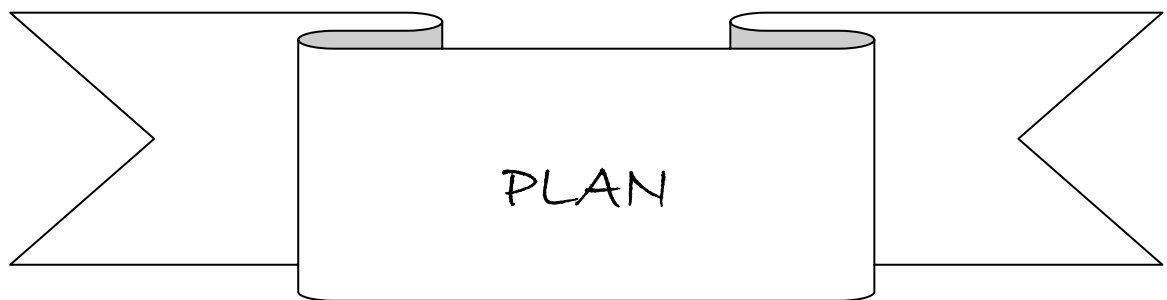


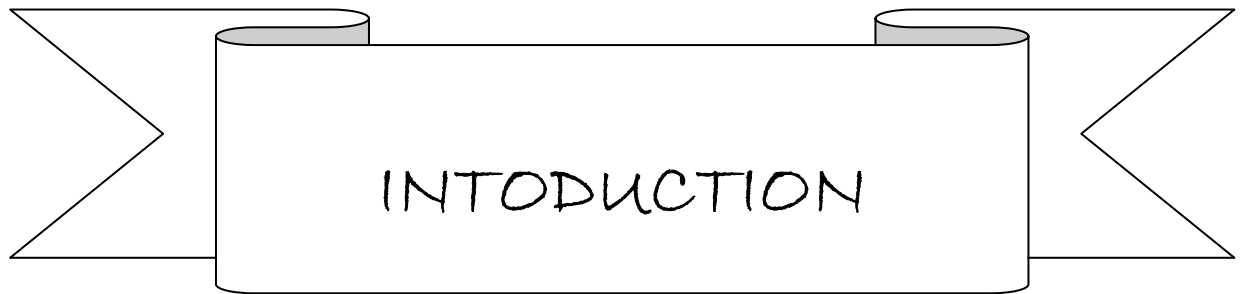
ABREVIATIONS

APA	: Accès Psychotique Aigu
BDA	: Bouffée Délirante Aigue
TPAT	: Trouble Psychotique Aigu et Transitoire
CIM	: Classification Internationale des Maladies
DSM	: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders
PANSS	: Positive And Négative Syndrome Scale
MINI	: Mini International Neuropsychiatric Interview
CHU Med VI: Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI	
TDM	: Tomodensitométrie
IRM	: Imagerie par Résonance magnétique
EEG	: Electroencéphalogramme
ECG	: Electrocardiogramme
ECT	: Eléctroconvulsivothérapie



<u>INTRODUCTION</u>	01
<u>MATERIELS ET METHODE :</u>	04
<u>I– Matériels de l'étude:</u>	05
1– Type de l'étude.....	05
2– Population étudiée.....	05
3– Fiche d'exploitation.....	05
<u>II– Méthode statistique:</u>	08
<u>RESULTATS:</u>	09
<u>I– Analyse descriptive:</u>	10
1– Prévalence de l'accès psychotique aigu dans le service universitaire psychiatrique.....	10
2– Caractéristiques sociodémographiques des patients.....	10
3– Antécédents psychiatriques et habitudes toxiques.....	14
4– Caractéristiques cliniques et thérapeutiques de l'accès psychotique aigu dans la population étudiée.....	21
5– Aspects évolutifs de l'accès psychotique aigu dans la population étudiée.....	25
<u>II– Analyse bivariée:</u>	29
1– Corrélation entre la consommation de cannabis et les caractéristiques de la population étudiée	29
2– Corrélation entre les modalités évolutives de l'APA et les caractéristiques de la population étudiée.....	31

