

Pages 453 à 465

Pour une typologie des médecins psychiatres**Caroline Guïbet-Lafaye**

RÉSUMÉ

CONSULTER

↓ TÉLÉCHARGER

Pages 466 à 473

Accès psychotiques aigus : modalités évolutives et pronostics sur deux ans de suivi des patients hospitalisés au CNHU-HKM Cotonou (Bénin)**Kokou Messanh Agbemele Soedje, Grégoire Magloire Gansou, Francis Tognon Tchegnonsi, Guy Gérard Aza-Gnandji, Abou Sy, Prosper Gandaho, Josiane Ezi-Houngbe et René Gualbert Ahyi**

RÉSUMÉ

CONSULTER

↓ TÉLÉCHARGER

Pages 474 à 482

Troubles psychiatriques en milieu pénitentiaire tunisien**Kilani Hajji, Sami Khammouma, Ilyes Marrag et Mohamed Nasr**

RÉSUMÉ

CONSULTER

↓ TÉLÉCHARGER

Accès psychotiques aigus : modalités évolutives et pronostics sur deux ans de suivi des patients hospitalisés au CNHU-HKM Cotonou (Bénin)

Kokou Messanh Agbémélé Soedje, Grégoire Magloire Gansou, Francis Tognon Tchegnonsi, Guy Gérard Aza-Gnandji, Abou Sy, Prosper Gandaho, Josiane Ezi-Houngbe, René Gualbert Ahyi

RÉSUMÉ

Introduction Cette étude avait pour objectifs de déterminer les modalités évolutives à l'issue de la première hospitalisation pour trouble psychotique bref et d'identifier les facteurs prédictifs d'évolution vers une schizophrénie.

Cadre, matériel et méthode L'étude s'est déroulée au CNHU-HKM de Cotonou. Il s'est agi d'une étude prospective à visée descriptive et analytique utilisant le MINI, PANSS et l'EGF, qui a inclus des patients admis en hospitalisation du 1^{er} juillet au 31 décembre 2009 et suivi pendant deux années. Le recours à l'analyse de variance et au test de Student a été nécessaire.

Résultats Sur cette période 42 patients répondaient aux critères de l'étude. Malgré des arrêts de suivi médical, tous les enquêtés avaient accepté les différentes évaluations parfois chez eux à domicile. Les différents sous-types cliniques à l'admission ont été : sous-type positif 21 (50 %) ; sous-type mixte 14 (33,3 %) et sous-type négatif 6 (16,7 %). L'analyse de variance entre les scores moyens à l'admission sur les variables PANSS, échelle positive et échelle de psychopathologie générale n'a montré aucune différence entre les deux groupes (schizophrénie et non schizophrénie). C'est seulement pour l'échelle négative que l'on remarque que le score moyen chez les schizophrènes a été significativement élevé par rapport aux patients non schizophrènes ($p = 0,05$; $F = 24,38$).

Conclusion Une attention particulière devrait être accordée aux sujets jeunes garçons présentant un trouble psychotique bref avec une prédominance de symptômes négatifs.

Mots clés : psychose, syndrome négatif, psychose délirante aiguë, évolution, étude prospective, Bénin, test de Student, échelle PANSS, échelle de psychopathologie générale

ABSTRACT

Access to acute psychotics: developing modalities and prognosis based on two years of monitoring patients hospitalized at CNHU - HKM Cotonou (Benin). **Introduction** This study was aimed at determining the developing modalities at the end of the first admission of patients for brief psychotic disorders and to identify the predictive factors of evolution towards schizophrenia.

Framework, materials and method The study took place at the CNHU-HKM of Cotonou. It was a prospective study with a descriptive and analytical objective based on the Mini-International Neopsychiatric Interview, the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) and the Global Assessment of Functioning Scale, which was performed with patents admitted from July 1st, 2009 to December 31st, 2011 with two years follow-up. Variance analysis and the Student's t-test were also used.

Ancien DES de psychiatrie au CNHU-HKM de Cotonou (Bénin). Maître Assistant, Faculté des Sciences de la Santé, Université de Lomé (Togo).
Psychiatre addictologue des Hôpitaux, CHU Campus, 01 BP 4702, Lomé-Togo
<soedjem@gmail.com>

Tirés à part : K.M.A. Soedje

Results During the treatment period, 42 patients met the study criteria. Despite gaps in medical treatment, all respondents accepted various evaluations sometimes conducted at their homes. The various clinical subcategories admitted were: positive subcategory 21 (50 %) ; mixed subcategory 14 (33.3 %) and a negative subcategory 6 (16.7 %). For the period of admission, the variance analysis between the average scores on PANSS, positive Scale and general psychopathology Scale variables showed no difference for either group (*i.e.* schizophrenia and non-schizophrenia). It was only in the negative Scale test that we observed that the schizophrenic's average score was significantly higher than that for non-schizophrenic patients ($p=0.05$; $F=24.38$).

