

ÉPIDÉMIOLOGIE, CLINIQUE ET FACTEURS ÉTIOLOGIQUES DES BOUFFÉES DÉLIRANTES AIGUËS (BDA) AU TOGO - À PARTIR D'UNE ENQUÊTE HOSPITALIÈRE

P. NUBUKPO, J.P. CLÉMENT, E.K. GRUNITZKY, J.M. LÉGER, M. DUMAS

Med Trop 2005 ; 65 : 137-142

RÉSUMÉ • Au cours d'une enquête épidémiologique descriptive transversale et hospitalière sur une période de 80 jours au Togo, 63 patients dont 25 femmes et 38 hommes, âgés de 18 à 45 ans, et présentant une bouffée délirante aiguë ont été inclus. La majorité des patients est très jeune (20-34 ans) et présente une symptomatologie comparable à celle décrite ailleurs en France et en Afrique. Il existe cependant des spécificités liées à un milieu rural traditionnel assez protecteur où les bouffées délirantes aiguës sont rares, et à l'opposé, un milieu urbain plus touché par les stress socioculturels, la toxicomanie, et le VIH.

MOTS-CLÉS • Psychose délirante aiguë - Clinique - Épidémiologie - Drogue - Traitement - Psychopathologie - Togo.

EPIDEMIOLOGIC, CLINICAL, AND ETIOLOGIC FEATURES OF ACUTE DELIRIOUS EPISODES (ADE) IN TOGO: FINDINGS OF A HOSPITAL SURVEY

ABSTRACT • This transverse descriptive epidemiologic study carried out in a hospital setting in Togo over a period of 80 days included a total of 63 patients presenting acute delirious episodes. There were 25 women and 38 men ranging in age from 18 to 45 were included. Most patients were young (20 to 34 years) and presented symptoms comparable to those described elsewhere in France and Africa. However several particularities were noted in this fairly protected traditional rural setting in which delirious episodes are uncommon as compared to urban settings in which such cases are more common due to sociocultural stress, drug addiction, and HIV infection.

KEY WORDS • Acute delirious psychosis - Clinical features - Epidemiology - Narcotics - Treatment - Psychopathology - Togo.

Les bouffées Délirantes Aiguës (BDA) de l'école française entrent dans le cadre des Psychoses Aiguës et Transitoires de la Classification Internationale des Maladies Mentales dans sa dixième version (CIM 10). Elles correspondent aussi au concept d'«*Acute Schizophrenia*» des anglo-saxons. Il faut les distinguer des syndromes liés à la culture tels le Koro (état de dépersonnalisation décrit en Chine) ou le Witiko (syndrome de possession des Indiens d'Amérique du Nord).

Si les formes d'expression varient en fonction des facteurs socioculturels, le phénomène et ses symptômes fondamentaux semblent universels (1). Collomb (2), pensait que la BDA pourrait être considérée comme la forme psychopathologique caractéristique de la psychiatrie africaine. Il s'agit d'un trouble assez fréquent au Togo (60 % des troubles psychiatriques observés dans le service de neurologie du CHU de Lomé en 1994) (3).

Afin de mieux étudier les BDA dans ce milieu socioculturel togolais, une enquête épidémiologique, longitudinale et hospitalière d'une durée de trois mois, a été conduite en milieu spécialisé en 1996.

L'objectif général de cette étude visait une meilleure connaissance épidémiologique, clinique, étiopathogénique et psychopathologique des bouffées délirantes aiguës observées dans des populations venant consulter en milieu spécialisé dans les services de neurologie de Lomé et à l'hôpital psychiatrique de Zébévi à Aného au Togo.

POPULATION ET METHODES

Cadre de l'étude

La population de l'étude a été sélectionnée en partie à l'hôpital psychiatrique de Zébévi à Aného, ville située à 50 km de Lomé. L'autre partie est recrutée parmi les consultants du service de neurologie du CHU de Lomé. Ces deux villes côtières situées au Sud du Togo, reçoivent de tout le territoire la plupart des patients qui entrent dans une filière médicale de prise en charge des troubles du comportement.

