier, Nicaise, Olivier et Gaëlle Le Buzullier, tout le personnel de la Pédiatrie et de la Psychiatrie du CHN-YO, tout le personnel

de la Clinique El Fateh Suka, tout le personnel de la Polyclinique Tibs-néré et à tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué à la réalisation de ce travail.

Merci pour tout le soutien que vous m'avez apporté.

A NOS MAITRES ET JUGES...

A notre honorable Maître et Président du Jury,

Le Professeur Jean KABORE.

Maître de conférence agrégé de Neurologie à l'UFR/SDS.

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples sollicitations.

Nous avons eu la chance de bénéficier de vos enseignements au cours de notre cursus universitaire. Votre rigueur scientifique, votre sens du travail bien fait et votre disponibilité nous ont fortement impressionné.

Vous resterez pour nous un exemple.

Merci.

A notre Maître et Directeur de thèse,

Le Professeur Arouna OUEDRAOGO.

Maître de conférence agrégé de Psychiatrie à l'UFR/SDS,

Chef du service de Psychiatrie du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo.

Nous avons eu la chance de bénéficier de vos enseignements théorique et pratique. Nous avons découvert en vous un maître admirable par son éloquence, son esprit scientifique, sa disponibilité, son amour du travail bien fait et sa conscience professionnelle.

Vous avez inspiré et dirigé ce travail jusqu'à son terme. Vous nous avez maintes fois remis en selle, toujours avec le sourire malgré nos sollicitations parfois agaçantes.

Soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Juge,

Le Docteur Abdoulaye TRAORE.

Maître assistant de Santé Publique à l'UFR/SDS.

Vous nous avez initié aux rudiments de la Santé Publique au cours de notre sixième année des études médicales.

Nous avons été fasciné par votre franc-parler, votre simplicité et votre ardeur au travail.

Vos cours resteront pour nous une véritable mine de leçons de vie.

Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

A notre Maître et Juge,

Le Docteur Kapouné KARFO.

Maître Assistant de Psychiatrie à l'UFR/SDS.

Nous n'avons pas eu la chance de bénéficier de votre enseignement théorique.

Nous n'avons pas non plus eu l'occasion de travailler sous votre responsabilité.

Dès le premier contact, nous avons découvert en vous un maître courtois et attentif, confirmant ainsi tout le bien que l'on dit de vous.

Merci de nous accorder votre temps malgré vos nombreuses sollicitations.

« PAR DELIBERATION, L'UFR DES SCIENCES DE LA SANTE A ARRETE QUE LES OPINIONS, EMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI SERONT PRESENTEES, DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET N'ENTEND LEUR DONNER AUCUNE APPROBATION OU IMPROBATION. »

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	1
INTRODUCTION.....	2
ENONCE DU PROBLEME	4
PREMIERE PARTIE : LA REVUE DE LA LITTERATURE	
I – HISTORIQUE.....	5
<i>I-1 La naissance du concept.....</i>	<i>5</i>
<i>I-2 L'éclipse.....</i>	<i>6</i>
<i>I-3 La résurgence du concept.....</i>	<i>8</i>
<i>I-4 La place nosographique actuelle.....</i>	<i>9</i>
II – LES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES.....	12
<i>II-1 La répartition géographique</i>	<i>12</i>
<i>II-2 La fréquence selon le sexe et l'âge.....</i>	<i>13</i>
<i>II-3 Les facteurs prédisposants</i>	<i>13</i>
<i>II-4 Les facteurs déclenchants.....</i>	<i>14</i>
III – LES ASPECTS CLINIQUES	15
<i>III-1 Le début.....</i>	<i>15</i>
<i>III-2 La période d'état.....</i>	<i>15</i>
<i>III-3 L'évolution et le pronostic</i>	<i>18</i>
<i>III-4 Les formes cliniques.....</i>	<i>20</i>
<i>III-5 Le diagnostic.....</i>	<i>21</i>
IV - LES ASPECTS THERAPEUTIQUES.....	23
<i>IV-1 Les buts du traitement</i>	<i>23</i>
<i>IV-2 Les moyens</i>	<i>23</i>
<i>IV-3 Les indications.....</i>	<i>24</i>
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	
I – LES OBJECTIFS DE L'ETUDE	26

<i>I-1 L'objectif général</i>	26
<i>I-2 Les objectifs spécifiques</i>	26
II - MATERIEL ET METHODE	27
<i>II-1 Le cadre d'étude</i>	27
<i>II-2 La méthodologie</i>	28
II-2-1 Le type d'étude.....	28
II-2-2 Les critères d'inclusion.	28
II-2-3 Les critères d'exclusion.....	29
II-2-4 La collecte des données.....	29
II-2-5 Analyse des données	31
III – LES RESULTATS	32
<i>III-1 La prévalence</i>	32
<i>III-2 Les caractéristiques socio-démographiques</i>	33
III-2-1 Le sexe	33
III-2-2 L'âge	33
III-2-3 La situation matrimoniale	35
III-2-4 La profession.....	36
III-2-5 La religion.....	37
III-2-6 Le lieu de résidence	38
III-2-7 Le niveau de scolarisation.....	38
III-2-8 La situation migratoire.....	39
<i>III-3 Les antécédents</i>	39
III-3-1 Les antécédents personnels.....	39
III-3-2 Les antécédents familiaux.....	39
<i>III-4 Les circonstances de survenue</i>	40
III-4-1 Les délais de consultation	40
III-4-2 L'âge de début.....	40
III-4-3 Les facteurs déclenchants	41
<i>III-5 La sémiologie</i>	42

III-5-1 Les thèmes délirants.....	42
III-5-2 Les mécanismes du délire	44
III-5-3 L'humeur.....	46
III-5-4 La conscience.....	48
III-5-5 Les affections somatiques associées.....	48
III-5-6 Les actes antisociaux	49
<i>III-6 Les formes cliniques.....</i>	<i>51</i>
<i>III-7 Les aspects évolutifs.....</i>	<i>52</i>
III-7-1 La durée d'hospitalisation.....	52
III-7-2 Le mode de sortie.....	55
III-7-3 L'évolution des principaux symptômes	56
<i>III-8 Les aspects thérapeutiques.....</i>	<i>56</i>
IV – DISCUSSION.....	58
<i>IV-1 Les limites et les mérites de l'étude.....</i>	<i>58</i>
IV-1-1. Les limites de l'étude.....	58
IV-1-2 Les mérites de l'étude.....	58
<i>IV-2 Des aspects épidémiologiques.....</i>	<i>59</i>
IV-2-1 De la prévalence	59
IV-2-2 Des caractéristiques socio-démographiques.....	61
<i>IV-3 Des antécédents.....</i>	<i>65</i>
<i>IV-4 Des circonstances de survenue</i>	<i>66</i>
<i>IV-5 De la sémiologie.....</i>	<i>69</i>
<i>IV-6 Des formes cliniques</i>	<i>74</i>
<i>IV-7 Des aspects évolutifs</i>	<i>75</i>
CONCLUSION.....	77
RECOMMANDATIONS.....	78
BIBLIOGRAPHIE.....	80

LISTE DES ABBREVIATIONS

BDA : bouffée délirante aiguë

CHN-YO : Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo

CIM 9 : classification internationale des maladies, 9^{ème} révision

CIM 10 : classification internationale des maladies, 10^{ème} révision

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMD : psychose maniaco-dépressive

USP : unité de soins psychiatriques

INTRODUCTION

Les principaux états délirants aigus décrits dans la nosographie française correspondent soit au diagnostic de schizophrénie aiguë, soit à celui de la pathologie thymique en phase aiguë, (accès maniaque, accès mélancolique), soit enfin au diagnostic de bouffée délirante aiguë [10] encore appelée bouffée délirante polymorphe ou psychose délirante aiguë.

Si la schizophrénie et la psychose maniaco-dépressive sont deux entités pathologiques reconnues et bien codifiées à l'échelle internationale, il n'en est pas de même de la bouffée délirante dont l'autonomie, voire l'existence, est sans cesse remise en question [43, 44] depuis sa description princeps par Magnan en 1893.

Selon H.Ey [15], le terme de « bouffées délirantes aiguës » désigne un ensemble d'affections mentales caractérisées par « l'éclosion soudaine d'un délire polymorphe accompagné d'idées délirantes, d'illusions, d'hallucinations, d'interprétations et de réactions pathologiques ».

La bouffée délirante aiguë (BDA) apparaît brutalement, s'installant d'emblée dans sa période d'état par un délire [44] ; elle est vécue dans le désordre total et la surprise générale, d'autant plus que rien ne la laissait présager. Tout aussi brutalement, elle se résout en quelques jours ou quelques semaines mais laisse derrière elle une grande question, celle de son devenir [23]. En effet, si l'épisode délirant a une chance sur deux de rester l'unique incident dans la vie du sujet, il a également autant de chances d'évoluer sur un mode plus ou moins chronique : récurrences ou évolution vers une organisation psychotique chronique telle que la schizophrénie ou la psychose maniaco-dépressive [23].

Pour la plupart des psychiatres français et francophones, la bouffée délirante aiguë décrit une réalité clinique individualisée malgré la diversité des modes

évolutifs et des situations psychopathologiques qu'il recouvre [9, 20, 24, 40, 43, 44].

Sa fréquence est estimée entre 3 % et 5 % dans les établissements publics psychiatriques français [9, 44]. En milieu africain et latino-américain, elle se situe entre 20 % et 40 % [2, 3, 5, 8, 30, 44]. Au Burkina Faso, une étude menée de 1987 à 1991 [37] a montré que la bouffée délirante aiguë est un diagnostic fréquent dans le service de psychiatrie du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo (CHN-YO) avec un taux de prévalence de 11,8 %.

En face d'une telle affection spontanément résolutive mais pouvant tout aussi bien évoluer vers une chronicisation qui doit être redoutée, la préoccupation majeure du clinicien doit rester le pronostic : cet épisode récidivera-t-il, évoluera-t-il vers une psychose chronique, ou alors se résoudra-t-il sans séquelles ? Telles sont les véritables questions que posent la BDA dès son éclosion.

ENONCE DU PROBLEME

Au regard de la fréquence de la BDA dans le contexte de la psychiatrie africaine, les questions de recherche sur cette affection sont d'un intérêt certain. Plusieurs auteurs se sont penchés sur la question mais, malgré tout, force est de constater que la BDA pose encore beaucoup de problèmes, tant thérapeutiques que pronostiques en pratique africaine.

La bouffée délirante aiguë peut conduire à des actes auto ou hétéro-agressifs dont le meurtre est l'aspect le plus dramatique. A ce titre, elle constitue une urgence psychiatrique qui mérite un diagnostic précoce d'autant plus qu'elle peut bénéficier d'un traitement efficace permettant d'obtenir une guérison clinique. Mais parfois, l'évolution peut être défavorable malgré le traitement, ce qui impose une surveillance attentive dans le but de déceler cette éventualité.

L'existence, dans certains cas, de facteurs de stress psychosociaux déclenchants qui peuvent influencer sur le pronostic, témoigne du rôle que joue l'environnement socio-culturel dans l'éclosion et l'évolution de la bouffée délirante aiguë.

Au Burkina Faso, bien que ce diagnostic soit fréquemment évoqué dans les services de psychiatrie, il existe très peu de monographies à ce sujet. Aussi le praticien est-il contraint de se référer à des descriptions qui sortent du contexte socio-culturel burkinabè, ce qui est susceptible d'égarer son diagnostic et de compromettre une prise en charge précoce et efficace.

Le but de notre étude est de contribuer à une meilleure connaissance des bouffées délirantes aiguës dans le contexte culturel burkinabè. Cette étude entend ainsi participer à une meilleure prise en charge de cette affection au Burkina Faso.

**PREMIERE PARTIE :
LA REVUE DE LA
LITTERATURE**

I – HISTORIQUE

I-1 La naissance du concept

L'histoire des BDA a commencé en France en 1893 avec Valentin Magnan qui a été le premier à décrire « les délires polymorphes des dégénérés ». Avec son élève Legrain, il a isolé plus tard, au sein de ce groupe, « les bouffées délirantes polymorphes » qui représentaient à la fois une unité clinique, évolutive et étiologique [44].

Selon Magnan [28], un grand nombre de délires avaient pour principal caractère d'apparaître brusquement sans préparation aucune au milieu du calme le plus parfait.

En quelques jours, en quelques heures, un désordre complet entraînait les malades au sein des conceptions les plus étranges. Toutes les formes de délire pouvaient s'observer. Le délire pouvait être simple ; le plus souvent, il était multiple, polymorphe. Les idées délirantes se succédaient, s'enchevêtraient, s'entremêlaient... Ces délires pouvaient être exclusivement intellectuels sans la moindre trace de troubles sensoriels. Quand les hallucinations éclataient, c'était presque toujours par bouffées, subitement ; dans ce cas, point de systématisation, au contraire, il y avait une confusion extrême des idées, secondaire à l'invasion de la conscience par des hallucinations multiples.

Nés sans incubation, en coup de vent, ces délires cessaient de même, mais ils pouvaient plus tard se reproduire soit sous une forme identique à la première, soit sous un aspect différent. Pour Magnan, seuls les caractères suivants étaient à retenir : délire né d'emblée, le plus souvent multiple et protéiforme sans tendance marquée à la systématisation, rapidement éteint.

Magnan avait situé le cadre étiologique de ces délires dans la dégénérescence [29], à l'époque où la théorie de la dégénérescence de Morel faisait force de loi.

Pour lui, ces délires étaient propres aux dégénérés chez lesquels il avait établi la hiérarchie suivante :

- Les « dégénérés supérieurs » qui développaient des délires chroniques ;
- Les sujets à « prédisposition intermédiaire » qui étaient susceptibles d'avoir des « folies intermittentes » ;
- Les « prédisposés simples » chez lesquels « la folie est passagère et, en général, ne réapparaît pas. » ;

Ainsi est apparue dans la nosologie une entité nouvelle tantôt appelée bouffée délirante, tantôt délire polymorphe des dégénérés. Cette entité se distinguait des autres états délirants par son évolutivité aiguë, sa curabilité et le terrain sur lequel elle survenait.

I-2 L'éclipse

Avant même la fin du XIX^{ème} siècle, les délires des dégénérés ont subi un éclatement selon la prédominance du tableau clinique avec l'apparition, entre autres, de la confusion mentale, de la psychose hallucinatoire aiguë, de la paranoïa aiguë, des délires non systématisés aigus.

Dans le même temps, la conjonction de deux facteurs a concouru à l'éclipse des délires aigus.

D'une part, la disparition progressive du dogme de la dégénérescence, cadre étiologique des délires polymorphes des dégénérés, qui a laissé place à la doctrine des constitutions de Dupre. A une prédisposition donnée, cette doctrine faisait correspondre une psychose donnée [11].

D'autre part, l'engouement marqué des nosographes d'alors pour les psychoses chroniques qui ont pris le pas sur les psychoses aiguës dont la diversité évolutive s'accommodait mal avec leurs préoccupations.

En Allemagne, Kraepelin a réduit la nosographie psychiatrique à deux grandes entités : la folie maniaco-dépressive et les délires chroniques qui réunissaient la paranoïa et la démence précoce. Ainsi, les cas aigus (dont la bouffée délirante) ont été partagés entre la psychose maniaco-dépressive et la démence précoce, à l'exception des confusions mentales qui, pour Kraepelin, étaient toujours dues à une cause organique ou toxi-infectieuse. Toutefois, vers la fin de sa vie, les psychoses pénitentiaires l'ont amené à admettre le concept de dégénérescence ; il a proclamé alors qu'il y a lieu de tenir compte des « bouffées délirantes des dégénérés » isolées par Magnan. Mais cette révision tardive n'a guère retenu l'attention de ses contemporains.

Toujours en Allemagne, Bleuler, pour sa part, a confondu le problème des psychoses aiguës à celui de la schizophrénie. Il a refusé toute autonomie aux psychoses curables et les a englobées alors dans la schizophrénie.

Pour lui, la schizophrénie n'était pas une entité autonome mais un groupe syndromique caractérisé par des modifications particulières de l'affectivité et le relâchement des associations. Le diagnostic de schizophrénie devait donc être porté à partir des symptômes et non en fonction de l'évolution. Par conséquent, les BDA devaient être considérées comme des schizophrénies.

L'école française était alors focalisée sur les délires chroniques, avec la description de la psychose hallucinatoire chronique (Ballet, 1911), et celle des délires systématisés chroniques (Serieux et Capgras). Les idées de Kraepelin et Bleuler ont été largement accueillies en France. Cependant, quelques auteurs admettaient l'existence de certains états délirants susceptibles, sinon de guérir, du moins de s'améliorer, seul reliquat des psychoses délirantes aiguës.

Ainsi depuis le début du XX^{ème} siècle et jusqu'aux environs de 1950, l'entité des bouffées délirantes a disparu de la nosographie psychiatrique.

I-3 La résurgence du concept

Durant toute cette période d'éclipse, l'enseignement de Magnan n'a cependant pas été tout à fait oublié [20, 44].

En France, Ternel, en 1910, a insisté sur la nécessité d'isoler les délires aigus polymorphes des délires systématisés chroniques.

En 1914, Dupré et Logre ont décrit la psychose interprétative aiguë.

En 1922, Halberstadt a réactualisé la psychose dégénérative aiguë et a plaidé explicitement pour le retour aux conceptions de Magnan. Pour lui, les états qualifiés à tort de démence et qui guérissaient, n'étaient en réalité que des erreurs de diagnostic ; les uns étaient du ressort de la folie maniaco-dépressive, les autres de la dégénérescence mentale qui était plus fréquente qu'on ne le croyait.

En 1927, Valence, élève de Serieux, a décrit, en marge du délire interprétatif dont l'incurabilité a été précédemment rappelée par son maître, des états interprétatifs essentiels, curables, indépendants de toute constitution paranoïaque et de tout élément maniaco-dépressif

Genil-Perrin a cité des exemples de « bouffées délirantes interprétatives transitoires et isolées » et a admis qu'il est impossible de les distinguer d'un état délirant chronique par la seule analyse des symptômes.

En Allemagne, les premières doctrines de Kraepelin ont été discutées par certains auteurs pour ce qu'elles avaient d'exclusif.

Birnbaum, en 1904, a décrit la psychose des dégénérés. Bonhoeffer, en 1907, a proclamé clairement la nécessité de revenir à Magnan et a critiqué l'extension exagérée des démences précoces. En 1923, Kleist a conforté les psychoses dégénératives décrites quelques années plus tôt par Halberstadt et les a assimilées à des formes d'états crépusculaires de la conscience.

En 1927, la traduction des travaux de Magnan, par Moebius, a répandu ses idées et fait des adeptes parmi les psychiatres peu satisfaits de l'alternative démence précoce ou folie maniaco-dépressive.

C'est avec Jaspers qu'est apparue la notion d'expérience délirante primaire et de conscience délirante et hallucinatoire aiguë, correspondant à des états de conscience intermédiaires entre la pensée vigile et la pensée onirique, ce que Mayer-Gross a désigné plus tard sous le nom d'états oniroïdes.