Conclusion Particular attention should be given to young male patients who have a brief psychotic disorder and a predominance of negative symptoms.

Key words: psychosis, negative syndrome, acute delirium psychosis, evolution, prospective, Benin, Student's-t-test, Positive and Negative Syndrome Scale, general psychopathology scale

RESUMEN

Accesos psicóticos agudos : Modalidades evolutivas y pronósticos a dos años de seguimiento de los pacientes hospitalizados en el CNHU-HKM Cotonú (Benín). *Introducción* este estudio tenía como objetivos determinar las modalidades evolutivas al salir de la primera hospitalización por trastorno psicótico breve e identificar los factores predictivos de evolución hacia una esquizofrenia.

Marco, material y método el estudio se ha desarrollado en el CNHU-HKM de Cotonú. Se ha tratado de un estudio prospectivo con miras descriptiva y analítica utilizando la MINI, la PANSS y la EGF, que ha incluido a pacientes admitidos en hospitalización del 1 de julio al 31 de diciembre de 2009 y con seguimiento durante dos años. Han sido necesarios recurrir al análisis de varianza y a la prueba de Student.

Resultados a lo largo de este período, 42 pacientes respondían a los criterios del estudio. A pesar de las interrupciones del seguimiento médico, todos los encuestados habían aceptado las diferentes evaluaciones a veces en el propio domicilio. Los diferentes subtipos clínicos en la admisión han sido : subtipo positivo 21 (50 %) ; subtipo mixto 14 (33,3 %) y subtipo negativo 6 (16,7 %). El análisis de varianza entre las marcas medianas en la admisión sobre las variables PANSS, Escala positiva y Escala de psicopatología general no han arrojado ninguna diferencia entre los dos grupos (esquizofrenia y no esquizofrenia). Únicamente para la escala negativa se nota que la marca mediana entre los esquizofrénicos ha sido significativamente alta con relación a los pacientes no esquizofrénico ($p=0,05$; $F=24.38$).

Conclusión debería concederse una atención particular a los sujetos jóvenes muchachos con trastorno psicótico breve de síntomas negativos predominantes.

Palabras claves : psicosis, síndrome negativo, psicosis delirante aguda, evolución, estudio prospectivo, Benín, prueba de Student, escala PANSS, escala de psicopatología general

Introduction

La situation nosologique des troubles délirants aigus est complexe, ainsi qu'en témoignent d'incessants et multiples remaniements d'un cadre dont le polymorphisme clinique passe au premier plan. Le concept de bouffée délirante est très familier en France et dans les pays de langue française. Les appellations sont très diverses dans la littérature, selon l'origine et l'orientation des auteurs, mais les « idées délirantes » constituent une caractéristique sémiologique constamment retrouvée [1]. Cette hétérogénéité explique pourquoi plus de 25 variantes sémiologiques de la bouffée délirante aiguë sont retrouvées dans la littérature psychiatrique internationale [2]. Cette entité nosologique n'est classiquement intégrée ni dans la schizophrénie ni dans la psychose maniacodépressive. Le manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux IV texte révisé (DSM IV-TR) classe les troubles psychotiques selon le temps d'évolution (1^{er} jour à 1 mois : troubles psychotiques

brefs ; 1 mois à 6 mois : troubles schizophréniforme ; 6 mois et plus : schizophrénie) sans tenir compte du contenu psychopathologique. Dans les pays subsahariens la notion de « pathologie psychiatrique », telle que nous l'apprenons aujourd'hui n'est quasiment pas référencée. La présence de la « psychiatrie occidentale » a permis de décrire dans les sociétés africaines un très grand nombre de troubles dont la sémiologie très fréquente correspondait aux bouffées délirantes aiguës polymorphes de la nosographie psychiatrique française [2]. Cette grande fréquence amène Collomb H [3] à affirmer que « la bouffée délirante pourrait être considérée comme la forme psychopathologique caractéristique de la psychiatrie africaine ». La psychose délirante aiguë ou l'accès psychotique aigu (APA) traduit une vulnérabilité mais aussi une plasticité. La prise en charge dans une certaine mesure peut être déterminante pour le devenir. Le sujet manifestant ces symptômes doit être placé dans le contexte de son histoire personnelle, sa fragilité psychique, son mode de vie, son entourage et l'offre de prise en charge