Le Togo est un pays de l'Afrique Occidentale ; il a un accès sur l'océan Atlantique et a des frontières communes avec le Burkina-Faso, le Bénin et le Ghana. Le pays a une superficie de 56 700 km² et la population était estimée à 4,14 millions en 1995. Cette population, à majorité rurale (63%) est jeune et multi-ethnique; un togolais sur deux est illettré. Les trois principales religions du pays sont le christianisme (50,66 %), l'animisme (24,34%) et l'islam (24 %). A côté de

• Travail de l'Institut d'Epidémiologie Neurologique et de Neurologie Tropicale, Equipe EA 3174 (P.N., MD-PhD, PH de psychiatrie ; M.D., Professeur de neurologie, Directeur de l'Institut d'Epidémiologie Neurologique et de Neurologie Tropicale), Faculté de Médecine, Limoges, du Service de psychiatrie de l'Adulte (J.P.C., PU-PH de psychiatrie), Centre Hospitalier Esquirol, Limoges, du Service de neurologie (E.K.G., Professeur de neurologie, Chef de service), CHU Campus, Lomé Togo, de la Faculté de Médecine (J.M.L., Professeur de Psychiatrie), Université de Limoges, France.

• Correspondance: P. NUBUKPO, Institut d'Epidémiologie Neurologique et de Neurologie Tropicale, Equipe EA 3174, Faculté de Médecine, 2, rue du Dr Marcland, 87025 Limoges. •

• Courriel : ient@unilim.fr •

• Article reçu le 4/06/2003, définitivement accepté le 6/04/2005.

ces chiffres officiels, il faut considérer que la vraie proportion des animistes est en réalité plus élevée du fait d'un syncrétisme important et de la sous-déclaration des pratiques animistes. Ces dernières années, avec la crise politique et économique, de nombreuses sectes se sont implantées dans le pays. La population urbaine connaît un accroissement rapide ; la population de Lomé, la capitale, a ainsi dépassé un million d'habitants en 2000. Le pays comptait en 1996 un médecin pour 11 270 habitants, un infirmier d'état pour 3 209 habitants, un technicien de laboratoire pour 14 225 habitants, un pharmacien pour 50 000 habitants, une sage-femme pour 4 000 femmes en âge de procréer. Ces ressources humaines étaient inégalement réparties avec une concentration à la capitale Lomé.

En matière de santé mentale, il existait un vide juridique au niveau de la législation de l'hospitalisation psychiatrique. L'hôpital psychiatrique de Zébévi était un centre d'internement conçu sur le mode asilaire carcéral durant la colonisation allemande en 1903, alors qu'Aného était la capitale du Togo. Malgré quelques modifications au fil des années, l'hôpital avait gardé son aspect carcéral. La capacité d'accueil était de 120 lits. Sur le plan des ressources humaines, dix agents de santé y travaillaient et étaient ainsi répartis : un médecin généraliste, un laborantin, six infirmiers, deux agents d'entretien.

Situé à Lomé, le service de neurologie du CHU Campus avait en 1996 une capacité d'accueil de 32 lits. Le service possédait un laboratoire d'électroencéphalographie. Les ressources humaines y étaient ainsi réparties : deux médecins neurologues, dont un professeur de neurologie chef de service, un médecin généraliste, un psychologue, huit infirmiers, sept agents d'entretien, un technicien d'électroencéphalographie en vacation.

Technique d'enquête

Il s'agit d'une enquête épidémiologique descriptive, longitudinale, hospitalière sur une durée de trois mois environ (80 jours), allant du 15 janvier 1996 au 4 avril 1996. Pendant cette période, les données concernant chaque patient inclus dans l'étude ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire standard, rempli par un enquêteur unique. Le consentement écrit ou oral de l'enquêté est demandé dès que son état le permet, avant l'exploitation des données recueillies. L'analyse des données a été réalisée à l'aide d'un logiciel de statistique, le *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) pour PC+, version 2.0 (4).

Le problème essentiel a été la définition de critères simples et pertinents de BDA. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) préconise actuellement de classer les BDA dans la catégorie « F23 » (troubles psychotiques aigus et transitoires) de la classification internationale des maladies dans sa dixième version (CIM10). Dans cette catégorie, les directives du diagnostic précisent : « Les données cliniques actuelles ne permettent pas de proposer une classification définitive des troubles psychotiques aigus. Celle qui est présentée ici ne repose que sur des informations partielles et sur certaines traditions cliniques, et utilise des concepts qui ne sont ni clairement définis, ni nettement individualisés » (5).

Aussi, les critères d'inclusion choisis pour cette étude sont inspirés de la définition opérationnelle de la BDA proposée par Pichot (6), avec de petites nuances en ce qui concerne l'âge de survenue et le diagnostic étiologique.