<u>DISCUSSION:</u>	37
<u>I- Généralités sur l'accès psychotique aigu:</u>	38
1- Historique:.....	38
2- Description clinique:.....	42
3- Diagnostic différentiel:.....	45
4- Diagnostic étiologique:.....	45
5- Evolution et critères pronostiques:.....	47
6- Vulnérabilité à la schizophrénie:.....	49
7- Thérapeutique:.....	52
<u>II- Discussion des résultats</u>	56
1- Discussion des caractéristiques sociodémographiques	56
2- Discussion des antécédents psychiatriques et des habitudes toxiques des patients	57
3- Comparaison des caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives de l'accès psychotique aigu.....	59
4- Profil des patients consommateurs du cannabis.....	66
5- Etude des éléments sémiologiques prédictifs de l'évolution de l'APA.....	67
<u>CONCLUSION:</u>	70
<u>ANNEXES</u>	73
<u>RESUMES</u>	
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	



"**L'Accès Psychotique Aigu**" (APA) fait référence à un épisode psychotique aigu caractérisé par une expérience délirante généralement polymorphe dans ses thèmes comme dans ses mécanismes, intensément vécue et ce dans un contexte de bouleversement émotionnel et de conscience obnubilée, sans organicité sous jacente, survenant souvent chez un sujet jeune avec une durée inférieure à six mois et une évolution imprévisible (1).

La CIM-10 (10ème édition de la classification internationale des maladies) (2) regroupe ces états psychotiques aigus dans la catégorie des "Troubles Psychotiques Aigus et Transitoires" (TPAT). Elle retient trois critères pour spécifier ces troubles:

- Le caractère aigu de la survenue des troubles (en moins de 2 semaines),
- La présence ou non de syndromes typiques (manifestations psychotiques et émotionnelles polymorphes ou des symptômes schizophréniques);
- La présence ou non de facteur aigu de stress survenant une ou deux semaines avant le début des troubles.

On s'accorde à reconnaître la grande prévalence de ces états délirants aigus en Afrique (en moyenne 18%) (1,3), et d'une manière générale, dans les pays en voie de développement (4,5).

Pillman et al., en Allemagne (2002), ont retrouvé, sur une importante cohorte de 1053 patients hospitalisés pour des troubles psychotiques entre 1993 et 1997 dans un service universitaire psychiatrique, que 4,1% des cas répondaient au diagnostic de "TPAT" selon la CIM-10 (6).

Au Maroc, la prévalence actuelle des troubles psychotiques, toute pathologie confondue y compris l'APA, est de 5,6% dans la population générale selon l'enquête nationale réalisée en 2003 (publiée en 2007) par le ministère de la santé étudiant la prévalence des troubles mentaux dans la population marocaine (7).

La survenue d'un premier épisode psychotique aigu chez le sujet jeune représente toujours une épreuve à l'issue incertaine; si le pronostic à court terme est plutôt favorable; le devenir à long terme est très variable: si certains épisodes restent uniques ou récidivent sur un

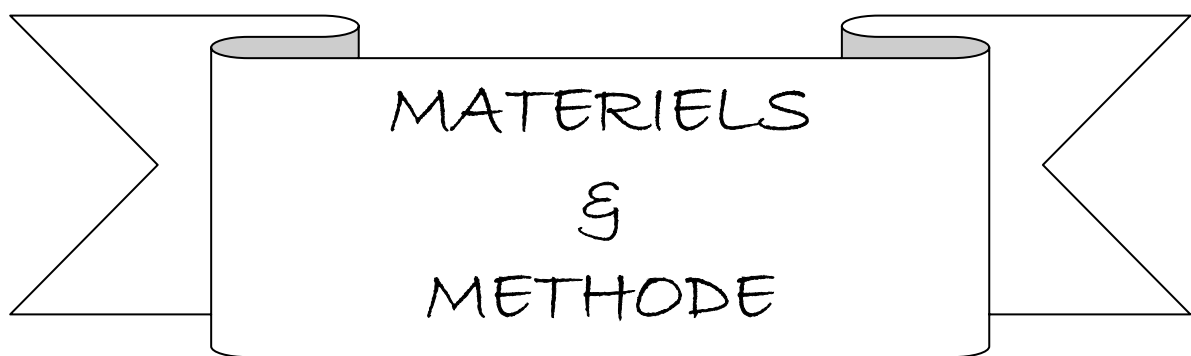
mode aigu et entièrement résolutif, d'autres marquent l'entrée dans une schizophrénie ou un trouble bipolaire.