Pour la première fois, la psychose délirante aiguë a été envisagée, non pas comme une mosaïque de symptômes hétéroclites cimentés par le concept vague de dégénérescence défendu par l'école de Magnan, mais comme une forme particulière de trouble de la conscience.

C'est Henri Ey [13] qui, après la Seconde Guerre mondiale, a conforté définitivement le concept de BDA en décrivant la sémiologie des bouffées délirantes polymorphes pour lesquelles il a réclamé un cadre nosologique autonome. Il les a situées à un niveau de déstructuration de la conscience intermédiaire entre les crises maniaco-dépressives et les états confusionnels et distincts des altérations profondes de la personnalité réalisées par les psychoses chroniques.

A partir de 1960, de multiples travaux réalisés en France et dans les pays d'outre-mer, notamment en Afrique, aux Antilles et en Amérique latine, ont confirmé l'intérêt de conserver ce concept de BDA. Parallèlement, de nombreuses études visant à préciser la sémiologie, les étiologies, et l'évolution, ont vu le jour [44].

I-4 La place nosographique actuelle

Tous les courants psychiatriques s'accordent à reconnaître l'existence de syndromes transitoires caractérisés par un état délirant aigu avec troubles thymiques, altération plus ou moins marquée de la conscience d'installation brutale et dont le potentiel évolutif est marqué par une rémission spontanée avec tendance aux récives [44]. Cependant, la place de ces états transitoires au sein des autres psychoses ne fait pas l'unanimité. Si autrefois ils étaient plus souvent

confondus au groupe des psychoses maniaco-dépressives ou au groupe des schizophrénies, la tendance actuelle est à leur individualisation, même si les avis divergent quant à leur place nosologique.

Les psychiatres français, fidèles à Magnan, désignent ces états délirants sous le nom de bouffées délirantes aiguës. Dans la classification de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), ils se retrouvent dans les catégories suivantes[44] :

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

En Amérique, l'Association Américaine de Psychiatrie distingue un certain nombre d'états psychotiques aigus dont la description clinique correspond aux bouffées délirantes aiguës [1] :

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

Depuis 1992, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié une nouvelle nosographie (CIM 10), dans laquelle on retrouve un groupe dit « troubles psychotiques aigus et transitoires » (F 23) comprenant six sous-groupes [32] :

- F 23.0 : Troubles psychotiques aigus polymorphes sans symptômes schizophréniques ;
- F 23.1 : Troubles psychotiques aigus polymorphes avec symptômes schizophréniques ;
- F 23.2 : Trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique, dans lequel la symptomatologie est de type schizophrénique mais persiste moins d'un mois ;

- F 23.3 : Autres troubles psychotiques aigus, essentiellement délirants, où l'on range ce qui a été appelé « psychose psychogène » et « réaction paranoïaque » ;
- F 23.8 : Autres troubles psychotiques aigus et transitoires ;
- F 23.9 : Troubles psychotiques aigus et transitoires, sans précision, où l'on doit inclure les « psychoses réactionnelles brèves » ;

Mais à peine ces classifications étaient-elles ébauchées que, déjà, elles étaient critiquées. Ferrero[16], a ainsi exposé les inconvénients de la CIM 10 puis, il a proposé quatre concepts clés pour servir de base à une nouvelle classification : la psychose exogène, la bouffée délirante, la psychose réactionnelle et les schizophrénies aiguës.

Ailleurs, on parle de « psychoses psychogéniques » (pays scandinaves), de « psychoses cycloïdes » (Allemagne) [44].

L'éventail des éléments nosologiques de ces BDA est encore très large et il serait fastidieux d'en faire, ici, l'inventaire. Cette richesse de la terminologie suffit, à elle seule, pour rendre compte de la polémique qui entoure la place nosographique des BDA.

II – LES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

II-1 La répartition géographique

Dans la littérature, la BDA ou ses équivalents anglo-saxons semble être un diagnostic fréquent. En France, les statistiques de l'INSERM portant sur la population des établissements psychiatriques en 1970 estimaient la fréquence des BDA à 5 % avec un pourcentage égal d'hommes et de femmes ; en 1978, Perron [39] avait rapporté, dans un travail conduit dans 34 services psychiatriques français, 6,2 % de BDA avec 63 % de femmes ; Peraud [38] avait relevé à la Fondation de la Santé des Etudiants une fréquence de 4,5 % et Singer [45] à Strasbourg avait retrouvé 3,5% de BDA parmi les malades hospitalisés en psychiatrie. Constant[7] a estimé sa fréquence à 6 % dans les établissements publics français. Cousin[9] faisait état d'une fréquence comprise entre 3 % et 5 %. En 1983, dans une étude ayant porté sur des patients hospitalisés à l'Hôpital Sainte Anne de Paris, Johnson-Sabine et coll.[21] ont montré que la fréquence d'utilisation du diagnostic de bouffée délirante était en constante diminution : 8 % en 1978 et 3 % en 1981.

Des études semblent montrer que les BDA sont plus fréquentes en milieu africain et latino-américain que partout ailleurs dans le monde. Ainsi, à Dakar, Collomb[5] en 1960, a estimé leur fréquence entre 30 % et 40 % ; à Pointe à Pitre, Garelleon[17] a estimé, en 1984, que 2 admissions sur 4 en psychiatrie étaient des BDA ; Constant[8] en Guadeloupe, mentionnait une fréquence de 15 %.

Au Burkina Faso, Ouédraogo et coll.[37], dans une étude rétrospective portant sur une période de 5 ans (de 1987 à 1991) avaient estimé que 11,8 % des entrées dans le service de psychiatrie du CHN-YO relevaient du diagnostic de BDA.

II-2 La fréquence selon le sexe et l'âge

La BDA est le fait d'un adolescent ou d'un adulte jeune, le plus souvent de sexe féminin [23, 44].

Pull [42] et Pichot [41], dans leur définition de la BDA, ont proposé un âge de début entre 20 et 40 ans, l'âge moyen étant de 29 ans.

II-3 Les facteurs prédisposants

Plusieurs auteurs ont fait état de terrains particuliers sur lesquels surviennent les BDA.

Lemperière et coll. [23] parlent de sujets immatures ayant eu des difficultés d'adaptation et d'identification, chez lesquels on retrouve volontiers des antécédents psychiatriques familiaux de registres divers.

Ey [12] et Collomb [5] mettent en avant l'existence d'antécédents personnels névropathiques, en particulier hystériques.

Criquillion-Doublet et coll. [10], sur 53 cas de BDA, ont trouvé des antécédents psychiatriques familiaux dans 51 % des cas ; ces antécédents étaient plus souvent de nature thymique que schizophrénique.

Pour d'autres auteurs, des troubles de la personnalité sont incriminés :

- Personnalité immature ;
- Personnalité psychasthénique ;
- Personnalité schizoïde ;
- Personnalité hystérique ;
- Personnalité psychopathique ;
- Déficience intellectuelle légère.

Cependant, plusieurs auteurs admettent que la BDA survient aussi chez des sujets indemnes de troubles de la personnalité ou d'antécédents psychiatriques.

II-4 Les facteurs déclenchants

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

- La puerpéralité ;
- Les facteurs organiques : accidents, intervention chirurgicale.
- Les facteurs de stress divers : deuil, échec, réussite, séparation, incarcération, période de guerre.

III – LES ASPECTS CLINIQUES

III-1 Le début

La BDA survient brutalement avec l'installation d'un délire qui marque une rupture d'avec la vie antérieure du malade. Plusieurs expressions ont été utilisées pour rendre compte de la brutalité du début :

- « coup de tonnerre dans un ciel serein » (Magnan) ;
- « jaillit violemment avec l'instantanéité d'une inspiration » (Magnan) ;
- « Dès son apparition, le délire est constitué, armé de toutes pièces, de pied en cap, enveloppé dès sa naissance de son cortège de troubles sensoriels, c'est un délire d'emblée. » (Magnan).

En fait, dans le passé récent, des phénomènes prémonitoires qui ne prennent leur importance qu'a posteriori sont constants : insomnie, anxiété, malaise diffus, légers troubles de l'humeur, du caractère ou du comportement.

III-2 La période d'état

⇒ Le délire

L'expérience délirante est intensément vécue et le malade y adhère pleinement. Elle introduit un bouleversement total, sans cesse en mutation, de soi et du monde extérieur ; le sujet paraît à la dérive, divaguant au gré de ses fantaisies imaginaires, désintéressé de la réalité présente [23].

Non seulement le malade sent son corps transformé dans sa morphologie et dans son fonctionnement (dépersonnalisation), mais aussi il ressent le monde extérieur comme en total bouleversement (déréalisation).

Le sujet se trouve placé dans l'inconnu car, quand bien même la réalité ambiante serait-elle perçue, son intégration se mélange aux éléments délirants sans que le malade puisse les départir [43]. Ainsi, l'expérience délirante est vécue dans un

sentiment d'étrangeté mais la conviction du patient est immédiate, sa certitude absolue ; elle est irrécusable et « s'impose comme le rêve au rêveur » (H. Ey).

Les idées délirantes sont polymorphes, s'enchaînant en se heurtant l'une l'autre, sans aucune systématisation [23].

- Les idées de persécution : le sujet se plaint de préjudices moraux, physiques, matériels qui portent atteinte à son honneur, à son statut socioprofessionnel, à son intégrité, à ses biens. Les menaces et les exactions proviennent souvent de l'entourage immédiat, généralement un membre de la famille. En milieu africain, ces idées de persécution constituent le thème le plus fréquent dans les BDA [4, 25, 46] ;
- Les idées de grandeur : énormité, richesse, filiation, surestimation des capacités personnelles. Le sujet s'identifie souvent à une personnalité connue (homme politique, vedette) ;
- Les idées mystico-religieuses : elles sont faites de préoccupations mystiques et religieuses. Elles s'expriment souvent sous forme d'apparitions, de voix, de mission divine à exécuter ;
- Les idées d'influence : le sujet se croit soumis à des forces extérieures qui orientent ou forcent sa pensée, conditionnent son jugement ;
- Les idées de possession : le corps et l'esprit du patient deviennent l'instrument de forces extérieures bienveillantes ou malveillantes. Ces forces lui dictent et lui imposent tous ses faits et gestes ;
- Les idées érotomaniaques : conviction délirante d'être aimé.

Toutes ces idées délirantes sont élaborées par plusieurs mécanismes qui peuvent se combiner entre eux ou rester isolés.

- Les interprétations : elles se définissent comme étant des jugements faux portés sur des perceptions exactes ;

- Les intuitions : elles sont caractérisées par l'admission par le sujet, sans critique, d'idées qui traversent son champ de conscience. Elles sont soudaines, révélatrices ;
- Les illusions : elles consistent en la dénaturation ou la déformation d'un objet réel, incorrectement perçu ;
- Les hallucinations : ce sont des perceptions qui surviennent en l'absence de stimulus extérieur. Ce sont des « perceptions sans objet à percevoir » (H. Ey). En milieu africain, la grande fréquence des hallucinations dans l'élaboration du délire a été soulignée par plusieurs auteurs [2, 8, 25].

⇒ Les troubles de l'humeur

L'humeur peut être normale. Classiquement, l'humeur du délirant est oscillante. D'un instant à l'autre, le patient peut passer de l'exaltation euphorique la plus intense à l'anxiété la plus profonde. Le tableau a souvent une « coloration » thymique prédominante qui le situe soit du côté de la manie, soit du côté de la mélancolie.

⇒ Les troubles de la conscience.

La conscience vigile est très peu perturbée. Tout au plus, on note une certaine obnubilation associée à une distractivité extrême, une dispersion de l'attention sans cesse sollicitée par l'appréhension fragmentaire et mouvante du monde extérieur, et par des productions imaginaires. Ce niveau de déstructuration de la conscience est caractéristique de l'état oniroïde. Cette conscience oniroïde est un mode d'activité mentale voisin du rêve, différent de l'onirisme, où le réel n'est perçu que par rapport au vécu subjectif et dans ses valeurs de significations dramatiques [23]. Il n'y a pas de désorientation temporo-spatiale.

⇒ Les troubles du comportement.

Le comportement est tributaire du délire. Parfois calme et coopératif, tantôt mutique, tantôt en proie à une logorrhée intarissable, le malade divague au gré

du vécu délirant : attitudes d'écoute ou d'extase, fugues, agitation clastique et agressivité pouvant conduire à des actes médico-légaux.

III-3 L'évolution et le pronostic

La fin de l'accès survient en quelques jours ou quelques semaines, ce qui a fait dire à Magnan que la bouffée délirante est « sans conséquence, sinon sans lendemain ».

Actuellement, les auteurs sont plus réservés car, si le pronostic à court terme est bon, il n'en est pas de même du pronostic à long terme, les récurrences étant fréquentes. De nombreux auteurs [6, 20, 23, 44, 45, 49] reconnaissent l'existence d'accès uniques (la moitié des cas environ), d'évolution intermittente (dans 25 % des cas), soit selon la même modalité, soit sur un mode de plus en plus dysthymique vers une psychose maniaco-dépressive (PMD) (25 % des cas environ), d'évolution schizophrénique chronique (25 % des cas environ). A Dakar, une étude ayant porté sur 373 cas de BDA[34] avait retrouvé 88,5 % d'évolution favorable dont 58 % de guérison sans récurrence, 30,3 % après une ou deux rechutes, et 11,5 % de chronicisation, sur une période de 16 à 24 ans. Ouédraogo et coll. [37] à Ouagadougou, après une période de suivi de 5 ans, ont noté 25,6 % de chronicisation sur un effectif de 102 bouffées délirantes.

Ainsi, loin de l'affirmation de Magnan, le praticien d'aujourd'hui appréhende fortement le devenir de la BDA ; appréhensions stigmatisées par cette boutade qui dit que « si Magnan était là aujourd'hui, il verrait que les lendemains de la BDA ne sont pas sans conséquences ».

Plusieurs auteurs [20, 23, 44] ont proposé des éléments prédictifs quant à l'évolution de la bouffée délirante. Sont considérés comme des éléments de pronostic favorable :

- Le début soudain ;
- L'existence de facteurs déclenchants ;

- Des troubles thymiques francs ;
- La sensibilité au traitement ;
- La brièveté de l'accès ;
- La critique du délire ;
- L'absence de troubles de l'adaptation prémorbide.

Un pronostic défavorable est à craindre devant :

- Un début précoce ;
- L'absence de facteurs déclenchants ;
- Un début subaigu précédé de manifestations insidieuses ;
- Une personnalité prémorbide schizoïde ;
- La rareté des troubles de l'humeur ;
- L'absence de variation thymique ;
- Une symptomatologie dominante schizophrénique ;
- Une absence de critique du délire.
- La résistance au traitement bien conduit.

Il faut savoir qu'aucun critère à lui seul ne permet d'affirmer un bon pronostic, que ces éléments n'ont qu'une valeur relative et que le pronostic jugé initialement favorable ou défavorable peut se trouver démenti à long ou moyen terme.

Jamrot Damette et Olivier[20] ont étudié le pronostic de 13 cas de BDA avec un recul de 10 ans, apprécié à partir de ces critères. S'ils n'ont pas conclu à l'invalidité de ces critères, ils ont clairement exprimé leurs doutes, arguant du fait que cette tentative pronostique est limitée par son fondement statistique.

D'autres auteurs par contre refusent catégoriquement de croire à l'existence de facteurs pronostiques, à l'image de Samuel-Lajeunesse[44] qui écrit : « En fait, aucun critère anamnétique, symptomatologique ou évolutif à court terme ne permet de prédire l'évolution à long terme des bouffées délirantes. ».

Plusieurs études se sont intéressées au pronostic à long terme des BDA mais les résultats sont hétérogènes, en grande partie à cause des disparités diagnostiques

et des différences méthodologiques. L'étude française la plus fiable est celle de Singer [45] qui montre que plus les critères diagnostiques sont exigeants, plus la bouffée délirante a des chances d'avoir un pronostic favorable et vice versa.

III-4 Les formes cliniques

⇒ Les formes symptomatiques

Dans la forme typique, les thèmes délirants et leurs mécanismes sont multiples et non systématisés. La caractéristique principale du tableau clinique est son extrême variabilité. Dans certains cas, un seul mécanisme est prépondérant, voire exclusif, ce qui permet de décrire des formes cliniques :

- Formes imaginatives aiguës ;
- Formes interprétatives aiguës ;
- Formes hallucinatoires aiguës ;
- Formes confuso-oniriques.

Mais ces formes cliniques ainsi décrites sont un peu trop globales et n'apportent que très peu de renseignements sur la nature du trouble. L'OMS a proposé une classification qui, en même temps qu'elle définit les critères diagnostiques de la BDA, établit des regroupements en fonction de la sémiologie. La dernière classification en date est la CIM 10[1]. Les BDA s'y retrouvent sous la rubrique F 23 (troubles psychotiques aigus et transitoires). Les six sous-groupes ont été décrits plus haut dans le chapitre « place nosographique »

⇒ Les formes étiologiques

A travers la littérature, la grande majorité des auteurs s'accorde à reconnaître que la BDA ne relève pas d'une cause déterminée[44]. Cependant, bien des situations ont été fortement incriminées dans la survenue des BDA : toute la difficulté dans ces cas consiste à dire si ces situations sont venues précipiter l'irruption dans le délire d'un individu prédisposé ou si au contraire elles ont

provoqué cette réaction chez un sujet préalablement sain, sans prédisposition aucune. Quoi qu'il en soit, l'aspect étiologique des BDA est présenté sous trois formes dans la littérature :

- Les expériences délirantes primaires.

Elles surviennent « ex-abrupto ». On ne retrouve pas de relation avec un agent causal précis. Elles sont volontiers attribuées à des sujets ayant des traits pathologiques de la personnalité. Elles sont présentées comme étant les plus fréquentes.

- Les bouffées délirantes psychogènes ou réactionnelles

Elles sont le fait de sujets ayant subi un choc émotionnel. Pour que l'événement traumatisant puisse être incriminé, il devra être précis, subit, imprévisible et suffisamment récent.

- Les bouffées délirantes organiques.

Elles sont le résultat d'une agression encéphalique par divers facteurs :

- traumatismes physiques (fracture.) ;
- infections (paludisme, fièvre typhoïde.) ;
- substances toxiques (alcool.).

III-5 Le diagnostic

⇒ Le diagnostic positif

Il se fonde sur les éléments sémiologiques suivants :

- Le début soudain ;
- La multiplicité des thèmes du délire ;
- L'adhésion au délire ;
- L'état crépusculaire de la conscience ;
- Le caractère angoissant ou exaltant de « l'épreuve » délirante ;
- La variabilité, d'un moment à l'autre, du niveau de vigilance, des thèmes délirants et de l'humeur ;

- L'évolution régressive en quelques jours ou quelques semaines.

⇒ Le diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel de la BDA se fait avec :

- Les états confusionnels

Leurs limites avec les BDA ne sont pas toujours claires.

En général, ces états confusionnels s'accompagnent de signes somatiques (comme la fièvre, la déshydratation) beaucoup plus marqués. Ceci impose de toujours rechercher une étiologie organique devant une BDA.