Ainsi, ont été inclus dans cette étude, des patients répondant aux critères suivants :

- *Age de début* : 18 à 50 ans
- *Mode de début* : aigu (nous avons choisi < 10 jours ; avec aigu si < 5 jours et subaigu entre 5 et 10 jours) ;
- *Evolution marquée par l'absence de chronicité* : guérison le plus souvent subite, parfois progressive ; on peut observer des rechutes espacées sous la même forme.

Les sujets retenus pour cette étude étaient totalement guéris sous traitement ou non à 1 mois et demi ; à noter que dans notre série tous ont été traités.

• *Caractéristique symptomatique* : symptomatologie polymorphe :

- délire polymorphe non systématisé ;
- hallucination quel qu'en soit le type ;
- dépersonnalisation ou déréalisation avec ou sans confusion ;
- humeur anormale : dépression ou euphorie ;
- symptômes variables de jour en jour et même d'heure en heure.

• *Sur le plan étiologique*, on peut distinguer en s'inspirant de la classification de l'OMS des maladies mentales dans son dixième Programme (P10) :

- les BDA d'origine psychosociale, ce sont les classiques BDA sans cause apparente ;
- les BDA liées à l'abus de substances ;
- les BDA liées à des causes organiques.

• *Le trouble peut être dû à un facteur déclenchant*, parfois difficile à identifier.

Les tableaux cliniques observés chez les patients inclus ont été classés selon la CIM10

RÉSULTATS ET ANALYSES

Epidémiologie

Dans l'étude, 63 BDA ont été incluses ; le sex-ratio est de 2/3 (soit 25 femmes et 38 hommes).

Durant la période de l'enquête dans les deux centres d'étude, 101 hospitalisations psychiatriques ont été observées. La fréquence de la BDA parmi les hospitalisations pour motif psychiatrique était de 62,38 % (63/101) soit 89 % à Lomé et 48 % à Aného.

La population présentant une BDA était caractérisée par sa jeunesse (plus des 2/3 ont entre 20 et 39 ans), et son faible niveau socio-économique (22 artisans, 14 étudiants et élèves, 11 sans emploi). Il s'agissait en majorité de citadins (53 cas) et de chrétiens (51 cas). Il faut noter la faible fréquence de la BDA chez les agriculteurs (2 cas).

Symptomatologie

Parmi les symptômes présentés par les patients inclus, figuraient en bonne place le délire et les hallucinations

Tableau I - Fréquence des différents symptômes chez les sujets présentant une BDA au Togo.

Symptôme	Nombre de cas (N=63)	Pourcentage (%)
Thèmes délirants		
persécution	55	84
mystique	57	91
empoisonnement	11	18
grandeur	15	24
influence	21	33
possession diabolique	12	19
érotique	11	18
dysmorphophobie	2	3
Hallucination		
auditive	63	100
visuelle	50	79
olfactive	5	8
psychique	15	24
cénesthésique	4	6
Autres symptômes		
dépersonnalisation	21	33
troubles de l'humeur	61	97
excitation	60	95
confusion	2	3
angoisse	50	79
Sd. d'influence	11	18
Symptômes schizoïdes		
écho de la pensée	2	3,2
vol de la pensée	5	7,9
autisme	1	1,6
retrait affectif	12	19
ambivalence	9	14,3
dissociation	8	12,7
apragmatisme	3	4,8

Plusieurs symptômes peuvent coexister chez un même sujet.

Les idées délirantes prépondérantes sont la persécution, les thèmes mystiques, d'influence et de grandeur.

Les hallucinations auditives et visuelles sont les plus fréquentes

Les autres symptômes classiques de la BDA, les plus fréquemment retrouvés dans notre série, sont les troubles de l'humeur, l'excitation psychomotrice, l'angoisse. Le retrait affectif, l'ambivalence et la dissociation sont les symptômes schizoïdes les plus fréquents.

Tableau II - Facteurs étiologiques des BDA au Togo

Facteurs étiologiques	Nombre de cas (N=63)	Pourcentage (%)
Stress		
décès	3	5
naissance	2	3
soucis familiaux	17	27
soucis au travail	5	8
solitude	39	62
stérilité	2	3,2
accouchement	1	1,6
grossesse	2	3,2
avortement	1	1,6
infraction d'un tabou	6	9,5
Toxique		
cannabis	15	23,8
héroïne	0	0
cocaïne	1	1,6
amphétamine	6	9,5
polytoxicomanie	1	1,6

Un stress quelconque est le facteur déclenchant le plus souvent retrouvé. Les stress liés à la famille et aux « interdits ancestraux » semblent les plus fréquents.