Outre le pronostic variable, la gravité du premier accès psychotique aigu est liée essentiellement au risque de l'évolution vers la schizophrénie, d'où l'intérêt d'un dépistage et d'un traitement précoces des premiers accès psychotiques aigus, ce qui leur permettra une bonne évolution et un bon pronostic.

Ces APA peuvent être parfois secondaires à la consommation de substances psychoactives ou apparaître à la suite d'événements dits stressants. Ces facteurs, réputés déclenchants ou favorisants confèrent à certains épisodes aigus une dimension réactionnelle.

Afin de mieux étudier les "APA", nous avons mené une étude rétrospective au service psychiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI (CHU Med VI) de Marrakech, à l'issu de l'exploitation des dossiers des malades hospitalisés sur une durée de trois ans et dont les objectifs étaient de :

- Déterminer la prévalence de l'APA chez les patients hospitalisés dans le service universitaire psychiatrique entre Janvier 2004 et décembre 2006.
 - Déterminer les modalités et le profil évolutifs de l'APA.
-



I. Matériels de l'étude :

1 – Type de l'étude

Notre étude est de type rétrospective portant sur une série de patients, hospitalisés entre Janvier 2004 et Décembre 2006, et dont le diagnostic de sortie fut l'Accès Psychotique Aigu (APA). C'est une étude à visée descriptive et analytique.

2 – Population étudiée :

L'échantillon de cette étude inclut **209** dossiers des patients hospitalisés pour lesquels, le diagnostic retenu était l'APA selon les critères du "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" dans sa quatrième version (DSMIV) (8). Nous avons exclu, de l'étude, 20 dossiers inexploitable par insuffisance de renseignements.

3 – Fiche d'exploitation : (Voir annexe)

La collecte des données s'est faite à l'aide d'une fiche d'exploitation, conçue à cet effet, permettant de recueillir l'ensemble des données caractéristiques pour chaque patient.

Elle est subdivisée en cinq rubriques:

3-1 La première rubrique :

Elle décrit les caractéristiques sociodémographiques du patient.

3-2 La deuxième rubrique :

Elle précise les antécédents psychiatriques et les conduites addictives du patient et étudie la prévalence de la dépendance aux toxiques en se basant sur un questionnaire dérivant de la version française du "**Mini International Neuropsychiatric Interview**" (MINI).

Le **MINI** est un entretien structuré bref développé en France et aux Etats-Unis, conçu pour réaliser des études épidémiologiques (9, 10) explorant la prévalence des modalités pathologiques de l'usage des substances psychoactives selon les critères du DSM VI, chez des

sujets présentant un trouble psychotique ainsi que dans la population générale. C'est l'instrument d'évaluation de l'abus et de la dépendance aux toxiques qui a fait l'objet des démarches de validation les plus complètes et les plus concluantes (11).

Cet instrument comporte 7 questions qualitatifs et dichotomiques en "oui" ou "non" (voir annexe) analysant les items suivants:

- La tolérance (besoin d'augmenter les doses pour obtenir le même effet).
- Le sevrage (syndrome physique survenant en cas de privation du toxique).
- Prise de la substance en quantité plus importante que prévu.
- Des efforts infructueux pour diminuer ou arrêter la consommation de la substance sans succès.
- La recherche compulsive du produit ou "craving".
- Réduction des activités à cause de la consommation des toxiques.
- Impossibilité d'arrêter la consommation malgré ses conséquences somatiques et sociales.

⇒ La présence d'au moins trois des items précédents au cours d'une période continue de 12 mois permet de poser le diagnostic de **"la dépendance à une substance donnée"**.