pouvant influencer la prédiction. Rares sont les troubles mentaux dont le pronostic est aussi variable que celui de l'APA ; ainsi l'évolution peut aboutir aussi bien à la guérison qu'à l'absence totale de rémission, en passant par des rémissions plus ou moins complètes ménageant un fonctionnement intercritique de plus ou moins bonne qualité [4]. La gravité du premier épisode psychotique est liée essentiellement au risque d'évolution vers la schizophrénie. Bien que les neuroleptiques aient contribué à atténuer les risques des manifestations cliniques de cette pathologie, le diagnostic de schizophrénie demeure associé à un « mauvais pronostic ». Les cinq à dix premières années d'évolution sont déterminantes pour évaluer le pronostic ultérieur puisque, dans la plupart des cas, un plateau évolutif est atteint au terme de cette période [5, 6]. Il est important d'évaluer des patients n'ayant pas atteint cette phase de stabilité relative. Dans les perspectives d'identification de trouble schizophréniforme, Langfeldt G [6] a montré l'existence d'un groupe de schizophrénies à bon pronostic qu'il oppose aux schizophrénies déficitaires. Dans la même démarche, Zarate JRA *et al.* [7] montrent dans des études prospectives qu'un premier épisode schizophréniforme est instable et que 24 mois permettent d'individualiser le trouble schizophréniforme du trouble schizophrénie. Le contexte béninois est marqué par l'absence de données concernant le devenir des patients ayant été hospitalisés pour un premier APA dans le service de psychiatrie du Centre national hospitalier et universitaire Hubert K. Maga (CNHU-HKM) à Cotonou, centre de référence du Bénin. Quel est le devenir de ces patients ? Existe-il des facteurs de bon ou mauvais pronostic ?

Cette étude se voulait une évaluation du devenir clinique des patients diagnostiqués APA à l'admission de la première hospitalisation pour le diagnostic de trouble psychotique bref répondant aux critères du DSM IV TR.

Les objectifs spécifiques ont été :

- de déterminer les modalités évolutives à l'issue de la première hospitalisation pour trouble psychotique bref ;
- d'identifier les facteurs prédictifs d'évolution vers une schizophrénie.

Cadre, matériel et méthode

L'étude s'est déroulée au service de psychiatrie du CNHU-HKM de Cotonou qui est la référence au plan national. Il reçoit tous les cas de pathologie mentale, quel que soit l'âge des patients. Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique rendant compte d'un suivi de deux ans, effectuée chez des patients hospitalisés dans ce service pour APA répondant aux critères du DSM IV-TR de « trouble psychotique bref ». Ce travail a été effectué sur la période du 1^{er} juillet 2009 au 31 décembre 2011.

Critères d'inclusion et de non-inclusion

Les critères d'inclusion dans l'étude ont été les suivants :

- être admis en hospitalisation durant la période du 1^{er} juillet au 31 décembre 2009 ;
- résider au moins trois mois sur le territoire béninois à la date de l'admission ;
- avoir un âge compris entre 15 ans inclus et 50 ans exclus ;
- présenter un 1^{er} épisode de trouble psychotique bref (F ; DSM VI-TR) sans retenir le critère B ;
- donner son consentement verbal libre et éclairé après stabilisation.

Les critères de non-inclusion dans l'étude ont été les suivants :

- l'existence d'antécédents personnels d'hospitalisation dans un service de psychiatrie public ou privé, de prise en charge ambulatoire chimiothérapique avérée (tout patient qui a déjà bénéficié d'une prise en charge psychiatrique traditionnelle ou moderne a été exclu) ;
- l'existence de syndrome confusionnel ou de psychosyndrome organique lié à une pathologie somatique avérée, ou à un syndrome de sevrage alcoolique ou médicamenteux, ou à une intoxication éthylique aiguë, ou aux complications des traitements à action psychotrope administrés pour une pathologie somatique.

Entretien

Un entretien psychiatrique structuré utilisant le *Mini International Neuropsychiatric Interview* sur le plan psychopathologique a été effectué pour tous les patients.

Questionnaire

Ils avaient tous répondu à un hétéro-questionnaire pré-établi, s'enquérant des données sociodémographiques, de l'histoire de la maladie, de la symptomatologie actuelle et des antécédents familiaux dont trois catégorisations ont été utilisées : antécédents familiaux largement définis incluant les antécédents aux 1^{er} et 2^e degrés de trouble de l'humeur et/ou trouble psychotique et/ou suicide. Le niveau de revenu approximatif avait été considéré comme ceci : niveau bas < 2 \$US/j (28 000 F CFA/mois) ; niveau moyen de 2 à 5 \$US/j (28 000 à 67 000 FCFA/mois) et de 6 à 12 \$US/j (67 500 à 150 000 CFA/mois) ; niveau cadre de plus de 13 \$US/j (150 000 FCFA/mois) [8].

Échelles utilisées

Deux échelles ont été utilisées : Positive And Negative Syndrom Scale PANSS pour évaluer l'intensité des symptômes positifs et négatifs ; Global Assessment of Functioning Scale : GAF ou échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF) pour l'évaluation du degré de fonctionnement social ; il a été considéré le meilleur score au

cours de l'année écoulée. Le recueil des informations a été fait aussi auprès des apparentés du patient par un médecin en fin de spécialisation en psychiatrie d'adultes.