Le cannabis (chanvre indien) est la drogue la plus utilisée ; les amphétamines sont vendues au détail au grand-marché de Lomé sans contrôle.

Tableau III - Résumé de quelques vignettes cliniques de BDA observées au Togo et classées selon la CIM10 qui illustrent les situations les plus fréquemment rencontrées au cours de cette enquête.

Trouble psychotique aigu polymorphe, sans symptômes schizoïdes (F23.0)	
Observation n° 1	BDA apparemment d'allure primitive chez un homme de 33 ans présentant une sérologie VIH1 positive.
Observation n° 2	BDA d'allure primitive chez une femme de 30 ans séropositive au VIH1 de découverte fortuite au décours de l'hospitalisation, et présentant un syndrome dépressif modéré réactionnel aux maladies itératives de son fils unique de 7 mois, lui-même séropositif.
Observation n° 3	BDA apparemment d'allure primitive chez une femme de 21 ans sans antécédent particulier, au décours d'une séance de prière et après un jeûne.
Observation n° 4	BDA d'allure primitive, chez une femme de 26 ans sans antécédent psychiatrique personnel, survenue dans les suites de couches immédiates d'une grossesse très investie ; l'ensemble évoquant une psychose puerpérale.
Observation n° 5	BDA d'allure primitive dans un contexte dépressif chez une femme de 28 ans, isolée, avec des antécédents familiaux de psychose.
Observation n° 6	BDA d'allure primitive chez un jeune de 17 ans, élève, sans antécédent particulier.
Trouble psychotique aigu d'allure schizoïde (F23.2)	
Observation n° 7	BDA chez un homme de 23 ans, étudiant, isolé, transplanté culturel avec des traits de personnalité schizoïde et une évolution relativement longue. L'ensemble fait craindre un trouble inaugural d'une schizoïdie.
Autre trouble psychotique aigu, essentiellement délirant ; réaction paranoïaque (F23.3)	
Observation n° 8	BDA chez un homme de 30 ans, vivant en milieu rural, artisan avec peu de revenus, présentant une personnalité psychopathe et une toxicomanie au cannabis.
Observation n° 9	BDA chez un homme de 19 ans, déscolaire et acculturé, avec un terrain de toxicomanie au cannabis.
Autres troubles psychotiques aigus et transitoires (F23.8)	
Observation n° 10	BDA chez une femme de 29 ans présentant une humeur dépressive depuis l'âge de 7 ans, non soignée, et un contexte dépressif sévère actuel réactionnel à des problèmes conjugaux. L'évolution chronique marquée par une grande instabilité thymique faisait craindre un trouble inaugural d'une psychose maniaco-dépressive.

(Tableaux I-III). Les idées délirantes les plus fréquentes sont mystiques (57 cas), de persécution (55 cas), d'influence (21 cas), de grandeur (15 cas). Parmi les hallucinations, les formes auditives (63 cas), et visuelles (50 cas) étaient les plus fréquentes. Les autres symptômes les plus souvent rencontrés étaient les troubles de l'humeur (61 cas) associant exaltation ou tristesse, l'excitation (60 cas), l'angoisse (50 cas).

L'examen somatique était normal dans 53 cas. Trois patients étaient séropositifs au VIH-1, mais le statut sérologique n'a pas été systématiquement recherché dans la population d'étude.

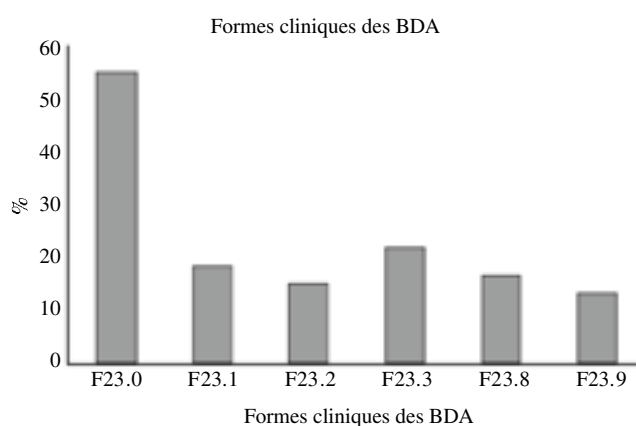


Figure 1: les formes cliniques des BDA observées au Togo (selon la CIM10).