Les états confusionnels s'accompagnent toujours d'une désorientation temporo-spatiale. Il faut noter également la perplexité anxieuse dans la confusion mentale.

- La psychose maniaco-dépressive

Elle pose des problèmes diagnostiques plus difficiles.

En faveur de la manie délirante, on retiendra le ludisme, l'euphorie, et la versatilité de l'humeur.

Le délire à thème de ruine ou de persécution, l'inhibition et l'intense douleur morale, plaident en faveur d'une mélancolie délirante.

- Une poussée processuelle de schizophrénie

Ce diagnostic est parfois impossible durant l'accès. Seule l'anamnèse permet de rétablir le diagnostic.

- Certains états délirants de survenue aiguë peuvent également prêter à confusion avec la BDA : ivresse pathologique, paroxysmes épileptiques, états délirants secondaires à la prise de toxiques.

- Les états situationnels d'expression psychotique.

IV - LES ASPECTS THERAPEUTIQUES

La BDA est une urgence psychiatrique. Dans la grande majorité des cas, elle commande une hospitalisation parfois difficile à faire admettre à un sujet qui ne se reconnaît pas malade.

IV-1 Les buts du traitement

Le traitement vise à :

- Contrôler l'épisode aigu en obtenant une rémission rapide de l'accès ;
- Eviter les récurrences ;
- Résoudre les conflits psychiques susceptibles de constituer des facteurs aggravants.

IV-2 Les moyens

⇒ La chimiothérapie

Elle fait appel, habituellement, à trois classes de médicaments.

- les neuroleptiques dont les plus couramment utilisés sont :
 - . La chlorpromazine (LARGATIL[®]) ;
 - . La lévomépromazine (NOZINAN[®]) ;
 - . L'halopéridol (HALDOL[®]) ;
 - . Le sulpiride (DOGMATIL[®]).
- les tranquillisants dont les plus utilisés sont :
 - . Le méprobamate (EQUANIL[®]) ;
 - . Le diazépam (VALIUM[®]).
- les antidépresseurs :
 - . La clomipramine (ANAFRANIL[®]) ;
 - . L'amitriptyline (LAROXYL[®]).

⇒ La sismothérapie

Il s'agit de l'administration d'électrochocs sous anesthésie générale et après curarisation. Elle consiste à faire passer un courant électrique de 200 volts, d'intensité de 50 à 250 milliampères pendant une demie seconde environ.

Son but est de produire artificiellement une crise d'épilepsie généralisée. La cure comporte habituellement 6 à 8 séances à raison d'une séance tous les deux jours.

⇒ La psychothérapie

Elle est rendue possible par la chimiothérapie. Il s'agit d'une psychothérapie de soutien ou d'une psychothérapie plus structurée en fonction du profil de la personnalité sous-jacente et des problématiques mises en évidence. Elle consiste dans un premier temps à rassurer le malade et, dans un deuxième temps, à passer en revue les éventuels conflits psychiques afin de tenter une résolution.

⇒ La réinsertion socioprofessionnelle

Elle vise à restituer au sujet sa place dans l'environnement socioprofessionnel ou à lui aménager une nouvelle place qui lui convienne.

IV-3 Les indications

Sitôt qu'elle atteint une certaine intensité, la BDA est une urgence psychiatrique qui nécessite une hospitalisation. Dans les autres cas, le traitement peut être institué et conduit en ambulatoire.

⇒ Le traitement d'attaque

Il fait appel aux neuroleptiques et aux tranquillisants. Dans les cas graves, ces médicaments sont administrés par voie intramusculaire. Selon que le tableau est dominé par l'agitation, l'inhibition ou l'activité hallucinatoire, le choix se pose entre un neuroleptique sédatif, un neuroleptique incisif, et un neuroleptique à action anti-hallucinatoire marquée.

Certains auteurs [48] préconisent l'association d'emblée de deux neuroleptiques, l'un sédatif, l'autre incisif. D'autres, par contre, proposent de commencer par un

seul neuroleptique, l'association pouvant se faire secondairement si les troubles persistent[44]. Dans tous les cas, la prescription simultanée de plus de deux neuroleptiques n'est jamais, ou très rarement, justifiée [23].

Quant aux posologies, elles dépendent de la réponse individuelle et sont ajustées quotidiennement à l'état du malade.

Un tranquillisant est toujours associé d'autant que l'angoisse est souvent au premier plan.

La prescription d'un antiparkinsonnien est souvent nécessaire pour corriger les effets secondaires induits par les neuroleptiques.

La sismothérapie ne se justifie que devant la résistance à une chimiothérapie bien conduite. En pratique, on procède à un allègement du traitement neuroleptique et on effectue une série d'une douzaine de chocs. Il faut cependant noter que certains psychiatres y sont hostiles [6, 7].

⇒ Le traitement d'entretien

Le traitement neuroleptique doit être poursuivi pendant deux ou trois mois, voire six mois. Le traitement initial est allégé avec le passage à la voie orale. Dès que les posologies sont stabilisées, la dose quotidienne devra être administrée, autant que possible, en une seule prise. C'est en ce moment qu'il faut surveiller l'état de l'humeur à la recherche d'une dépression post-psychotique qui est fréquente et nécessite la prescription d'antidépresseurs.

C'est seulement à cette phase du traitement que la psychothérapie est envisageable.

Le traitement est complété par une réinsertion socioprofessionnelle qui dépend souvent plus des conditions extérieures que de l'équilibre psychologique du sujet. Sa réussite nécessite la collaboration de la famille, du praticien, et du thérapeute.

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

I – LES OBJECTIFS DE L’ETUDE

I-1 L’objectif général

Etudier les aspects épidémiologiques et cliniques des bouffées délirantes aiguës au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.

I-2 Les objectifs spécifiques

1. Déterminer la prévalence des bouffées délirantes aiguës au CHN-YO.
2. Déterminer les caractéristiques socio-démographiques des patients hospitalisés pour bouffée délirante aiguë au CHN-YO.
3. Décrire les circonstances de survenue de la bouffée délirante aiguë chez ces patients.
4. Répertorier les thèmes délirants et leurs mécanismes chez ces patients.
5. Déterminer les modalités évolutives immédiates des bouffées délirantes aiguës au CHN-YO.

II - MATERIEL ET METHODE

II-1 Le cadre d'étude

Notre étude a été menée dans le service de psychiatrie du CHN-YO. C'est une structure de référence nationale. Les malades y sont admis soit sur demande spontanée de prise en charge formulée par les malades eux-mêmes ou par leurs familles, soit sur initiative des forces de l'ordre ou de l'entourage, soit encore sur référence par les Unités de Soins Psychiatriques (USP) du pays. Les principales activités qui y sont menées sont :

- Les consultations externes.

Elles concernent les nouveaux et les anciens patients. Elles sont assurées par des médecins psychiatres, des psychologues et des infirmiers spécialisés en santé mentale. Elles vont déboucher soit sur un traitement et un suivi institués en ambulatoire, soit sur une hospitalisation.

- Les hospitalisations.

Le service des hospitalisations a une capacité d'accueil de quarante (40) lits et de deux (2) cellules d'isolement. Les patients sont admis en hospitalisation complète et doivent avoir obligatoirement un accompagnant permanent. Ils sont impliqués dans la vie du service à travers les travaux manuels, les activités récréatives, et les causeries hebdomadaires avec tout le personnel soignant.

II-2 La méthodologie

II-2-1 Le type d'étude.

Notre étude est descriptive et rétrospective, portant sur des données existantes. Elle a concerné une période de cinq ans, de 1994 à 1998.

II-2-2 Les critères d'inclusion.

Nous avons considéré chaque hospitalisation comme un cas ; ainsi, plusieurs cas peuvent correspondre à un seul et même patient si celui-ci a été hospitalisé plus d'une fois pendant la période d'étude.

Ont été pris en compte dans l'étude tous les cas hospitalisés de manière consécutive dans le service de psychiatrie du CHN-YO entre le 1^{er} janvier 1994 et le 31 décembre 1998 inclus et dont le diagnostic à la sortie était « BDA » ou un des codes correspondants de la classification internationale des maladies (CIM).

Pour les patients hospitalisés au cours de la première année de notre étude (1994), les diagnostics ont été codés selon la CIM 9. Les catégories suivantes correspondant aux BDA ont été retenues :

- E 298-3 : Etats délirants provoqués apparemment par un bouleversement émotionnel.
- E 298-4 : Psychoses délirantes psychogènes.
- E 298-8 : Psychoses réactionnelles autres et non précisées.

A partir de 1995, les diagnostics ont été codés selon la CIM 10. Les catégories suivantes ont été prises en compte :

- F 23.0 : Troubles psychotiques aigus polymorphes sans symptômes schizophréniques.

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

Dans un souci d'uniformisation, nous avons converti tous les diagnostics codés selon la CIM 9, en codes de la CIM 10 : les diagnostics 298-3 ; 298-4 et 298-8 ont été recodés respectivement en F 23.0 ; F 23.1 et F 23.9.

II-2-3 Les critères d'exclusion

Ont été exclus de l'étude les cas dont :

- Le dossier médical n'a pas été retrouvé ;
- L'observation médicale n'était pas exploitable par insuffisance d'informations.

II-2-4 La collecte des données

Nous avons utilisé systématiquement le registre d'hospitalisation, les observations médicales et les résultats d'examens disponibles.

La collecte des données s'est déroulée en trois phases :

- A partir du registre d'hospitalisation, nous avons relevé le numéro de tous les dossiers répondant aux critères d'inclusion ci-dessus mentionnés.

- Dans un deuxième temps, nous avons recherché et ressorti tous les dossiers concernés.
- Enfin, pour chaque dossier ne répondant à aucun critère d'exclusion, l'observation a été minutieusement analysée et les renseignements ont été consignés dans une fiche spéciale conçue à cet effet (jointe en annexe).

Pour chaque cas, les renseignements suivants ont été recueillis dans la mesure du possible.

- Les caractéristiques socio-démographiques : il s'agit de l'âge, du sexe, de la profession, de la situation matrimoniale, de la religion, du lieu de résidence (rurale ou urbaine), du niveau de scolarisation, de la situation migratoire.
- Les antécédents psychiatriques : les épisodes similaires antérieurs, les hospitalisations antérieures, l'existence de troubles psychiatriques chez d'autres membres de la famille.
- Les circonstances de survenue : les délais de consultation, les facteurs déclenchants.
- Les signes cliniques : thèmes délirants et leurs mécanismes, l'état de l'humeur, et de la conscience, les éventuels signes et syndromes somatiques associés, les actes antisociaux commis.
- La forme clinique.
- L'évolution immédiate : durée d'hospitalisation, mode de sortie, l'état à la sortie.
- Le traitement : famille des médicaments utilisés et leur nature.
- Les remarques : il s'agit de toutes les informations qui, à notre sens, ont pu jouer un rôle dans la survenue, les manifestations ou l'évolution de la maladie et qui ne pouvaient pas être classés dans les items ci-dessus cités.

II-2-5 Analyse des données

A partir des fiches dûment remplies, les données ont été saisies puis analysées sur micro-ordinateur équipé du logiciel de traitement statistique EPI INFO dans sa version 5.01.

Les différences observées ont été appréciées par le test du chi carré.

Le seuil de signification a été fixé à $p=0,05$.

III – LES RESULTATS

III-1 La prévalence

Au cours de la période d'étude, 226 hospitalisations complètes pour BDA ont été recensées dans le service de psychiatrie du CHN-YO. A la même période, le total des hospitalisations en psychiatrie s'élevait à 805. La prévalence hospitalière était donc de 28,07 %.

De ces hospitalisations, 41 cas répondaient à un critère d'exclusion et ont été, de ce fait, écartés de l'étude.

Notre étude a donc porté sur un total de 185 cas.

La figure 1 indique la répartition de l'effectif selon l'année d'hospitalisation.

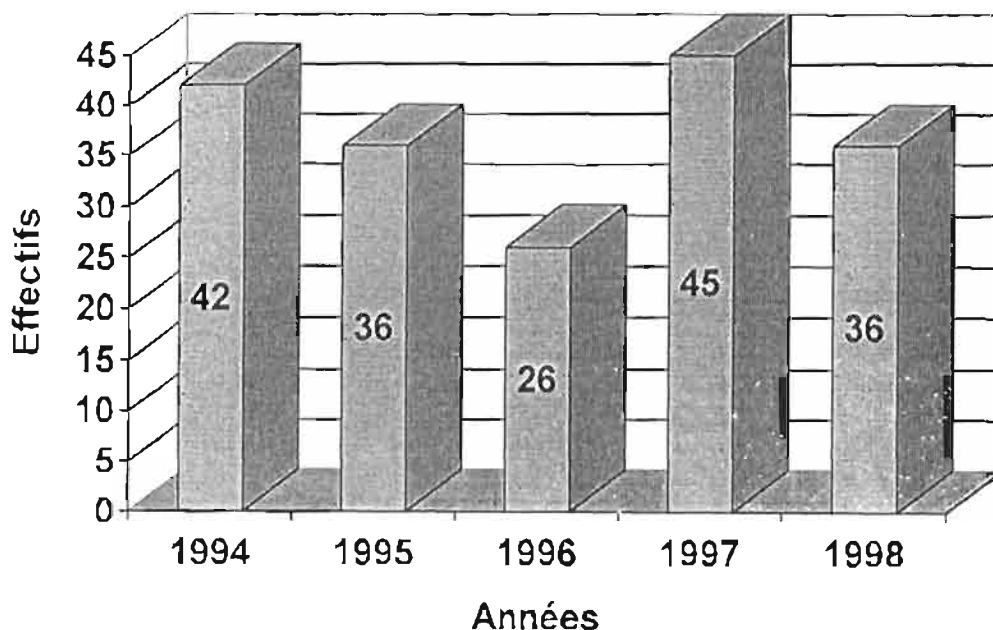


Figure 1 : répartition des cas de BDA selon l'année d'hospitalisation.

III-2 Les caractéristiques socio-démographiques

III-2-1 Le sexe

Notre effectif se composait de 132 sujets de sexe masculin (71,4 %), contre 53 sujets de sexe féminin (28,6 %), soit un sex ratio de 2,49.

III-2-2 L'âge

L'âge moyen dans notre effectif était de $27,44 \pm 7$ ans, avec des extrêmes de 14 ans et 52 ans ; 51,9 % de l'effectif avait moins de 27 ans.

La figure 2 montre la distribution de la population d'étude en fonction de l'âge.

L'âge moyen des sujets de sexe masculin était de $28,1 \pm 6,9$ ans tandis que celui des sujets de sexe féminin était de $25,7 \pm 7$ ans ; cette différence était statistiquement significative. ($p=0,01$)

Les sujets résidant en milieu urbain étaient moins âgés (26,7 ans en moyenne) que les sujets en provenance des zones rurales (29,1 ans en moyenne) ; la différence était statistiquement significative. ($p=0,02$)

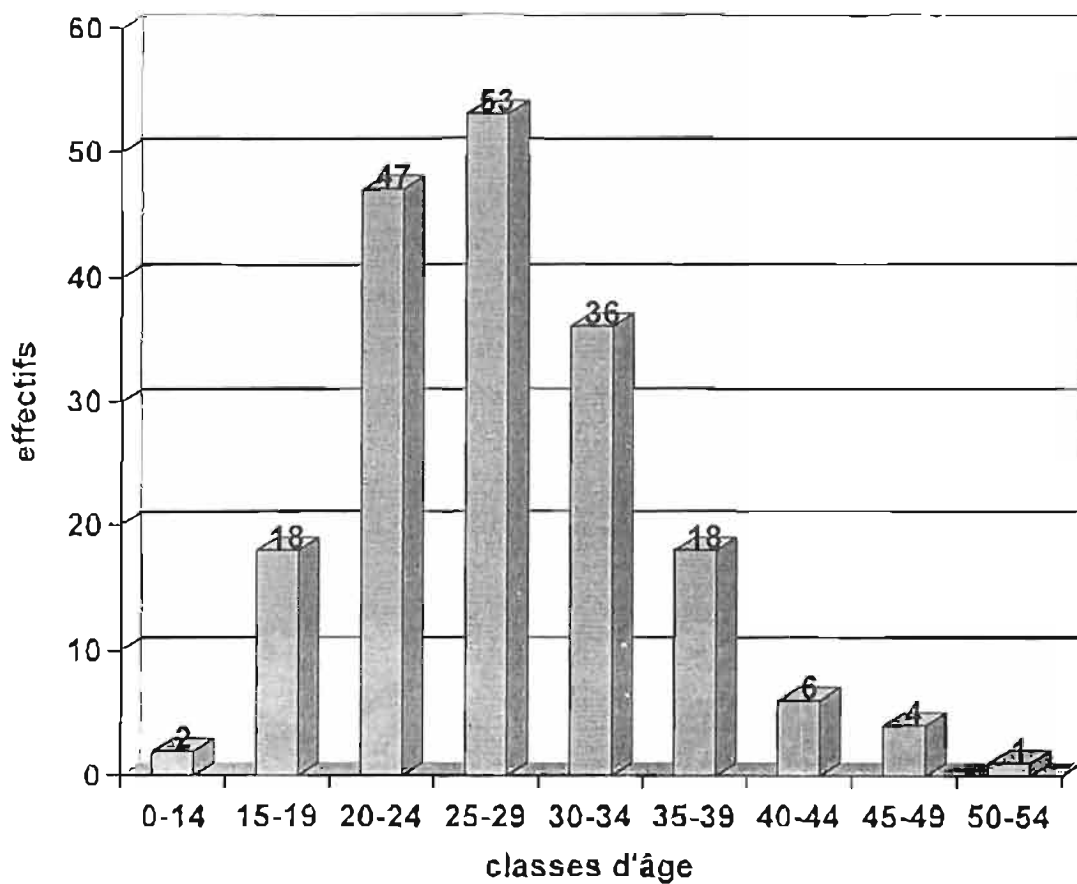


Figure 2 : répartition des cas de BDA selon l'âge.

III-2-3 La situation matrimoniale

La situation matrimoniale a été relevée dans 184 cas.

Les célibataires étaient les plus représentés avec 56,5 % de l'effectif, suivis des mariés avec 35,3 %. La figure 3 montre la distribution de l'effectif selon la situation matrimoniale.