Évaluations et analyses

Les évaluations ont été effectuées au cours, et à la fin du 24^e mois de suivi en auto- et hétéro-anamnèse. La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS dans sa version 9.1. L'analyse de variance (ANOVA) et le test de Student ont été utilisés pour la comparaison des variables quantitatives. Le test Chi² a été utilisé pour la comparaison des variables qualitatives. Le taux de signification a été fixé à 0,05 pour toutes les analyses.

Résultats

Données générales

Pendant la période de cette étude 543 nouveaux cas ont été reçus dont 117 hospitalisés ; 45 patients répondaient aux critères de l'étude dont deux ont refusé de participer et un a été perdu de vue soit une participation de 93,33 %.

Caractéristiques sociodémographiques

L'étendue de l'échantillon de cette série a été de 16 à 48 ans. La moyenne d'âge des patients a été de 23,71 ans avec un écart type de 08,22 ans. La médiane et le mode ont été respectivement de 20,50 ans et 18 ans avec un intervalle interquartile qui a été de 18 à 27 ans. Le sexe ratio est 1,33. Le *tableau 1* expose les caractéristiques sociodémographiques de ces patients.

Situation administrative d'hospitalisation

L'intervalle de temps entre le début constaté des troubles et la consultation a été de 1 à 24 jours dont la moyenne a été de 07,09 ± 06,36 jours. La médiane a été de 5 jours et le mode de 2 jours. Chez 6 (14,3 %) des patients l'admission a été faite sans contrainte, ceci est explicité dans le *tableau 2*. La durée d'hospitalisation a été de 5 à 64 jours où la moyenne a été de 23,52 ± 14,51 jours. Le mode et la médiane ont été respectivement de 10 et 20 jours. Il n'y avait pas de rémission à la sortie chez 14 (33,3 %) des enquêtés.

Organisation du suivi après hospitalisation

Tous les patients ont été suivis sous antipsychotique classique. Un arrêt volontaire de prise de médicaments a été objectivé chez 23 (54,76 %) patients. L'étendue de cette durée a été de 15 à 270 jours. La durée moyenne de la prise en charge avant la rupture a été de 100,56 ± 61,43 jours et un mode de 90 jours. Le *tableau 3* montre les détails de la répartition des patients selon les raisons de l'arrêt volontaire de prise de médicaments. Par contre arrêt médical de chimiothérapie a été observé chez 9 patients soit 21,42 %. Cette durée avait une étendue de 183 à 548 jours, la moyenne de 385,44 ± 109,73 jours. La médiane et le mode ont été

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des patients admis pour APA.

	Effectifs n = 42	Pourcentages %
<i>Tranche d'âge</i>		
[15-20[	18	42,8
[20-25[	10	23,8
[25-30[	7	16,6
[30-35[	2	4,8
[35-40[	2	4,8
[40-45[	1	2,4
[45-50[	2	4,8
<i>Sexe</i>		
Masculin	24	57,1
Féminin	18	42,1
<i>Statut marital</i>		
Célibataires	32	76,2
Mariés	6	14,3
Union libre/concubinage	4	9,5
<i>Niveau de revenu approximatif</i>		
Défavorable	36	85,7
Modéré	4	9,5
Passable	1	2,4
Couverture sociale/assurance maladie	1	2,4
Cadre	0	0
<i>Religion</i>		
Chrétien protestant	7	16,7
Chrétien catholique	29	69,0
Islam	2	4,8
Synchrétisme	2	4,8
Traditionnelle	1	2,4
Eckanckar	1	2,4
<i>Niveau de scolarité atteint</i>		
Non scolarisé	1	2,4
Niveau primaire	6	14,3
Niveau secondaire	21	50,0
Niveau baccalauréat plus	14	33,3
<i>Lieu de vie</i>		
Chez les parents	18	42,9
Chez un tuteur	10	23,8
Famille autres que parents	6	14,3
Seul	4	9,5
Famille élargie	2	4,8
Chez le formateur	2	4,8

de 365 jours. Un patient en arrêt volontaire de traitement médicamenteux vient à l'hôpital sur notre demande pour les évaluations ou nous a reçus chez lui au cours de nos visites à domicile pour évaluation. Malgré des arrêts de suivi médical, tous les enquêtés avaient accepté les différentes évaluations parfois chez eux à domicile. Mais symboliquement, celui-ci ne se disait plus malade pour venir fait un suivi en milieu hospitalier. Il était très content de parler de lui sans avoir l'étiquette de malade et aucun des 42 patients n'était perdu de vue.

Tableau 2. Répartition des patients selon la contrainte de soins.