Légende :

F 23.0 : trouble psychotique aigu polymorphe, sans symptômes schizophréniques : hallucinations, idées délirantes, perturbations des perceptions manifestes, mais très variables. Le polymorphisme et l'instabilité sont caractéristiques du tableau.

F23.1 : BDA avec symptômes schizophréniques malgré l'instabilité du tableau, certains symptômes typiquement schizophréniques sont présents la plupart du temps.

F23.2 : trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique. Les symptômes justifient un diagnostic de schizophrénie, mais persistent moins d'un mois.

F23.3 : autre trouble psychotique aigu, essentiellement délirant : dans ce groupe sont classées les psychoses paranoïaques psychogènes et les réactions paranoïaques.

F23.8 : autres troubles psychotiques aigus et transitoires : ce groupe exclut les troubles liés à une étiologie organique.

F23.9 : trouble psychotique aigu et transitoire sans précision ou psychose réactionnelle brève.

Les BDA classiques d'allure primitive (F23.0) sont les plus fréquentes ; la fréquence des réactions d'allure paranoïaque (F23.3) peut s'expliquer par la prépondérance du délire de persécution souvent en rapport avec la dépression, et aussi par la toxicomanie au cannabis.

L'évolution clinique a souvent été favorable après 15 jours, dans les formes à début aigu (moins de 5 jours), et chez les sujets plus jeunes (Fig. 1-4). Cette modalité a été plus souvent observée chez les patients hospitalisés en service de neurologie au CHU de Lomé que chez ceux suivis à l'hôpital psychiatrique à Aného.

La classification nosographique des différents tableaux cliniques observés selon le manuel de Classification Internationale des Maladies de l'OMS dans sa 10^e version (CIM10), montre une nette prédominance du « trouble psychotique aigu polymorphe sans symptôme schizophrénique » (F23.0) (Fig. 1).

Facteurs étiologiques :

La solitude (39 cas), les soucis familiaux (17 cas), l'infraction d'un tabou (6 cas), la toxicomanie au cannabis (15 cas), étaient les facteurs de stress les plus souvent retrouvés (Tableau IV). Il existait des antécédents psychiatriques personnels dans 20 cas et familiaux dans 17 cas.

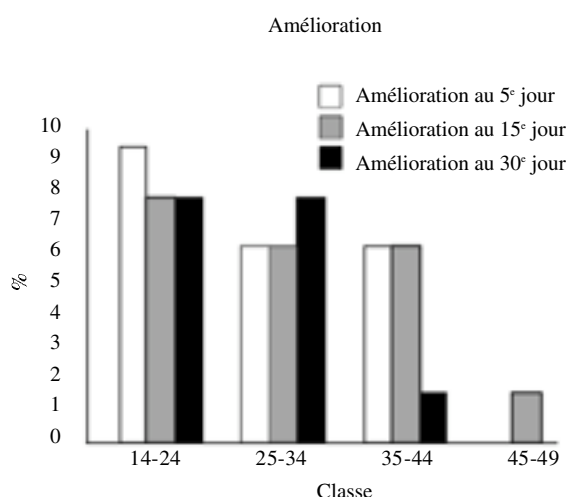


Figure 2: amélioration clinique des BDA en fonction du groupe d'âge, après 5, 15, 20 jours d'évolution. L'amélioration après 15 jours est très fréquente.

Dans la représentation des troubles liés à la BDA, les patients et leur famille associaient souvent cette maladie à une malédiction (38 cas).

Itinéraire thérapeutique

Avant l'hospitalisation, 25 patients ont consulté un thérapeute traditionnel. Concernant l'institution d'accueil, 48 patients n'avaient aucune information (14 n'en connaissaient pas d'autre et 34 n'avaient pas eu le choix). La totalité des patients a reçu un traitement neuroleptique de posologie et de durée variable ; 5 ont reçu un thymorégulateur, 5 un antidépresseur et 3 une benzodiazépine.

La comparaison des patients de Lomé et ceux d'Aného n'a pas montré de différence significative en dehors des conditions de l'hospitalisation qui étaient perçues de manière plus positive à Lomé.