Chez les sujets de sexe féminin, il y avait autant de mariées (25 cas) que de célibataires (25 cas) tandis que chez les sujets de sexe masculin, les célibataires étaient plus représentés (79 célibataires contre 40 mariés) ; cette différence était statistiquement significative. ($p=0,04$)

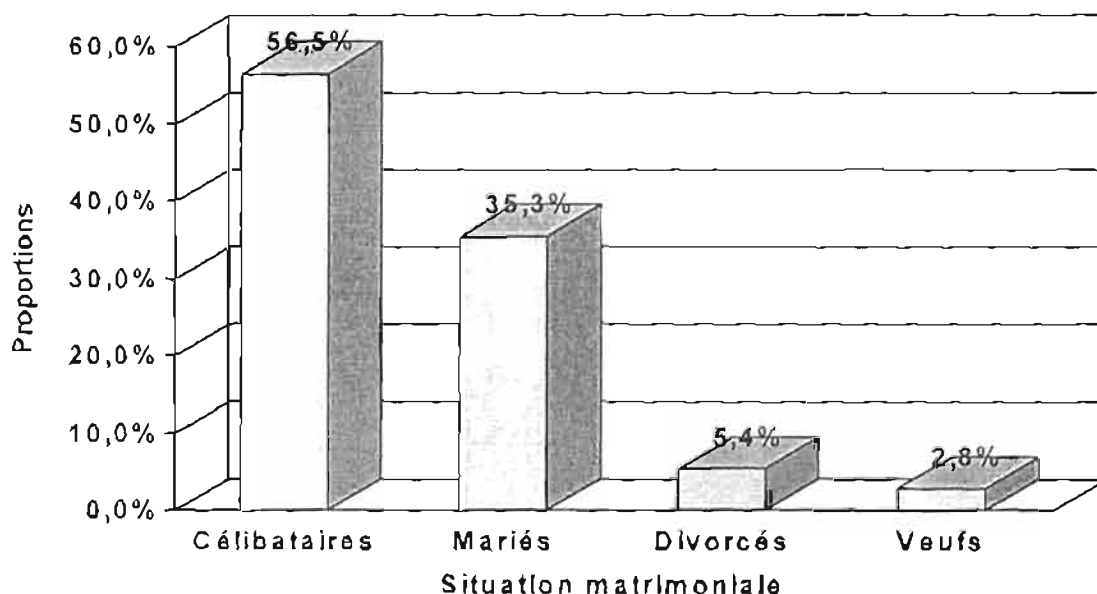


Figure 3 : répartition des cas de BDA selon la situation matrimoniale.

III-2-4 La profession

Les cultivateurs et les femmes au foyer venaient en tête avec respectivement 25,4 % et 17,8 % de l'effectif. Le tableau I montre la distribution de la population selon l'activité professionnelle.

Tableau I : répartition de la population selon la profession.

PROFESSIONS	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Cultivateurs	47	25,4 %
Femmes au foyer	33	17,8 %
Secteur informel	32	17,3 %
Elèves, étudiants	23	12,4 %
Fonctionnaires	20	10,8 %
Sans emploi	13	7 %
Commerçants	10	5,4 %
Employés du privé	7	3,8 %
TOTAL	185	100 %

III-2-5 La religion

Le christianisme et l'islam étaient les confessions religieuses les plus représentées dans notre population avec respectivement 51,3 % et 43,8 % des cas. La figure 3 montre la répartition de l'effectif en fonction de la religion.

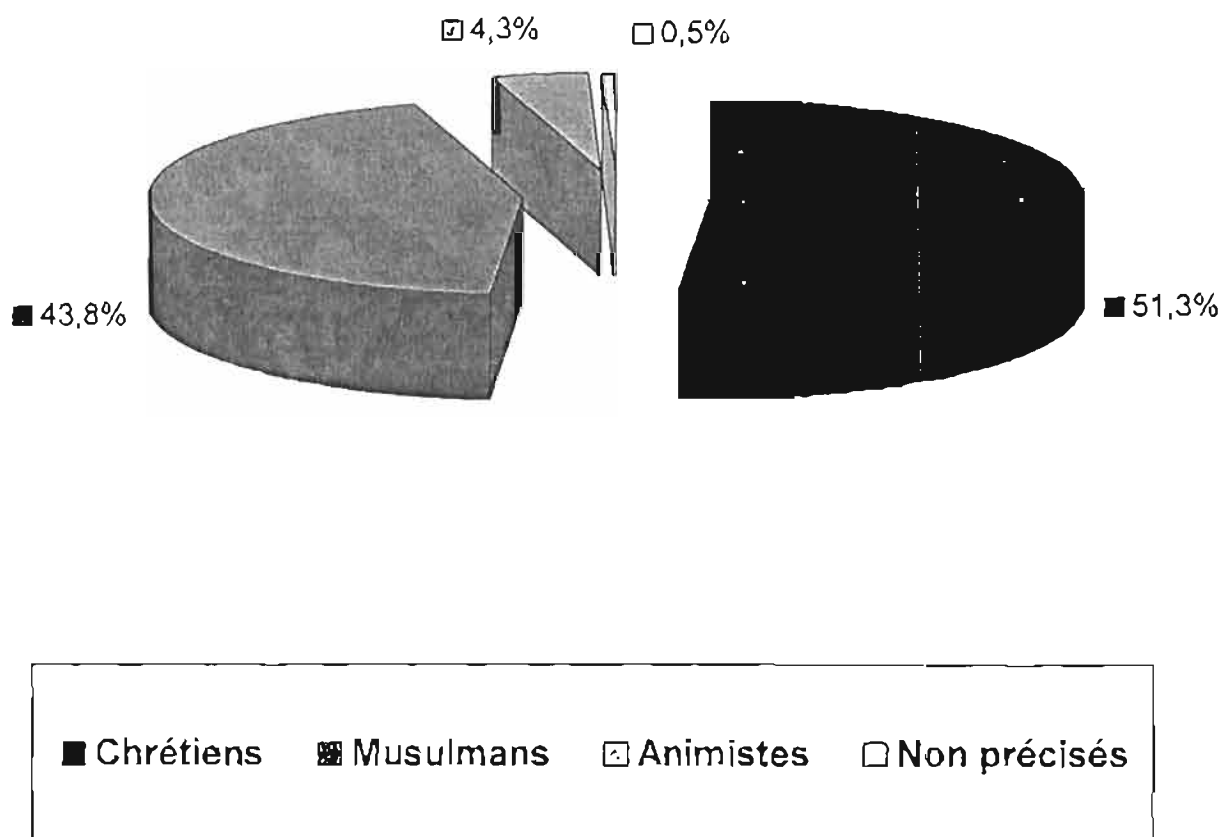


Figure 4 : répartition des cas de BDA selon la confession religieuse.

III-2-6 Le lieu de résidence

Avant le début des troubles, 132 cas (71,4 %) résidaient en milieu urbain et 53 cas (28,6 %) en milieu rural.

La proportion de citadins était plus élevée chez les sujets de sexe féminin (86,8 %) que chez ceux de sexe masculin (65,2 %) ; cette différence était statistiquement significative.(p=0,005)

III-2-7 Le niveau de scolarisation

La situation scolaire des patients a été notée dans 167 cas.

Les patients étaient scolarisés dans 101 cas (60,47 % de l'effectif). Le niveau de scolarisation le plus représenté était le secondaire avec 53 cas (52,5 % des sujets scolarisés).

Le tableau II montre la répartition de la population selon la scolarisation.

Tableau II : distribution de la population selon la scolarisation.

SCOLARISATION		EFFECTIFS	POURCENTAGES
Non scolarisés		66	39,52 %
Scolarisés	Primaire	38	60,47 %
	Secondaire	53	
	Supérieur	8	
	Enseignement Professionnel	2	
TOTAL		167	100 %

III-2-8 La situation migratoire

Un mouvement migratoire externe avait été retrouvé dans 37 cas (20% de l'effectif).

Pour 21 d'entre eux (56,7 %), les troubles avaient commencé dans le pays d'accueil, motivant un rapatriement sanitaire. Dans les autres cas (16 cas, soit 43,3 %), la maladie avait débuté soit pendant le voyage de retour, soit quelques semaines après le retour au pays d'origine.

III-3 Les antécédents

III-3-1 Les antécédents personnels

L'existence d'au moins un épisode similaire dans les antécédents psychiatriques a été retrouvée dans 69 cas (37,3 % de l'effectif) : 54 présentaient un seul épisode, 12 présentaient plus d'un épisode. Cette caractéristique a été plus souvent retrouvée chez les sujets de sexe masculin (44,7% avec 59 cas) que chez ceux de sexe féminin (18,9% avec 10 cas) ; la différence était statistiquement significative. ((p=0,001)

En milieu rural, tous les patients qui présentaient un antécédent d'épisode similaire étaient de sexe masculin.

Le premier épisode remontait à 3,5 ans en moyenne, avec des extrêmes de 18 jours et de 13 ans.

III-3-2 Les antécédents familiaux

Dans 74 cas, soit 40 % de l'effectif, un antécédent psychiatrique avait été retrouvé dans la famille.

Parmi eux, 30 cas présentaient en outre un antécédent personnel d'épisode délirant aigu.

III-4 Les circonstances de survenue

III-4-1 Les délais de consultation

Entre le début de l'épisode et l'hospitalisation, il s'était écoulé en moyenne $7,45 \pm 9$ jours, avec des extrêmes de 0 et 45 jours.

Les délais moyens de consultation étaient de $7,49 \pm 9$ jours pour les sujets qui résidaient en zone urbaine et de $7,33 \pm 8$ jours pour ceux qui résidaient en zone rurale. Ils étaient de $7,64 \pm 9$ jours pour les hommes et de $6,46 \pm 7$ jours pour les femmes. Les sujets mariés avaient été hospitalisés au bout de $7,92 \pm 9$ jours en moyenne, et les célibataires au bout de $7,5 \pm 9$ jours en moyenne. Les patients qui étaient à leur premier épisode avaient un délai de consultation moyen de $7,64 \pm 9$ jours ; ceux qui avaient des antécédents personnels s'étaient présentés à la consultation au bout de $7,11 \pm 9$ jours d'évolution en moyenne.

Chez 84,4 % de l'effectif, la consultation psychiatrique est intervenue dans les 15 jours suivants le début des troubles.

III-4-2 L'âge de début

L'âge moyen de nos patients au premier épisode était de 26,18 ans avec des extrêmes de 13 et 52 ans. Cet âge moyen était plus bas en milieu urbain (25,5 ans en moyenne) qu'en milieu rural (27,9 ans en moyenne) : la différence était statistiquement significative. ($p=0,01$)

Il était de 26,66 ans pour les hommes et de 25 ans pour les femmes.

Les patients non scolarisés étaient âgés de 27,7 ans en moyenne contre 24,9 ans pour les patients scolarisés ; ces différences n'étaient pas significatives.

L'âge de début pour les patients ayant des antécédents personnels était de 24,8 ans en moyenne ; il était de 25,11 ans pour ceux ayant des antécédents familiaux, et de 25,45 ans pour ceux ayant à la fois des antécédents personnels et des antécédents familiaux ; ces différences n'étaient pas significatives.

III-4-3 Les facteurs déclenchants

Un événement traumatisant précédant l'épisode délirant et considéré comme étant le facteur déclenchant a été rapporté chez 34 cas, soit 18,4% de notre effectif. Les principaux événements en cause sont répertoriés dans le tableau III.

La moyenne d'âge chez ces patients était de 25,9 ans.

Chez les hommes, on retrouvait un facteur déclenchant dans 18 cas (13,6%) alors que chez les femmes, un facteur déclenchant était retrouvé dans 16 cas (30,2%) : cette différence était statistiquement significative. ($p=0,01$)

Tableau III : fréquence des principaux facteurs déclenchants

EVENEMENTS	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Deuil	8	23,5%
Puerpéralité	7	20,6%
Echec sentimental	5	14,7%
Licenciement	2	5,9%
Mariage d'un proche	2	5,9%
Rapatriement	2	5,9%
Séparation familiale	2	5,9%
Maladie d'un proche	1	2,9%
Promotion sociale	1	2,9%
Intervention chirurgicale	1	2,9%
Pèlerinage religieux	1	2,9%
Voyage	1	2,9%
Echec scolaire	1	2,9%
TOTAL	34	100%

Chez 37 autres patients, soit 20% de l'effectif, un terrain particulier avait été mis en évidence. Il s'agissait de :

- 20 cas d'abus de drogues (prouvée ou suspectée par les parents) ;
- 17 cas où des facteurs de stress divers avaient été recensés.

Dans le cas de l'abus de drogues, les agents en cause étaient le cannabis et les amphétamines ; l'utilisation de solvants ainsi que celle de la cocaïne ont été retrouvées une fois chacune. Tous ces patients étaient de sexe masculin, célibataires dans 85 % des cas. La résidence était urbaine dans 75 % des cas. Aucun facteur déclenchant n'a été retrouvé dans 95 % des cas. L'âge de début des troubles était de 23,21 ans en moyenne.

Pour ce qui est des facteurs de stress, les difficultés d'ordre professionnel, familial, sentimental et religieux étaient retrouvées. Pour ces patients, la moyenne d'âge était de 26,59 ans. Les hommes représentaient 64,7 % de l'effectif ; 52,9% étaient célibataires, 70,6 % résidaient en ville et 53 % étaient scolarisés. Dans 94,1 % des cas, il n'y avait pas de facteur déclenchant rapporté.

III-5 La sémiologie

III-5-1 Les thèmes délirants

Dans 130 cas (70,27 % de l'effectif), le délire était monothématique ; dans les autres cas (55 cas soit 29,7 % de l'effectif), le délire était polymorphe.

La figure 5 montre la fréquence des principaux thèmes délirants observés.

Les thèmes du délire étaient dominés par la persécution qui a été retrouvée dans 150 cas (81,1 % de notre effectif) et qui représentait 59,3 % de l'ensemble des thèmes rencontrés. L'association des idées de persécution et des idées mystico-religieuses était la plus fréquente.

Le thème mystico-religieux était plus fréquent chez les chrétiens (34 cas soit 20,8 %) que chez les musulmans (10 cas soit 20,8 %) ; la différence était statistiquement significative. (p=0,0005)

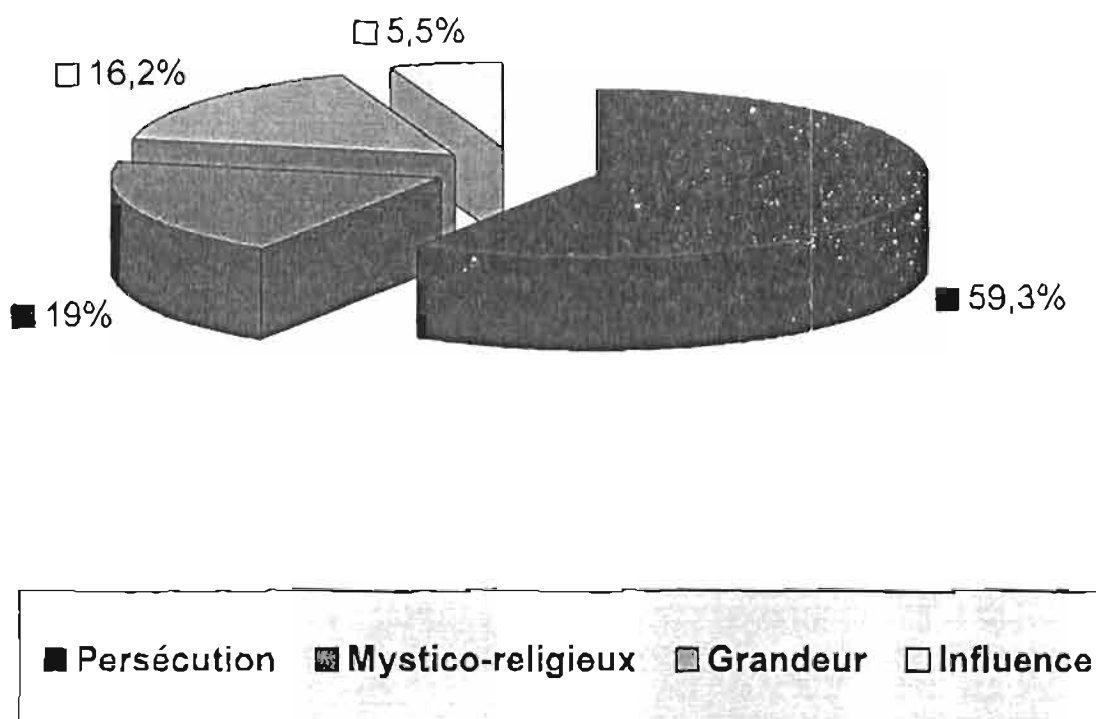


Figure 5 : fréquence des principaux thèmes du délire au cours des BDA au CHN-YO.

III-5-2 Les mécanismes du délire

Les intuitions et les hallucinations étaient les mécanismes les plus rencontrés chez nos patients : dans 133 cas (71,89 %) et 114 cas (61,62 %) respectivement.

La figure 6 indique les mécanismes délirants et leurs fréquences.

Sur l'ensemble des mécanismes en cause, les intuitions représentaient 44,5 % et les hallucinations 38,1 %. Dans 104 cas (56,2 % des cas), les mécanismes délirants étaient multiples. L'association intuitions / hallucinations était la plus fréquente : 94 cas (90,4 % des cas).

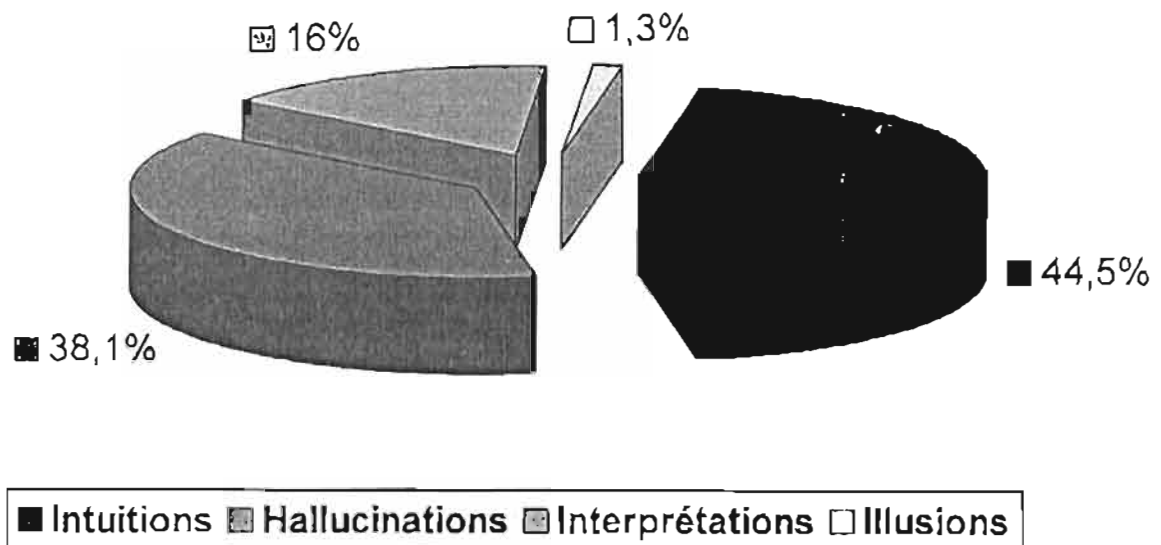


Figure 6 : fréquence des différents mécanismes du délire dans les BDA au CHN-YO.

Les hallucinations visuelles étaient le type d'hallucination le plus fréquent dans notre effectif : 57,7 % de l'ensemble des phénomènes hallucinatoires.

La figure 7 montre la fréquence des différents types d'hallucinations rencontrés. Dans 62,3 % de ces cas, un seul type d'hallucination était retrouvé. Dans les autres cas, deux types d'hallucinations coexistaient ; l'association hallucinations visuelles / hallucinations acoustico-verbales représentait 97,7 % des cas.