	Effectif N = 42	Pourcentage (%)
A* . . parents	26	61,90
Pas de contrainte	6	14,30
A* . . religieux	4	9,50
A* . .amis/camarades/collègues	3	7,10
A* amis/camarades/ collègues+corps habillés	2	4,80
A* . parents+corps habillés	1	2,40

A* . : Amené par les

Tableau 3. Répartition des patients selon les raisons de l'arrêt volontaire de prise de médicaments.

	Effectif N = 42	Pourcentage (%)
Arrêt volontaire pour mieux-être	14	33,3
Pas d'arrêt (suivi en cours)	10	23,8
Arrêt médical de prise de chimiothérapie	9	21,5
Arrêt volontaire sans raison apparente	6	14,3
Arrêt volontaire pour raison financière	3	07,1

Diagnostics

Les différents sous-types cliniques à l'admission ont été : sous-type positif 21 (50 %) ; sous-type mixte 14 (33,3 %) et

Tableau 5. Répartition des patients selon l'évolution des scores moyens dans le temps.

	Admission	24 mois
PANSS	125,7	50,2
Échelle positive	33,9	10,7
Échelle négative	28,7	13,4
Échelle de psychopathologie générale	63,5	26,1
EGF	23,6	75,6

sous-type négatif 6 (16,7 %). À la fin de la première hospitalisation les troubles schizophréniformes avaient représenté 50 %. Au bout de 2 ans de suivi, l'épisode unique constitue le regroupement des diagnostics de trouble psychotique bref 28,6 % et trouble schizophréniforme 16,7 % des patients soit 45,3 %. Les rechutes avec des intervalles asymptomatiques associent des diagnostics de trouble psychotique bref récurrent 23,8 % et de trouble bipolaire 9,5 % soit 33,30 % des patients. Le *tableau 4* montre la répartition de l'évolution des diagnostics et le *tableau 5* celui de l'évolution dans le temps des scores moyens des tests. La comparaison des scores moyens à l'admission des patients schizophrènes *versus* non schizophrène est faite dans le *tableau 6*. L'analyse de variance (ANOVA) entre les scores moyens à l'admission sur les variables PANSS, échelle positive et échelle de psychopathologie générale n'a montré aucune différence entre les deux groupes (schizophrénie et non schizophrénie). C'est seulement pour l'échelle négative que l'on remarque que le score moyen chez les schizophrènes a été significativement élevé par rapport aux

Tableau 4. Répartition des patients selon les diagnostics évolutifs après 2 ans d'observation ou de suivi.

	À la fin de la première hospitalisation		Après 2 ans d'observation et de suivi	
	Effectif N = 42	Pourcentage (%)	Effectif N = 42	Pourcentage (%)
Tb. psychotique bref	-	-	12	28,6
Tb psychotique bref avec facteur de stress	10	23,8	-	-
Tb psychotique bref sans facteur de stress	7	16,7	-	-
Tb psychotique du post-partum	3	7,1	-	-
Tb. psychotique bref récurrent	-	-	10	23,8
Schizophrénie	-	-	08	19,0
Tb. schizophréniforme	21	50	07	16,7
Tb. bipolaire	-	-	04	09,5
Tb. psychotique non spécifique	1	2,4	01	02,4

Tableau 6. Comparaison des scores moyens à l'admission des patients schizophrène versus non schizophrène.

	Schizophrénie	Non-schizophrénie
PANSS	141,5	121,9
Échelle positive	24,5	36,2
Échelle négative	42,3	25,5
Échelle de psychopathologie générale	74,8	60,8

patients non schizophrènes ($p = 0,05$; $F = 24,38$). Les patients de diagnostics épisode unique (trouble psychotique bref et trouble schizophréniforme) ont été de 8 parmi le sexe masculin (soit 33,33 %) et de 11 chez le genre féminin (soit 61,11 %) après les deux ans de suivi. La comparaison des moyennes d'âge montre que l'âge moyen des patients de diagnostic schizophrénie a été de $19,12 \pm 2,50$ ans et celui de diagnostic troubles psychotiques bref $27,33 \pm 11,14$ ans. De façon globale, la moyenne d'âge des patients non schizophrènes a été de $24,79 \pm 8,73$ ans. Le genre masculin a été représenté à 87,50 % chez les patients à diagnostic de schizophrénie et de 50 % chez le groupe de patient de diagnostic non schizophrénie. La répartition des patients selon les diagnostics évolutifs et le lieu de vie montre que les patients qui résident chez les parents ont évolué plus vers un trouble psychotique bref ($p = 0,14$; $F = 25$ surtout que le Chi^2 partiel est de 0,095 pour la schizophrénie et de 0,670 pour le trouble psychotique bref : différence statistiquement significative même s'il y a eu que 4 cas de schizophrénie chez les patients qui résidaient chez leur parent.). Dans cette série de la consommation de substances psycho-active n'a pas influencé l'évolution vers la schizophrénie ($p = 0,29$; $F = 10$) lors des croisements statistiques. L'existence ou non de prodrome n'a pas influencé sur le plan statistique l'évolution ni vers le trouble psychotique bref ni vers la schizophrénie ($p = 0,16$; $F = 25$), de même que la durée avant la rupture de suivi ou l'arrêt de l'observance ($p = 0,72$; $F = 50$).