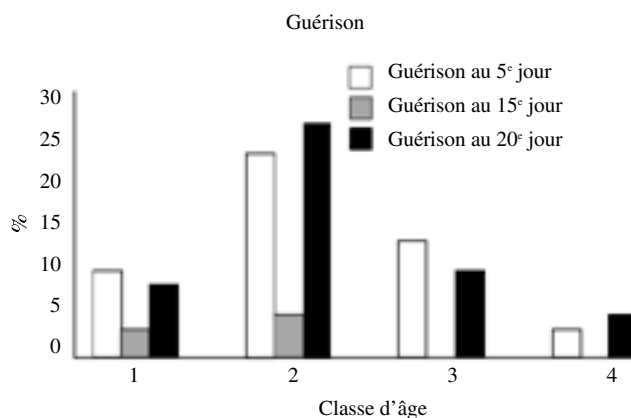


Figure 3 : guérison des BDA en fonction du groupe d'âge, après 5, 15, 20 jours d'évolution. Chez les sujets plus jeunes, l'évolution est rapidement favorable.

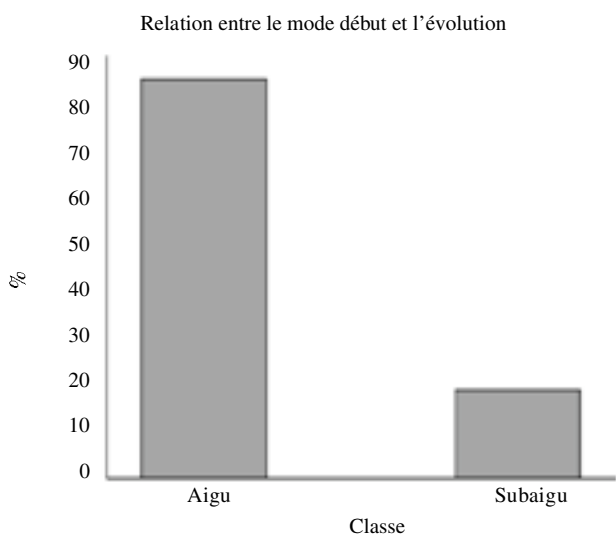


Figure 4 - Evolution des BDA en fonction du mode de début (aigu : < 5 j ; subaigu : 5 à 10 j). Quand le début est aigu, l'amélioration au 15^e jour est plus fréquente.

Au plan éthique, le consentement éclairé verbal a été obtenu dans la totalité des cas et le consentement écrit, seulement dans 17 cas, le plus souvent avec une confirmation à distance de l'épisode aigu (J5 à M1).

DISCUSSION

Les BDA sont fréquentes dans les pays moins développés (7) et en territoires d'Outre-Mer (8). Sur le plan clinique, le tableau classique a été retrouvé dans cette étude au Togo, ce qui confirme bien l'universalité de la symptomatologie (5). Mais, l'enquête a montré également des spécificités psychopathologiques et épidémiologiques liées au milieu socioculturel togolais actuel. C'est à la fois le milieu rural traditionnel (agricole, analphabète, avec un mode de vie communautaire) assez structurant, mais aussi le milieu urbain, avec les problèmes de développement et de déracinement qui sont de véritables facteurs de stress (isolement, acculturation, migration et exode rural) au sens où ils imposent un effort d'adaptation au plan psychologique.

Au plan clinique, à côté du tableau classique, les plaintes somatiques étaient aussi fréquentes rejoignant des tableaux déjà décrits comme le « *Brain Fog Syndrome* » ou Syndrome d'Épuisement Cérébral (9), qui est une dépression à masque psychotique fréquent chez le noir africain. Cependant, une prudence s'impose avec les monographies à cause du risque de favoriser le relativisme culturel (10). Le délire polymorphe n'était pas différent entre milieu urbain et rural. Dans une étude concernant le délire en milieu urbain et rural au Zaïre, Muteba *et Coll* (11) n'ont pas non plus retrouvé de différence entre les thèmes délirants du citadin et ceux du villageois.

L'étude des facteurs étiologiques dans cette enquête au Togo a montré la prédominance des formes d'allure pri-

mitive, sans cause apparente. La transplantation culturelle, fait général du changement de société plus remarquable en ville qu'en milieu rural, semblait un facteur de genèse de BDA. En effet, elle met l'individu dans une situation de moi fragilisé face à un environnement angoissant. Il peut alors connaître une expérience de « déstructuration de la conscience » au cours de laquelle il vit de façon bouleversante des événements internes et externes dans une espèce de fiction imaginative. Cependant, il existait des causes identifiables comme la toxicomanie et l'infection par le VIH.