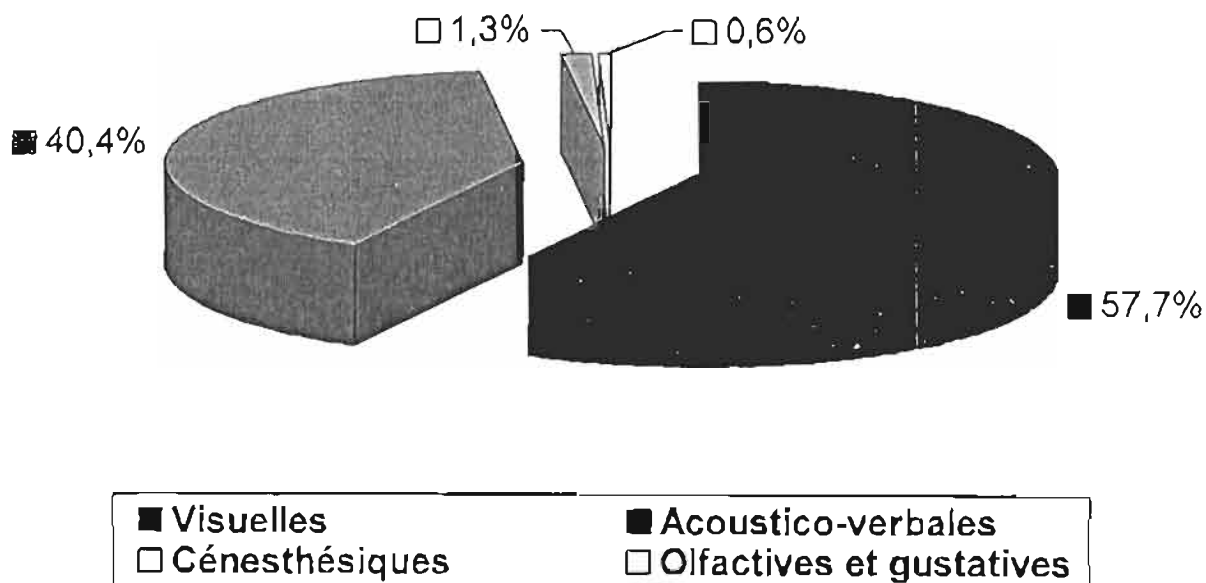


Figure 7 : types d'hallucinations et leurs fréquences au cours des BDA au CHN-YO.

III-5-3 L'humeur

L'humeur dépressive caractérisait 57,3 % de notre effectif à l'entrée.

La figure 8 montre la répartition de la population selon l'état de l'humeur à l'entrée.

Les moyennes d'âge étaient de 27 ans pour les patients à l'humeur dépressive ; 27,5 ans pour ceux à l'humeur expansive ; 24,6 ans et 29,5 ans pour les patients dont l'humeur était instable et pour ceux dont l'humeur était indifférente respectivement ; ces différences étaient statistiquement significatives. ($p=0,04$)

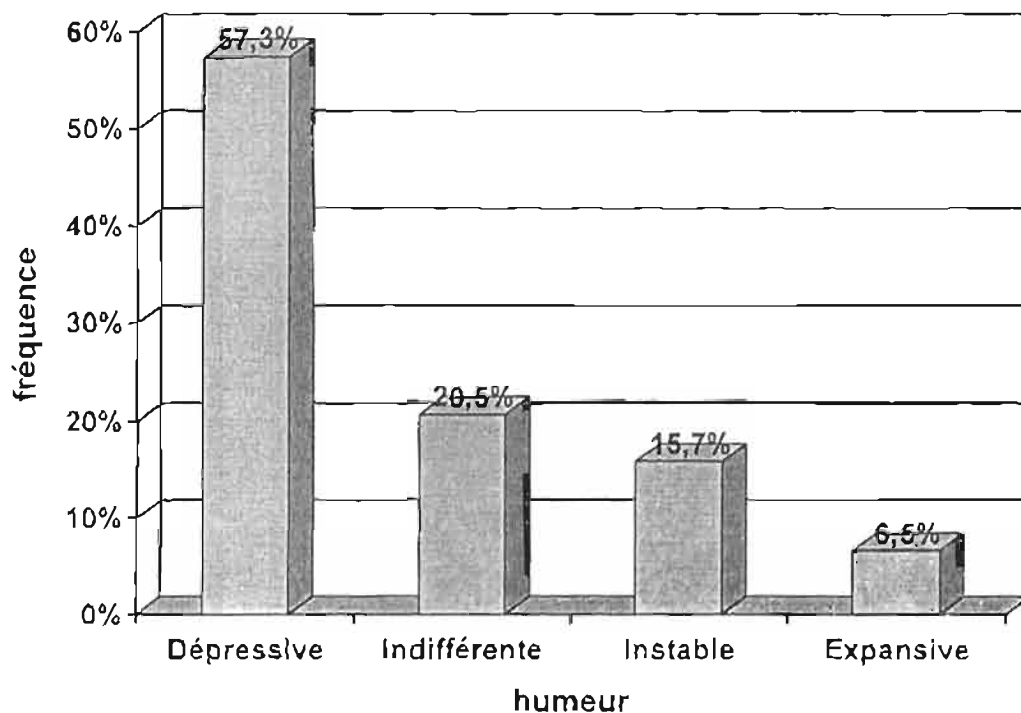


Figure 8 : répartition des cas de BDA selon l'état de l'humeur.

Chez les hommes, l'humeur était indifférente dans 33 cas (25 %) contre 5 cas (9,4 %) chez les femmes ; la différence était statistiquement significative. ($p=0,03$)

L'humeur instable était retrouvée dans 14 cas (26,4 %) chez les femmes contre 15 cas (11,36 %) chez les hommes ; la différence était statistiquement significative. ($p=0,02$)

Il n'y avait pas de différence significative entre les hommes et les femmes dans les cas où l'humeur était dépressive ainsi que dans ceux où l'humeur était expansive.

La figure 9 montre l'état de l'humeur en fonction du sexe.

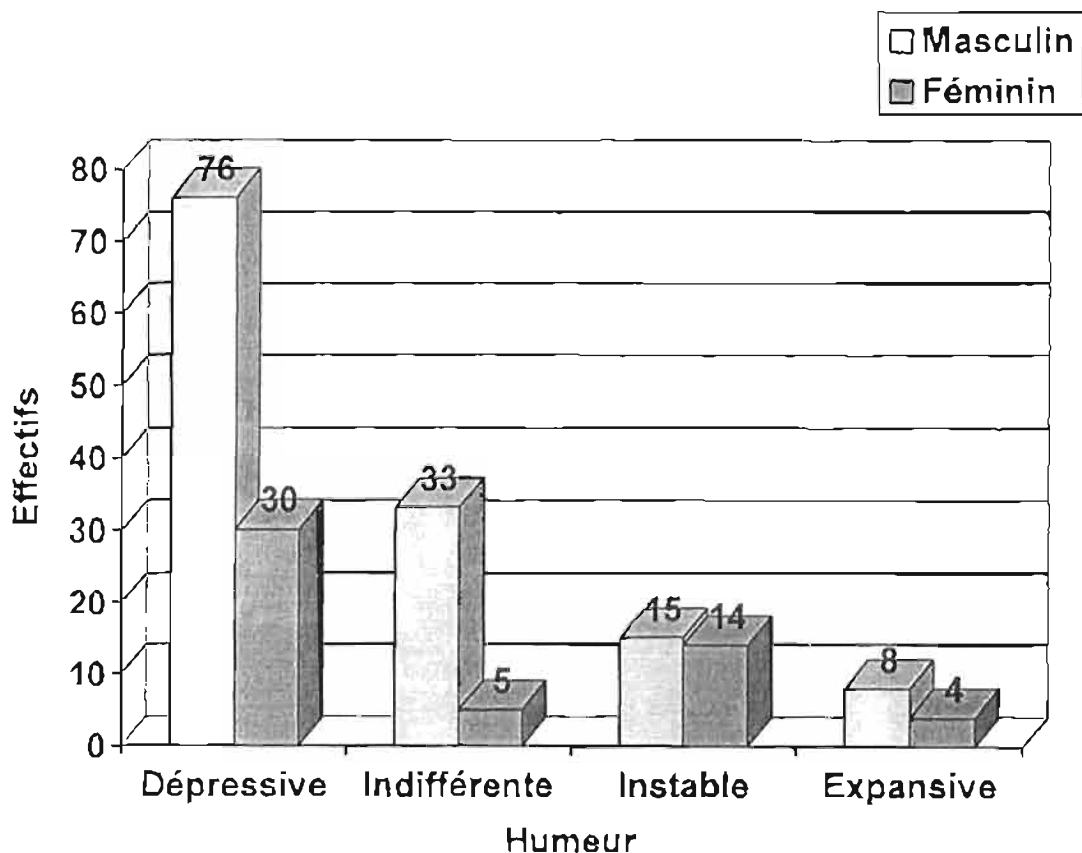


Figure 9 : état de l'humeur au cours des BDA au CHN-YO selon le sexe.

Chez les patients pour lesquels un facteur déclenchant a été retrouvé, l'humeur était instable dans 11 cas (32,3 %) contre 18 cas (11,9 %) pour ceux où un facteur déclenchant n'a pas été retrouvé ; cette différence était significative. (p=0,006)

Dans les cas où l'humeur était indifférente, il y avait une différence statistiquement significative entre les patients présentant un facteur déclenchant (5,8 %) et ceux qui n'en présentaient pas (23,8 %). (p=0,03)

III-5-4 La conscience

Le niveau de conscience était normal dans 163 cas (88,1 % de l'effectif), à l'entrée dans le service. Chez les autres (22 cas, soit 11,9 % de l'effectif), la conscience était obnubilée.

III-5-5 Les affections somatiques associées

Des symptômes ou des syndromes somatiques étaient associés aux manifestations psychiatriques dans 30 cas (9,7 % de l'effectif).

Le tableau IV fait l'état de ces symptômes ou syndromes.

Chez 14 de nos patients (7,57 % de la population d'étude), la sérologie VIH était revenue positive. Cette population était âgée de $29,93 \pm 5,23$ ans en moyenne ; 12 cas (85,7 %) résidaient en milieu urbain. A l'entrée, l'humeur était dépressive dans 8 cas (57,2 %), la conscience obnubilée dans 4 cas (28,6 %). Dans 11 cas (78,6 %), des symptômes somatiques étaient associés aux manifestations psychiatriques.

Tableau IV : principaux symptômes et syndromes associés aux manifestations psychiatriques et leurs fréquences au cours des BDA au CHN-YO.

SYMPTOMES	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Dermatose	9	30 %
Plaies infectées	4	13,3 %
Fissure anale	3	6,6 %
Muguet buccal	2	6,6 %
Œsophagite mycosique	2	6,6 %
Gastro-entérite	2	6,6 %
Pneumopathie	2	6,6 %
Abcès du sein	1	3,3 %
Fracture de membre	1	3,3 %
Gastralgie chronique	1	3,3 %
Goitre	1	3,3 %
Végétations vénériennes	1	3,3 %
Polyadénopathie	1	3,3 %
Otite chronique	1	3,3 %
TOTAL	30	100 %

III-5-6 Les actes antisociaux

Au moment de l'admission dans le service, 148 cas (80 %) avaient déjà posé au moins un acte antisocial. Agressivité (physique et/ou verbale) et fugue étaient les actes les plus fréquents.

Le tableau V présente l'inventaire de ces actes.

Plusieurs actes antisociaux pouvaient coexister chez un même malade.

Tableau V : fréquence des principaux actes antisociaux

ACTES ANTISOCIAUX	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Agressivité	100	38,5%
Fugues	84	32,3%
Bris d'objets	34	13%
Scènes de nudité	17	6,5%
Tentative de suicide	8	3,1%
Pyromanie	5	1,9%
Vols pathologiques	4	1,5%
Homicide	3	1,2%
Tentative de viol	3	1,2%
Abattage d'animaux	1	0,4%
Usurpation de biens	1	0,4%
TOTAL	260	100%

La tentative de suicide était le fait de 8 sujets âgés de 31,38 ans en moyenne, dont 6 hommes et 2 femmes ; 6 d'entre eux étaient célibataires, 6 résidaient en milieu urbain, 4 étaient scolarisés. Un antécédent personnel d'épisode délirant aigu avait été noté chez 4 d'entre eux. Un facteur déclenchant avait été relevé 2 fois et 2 autres fois, un facteur de stress avait été mentionné. La persécution était le thème privilégié avec 7 cas ; les hallucinations, notées 7 fois, étaient le mécanisme le plus fréquent avec une prédominance visuelle.

Les patients ayant commis une tentative de viol étaient tous de sexe masculin, âgés de 25,33 ans en moyenne, mariés et scolarisés ; sur le plan sémiologique, la persécution a été notée toutes les 3 fois ; intuitions et hallucinations étaient les mécanismes du délire.

Parmi les patients ayant commis un homicide, on retrouvait une femme dont l'acte portait sur son propre enfant. La persécution était le thème délirant retrouvé chez tous. L'humeur était dépressive dans tous les cas.

III-6 Les formes cliniques

La forme clinique a été mentionnée dans 129 cas.

Les troubles psychotiques aigus polymorphes sans symptômes schizophréniques venaient en tête avec 102 cas soit 79,1 % de l'effectif.

Le tableau VI montre la répartition de la population selon la forme clinique.

Chez les sujets de sexe féminin, les troubles psychotiques aigus polymorphes sans symptômes schizophréniques étaient plus fréquents (89,2 % des cas) que chez les sujets de sexe masculin (75 %) ; la différence n'était pas statistiquement significative.

Les troubles psychotiques aigus polymorphes sans symptômes schizophréniques étaient plus fréquents chez les sujets qui étaient à leur premier épisode (86,4 %) que chez ceux qui avaient des antécédents personnels d'état délirant aigu (66,7 %) ; la différence n'était pas statistiquement significative.

Chez les patients qui présentaient des antécédents psychiatriques familiaux, 87,7 % de l'effectif était classé dans les troubles psychotiques aigus polymorphes sans symptômes schizophréniques. Pour ceux qui n'avaient pas d'antécédents familiaux, cette forme clinique était retrouvée dans 67,8 % des cas. La différence était statistiquement significative. ($p=0,01$)

Tableau VI : distribution de l'effectif selon la forme clinique

FORMES CLINIQUES	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Troubles psychotiques aigus polymorphes sans symptômes schizophréniques	102	79,1 %
Troubles psychotiques aigus polymorphes avec symptômes schizophréniques	15	11,6 %
Autres troubles psychotiques aigus, essentiellement délirants	3	2,3 %
Autres troubles psychotiques aigus et transitoires	9	7 %
TOTAL	129	100 %

III-7 Les aspects évolutifs

III-7-1 La durée d'hospitalisation

Elle variait de 2 à 53 jours avec une durée moyenne de $15,9 \pm 10,4$ jours. Elle était en moyenne de 15,7 jours pour les sujets de sexe masculin et de 16,5 jours pour ceux de sexe féminin. Elle était respectivement de 15,8 jours et 15,9 jours pour les patients qui étaient à leur premier épisode et pour ceux qui avaient un antécédent personnel d'épisode délirant aigu. Pour les cas où un facteur déclenchant avait été retrouvé et pour ceux où il n'y en avait pas, la durée

d'hospitalisation était la même en moyenne avec 15,9 jours. Les cas résidant en milieu urbain avaient été hospitalisés pendant 16,1 jours en moyenne, ceux résidant en milieu rural pendant 15,5 jours en moyenne.

Toutes ces différences n'étaient pas significatives.

Le tableau VII indique les durées moyennes d'hospitalisation en fonction du mode de sortie.

Tableau VII : les durées moyennes d'hospitalisation selon le mode de sortie

MODES DE SORTIE		DUREES MOYENNES D'HOSPITALISATION
Sortie normale		17,5 jours
Transfert		23,5 jours
Sortie contre avis médical	Avec décharge	8,8 jours
	Sans décharge	6,8 jours
Sortie précoce sur demande		22,8 jours
Décès		20 jours

Les différences observées selon le mode de sortie étaient statistiquement significatives. ($p=0$)

En fonction de la situation matrimoniale, les durées moyennes d'hospitalisation étaient les suivantes :

- célibataires : 15,5 jours ;
- mariés : 16,1 jours ;
- divorcés : 14,1 jours ;
- veufs : 22,8 jours.

Ces différences n'étaient pas statistiquement significatives.

Les patients scolarisés ont été hospitalisés pendant 17 jours en moyenne contre 13,9 jours pour les patients non scolarisés ; cette différence était statistiquement significative. ($p=0,02$)

Le tableau VIII indique les durées moyennes d'hospitalisation en fonction de la forme clinique. Les différences observées n'étaient pas significatives.

Tableau VIII : les durées d'hospitalisation selon les formes cliniques

FORMES CLINIQUES	DUREES D'HOSPITALISATION
Troubles psychotiques aigus polymorphes sans symptômes schizophréniques	15,6 Jours
Troubles psychotiques aigus polymorphes avec symptômes schizophréniques	23,4 Jours
Autres troubles psychotiques aigus, essentiellement délirants	10,3 Jours
Autres troubles psychotiques aigus et transitoires	14,2 Jours

III-7-2 Le mode de sortie

La sortie normale sur décision médicale après guérison clinique était le mode de sortie le plus souvent observé avec 115 cas (62,2 %). Les modalités de sortie sont indiquées dans le tableau IX.

Tableau IX : répartition de l'effectif selon le mode de sortie

MODES DE SORTIE		EFFECTIFS	POURCENTAGES
Sortie normale		115	62,2 %
Sortie contre avis Médical	Avec décharge	25	13,5 %
	Sans décharge	20	10,8 %
Sortie précoce sur demande		22	11,9 %
Transfert		2	1,1 %
Décès		1	0,5 %
TOTAL		185	100 %

Le seul cas de décès concernait une femme dans un contexte de pneumopathie sévère. La sérologie du VIH était revenue positive.

Les cas de transfert se rapportaient d'une part à une patiente chez qui la BDA est survenue également dans un contexte d'immunodépression avec atteintes somatiques dont la sévérité avait conduit au transfert dans un service de

maladies infectieuses. D'autre part, le transfert a concerné un patient en transit au Burkina Faso qui, après la prise en charge d'urgence, a été dirigé vers un hôpital psychiatrique de son pays d'origine.

III-7-3 L'évolution des principaux symptômes

A la sortie, la critique du délire, l'état de conscience et de l'humeur avaient été simultanément relevés chez 164 patients.

De cet effectif, 75,6 % critiquaient leur délire ; la conscience et l'humeur étaient normales chez 98,2 % et 77,4 % respectivement.

La critique du délire a été notée chez tous les patients du groupe des troubles psychotiques aigus essentiellement délirants ; dans les cas de troubles psychotiques aigus polymorphes avec symptômes schizophréniques, la critique du délire a été relevée dans 92,3 % des cas. Pour les cas de troubles psychotiques aigus sans symptômes schizophréniques, le délire était critiqué dans 75,5 % des cas. Dans le groupe des autres troubles psychotiques aigus et transitoires, la critique du délire a été retrouvée dans 57,1 % des cas. Ces différences n'étaient pas significatives.