Discussion

Pour rendre le groupe d'étude plus homogène, nous nous sommes limités à inclure des sujets avec un diagnostic catégoriel à l'admission : trouble psychotique bref. Nous avons recherché les raisons expliquant l'évolution vers la schizophrénie. Quelle que soit la rigueur méthodologique, les erreurs de classification diagnostique sont relativement fréquentes au cours des premières hospitalisations [9]. Nous ne pouvons cependant pas exclure l'existence de telles erreurs de classification ; de plus le choix arbitraire de notre classification pourrait faire l'objet de contestations

comme l'est tout regroupement de troubles entre lesquels les frontières, si elles existent, ne sont pas bien définies. Les renseignements tels que la durée d'évolution des symptômes psychotiques avant l'hospitalisation, sur d'éventuels prodromes et des antécédents ont été recueillis auprès du malade et de ses proches parfois de manière rétrospective. Dans notre contexte la majorité des familles est très tolérante ou ne se rend compte des troubles de leurs proches que lorsqu'il y a une symptomatologie psychotique manifeste avec des troubles de comportement. On peut donc conférer faussement à un patient l'étiquette de trouble psychotique bref alors que le trouble dure depuis plusieurs mois. Malgré l'utilisation de plusieurs sources d'informations pour le recueil des données, les biais de mémoire ne peuvent être exclus. L'étude a évalué deux ans de suivi : si notre étude se poursuivait il y aurait peut-être des chiffres différents. Les analyses ont porté sur une population de taille modeste, entraînant un manque de puissance statistique avec le risque de masquer des associations. Inversement, le nombre élevé de tests statistiques univariés expose à un risque de conclure à tort à l'existence d'associations significatives. Il s'agit d'une étude réalisée de façon prospective auprès d'un groupe homogène de patients. Ce travail nous permettra d'avoir des éléments de psycho-éducation basés sur des résultats statistiques assez fiables dans notre contexte de pratique quotidienne. Cela nous évitera de n'utiliser que des références d'ailleurs.

La moyenne d'âge a été de $23,71 \pm 8,22$ ans dans la présente étude ; ce qui corrobore les résultats d'El Hamaoui *et al.* [10] qui ont trouvé $23,1 \pm 7,2$ ans. Verdoux [11] a retrouvé $33,4 \pm 11,6$ ans. L'inclusion chez ce dernier de patients chroniques suivis antérieurement à titre externe pourrait justifier les 10 ans de différence observée entre son étude et la nôtre. De même, la présence des manifestations d'allure psychiatrique accompagnant les pathologies organiques dès que l'âge avance pourrait expliquer cette moyenne d'âge élevée. La prédominance du genre masculin a été objectivée chez El Hamaoui *et al.* [10] et Verdoux [11], dans des proportions respectives de 87,20 % et 60,37 % comme dans la présente étude (57,10 %). Les jeunes hommes dans le contexte socioculturel de pays sous-développés sont très tôt confrontés aux responsabilités de la vie quotidienne non seulement pour eux-mêmes, mais parfois pour les autres membres de la famille, alors que la jeune fille, elle, est censée rester longtemps (jusqu'au mariage) sous la protection familiale. Concernant les adultes, la plus grande part de responsabilité est attribuée aux hommes dans le foyer. Leur situation est compliquée par le caractère quasi permanent de la crise socioéconomique. On observe dans le fonctionnement social de l'homme une pauvreté de communication, un manque d'ouverture à l'autre. L'hospitalisation accompagnée d'un membre de la famille est privilégiée pour maintenir le lien avec la famille. La situation particulière de demande de soins des parents dans cette étude ne devrait pas être assimilée à une contrainte de soins du type

hospitalisation à la demande d'un tiers comme en France. On estime que le patient est hors de la réalité et ne sait pas ce qu'il lui faut. Néanmoins s'il conserve une part de conscience de la réalité, la présence parentale ne lui permet pas de donner son point de vue. Dans le fonctionnement culturel béninois l'individu n'existe le plus souvent pas en tant qu'entité autonome pour prendre une décision surtout contraire à celle des parents ; même grand, un enfant demeure un enfant pour ses parents et sa voix n'est pas prépondérante (notion du « moi » groupal). Ce sont les parents qui ont décidé, le patient doit suivre.