Lomé est devenu une plaque tournante de la drogue. Depuis 1990, des psychotropes de tout type ont proliféré sur les marchés du pays. Les victimes de la drogue représentaient en 1980 un quart des usagers de l'hôpital psychiatrique d'Aného. De même, 5 % des hospitalisations dans le service de neuropsychiatrie du CHU Campus de Lomé depuis 1990, étaient liées à un abus de drogue ; la toxicomanie intraveineuse au Togo était présente chez 61 % des étudiants en 1996 (12). Enfin, sur 1940 patients admis en réanimation médicale au CHU de Lomé en 1990, 154 (8%) l'étaient pour tentative de suicide avec des psychotropes. Les psychotropes étaient présents aussi bien dans les grandes villes que dans les marchés ruraux.

L'infection par le VIH est également en augmentation ; les taux de prévalence étant de l'ordre de 5 % dans la population générale. Chez les patients hospitalisés dans le service de neurologie du CHU de Lomé, ce taux était passé de 1,2 % en 1988 à 16 % en 1994. Les taux étaient plus élevés chez les transporteurs et les prostituées (3). Enfin, 23 cas de toxoplasmose cérébrale, avec sérologie VIH positive avaient été retrouvés au cours des tableaux psychiatriques (13).

La situation décrite au Togo confirme l'hypothèse selon laquelle les BDA seraient favorisées par l'urbanisation, l'acculturation, la migration et les facteurs de développement ; les causes affectives, organiques, toxicomaniaques et iatrogènes seraient souvent difficiles à mettre d'emblée en évidence (14). Dans la littérature, les psychoses cannabiques sont souvent rapportées (15) et parmi les autres étiologies de la BDA, il faut mentionner les épilepsies et surtout les épilepsies tardives (16). Certains auteurs ont signalé des cas de BDA secondaires à la consommation de thé commercialisés (17), et aussi de Mefloquine (18), mais ce constat n'a pas été vérifié dans cette étude au Togo.

Au plan thérapeutique, concernant le traitement de la BDA, l'épisode aigu est assez bien géré par les soignants, à côté de la famille qui joue un rôle important. La difficulté concerne la prise en charge médicamenteuse : coût exorbitant, faible disponibilité, absence de génériques, absence de contrôle qualité.

Le rôle des praticiens de la médecine traditionnelle est important et il existe un véritable va-et-vient entre les deux médecines, comme constaté ailleurs (19). Ainsi, la faible fréquence de BDA chez les paysans (3,14 %) pourrait faire évoquer l'existence d'une filière de soins parallèle à la filière médicale.

Dans le but d'une réinsertion de patients indigents, des auteurs ont essayé avec succès le placement de malades mentaux chez le tradipraticien au Mali (20) ; ces pratiques s'observent aussi au Togo.

CONCLUSION

Cette enquête épidémiologique longitudinale et hospitalière sur les psychoses aiguës et transitoires observées au Togo a permis l'analyse, quand bien même partielle, des bouffées délirantes aiguës, dans leur expression clinique et dans leur mécanisme étiologique et psychopathologique. La fréquence de la BDA parmi les patients hospitalisés pour un trouble du comportement, dans les deux centres d'enquête (hôpital psychiatrique de Zébévi à Aného et service de neurologie du CHU de Lomé), était de 62,39 %.

L'affection touchait des sujets jeunes, souvent à revenu faible, et soumis à des stress variés ; il s'agissait surtout de citadins, étudiants ou élèves, artisans ou petits commerçants et aussi de personnes sans emploi.

La symptomatologie classique décrite ailleurs, en Afrique et dans le monde a été retrouvée au Togo. Sur le plan clinique, les thèmes délirants mystiques et de persécution étaient les plus fréquemment retrouvés. Les hallucinations étaient présentes dans la totalité des cas. La dépersonnalisation était souvent absente, alors que prédominaient les troubles de l'humeur et l'excitation. La forme classique de la BDA, apparemment d'allure primitive, était la plus fréquemment rencontrée ; les réactions d'allure paranoïaque ont été observées surtout chez des sujets toxicomanes au chanvre indien. Un quart de nos observations pouvait faire penser à une évolution vers la schizophrénie. Les étiologies étaient dominées par l'acculturation dans les formes d'allure primitive, et aussi la toxicomanie et dans certains cas l'infection à VIH.

L'évolution était rapidement favorable chez les sujets plus jeunes et dans les formes à début aigu. Si la confiance dans le médicament était bonne, beaucoup de patients, à un moment ou l'autre de leur itinéraire thérapeutique, ont eu recours à la médecine traditionnelle.

L'avenir passe certainement par l'intégration de cette dimension au soin.