Parmi les patients qui présentaient un antécédent d'épisode délirant aigu, l'humeur à la sortie était normale dans 88,3 % des cas ; pour ceux qui n'avaient pas d'antécédents, l'humeur à la sortie était normale dans 71,1 % des cas. La différence était statistiquement significative. ($p=0,01$)

III-8 Les aspects thérapeutiques

Sur le plan thérapeutique, les neuroleptiques et les anxiolytiques étaient les classes médicamenteuses les plus utilisées : dans 96,2 % et 95,1 % des cas. La chlorpromazine (LARGACTIL[®]) a été le neuroleptique de première intention dans 95,5 % des cas ; le diazépam (VALIUM[®]) était l'anxiolytique de première intention dans 81,25 % des cas. Les correcteurs antiparkinsonniens étaient associés à la demande et leur utilisation était relevée dans 23,8 % des cas.

D'autres médications en rapport avec les syndromes somatiques avaient été quelques fois associées. Il s'agissait, en l'occurrence, d'antibiotiques, d'antipaludéens, d'anti-inflammatoires, d'antipyrétiques, d'antifongiques, de mucolytiques, de régulateurs de la motricité digestive, de pansements gastriques, de vitamines et d'oligo-éléments.

IV – DISCUSSION

IV-1 Les limites et les mérites de l'étude

IV-1-1. Les limites de l'étude

Bien que nous ayons apporté une certaine rigueur à la conduite de cette étude, la fiabilité de nos résultats a pu être affectée par un certain nombre de difficultés :

Le caractère incomplet de certaines informations consignées dans les observations qui est dû à la négligence ou à la subjectivité de l'examineur. Ainsi par exemple, les renseignements sur la vie familiale et sexuelle du patient supposent des questions gênantes que l'examineur peut choisir de ne pas poser.

La prévalence du trouble en milieu hospitalier ne reflète pas la réalité. En effet, notre étude en se basant seulement sur les malades hospitalisés, n'a pas pris en compte ni les malades traités en ambulatoire, ni ceux pris en charge par des tradipraticiens.

En somme, il s'agit de difficultés liées à toute étude rétrospective dans un hôpital.

IV-1-2 Les mérites de l'étude

Le premier mérite de cette étude est de porter sur une période de cinq ans, ce qui a permis de colliger assez de cas, augmentant la fiabilité des analyses statistiques. Cela a permis aussi d'appréhender le sujet non pas de façon ponctuelle, mais de manière plus étalée dans le temps.

Les données ont été collectées par la même personne (nous-même) ; de ce fait, l'analyse des observations médicales a bénéficié de la même objectivité mais aussi de la même subjectivité. Les informations recueillies ont été appréciées de la même manière.

Notre étude a pris en compte, exclusivement, des patients hospitalisés. Cette option comporte plusieurs avantages :

- Le diagnostic était plus fiable car posé de façon collégiale par tous les médecins du service ;
- La plupart des dossiers étaient relativement complets, les renseignements cliniques et paracliniques ayant été consignés dans les observations tout le long de l'hospitalisation ;
- Les objectifs de l'étude permettaient de se contenter d'un certain nombre de variables facilement disponibles dans les dossiers médicaux.

IV-2 Des aspects épidémiologiques

IV-2-1 De la prévalence

Au cours de notre période d'étude, les bouffées délirantes aiguës qualifiaient 28,07 % des hospitalisations dans le service de psychiatrie du CHN-YO, attestant ainsi de la fréquence relative de cette affection. Nous pensons d'ailleurs que ce taux a été quelque peu sous estimé.

En effet, notre étude n'a pas pris en compte les cas de BDA non hospitalisés et qui ont cependant été pris en charge à titre ambulatoire par le service de psychiatrie.

Il en a été de même pour les malades pris en charge par les tradipraticiens. La croyance populaire doute souvent de la capacité de la médecine moderne à venir à bout des maladies mentales. Dans ce contexte, la première entreprise thérapeutique consiste en de multiples démarches auprès de tradithérapeutes, de marabouts et autres féticheurs qui vont aboutir à des manœuvres expiatoires, sacrifices et/ou médications diverses. Le recours au psychiatre n'est souvent envisagé que quand toutes ces démarches n'ont pas donné satisfaction. Une telle

attitude, quand elle ne soustrait pas le patient à la consultation spécialisée de psychiatrie, la retarde considérablement. Connaissant le caractère transitoire de la BDA, il y a lieu de penser que bon nombre de ces affections ne parvient pas au psychiatre, ayant trouvé leur rémission avant même que ne soit formulée la demande de prise en charge.

Ouédraogo et coll.[37], dans une étude rétrospective sur un période de cinq ans (de 1987 à 1991) menée dans le service de psychiatrie du CHN-YO avaient rapporté un taux de prévalence de 11,8 % pour la BDA. Notre chiffre de 28,07 % paraît élevé par rapport à celui de Ouédraogo et coll., malgré le fait que ces études aient été menées dans des conditions méthodologiques similaires. Cette différence notable pourrait être due au fait que dans l'étude de Ouédraogo et coll., seuls les cas de premier épisode ont été pris en compte alors que dans notre étude même les patients ayant eu des épisodes antérieurs ont été inclus dans l'effectif. La différence observée peut également être rapportée au fait que dans l'étude de Ouédraogo et coll., le recrutement des cas était basé sur la CIM 9 alors que dans notre étude il était basé en grande partie sur la CIM 10. En effet, dans la CIM 9[33], les états délirants aigus avec présence de symptômes schizophréniques ne sont pas considérés comme des BDA tandis que dans la CIM 10, ils le sont. Ceci pourrait expliquer pourquoi notre prévalence est plus importante.

Notre taux de prévalence est voisin de celui de Collomb[5] qui, en 1965, a estimé la prévalence des BDA dans la fourchette de 30 % à 40 % des hospitalisations en psychiatrie au Sénégal. En Guadeloupe, Constant[8] avait mentionné une prévalence de 15 % pour les BDA en 1972. Les chiffres rapportés en Europe, particulièrement en France, sont beaucoup moins élevés : Cousin et coll.[9] ont mentionné un taux de prévalence 3 % à 5 % des malades hospitalisés en psychiatrie publique en 1987, Constant[7] faisait état d'un taux de prévalence de 6 % en 1972.

Ceci semble corroborer l'idée selon laquelle les bouffées délirantes aiguës sont plus fréquentes en Afrique et en milieu latino-américain qu'ailleurs dans le monde.

IV-2-2 Des caractéristiques socio-démographiques

⇒ De la répartition par sexe

Dans notre série, les sujets de sexe masculin étaient les plus représentés avec 71,4 % de l'effectif.

La prépondérance masculine observée dans notre population d'étude semble être en contradiction avec ce qui est communément admis.

A Madagascar, Andriambao et coll.[2], avaient trouvé une forte proportion féminine avec 63 cas sur un effectif total de 92 cas de BDA recensés dans les établissements psychiatriques malgaches. Okasha et coll.[30], en Egypte, avaient trouvé pour leur part un pourcentage égal d'hommes et de femmes. En Guadeloupe, Constant[8] avait lui aussi noté une prépondérance féminine à partir de 112 observations.

Ailleurs, notamment en France, la plupart des auteurs avaient fait état d'une prépondérance féminine. C'est le cas de Samuel-Lajeunesse[44], Lemperière et coll.[23], Singer et coll.[45], Tignol[48].

Pour nous, cette prépondérance masculine ne signifie nullement que la BDA est plus fréquente chez l'homme. Les difficultés d'accès des femmes aux soins modernes de façon générale et aux soins psychiatriques de façon particulière, expliquent leur sous-représentation dans les statistiques hospitalières. En effet, dans la société burkinabè où l'homme, chef de la famille, est généralement la seule source du revenu familial, sa maladie est rapidement ressentie avec acuité ; elle mobilise alors toute la famille pour la recherche d'une guérison rapide, garante de sa survie. Une femme par contre est certes considérée « utile » mais non indispensable et ce d'autant plus qu'elle a des coépouses. Sa maladie est

quelque peu négligée puisqu'elle n'a pas d'énormes conséquences sur la productivité familiale.

Telles sont, entre autres, les raisons qui expliquent que l'homme bénéficie plus souvent que la femme de la prise en charge hospitalière, d'où la forte proportion de sujets de sexe masculin dans notre série.

⇒ De l'âge

Au moment de l'hospitalisation, la moyenne d'âge dans notre population était de $27,44 \pm 7,06$ ans.

L'âge moyen dans notre série est très voisin de celui de Ouédraogo et coll.[37] qui, dans des conditions d'étude similaires aux nôtres, avaient retrouvé un âge moyen de $28,9 \pm 7,6$ ans.

La fourchette des âges de notre échantillon (14 à 52 ans) recoupe celle de Collomb[5] qui retrouvait 15 à 50 ans au Sénégal, ainsi que celle de Okasha et coll.en Egypte[30] qui trouvaient 15 et 58 ans. Elle est très voisine de celle de Andriambao et coll.[2] qui mentionnaient des âges extrêmes de 17 et 48 ans à Madagascar.

L'âge moyen chez les sujets de sexe féminin dans notre série (25,7ans) est inférieur aux 29,3 ans que Ouédraogo et coll.[36] avaient trouvé dans une étude portant sur la BDA chez la femme au Burkina faso. Cependant, il faut remarquer que les fourchettes des âges dans ces deux études sont superposables : 14 à 52 ans pour nous, 16 à 50 ans pour Ouédraogo et coll..

Les sujets résidant en milieu urbain étaient plus jeunes que ceux du milieu rural (26,7 contre 29,1). La jeunesse relative des citadins par rapport aux ruraux peut suggérer la mise en jeu d'impératifs économiques et socioculturels. En effet, soustrait de la solidarité qui prévaut en milieu rural et contraint de s'intégrer dans une société en transculturation où l'individualisme et la compétition sont de règle, le citadin mène une vie dans laquelle son attention et sa vigilance sont sans cesse mobilisées. Un tel mode de vie est générateur de stress qui, on le sait,

peut jouer un rôle déterminant dans la genèse de la maladie mentale, en l'occurrence de la BDA.

Les sujets de sexe féminin étaient plus jeunes que les sujets de sexe masculin ($25,7 \pm 7$ contre $28,1 \pm 6,9$). Les différences d'âge entre les hommes et les femmes dans notre échantillon suggèrent que la BDA survient plus précocement chez la femme que chez l'homme. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que, dans notre société, la femme entre très jeune dans la vie d'adulte et de mère de famille avec son lot quotidien de situations éprouvantes pouvant conduire à la BDA.

⇒ Du lieu de résidence

Le milieu urbain était la modalité de résidence la plus observée dans notre échantillon avec 71,4 % des cas.

Notre cadre d'étude, le CHN-YO, est implanté, comme son nom l'indique, à Ouagadougou, capitale et centre urbain de référence au Burkina faso. On pourrait penser que le recrutement de nos cas a concerné surtout les patients résidant dans cette ville, d'où la forte proportion de citadins. Mais il faut noter que le CHN-YO constitue également l'un des centres psychiatriques de référence du pays et à ce titre, il reçoit des patients venant des quatre coins du pays.

Pour expliquer cet état de fait, une de nos hypothèses est que, en milieu rural, la plupart des malades ne bénéficie pas de la consultation spécialisée de psychiatrie, d'où la faible représentation des cas issus du milieu rural.

Notre seconde hypothèse est que le mode de vie urbain porte en lui des facteurs favorisant l'éclosion de la BDA. Ceci conforte la thèse selon laquelle l'acculturation, la transculturation et les changements sociaux, joueraient un rôle fondamental dans la genèse de la BDA [3]. En effet, le citadin, déjà en rupture avec la société traditionnelle et submergé par les cultures étrangères que véhiculent la télévision et les autres médias, connaît un niveau de transculturation plus élevé que le rural qui subit certes les assauts de ces cultures étrangères mais dans une moindre mesure.

La résidence urbaine était plus souvent retrouvée chez les femmes : 86,8 % d'entre elles résidaient en milieu urbain.

Ce résultat semble montrer en outre que l'influence du mode de vie urbain quant à son rôle favorisant dans l'écllosion de la BDA, est plus marquée chez la femme, nous faisant alors suggérer qu'elle est plus sensible que l'homme aux changements sociaux qui s'opèrent en milieu urbain. Notre avis est que la femme est effectivement très accablée par ce mode de vie urbain qui lui confère de nouveaux rôles sociaux par rapport à sa consœur rurale. De ce fait, la femme en milieu urbain est plus soumise à des facteurs de stress, par conséquent plus exposée à la BDA que la femme en milieu rural.

⇒ Du statut migratoire

Dans notre série, la proportion de patients ayant connu un mouvement migratoire externe était de 20 %. Il y a lieu de préciser que dans les observations, l'absence d'un mouvement migratoire n'a jamais été expressément précisée. Ainsi, l'absence de renseignements consignés sur la situation migratoire pourrait aussi bien correspondre à une absence de mouvement migratoire qu'à un oubli de l'examineur ; de ce fait, il se pourrait que le chiffre de 20 % ne corresponde pas à la réalité.

Néanmoins, l'analyse de ces 37 cas nous a paru édifiante, en ce sens que bien des situations nous ont fortement suggéré leur rôle psychopathologique dans la survenue de l'accès délirant. L'exemple de ce patient qui est allé rendre visite à son frère planteur (sur invitation de ce dernier) dans un pays voisin est éloquent et rend suffisamment compte de la situation. Ce patient, jusque là apparemment sain, a été rapatrié d'urgence au bout d'un séjour de trois mois. Il a été admis dans un tableau de délire de persécution avec agitation psychomotrice, délire axé sur son frère qu'il accuse de vouloir le tuer ; ce délire était sous-tendu par des hallucinations visuelles faites de gros serpents, de lions et autres bêtes féroces jetés à ses trousses.

Nous adhérons pleinement aux idées de Bustamante[3] et Collomb[5] qui pensent que les migrations, avec les changements sociaux qu'elles impliquent, jouent un rôle important dans l'éclosion des réactions psychotiques aiguës. Ces changements concernent aussi bien des cultures différentes que des modes de vie différents. Ils se rapportent à des migrations externes mais aussi internes, d'un milieu rural vers un milieu urbain, ce que semble corroborer les différences que nous avons observées dans la répartition de notre série selon la résidence.

Nous estimons qu'il serait intéressant que des études soient menées dans ce sens afin d'apprécier la part de la migration dans le déclenchement de la BDA.

IV-3 Des antécédents

Un passé psychopathologique marqué par un ou plusieurs épisodes délirants aigus a été retrouvé chez 37,3 % de notre effectif.

A Madagascar, Andriambao et coll.[2] avaient retrouvé un épisode antérieur chez 43 patients sur un total de 92. Constant[8], en Guadeloupe, avait quant à lui, noté l'absence d'antécédents psychiatriques personnels chez 74 % de son effectif.

Notre chiffre s'écarte certes de ceux de ces séries afro-antillaises mais il s'écarte davantage des résultats français : Criquillion-Doulet et coll.[10], dans une série de 53 BDA, avait trouvé que seulement 36,9 % de leurs patients étaient indemnes d'antécédents similaires.

En ce qui concerne les antécédents familiaux, notre chiffre de 40 % n'est pas très éloigné des 51 % de Criquillion-doulet et coll. [10].

Toutefois, l'existence d'antécédents personnels avait été plus fréquemment retrouvée chez les hommes que chez les femmes dans notre série : 59 cas pour les hommes, 10 cas pour les femmes. Ouédraogo et coll.[36], dans une série de 41 femmes hospitalisées pour BDA, avaient relevé seulement 6 cas qui présentaient un antécédent personnel d'épisode délirant aigu. La BDA chez la

femme, récidive-t-elle peu ou alors les récurrences aménagent-elles des intervalles plus longs que chez l'homme ? Telle est la question que nous nous sommes posée au vu de ces résultats.

Le temps écoulé entre le premier épisode et l'entrée dans l'étude était de trois ans et demi en moyenne. Compte tenu du fait que dans la grande majorité des cas, il n'y avait qu'un seul épisode antérieur, ceci pourrait suggérer une assez bonne stabilité entre les accès. Cependant, les extrêmes de 18 jours et de 13 ans semblent indiquer la grande variabilité des récurrences.

Ces chiffres doivent être considérés avec prudence car non seulement la précision des dates est peu fiable, mais aussi et surtout, la notion d'épisode antérieur similaire n'est pas univoque dans l'esprit du malade et/ou de son entourage d'une part, et dans celui de l'examineur de l'autre.

IV-4 Des circonstances de survenue

⇒ Des délais de consultation

Le temps écoulé entre le début de la maladie et l'admission en psychiatrie variait entre 0 et 45 jours, avec une moyenne de 7,44 jours dans notre étude.

Bien que 84,4 % de notre effectif aient été reçus en consultation dans les quinze premiers jours suivants le début des troubles, nos délais d'hospitalisation paraissent longs. En effet, Constant[8], en Guadeloupe, avait trouvé des délais compris entre 2 et 10 jours dans plus de la moitié de ses cas. Pichot, dans sa définition de la BDA, considère ce délai comme critère d'inclusion: pour être considéré comme BDA, l'épisode ne devrait pas évoluer depuis plus de 15 jours. Nos résultats dénotent un retard certain à la consultation, retard imputable aux démarches thérapeutiques initiées auprès des tradipraticiens dont nous avons parlé plus haut.

Ces longs délais pourraient également traduire, comme Constant[8] l'a souligné, une bonne tolérance du groupe vis à vis du malade et l'espoir en la réversibilité

des troubles. En effet, dans une société où la confusion entre le monde visible et celui des puissances mystiques est un fait, les troubles mentaux sont généralement attribués à des esprits et sont réversibles avec la réparation de la faute commise ou le sacrifice destiné à implorer la clémence de ces esprits. Vue sous cet angle, la BDA est admise et tolérée par le groupe social, le malade étant considéré comme une victime. Dans ce cas, la quête de l'apaisement évite soigneusement la médecine moderne qui, loin de maîtriser le monde des esprits, ajouterait à leur courroux, retardant ou compromettant ainsi une rémission qui semblait certaine. C'est seulement face à l'échec des autres recours thérapeutiques que le psychiatre est mis à contribution, d'où le retard à la consultation.

⇒ De l'âge de début

L'âge moyen au 1^{er} épisode dans notre série était de 26,18 ans. Ouédraogo et coll.[37] avaient relevé un âge moyen de 28,9 ans dans le même hôpital et dans des conditions d'étude similaires. Cet âge est en conformité avec ceux mentionnés dans les études antérieures :

En France, Cousin et coll. [9] trouvaient 24,2 ans ; Criquillion-Doulet et coll. [10] avaient noté un maximum de fréquence entre 20 et 29 ans.