Au plan diagnostique, la prédominance du « sous-type positif » (50,00 %) dans cette étude s'expliquerait par l'expression première des symptômes positifs. Plus les manifestations étaient expressives, plus vite les patients venaient en consultation. Les symptômes négatifs semblent être plus tolérés dans le contexte béninois expliquant la faible sollicitation. Seuls les symptômes bruyants motivaient souvent une orientation vers les centres modernes. Certains choisissant la voie de la psychiatrie moderne, le traitement de fond selon la mentalité africaine sera entrepris à la sortie de l'hôpital ou parfois en cours d'hospitalisation. Ce traitement se fait soit par les spiritualistes ou soit par les tradithérapeutes [12]. Après deux ans de suivi des patients, les scores moyens obtenus dans cette série ont été : PANSS 50,1 ; échelle positive 10,6 ; échelle négative 13,4 ; échelle de psychopathologie générale 26,1 et EGF 75,5. El Hamaoui *et al.* [10] ont eu des scores moyens de : PANSS 51,2 ; échelle positive 11,0 ; échelle négative 13,9 ; échelle de psychopathologie générale 18,9 et EGF 71,3. Ces résultats corroborent les résultats de notre étude. Ce dernier résultat peut-il remettre en cause l'hypothèse de différence de sensibilité des cliniciens ?

Concernant le pronostic, dans la présente étude, nous avons observé une évolution vers la schizophrénie dans 19 % des cas. Ce résultat est comparable à ceux de Guilloux J (21 %) [13] et de Barrelet L (14 %) [14]. Par contre, El Hamaoui Y *et al.* [10] a trouvé 31,90 % d'évolution vers la schizophrénie et les études des auteurs comme Graig TJ *et al.* [15], Singh SP *et al.* [16] montrent une variation entre 28 et 39 %. Les résultats de notre série ont montré une évolution vers un trouble bipolaire et vers un trouble psychotique bref récurrent dans 9,5 % et 23,8 % des cas et El Hamaoui Y *et al.* [10] ont trouvé respectivement pour les mêmes diagnostics 38,30 % et 8,5 %. L'évolution vers la rechute avec des intervalles intercritiques de rémission totale montre 33,30 % dans ce travail et 46,80 % à Casablanca [10]. Ce regroupement nous paraît fondé car dans la clinique il n'est pas toujours aisé de bien distinguer un trouble bipolaire avec symptômes psychotiques et trouble psychotique bref surtout au début du parcours du patient. La présence d'épisode mixte parmi les troubles bipolaires complexifie l'individualisation de ces entités nosographiques. L'étude des auteurs comme Graig TJ *et al.* [15], Singh SP *et al.* [16] de même que celui de Ey H *et al.* [4], Labouca-

rie J [17] montrent des résultats similaires. Dans cette étude les troubles schizophréniformes avec rémission doivent être reclassés parmi les troubles psychotiques brefs soit 45,30 % de rémission complète alors que El Hamaoui Y *et al.* [10] ont retrouvé 21,30 %. Dans des études de suivi plus long, supérieur à 5 ans, Goedele DS [18] a rapporté 14 % de rémission complète et Jackson HJ [19] a trouvé un taux de 34 %. Les symptômes négatifs sont ceux qui sont décrits pour la certitude du diagnostic du syndrome de catatonie [20, 21]. Dans cette série les antipsychotiques classiques ont été les seuls utilisés. Les antipsychotiques classiques peuvent induire un état catatonique ou aggraver une catatonie préexistante en catatonie maligne [22]. Des auteurs ont rapporté l'efficacité de l'olanzapine dans la catatonie maligne [23, 24]. L'utilisation des antipsychotiques dans ces travaux a été peut être d'une influence négative dans l'évolution vers les symptômes négatifs.

Dans notre série, l'évolution vers la schizophrénie est fortement liée au sexe masculin, à l'âge jeune et à un score plus élevé des symptômes négatifs. Ces analyses sont identiques à ceux de El Hamaoui Y *et al.* [10], de Robinson D *et al.* [25] et de Schwartz JE *et al.* [26].

Conclusion

Malgré les difficultés liées au suivi dans notre contexte liées au fait que les patients considéraient l'arrêt de la chimiothérapie ou la fin des manifestations cliniques comme la guérison, tous les enquêtés avaient accepté les différentes évaluations parfois chez eux à domicile. Le drame que constitue un premier épisode délirant aigu est déterminant pour l'avenir du sujet, souvent jeune ou adolescent. Le thérapeute doit se dégager de certaines contingences afin de ne pas enfermer le sujet dans ses symptômes et dans le risque d'une chronicisation. La schizophrénie reste la forme d'évolution la plus redoutée. Ce travail a montré des facteurs de prédiction d'évolution vers la schizophrénie chez les patients hospitalisés pour la première fois pour APA. Une attention particulière devrait être accordée aux sujets jeunes garçons présentant un trouble psychotique bref avec une prédominance de symptômes négatifs.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Rochet T, Dalery J, De Villard J. « Troubles psychotiques aigus et transitoires ». In : Senon JL, Sechter D, Richard D, eds. *Thérapeutique psychiatrique*. Paris : Hermann, 1995, p.797.
2. Karfo K, Kiendrebeogo JA, Yaogo A, Ouango JG, Ouedraogo A. Les troubles psychotiques aigus et transitoires au Burkina