Remerciements • Au docteur F Jésus, CIE, château de Longchamps, 75016 Paris, au docteur R Johnson, Psychiatre, ancien expert de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2bis av. Lombart 92260 Fontenay-aux-roses, France, au docteur P Dumeton, enseignant du DEA santé Publique et PVD (Université Paris VI), Monsieur R. Louvet ancien conseiller Mission Française de Coopération, Lomé Togo.

RÉFÉRENCES

- 1 - GUELFY JD, BOYER P, CONSOLI S, OLIVER-MARTIN R - Psychiatrie. PUF ed, Paris, 1994, 992 pages.
- 2 - COLLOMB H - Bouffées Délirantes Aiguës en psychiatrie africaine. *Psychopathologie Africaine* 1965 ; 2 : 167-239.
- 3 - GRUNITZKY KE - Développement de la santé mentale au Togo ; groupe d'action en santé mentale. Ministère de la santé publique du Togo, 1994, Doc. TOG/MND/001-AF/94/010972 ; 38 pages.
- 4 - SPSS - Statistical package for the social sciences : PC Edition (Spss/PC+ version 2.0) Chicago : SPSS Inc., 1984.
- 5 - SAMUEL LAJEUNESSE B, HEIMAH - Psychoses délirantes aiguës. *Encycl Med Chir Psychiatrie* 1994, 37-230-A-10, 9P.
- 6 - PICHOT P - The diagnosis and classification of mental disorders in french-speaking countries : background, current views and comparison with other nomenclatures. *Psychol Med* 1982 ; 12 : 475-492.
- 7 - ANDRIAMBAO D, RAKATOBE A, RAMAROJAONA R et Coll - Aspects particuliers des psychoses délirantes aiguës à Madagascar. *Encephale* 1976 ; 2 : 367-383.
- 8 - CONSTANT J - Les Bouffées Délirantes en Guadeloupe : essai d'analyse sémiologique, psychopathologique et culturelle à propos de 12 observations. *Psychopathologie Africaine* 1972 ; 2 : 169-199.
- 9 - PRINCER - The changing pictures of depressive syndromes in Africa. Is it fact or diagnostic fashion ? *Canad J Afric Stud* 1968 ; 1 : 177.
- 10 - BIBEAU G - Préalable à une épidémiologie anthropologique de la dépression. *Psychopathologie Africaine* 1981 ; 17 : 96-112.
- 11 - MUTEBA M, M'PANIA P, MAMPUNZA M - Délire en milieu urbain et en milieu traditionnel au Zaïre. *Psychopathologie Africaine* 1992 ; 24 : 5-31.
- 12 - SALLAH K - Les Comportements et Attitudes Pratiques des étudiants de l'université du Bénin face aux MST SIDA. Thèse de médecine, Lomé, Togo, 1996, 160 p.
- 13 - GRUNITZKY EK, BALOGOU AK, VIMÉGNON YA et Coll - Toxoplasmose cérébrale en milieu hospitalier à Lomé (Togo). *Bull Soc Pathol Exot* 1995 ; 88 : 22-23.
- 14 - METZGER JY, WEIBEL H - Les Bouffées délirantes ; rapport de Psychiatrie ; congrès de psychiatrie et de neurologie de langue Française, 17-21 Juin 1991, pp.104-108.
- 15 - MC GUIRE PK, JONES P, HARVEY I et Coll - Cannabis and acute psychosis. *Schizophr Res* 1994 ; 13 : 161-167.
- 16 - LAUDADIO S, CRISCI M, DE CAROLIS P et Coll - Acute psychosis and epileptic seizures as the presenting symptom of late-onset epilepsy. *Acta Neurol Scand* 1994 ; 89 : 77-79.
- 17 - COREMANS P, LAMBRECHT G, SCHEPENS P et Coll - Anticholinergic intoxication with commercially available thorn apple tea. *J Toxicol Clin Toxicol* 1994 ; 32 : 589-592.
- 18 - SOWUNMI A - Acute psychosis after mefloquine : a case report. *East Afr Med J* 1994 ; 71 : 818-819.
- 19 - CORIN E, UCHOA E, BIBEAU G et Coll - La place de la culture dans la psychiatrie africaine d'aujourd'hui. Paramètres pour un cadre de référence. *Psychopathologie Africaine* 1992 ; 24 : 149-181.
- 20 - KOUMARE B, COUDRAY JP, MIQUEL GARCIA E - L'assistance psychiatrique au Mali à propos du placement des patients psychiatriques chroniques auprès de tradipraticiens. *Psychopathologie Africaine* 1992 ; 24 : 135-148.