Le sujet résidant en milieu urbain entre plus tôt dans la BDA que son homologue rural. Ceci rejoint les constats déjà faits plus haut : au moment du recrutement, les citadins étaient plus jeunes et plus nombreux que les ruraux.

⇒ Des facteurs déclenchants

Dans notre étude, 18,4 % de nos patients avaient vécu un événement contemporain de l'accès délirant et considéré comme étant le facteur déclenchant de l'épisode. Cette notion de facteur déclenchant, bien que fréquemment retrouvée dans la plupart des études antérieures, est diversement appréciée.

Ainsi, Andriambao et coll. [2] à Madagascar avaient retrouvé un facteur déclenchant dans 77 cas sur un total de 92. Okasha et coll. en Egypte[30], quant

à eux, parlaient plutôt de facteurs de stress qu'ils avaient mis en évidence chez 74 % de leurs patients. En Guadeloupe, Constant [8] mentionnait l'existence d'un facteur déclenchant dans 75 % des observations. Cousin et coll. [9], en France, sur un effectif de 21 BDA, avaient isolé un facteur déclenchant chez 10 d'entre eux.

Notre chiffre de 18,4 % est largement en deçà de ceux ci-dessus cités. Nous pensons, d'abord, que ce chiffre est quelque peu sous estimé dans la mesure où, dans les observations de nos patients, cette variable n'a pas été systématiquement recherchée. Ensuite, il faut dire que le contexte psychosocial n'a pas été souvent reconstitué par l'examineur, si bien que de nombreux facteurs de stress, même s'ils existaient, n'ont certainement pas été notifiés.

Cependant, il faut souligner que chez 20 % de nos patients, un terrain particulier a été retrouvé. Il s'agissait en l'occurrence d'usages de drogues et l'existence de facteurs de stress divers. Nous pensons que ces facteurs ont sans doute joué un rôle dans l'éclosion de la BDA.

Pour ce qui est de l'usage de drogues, la démarche est moins aisée car, l'essentiel est de savoir si la conduite toxicomaniaque est survenue sur un terrain pathologique, ou au contraire, si c'est l'usage des drogues qui a rendu le terrain pathologique. Si l'on admet avec Geerlings et coll. [18] qu'il n'existe pas de psychose spécifique à une drogue donnée, on peut penser que la bouffée délirante témoigne de l'aptitude à délirer de l'individu ; ceci pose le problème d'une prédisposition ou, à tout le moins, d'une personnalité pathologique que l'usage des drogues vient révéler.

Du reste, les facteurs déclenchants que nous avons relevés s'inscrivent dans le même registre que ceux décrits dans les séries africaines et antillaises : problèmes matériels, matrimoniaux, transgressions de tabous, deuils, échecs et réussites inattendus, puerpéralité.

Pour certains auteurs, ces facteurs en milieu européen provoqueraient plutôt des dépressions ou des réactions névrotiques aiguës. Ainsi, Constant[8] pense que

tout se passe comme s'il existait un seuil de tolérance aux agressions beaucoup plus élevé chez les afro-antillais mais qu'une fois la limite dépassée, le sujet réponde par la loi du tout ou rien. D'autres auteurs[36], par contre, s'interrogent sur la nature exacte des troubles : certains tableaux aigus ne peuvent-ils pas s'appliquer soit à des formes délirantes d'états dépressifs, soit à des processus schizophréniques par ailleurs paucisymptomatiques et mieux tolérés ?

IV-5 De la sémiologie

⇒ Des thèmes du délire

Les résultats de notre étude ont mis en évidence un délire le plus souvent monothématique : 70,27 % des cas. Ouédraogo et coll.[36] avaient déjà retrouvé ce caractère à Ouagadougou. Andriambao et coll.[2] à Madagascar et Constant[8] en Guadeloupe avaient également souligné cette pauvreté thématique des BDA dans leurs séries.

Le thème persécutif a été le thème le plus fréquent dans notre série : 59,3 %. Cette fréquence est en conformité avec les données des études antérieures aussi bien en Afrique qu'aux Antilles : Ouédraogo et coll.[37] à Ouagadougou, rapportaient une référence persécutive dans 82,6 % des cas ; Collomb[5] à Dakar avait noté la grande fréquence des thèmes de persécution par rapport aux autres ; Andriambao et coll.[2] avaient retrouvé ce thème chez 54 de leurs patients sur un total de 92 ; quant à la série de Constant[8] en Guadeloupe, la persécution qualifiait le délire dans 90 % des cas.

Dans l'échantillon de guilloux[19] en France, la persécution venait en tête des variétés thématiques mais elle ne qualifiait que 35,3 % des thèmes.

Plusieurs auteurs [4, 25, 46] ont souligné la grande fréquence du thème persécutif chez les patients originaires d'Afrique noire ou des Antilles par rapport aux européens. Pour Chevance et coll.[4] comme pour Sizaret et coll.[46], cette disparité trouve son fondement dans les différences culturelles.

En effet, si en Europe l'esprit cartésien impose de reconnaître à la maladie des causes et des mécanismes naturels, en Afrique, la croyance générale au monde des esprits et à la magie commande une toute autre attitude. Selon Tchetché[47], la maladie mentale en Afrique relève traditionnellement de trois causes : sort jeté, viol d'un rituel (tabou) ou cause organique (généralement un empoisonnement). Vue sous cet angle, la maladie mentale est toujours d'origine exogène, émanant soit d'un esprit malfaisant agissant pour son propre compte ou pour celui d'un tiers, soit de toute autre personne, par jalousie ou par vengeance. Ainsi, pour le patient comme pour son entourage, la nature persécutive de l'affection ne fait pas de doute.

Le thème mystico-religieux était plus fréquent chez les sujets chrétiens. En fait, il s'agissait plus de délires religieux que mystiques. Ce délire se manifeste surtout sous forme de visions ou de voix célestes. Dans la culture chrétienne, il y a une forte présence de représentations visuelles : images saintes, statues, crucifix etc... L'enseignement religieux lui-même fait une large part à des phénomènes tels que les apparitions et les miracles. Ainsi, les patients sont convaincus de l'existence d'un univers séraphique auquel ils aspirent. Pour Constant[8], ce thème apparaît comme la traduction d'un sentiment de culpabilité.

⇒ Des mécanismes du délire

Notre étude a montré une prédominance des intuitions dans les mécanismes du délire : 44,5 % des cas. Dans la série de Ouédraogo et coll.[37], les hallucinations venaient en tête des mécanismes délirants avec fréquence de 42 %. Dans la plupart des études africaines et antillaises[2, 8, 25] le mécanisme hallucinatoire a été le plus fréquemment mis en évidence. Dans notre série, les hallucinations représentaient 38,1 % des mécanismes du délire. Ce chiffre est en deçà de ceux trouvés par Ouédraogo et coll. mais il place les hallucinations très loin devant les interprétations (16 %) et les illusions(1,3 %).

La grande fréquence des intuitions dans notre série peut être rapportée au fait qu'il existe souvent une grande confusion entre intuition et hallucination dans l'esprit des patients. En effet, il peut arriver par exemple que sur la base d'hallucinations auditives, un patient acquiert la conviction d'être persécuté, mais qu'à l'interrogatoire, il fasse seulement part de sa conviction. Ainsi, l'examineur prendra cette certitude pour une intuition alors qu'il s'agit en fait d'hallucinations. ceci met en cause la qualité des dossiers médicaux.

Il faut noter que dans plus de la moitié de nos cas (56,2 %), plusieurs mécanismes étaient associés, le couple intuition/hallucinations étant l'association la plus fréquente.

L'extrême fréquence des hallucinations visuelles et auditives, la rareté des cénestopathies, des hallucinations tactiles, gustatives et olfactives ont caractérisé le mécanisme hallucinatoire dans notre série. Ces résultats sont conformes aux données des études antérieures qui avaient déjà relevé ces caractères en milieu africain [2, 8, 36, 37]. Cette prépondérance des hallucinations sur les autres mécanismes délirants peut trouver son fondement dans une foi inébranlable à l'existence d'un monde de génies.

⇒ De l'humeur

Dans 57,3 % de nos cas, l'humeur était dépressive. Dans la série de Ouédraogo et coll.[37], l'humeur dépressive était la plus fréquente avec 48 % des cas, suivie de l'humeur expansive avec 44 % des cas.

Constant[8], dans son étude, avait souligné la grande fréquence des états dépressifs et expansifs au cours des BDA en Guadeloupe.

Nos résultats se distinguent des données antérieures principalement par la grande fréquence de l'indifférence thymique, qui a été observée dans 20,5 % de nos cas, contre 8 % pour Ouédraogo et coll. Il est probable que cette indifférence thymique soit liée à un mode d'être affectif spécifique aux caractéristiques socio-culturelles de nos patients. Constant[8] avait déjà attiré l'attention sur un désaccord fréquent entre l'expression thymique et les thèmes délirants en

Guadeloupe. Andriambao et coll.[2] avaient également noté ce phénomène à Madagascar en décrivant, dans leur série, des patients se présentant comme des grands exaltés mais paradoxalement muets. Cette indifférence thymique peut très bien dénoter une thymie normale muselée par le manque d'empathie au cours de l'examen ou une neutralité thymique qui est passivité et non indifférence.

L'humeur instable était plus fréquemment liée à l'existence de facteurs déclenchants et au sexe féminin. Inversement, l'indifférence thymique était corrélée au sexe masculin et à l'absence de facteurs déclenchants. Les sujets de sexe féminin de notre série, de par la fréquence des facteurs déclenchants observée chez eux, font évoquer la bouffée délirante réactionnelle des auteurs classiques. Cette forme se caractérise entre autres par des troubles thymiques francs. Tandis que l'humeur indifférente oriente plus vers un symptôme dissociatif, l'humeur instable renvoie plus aux pôles affectifs que sont l'humeur dépressive et l'humeur expansive.

⇒ De la conscience

Dans notre série, 88,1 % des patients présentaient un niveau de conscience normal au moment du contact avec le service. Ouédraogo et coll.[37] avaient retrouvé un résultat similaire avec une lucidité dans 70,6 % des cas.

Notre chiffre est en accord avec ce qui est classiquement décrit, à savoir que la conscience (dans le sens de la vigilance), est peu perturbée au cours de la bouffée délirante aiguë. Les troubles de conscience observés l'ont été plus souvent chez les patients qui présentaient des affections somatiques associées. On peut donc penser que ces troubles de conscience découlent des atteintes somatiques en cause.

⇒ Des affections somatiques associées

Outre quelques blessures dues aux gestes auto-agressifs, aux gestes défensifs de l'entourage, ou encore aux moyens de contention utilisés pour maîtriser un

patient agressif et agité, la plupart des symptômes orientaient vers un terrain immunodéprimé.

En effet, dans 14 cas, la sérologie VIH était revenue positive, faisant alors discuter le rôle de cette infection dans les manifestations psychiatriques observées. Dans le cas d'une infection par le VIH, la survenue de troubles psychotiques doit faire évoquer en premier une psychose organique, en particulier une encéphalite ou une atteinte cérébrale focale due au toxoplasme, au cryptocoque, ou au cytomégalovirus[26]. Mais il arrive cependant qu'il survienne des troubles psychiatriques sans signes apparents d'organicité clinique ou paraclinique. Les investigations se révèlent alors normales, faisant évoquer un trouble réactionnel : dépression, anxiété, troubles psychotiques, suicide[26].

Dans une étude menée au CHN-YO en 1996, Kaboré avait trouvé que 33,3 % des manifestations psychiatriques associées au VIH étaient des troubles psychotiques aigus polymorphes[22]. Loas G. et coll.[27] avaient rapporté, à l'Hôpital Sainte Anne à Paris, le cas d'une jeune fille de 25 ans ayant développé un syndrome délirant dans les suites d'une séroconversion par le VIH. Tous les examens paracliniques effectués avaient écarté une organicité. Les auteurs avaient été amenés à évoquer entre autres, une psychose délirante réactionnelle. Olié J.P. et coll.[31] ont également, dans ce même hôpital, exposé le cas d'un jeune homme de 30 ans qui a développé un syndrome délirant de persécution consécutif à l'annonce de sa séropositivité au VIH. Ils avaient fortement évoqué une décompensation psychotique réactionnelle à l'annonce de la maladie sur une personnalité préalablement fragile.

Ainsi, il survient des BDA au cours de l'infection à VIH, non rattachables à une cause organique. La question se pose alors à savoir s'il s'agit d'un épisode isolé réactionnel, d'un mode d'entrée dans la psychose ou d'un moment fécond d'une psychose chronique.

Compte tenu des moyens limités d'exploration paraclinique, les éventuelles atteintes organiques, notamment les atteintes cérébrales, qui auraient pu

expliquer les troubles psychiques observés, en particulier chez nos patients infectés par le VIH, n'avaient pas été recherchées au cours de l'hospitalisation.

⇒ Des actes antisociaux.

Le comportement de nos patients était marqué dans 80% des cas par des actes antisociaux qui sont parfois allés jusqu'aux meurtres.

Que ce soit le meurtre, la tentative de suicide, la tentative de viol, la fugue ou l'agressivité, ces actes ont été parfois la conséquence des idées délirantes ou de l'obscurcissement de la vigilance. L'existence de ces actes contribue à conférer à la BDA le caractère d'urgence psychiatrique.

En effet, la demande de prise en charge émane en général d'un tiers (voisin, collègue, forces de l'ordre) face à l'insécurité ou l'exaspération que suscite le comportement du malade. Les patients sont souvent amenés ligotés, à la suite de l'acte antisocial.

IV-6 Des formes cliniques

La grande majorité de notre effectif était classée dans le groupe des troubles psychotiques aigus polymorphes sans symptômes schizophréniques : 79,1%. On peut considérer que cette forme clinique correspond à la bouffée délirante typique des premiers auteurs. En effet, cette forme a été plus fréquemment retrouvée chez les sujets de sexe féminin qui, nous l'avons vu plus haut, présentaient plus souvent un facteur déclenchant. Ceci rejoint la notion de bouffée délirante réactionnelle citée dans les premières descriptions de la bouffée délirante polymorphe[14].

Les troubles psychotiques aigus polymorphes sans symptômes schizophréniques étaient plus fréquents chez les patients qui présentaient des antécédents familiaux que chez ceux qui n'en présentaient pas. Ce groupe clinique était également plus fréquent chez les patients qui étaient à leur premier épisode. Ces résultats rejoignent les données classiques qui mentionnent l'existence

d'antécédents familiaux[12, 10] et l'absence d'antécédents personnels[44] dans les facteurs prédisposants de la bouffée délirante typique.

Les autres catégories sont faiblement représentées dans notre série, mais leur existence même reflète l'extrême diversité des tableaux cliniques que constituent les bouffées délirantes aiguës. Cette diversité clinique traduit le caractère hétérogène de ce qui a été regroupé sous le concept de "bouffée délirante aiguë" et témoigne des difficultés nosologiques que ce concept soulève : psychose autonome, forme particulière d'une psychose maniaco-dépressive ou schizophrénie ?

IV-7 Des aspects évolutifs

⇒ De la durée d'hospitalisation

Dans notre série, la durée d'hospitalisation variait de 2 à 53 jours avec une moyenne de $15,9 \pm 10,4$ jours. Ce temps d'hospitalisation est comparable à celui que Ouédraogo et coll. [36] avaient trouvé : $16 \pm 11,8$ jours. Ailleurs, les temps d'hospitalisation étaient plus longs : 27 à 65 jours pour Andriambao et coll. à Madagascar [2] ; 2 mois en moyenne pour constant en Guadeloupe [8].

Cette brièveté du temps d'hospitalisation dans notre série peut s'expliquer par le taux élevé de sortie précoces.

En effet, notre série comportait :

- 24,3 % de patients sortis contre avis médical soit sur décharge, soit par évasion ;
- 12 % de patients sortis avant la guérison clinique sur demande expresse des parents, après un séjour moyen de 21 jours, soit parce qu'ils estimaient que l'état du patient s'était amélioré, permettant à leur avis un traitement en ambulatoire, soit par manque de moyens financiers (médicaments et frais d'hospitalisation) ou de moyens humains (accompagnant obligatoire pour chaque patient).

Tous ces cas ont contribué à réduire le temps d'hospitalisation moyen.

La durée d'hospitalisation était plus longue pour les patients scolarisés. Cela peut s'expliquer par le fait que ces patients et leur entourage instruits comprennent mieux la nécessité de l'hospitalisation et de ce fait, adhèrent mieux au projet thérapeutique.

⇒ De l'évolution immédiate

La guérison clinique a été de règle dans notre série avec 62,2% de l'effectif. Ouédraogo et coll. [37] avaient trouvé un taux voisin de 54,9%. Cette guérison clinique a été obtenue en 17,5 jours d'hospitalisation en moyenne, ce qui témoigne du caractère transitoire des troubles.

La guérison clinique a été objectivée par une critique du délire et un état de conscience normal dans 115 cas (100% des cas). Quelques cas (2 cas) présentaient une humeur dépressive résiduelle dont l'existence a d'ailleurs été mentionnée par plusieurs auteurs [2, 7, 48].

Dans les autres cas, ces critères (critique du délire, état de conscience et état de l'humeur) ont manqué ou alors ont existé séparément, ce qui ne permettait pas d'affirmer la guérison clinique.

L'évolution immédiate est en règle générale favorable ; cependant il y a lieu de rappeler que l'accès délirant peut rester unique mais il a également la possibilité de récidiver.

CONCLUSION

Au terme de notre étude, il apparaît que la BDA est une affection fréquente chez les patients hospitalisés dans le service de psychiatrie du CHN-YO avec un taux de prévalence de 28,07 %.

C'est une affection qui touche préférentiellement la frange active de la population, à savoir les adultes jeunes.

L'épisode inaugural constitue le plus souvent un véritable drame pour le patient et pour la famille du fait de son apparition soudaine mais aussi de la fréquence d'actes antisociaux aux conséquences parfois très lourdes. Il s'agit donc d'une véritable urgence médicale qui doit être reconnue et traitée précocement.

Au vu de l'insuffisance du personnel spécialisé et compte tenu de l'urgence, le diagnostic et la prise en charge au moins immédiate doivent pouvoir être assurés par le médecin généraliste.

Ce diagnostic est accessible et relativement aisé devant un état délirant aigu de survenue brutale chez un adulte jeune jusque là apparemment sain. Il s'agit généralement d'un délire de persécution construit autour d'idées intuitives et/ou d'hallucinations, accompagné de troubles thymiques francs.





Sous traitement neuroleptique, la BDA guérit de façon spectaculaire. Mais, bien que ce traitement soit efficace et disponible, l'évolution peut être émaillée de rechutes ou de récurrences, parfois à la faveur de facteurs de stress multiples. La possibilité de cette modalité évolutive commande une surveillance attentive.

La sortie de l'hôpital devant être l'entrée dans la vie enrichie de l'expérience délirante, le malade a besoin de tous pour sa réinsertion socioprofessionnelle. S'il a évité l'organisation pathologique chronique, il lui reste à aménager son existence. Par le dialogue et l'écoute, le praticien et la famille l'aideront : après la guerre, à défaut de paix, il faudra négocier avec lui un armistice vivable.