- Faso : aspects épidémiologiques et cliniques à propos de 188 cas. *Ann Med Psycho* 2011 ; 169 : 160-6.
3. Collomb H. Bouffées délirantes en psychiatrie africaine. *Psychopathol Afr* 1965 ; 1 : 167-239.
 4. Ey H, Igert C, Rappart P. Psychoses aiguës et évolutions schizophréniques dans un service de 1930 à 1956. *Ann Med Psychol* 1957 ; 2 : 231-40.
 5. Metzger JY, Weibel H. *Les bouffées délirantes. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, 89e session, la Rochelle 1991*. Paris : Masson, 1992.
 6. Langfeldt G. La portée d'une dichotomie du groupe des schizophrénies. *Evolut Psychiatrique* 1966 ; 2 : 320-1.
 7. Zarate JRA, Tohen M, Land ML. First episode schizopreniform disorder: comparisons with first episode schizophrenia. *Schizophr Res* 2000 ; 46 : 31-4.
 8. Soedje KMA, Dao W, Egbowou P, et al. Urgences psychiatriques : aspects épidémiologies, cliniques et thérapeutiques au CHU Sylvanus Olympio de Lomé (Togo). *Méd Afr Noire* 2014 ; 61 : 65-72.
 9. Chen YR, Swann AC, Burt DB. Stability of diagnosis in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996 ; 153 : 682-6.
 10. El Hamaoui Y, Yaalaoui S, Moussaoui D, Battas O. Étude de suivi sur deux ans de patients présentant un accès psychotique aigu : modalités évolutives et pronostic. *L'encéphale* 2003 ; 29 : 425-9.
 11. Verdoux H, Liraud F, Gonzales B, et al. Pronostic à court terme lors de la première hospitalisation pour trouble psychotique. *L'Encéphale* 1999 ; 25 : 213-20.
 12. B Togon Tchegnonsi F, Gandaho P, Tognide CM, Akpona S, Ahyi RG. L'urgence en pratique psychiatrique quotidienne au centre hospitalier départemental et universitaire de Parakou. *Le Bénin Médical* 2006 ; 32 : 23-6.
 13. Guilloux J. Psychoses délirantes aiguës. Statut nosologique et évolution. *Rev Fr Psychiatrie* 1987 ; 5 : 9-13.
 14. Barrelet L. Le devenir de la bouffée délirante. *Inf Psychiatrie* 1986 ; 62 : 351-61.
 15. Craig TJ, Bromet EJ, Tanenberg KM, et al. Diagnosis, treatment, and six month outcome status in first admission psychosis. *Ann Clin Psychiatry* 1997 ; 9 : 89-97.
 16. Singh SP, Groudace T, Harrison G. Three-year outcome of first episode psychosis in established community psychiatric service. *Br J Psychiatry* 2000 ; 176 : 210-6.
 17. Laboucarie J. Le devenir des psychoses délirantes aiguës et le risque de leur évolution schizophrénique secondaire. *Confront Psychiatrique* 1968 ; 2 : 31-52.
 18. Goedele DS. Risperidone vs haloperidol in first episode psychosis. XI world congress of psychiatry, 1999 ; abstract volume II:147.
 19. Jackson HJ. Outcome of first episode psychosis. *Comp Psychiatry* 1995 ; 36 : 241-50.
 20. Belaizi M, Yahia A, Mehssani J, Bouchikhi Idrissi M-L, Bichra M-Z. Catatonie aiguë : questions diagnostique et pronostique, et place des antipsychotiques atypiques. *Encephale* 2013 ; 39 : 224-31.
 21. Peralta V, Cuesta MJ. Motor features in psychotic disorders II. Development of diagnostic criteria for catatonia. *Schizophr Res* 2001 ; 47 : 117-26.
 22. Pommepuy N, Januel D. Catatonia: resurgence of a concept. A review of the international literature. *Encephale* 2002 ; 28 : 481-92.
 23. Cassidy EM, O'Brien M, Osman MF, et al. Lethal catatonia responding to high-dose olanzapine therapy. *J Psychopharmacol* 2001 ; 15 : 302-4.
 24. Suzuki H, Fukushima T, Makino K, et al. Patient with encephalitis presenting with olanzapine-responsive malignant catatonia. *Rinsho Shinkeigaku* 2010 ; 50 : 329-31.
 25. Robinson D, Woerner M, Alvir J, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999 ; 56 : 241-6.
 26. Schartz JE, Fening S, Tanenberg M, et al. Congruence of diagnoses 2 years after a first admission diagnosis of psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 2000 ; 57 : 593-600.