RECOMMANDATIONS

A l'issue de ce travail, nous pouvons formuler quelques recommandations pour une amélioration de la prise en charge des bouffées délirantes aiguës au CHN-YO.


1- Aux familles

-  Consulter tout de suite le médecin devant un sujet présentant un délire et/ou un comportement étrange et inhabituel.
-  Assurer le suivi régulier du traitement après la phase d'hospitalisation.
-  Favoriser les conditions d'une bonne réinsertion sociale du patient.
-  Consulter immédiatement le médecin généraliste en cas de rechute ou de récurrence.

2- Aux médecins généralistes


-  Etre attentifs aux BDA et participer à leur prise en charge car il s'agit d'une urgence psychiatrique.
-  Dans le contexte actuel d'épidémie du SIDA, penser à la possibilité d'une infection par le VIH devant une BDA.


3- Aux psychiatres

 Initier des études pour approfondir les connaissances sur les BDA, en particulier sur :

- ✓ Les facteurs favorisants ;
- ✓ Le pronostic ;
- ✓ Les modalités évolutives.

4- Aux autorités sanitaires

 Assurer la formation du personnel spécialisé pour pallier leur insuffisance numérique.

 Assurer une sensibilisation appropriée des familles sur les maladies mentales en général et la BDA en particulier, notamment en ce qui concerne les possibilités de prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. **ASSOCIATION AMERICAINE DE PSYCHIATRIE - DSM IV** : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition (Version internationale, Washington DC, 1995). Traduction française par J.-D. GUELFY et al., Masson, Paris, 1996, 1056 pages.
2. **ANDRIAMBAO D., RAKOTOBE A., RAMAROJAONA R., TRISTAN M., RANANIVOARISON J., RASIDY N., RAHARISOA M.A.** : Aspects particuliers des bouffées délirantes aiguës à Madagascar. *Encéphale* 1976 ; 2,4 : 367-383.
3. **BUSTAMANTE J.A.** : La réaction psychotique aiguë, la transculturation, le sous développement et les changements sociaux. *Psychopathologie Africaine* 1969 ; 5,2 : 223-233.
4. **CHEVANCE M., GUILLOUX M., LAXENAIRE P., VEYRAT M.** : Anthropologie et bouffées délirantes : le discours antillais et camerounais. Discussion. *Annales Médico-Psychologiques* 1992 ; 150, 4-5 : 291-294.
5. **COLLOMB H.** : Bouffées délirantes en psychiatrie africaine. *Psychopathologie Africaine* 1965 ; 1,2 : 167-184.
6. **CONSTANT J.** : A propos des bouffées délirantes. *Revue Médicale* 1973 ; 14,6 : 395-399.
7. **CONSTANT J.** : Le traitement des bouffées délirantes. *Revue du Praticien* 1972 ; 22,32 : 4465-4473.

8. **CONSTANT J.** : Les bouffées délirantes en Guadeloupe. Essai d'analyse sémiologique, psychopathologique et culturelle à propos de 112 observations. *Psychopathologie Africaine* 1972 ; 8,2 : 169-199.
9. **COUSIN F-R. , VANELLE J-M.** : Défense et illustration du concept de bouffée délirante aiguë. *Information Psychiatrique* 1987 ; 63, n° spécial : 315-321.
10. **CRICUILLION-DOUBLET S., BOYER P., LANCRENON S., SAMUEL-LAJEUNESSE B.** : Les états délirants aigus : essai de caractérisation anamnétique, sociodémographique et symptomatique. *Psychiatrie Psychobiologie* 1987 ; 2,5 : 319-333.
11. **DUPRE E., LOGRE B.** : Les psychoses interprétatives aiguës. *Annales Médico-Psychologiques* 1914 ;144-169.
12. **EY H.** : La classification des maladies mentales et le problème des psychoses aiguës. *Etudes psychiatriques. Tomes III, études n° 20 et 21.* Desclée de Brouwer, Paris, 1954.
13. **EY H.** : Bouffées délirantes. *Etudes psychiatriques. Tome III, études n° 23.* Desclée de Brouwer, Paris, 1954.
14. **EY H.** : Psychoses délirantes aiguës (bouffées délirantes, psychoses hallucinatoires aiguës, états oniroïdes). Editions techniques, Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris, France), *Psychiatrie*, 37230 A¹⁰, 2-1955.

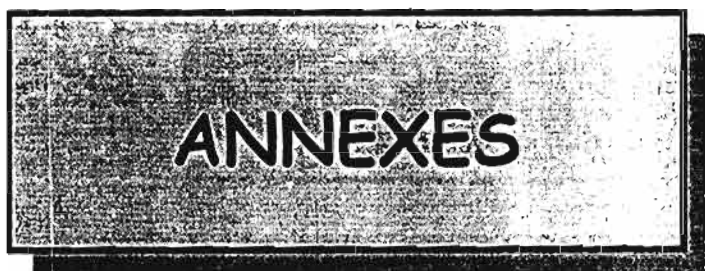
-
15. **EY H., BERNARD P., BRISSET CH.** : Manuel de psychiatrie. 6^{ème} édition. Masson, Paris, 1989, 1211 p.
 16. **FERRERO F.** : Evolution du concept diagnostique de psychose aiguë. *Annales de Psychiatrie* 1989 ; 4,2 : 151-155.
 17. **GARELLEON A** : Approche culturelle des bouffées délirantes en Guadeloupe à partir d'une expérience en service psychiatrique à l'hôpital de Pointe à Pitre. Thèse médecine, Rennes, 1985, 129 p.
 18. **GEERLINGS P.J., SILBERMANN R.M., SHALKEN H.F.A.** : Acute adverse reactions to drug-taking. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1972 ; 48,1 :22-29
 19. **GUILLOUX J.** : Bouffées délirantes aiguës cent ans après Magnan. Mémoire C.E.S Psychiatrie, Paris, 1986.
 20. **JAMROT DAMETTE C., OLIVIER J.** : Intérêt du concept de bouffée délirante. Etude du pronostic de treize cas avec un recul de 10 ans. Thèse médecine, Amiens, 1984, 152 p.
 21. **JOHNSON-SABINE E.C., MAN A.H., JACOBY R.J., WOOD K.H., PERON-MAGNAN P., OLIE J.P., DENIKER P.** : Bouffée délirante : an examination of its current status. *Psychologie Médicale* 1983 ; 13,4 : 771-778.
 22. **KABORE L.H.** : Manifestations psychiatriques associées au SIDA. Etude rétrospective de 12 cas au service de psychiatrie du centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo. Mémoire ENSP, Ouagadougou, 1996, 47 P.

-
23. **LEMPERIERE TH., FELINE A., GUTMANN A., ADES J., PILATE C.** : Psychiatrie de l'adulte. 13^{ème} édition. Masson, Paris, 1994, 430 p.
24. **LE ROUX A., VANTALON V.** : Réflexions actuelles à propos des bouffées délirantes. *Annales Médico-Psychologiques* 1993 ; 151,1 : 96-104.
25. **LEROY C., ALBY J.M., FERRERI M.** : Dysthymie et bouffées délirantes chez des transplantés d'origine noire. *Psychopathologie Africaine* 1982 ; 18,3 : 281-291.
26. **LINARD F., BEAU P., SILVESTRE D.** : Psychiatrie et infections à VIH chez l'adulte. Editions techniques, Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris, France), Psychiatrie, 37-550-A-20, 1995.
27. **LOAS G., VAUTHERIN ESTRADE M.** : Les troubles psychotiques au cours du SIDA : à propos d'un cas. *Actualités Psychiatriques* 1990 ; 2 : 54-58.
28. **MAGNAN V.** : Leçons cliniques sur les maladies mentales. *Progrès Médical*, 1893, 1897.
29. **MAGNAN V.** : Des signes physiques intellectuels et moraux de la folie héréditaire. *Recherche sur les centres nerveux*. Masson, Paris, 1893.
30. **OKASHA A., EL DAWLA A.S., KHALIL A.H., SAAD A.** : Presentation of acute psychosis in an Egyptian sample : a transcultural comparison. *Comprehensive Psychiatry* 1993 ; 34,1 : 4-9.

-
31. **OLIE J.P., LESUR A., DENIS H.P., CAROLI F., LOO H. :** Manifestations psychiatriques et infection par le VIH. A propos d'un cas. *Encéphale* 1987 ; 13,1 : 31-33.
32. **OMS :** Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V (F) : Troubles Mentaux et Troubles du Comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Masson, Paris, 1993.
33. **OMS :** Glossaire et guide de classification en concordance avec la Neuvième Révision de la Classification Internationale des Maladies. Genève, 1979, 106 p.
34. **OUANGO J. G. :** Contribution à l'étude de l'évolution des bouffées délirantes à Dakar. Thèse médecine, Dakar, 1984, 68p.
35. **OUEDRAOGO A. :** Approche psychopathogénique des psychoses puerpérales au Sénégal. Mémoire C.E.S, Dakar, 1987, 110p.
36. **OUEDRAOGO A., SAMUEL-LAJEUNESSE B. :** Les bouffées délirantes aiguës chez la femme au Burkina Faso. *Annales Médico-Psychologiques* 1997 ; 155,2 : 126-131.
37. **OUEDRAOGO A., TOPAN S., SAMUEL-LAJEUNESSE B. :** Les bouffées délirantes aiguës et leur devenir : analyse de 102 cas au service de psychiatrie du CHN Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, Burkina faso. *Bénin Médical* 1999 ; 12-13 : 144-147.
38. **PERAUD M.C., DANON-BOILEAU H., LAB P. :** Le devenir de 1000 malades étudiants hospitalisés entre 1956 et 1966 : enquête catamnastique. *Annales Médico-Psychologiques* 1975 ; 133, 1 : 1-50.

-
- 39.**PERON S.** : Les limites de la schizophrénie dans l'opinion de psychiatres français. Thèse, Paris, 1978.
- 40.**PICHOT P.** : Les bouffées délirantes et les délires chroniques. Deux concepts nosologiques français. *Annales Médico-Psychologiques* 1979 ; 1,2 : 52-57.
- 41.**PICHOT P.** : The diagnosis and classification of mental disorders in French-speaking countries : background, current news and comparison with other nomenclatures. *Psychologie Médicale* 1982 ; 12 : 475-492.
- 42.**PULL C.** : Les psychoses schizophréniques, critères de diagnostic des psychiatres français. Comparaison avec les critères des psychiatres américains. Thèse de doctorat de 3^{ème} cycle, Paris V, 1981.
- 43.**SAMUEL-LAJEUNESSE B.** : Psychoses délirantes aiguës. Editions techniques, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Paris, France), Psychiatrie, 37-230-A-10, 1985.
- 44.**SAMUEL-LAJEUNESSE B., HEIM A.** : Psychoses délirantes aiguës. Editions techniques, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Paris, France), Psychiatrie, 37-230-A-10, 1994.
- 45.**SINGER L., EBTINGER R., MANTZ H.** : Le devenir des bouffées délirantes. Etude catamnestique de 74 cas. *Annales Médico-Psychologiques* 1980 ; 138 : 1097-1107.

-
46. **SIZARET P., DEGIOVANNI A., FAURE M.** : Bouffées délirantes et culture. *Annales Médico-Psychologiques* 1987 ; 145 : 753-762.
47. **TCHETCHE G.D.** : Psychiatrie en Afrique noire et contexte socioculturel. Harmattan, Paris, 1998. 270 p.
48. **TIGNOL J.** : Les bouffées délirantes : diagnostic, évolution et pronostic, traitement. *Revue du Praticien* 1991 ; 41,5 : 459-461.
49. **VERLHAC A., BURGOS V., TROLLE E.** : Originalité de la psychose réactionnelle brève en regard des psychoses délirantes aiguës. *Information Psychiatrique* 1993 ; 69,2 : 132-139.



ANNEXES

FICHE DE COLLECTE DE DONNEES

**BOUFFEES DELIRANTES AIGUES
SERVICE DE PSYCHIATRIE CHN-YO
(1994-1998)**

Année : _____

Numéro du dossier d'hospitalisation : _____

I – IDENTITE

- Sexe : (1=masculin, 2=féminin)
- Age(en années) : _____
- Situation matrimoniale : (1=marié, 2=célibataire, 3=divorcé, 4=veuf, 5=non précisé)
- Profession : (1=fonctionnaire, 2=commerçant, 3=employé du privé, 4=cultivateur,
5=élève, étudiant, 6=secteur informel, 7=femme au foyer, 8=sans emploi)
- Religion : (1=chrétien, 2=musulman, 3=animiste, 4=sans religion, 5=autres, 6=non précisé)
- Lieu de résidence : (1=ville, 2=village, 3=non précisé)
- Niveau de scolarisation atteint : (1=non scolarisé, 2=primaire, 3=secondaire,
4=supérieur, 5=enseignement professionnel, 6=non précisé)
- Situation migratoire :

II – ANTECEDENTS

- Le patient a-t-il eu des épisodes analogues antérieurs ?
Oui Non si oui, combien ? _____
- Quel était l'âge du patient au premier épisode ? (en années) _____
- Combien de fois le patient a-t-il été hospitalisé dans un service de psychiatrie
auparavant ? :
Avant 1994 _____
Entre 1994 et 1998 _____

- Existence de troubles mentaux dans la famille:

	Oui	non
Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frère/ sœur utérin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III – CIRCONSTANCES DE SURVENUE

- Temps écoulé depuis l'apparition du premier symptôme du premier épisode jusqu'à l'entrée dans le service(en jours) : |_____|

- Temps écoulé entre le début de l'épisode actuel et l'entrée dans le service(en jours) :|_____|

- Y a-t-il eu un(des) facteur(s) déclenchant(s) pour l'épisode actuel ? :

Oui Non

Si oui, le(les)quel(s) :

IV – ASPECTS SEMIOLOGIQUES

- Quels sont les thèmes du délire ? :

	Oui	Non
Persécution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grandeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mystique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erotomaniaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Influence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Quels sont les mécanismes du délire ? :

	Oui	Non
Illusions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interprétation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intuition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallucination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

si oui, quel(s) type(s) ? :

(1=visuelles, 2=acoustico-verbales,
3=cénesthésiques, 4=olfactives et gustatives,
5=tactiles)

- Quel est l'état de l'humeur ? : (1=dépressive,2=expansive,3=instable,4=indifférente)
- Quel est l'état de la conscience ? : (1=normale, 2=obnubilée)
- Le patient présente-t-il une(des) affection(s) somatique(s) associée(s) ? :
- Oui Non Si oui, la(les)quelle(s) :
- Le patient a-t-il commis un(des) acte(s) antisocial(aux) ? :
- Oui Non Si oui, le(les)quel(s) :

V – FORMES CLINIQUES

- Classification :

VI – ASPECTS EVOLUTIFS

- Durée de l'hospitalisation actuelle(en jours) : |_____|
- Mode de sortie : (1=normale, 2=transfert, 3=contre avis médical, 4=évasion, 5=décès, 6=sortie précoce sur demande)
- Y a-t-il une critique du délire à la sortie ? : oui non
- La conscience est-elle normale à la sortie ? : oui non
- L'humeur est-elle normale à la sortie ? : oui non

VII – ACSPETS THERAPEUTIQUES

- Classe thérapeutique des médicaments reçus au cours de l'épisode actuel :

	Oui	Non
Neuroleptiques :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiolytiques :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antiparkinsonniens :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Nature des médicaments reçus au cours de l'épisode actuel :

Neuroleptiques :

Anxiolytiques :

Antiparkinsonniens :

Autres :

VIII – OBSERVATIONS ET REMARQUES

SERMENT D'HIPPOCRATE

« EN PRESENCE DES MAITRES DE CETTE ECOLE ET DE MES CHERS CONDISEIPLES, JE PROMETS ET JE JURE D'ETRE FIDELE AUX LOIS DE L'HONNEUR ET DE LA PROBITE DANS L'EXERCICE DE LA MEDECINE. JE DONNERAI MES SOINS GRATUITS A L'INDIGENT ET N'EXIGERAI JAMAIS DE SALAIRE AU-DESSUS DE MON TRAVAIL. ADMIS A L'INTERIEUR DES MAISONS, MES YEUX NE VERRONT PAS CE QUI S'Y PASSE, MA LANGUE TAIRA LES SECRETS QUI ME SERONT CONFIES ET MON ETAT NE SERVIRA PAS A CORROMPRE LES MŒURS NI A FAVORISER LES CRIMES.

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

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

AUTEUR : OUBDA Bruno à l'UFR / SDS Université de Ouagadougou
03 BP 7021 Ouagadougou 03 BURKINA FASO (AFRIQUE DE L'OUEST)

TITRE : Les bouffées délirantes aiguës au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou : aspects épidémiologiques et cliniques.

RESUME : La bouffée délirante aiguë est une affection complexe dont le problème essentiel réside dans le risque d'évolution vers une psychose chronique. Afin de dégager les caractéristiques épidémiologiques et cliniques de cette affection au Burkina Faso, une étude rétrospective sur cinq ans (de janvier 1994 à décembre 1998) a été menée dans le service de psychiatrie du CHN-YO. 185 cas de bouffées délirantes aiguës, admis en hospitalisation complète, ont été colligés. De cette étude, il ressort que :

✓ Le diagnostic de BDA est fréquent avec 28,07 % des hospitalisations ;

✓ C'est une affection de l'adulte jeune (28 ans en moyenne), au passé psychopathologique vierge et résidant volontiers en milieu urbain.

✓ Le début se situe autour de 26 ans, parfois au décours d'un deuil ou d'un échec (scolaire, professionnel ou sentimental).

✓ La thématique délirante est pauvre, axée sur la persécution et construite autour d'idées intuitives et / ou d'hallucinations visuelles et acoustico-verbales. La conscience est conservée et l'humeur est dépressive.

✓ Le délirant aigu est enclin à la fugue. Son agressivité est quasi-constante et conduit quelques fois à des actes médico-légaux pouvant aller jusqu'au meurtre.

✓ Sous neuroleptique, la guérison survient en général au bout de deux semaines avec sédation du délire, normalisation de l'humeur et critique de l'état morbide.

MOTS-CLES : Bouffées Délirantes aiguës – Epidémiologie - Clinique
Burkina Faso – Africain.

MESSRS
UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
UFR/SDS
03 BP 7021 OUAGADOUGOU 03

BURKINA FASO
UNITE-PROGRES-JUSTICE

ATTESTATION DE CORRECTION

Nous soussignés, certifions avoir revu la thèse corrigée de OUBDA Bruno intitulée : « Les bouffées délirantes aiguës au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo : aspects épidémiologiques et cliniques. ».

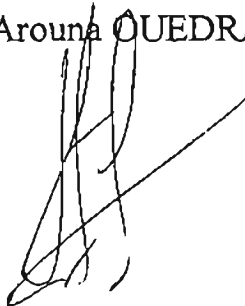
Les corrections apportées sont conformes aux recommandations des membres du jury.

Attestation délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Ouagadougou, le 27 juillet 2001

Le Directeur de thèse :

Pr Ag. Arouna OUEDRAOGO



Le Président du jury :

Pr Ag. Jean KABORE