3-3 La troisième rubrique :

Elle précise les caractéristiques cliniques et thérapeutiques de l'APA pour chaque malade.

3-4 La quatrième rubrique :

Elle apprécie les modalités évolutives de ces épisodes psychotiques aigus.

3-5 La cinquième rubrique :

Elle comporte l'échelle "PANSS"(voir annexe):

Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) (12) est une échelle d'évaluation de l'intensité des syndromes positifs et négatifs. Elle a été élaborée à partir de deux échelles déjà existantes: la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) et la Psychopathology Rating Scale (PRS). Elle a fait l'objet de nombreuses études de validation. Kay et al., en 1987, ont confirmé l'excellente

fidélité interjuge et la bonne consistance interne ainsi qu'une fidélité test-retest satisfaisante (13).

Cette échelle a été utilisée systématiquement pour chaque malade, à l'admission et à la fin d'hospitalisation.

Elle est constituée de 30 items assortis chacun de définition spécifique ainsi que de critères détaillés correspondant à 7 niveaux psychopathologiques de sévérité croissante.

Ces 30 items sont répartis en trois sous échelles:

a- Echelle Positive:

Comportant 7 items correspondant à un syndrome positif (tel que le délire, les hallucinations, la désorganisation conceptuelle, l'excitation...)

b- Echelle Négative:

Comportant aussi 7 items correspondant à un syndrome négatif (tel que le retrait social, l'émoussement affectif, la pensée stéréotypée, l'alogie...)

c- Echelle Psychopathologique Générale:

Comportant 16 items, ne pouvant être liés spécifiquement à un des deux syndromes ci-dessus (tel qu'une anxiété, une dépression, des troubles de l'attention et de la concentration, une avolition...);

La cotation de chaque item se fait de 1 à 7 en fonction de son intensité :

- On cote (1) si le symptôme est absent.
- On cote (2) si le symptôme est minime.
- On cote (3) si le symptôme est d'intensité légère.
- On cote (4) si le symptôme est d'intensité modérée.
- On cote (5) si le symptôme est d'intensité modérément sévère.
- On cote (6) si le symptôme est d'intensité sévère.
- On cote (7) si le symptôme est d'intensité extrême.

Le score total de la PANSS est la somme des cotations des différents items. Il correspond à la somme des scores sur les différentes sous échelles précédentes: Score positif + Score Négatif + Score psychopathologique général.

Un score total élevé suggère une grande sévérité de la maladie et donc une symptomatologie productive et déficitaire plus importante.

II. Méthode statistique:

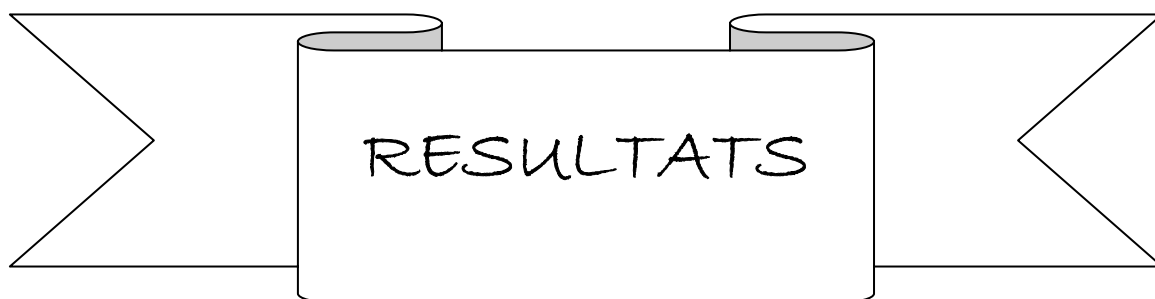
L'analyse statistique s'est basée sur deux méthodes:

- Une analyse descriptive à deux variables: qualitative et quantitative.
 - Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des pourcentages.
 - Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes et des écarts-types.
- Une analyse bivariée: la réalisation de cette analyse a fait appel à des tests

statistiques notamment:

- Le test de student pour comparer deux moyennes.
- L'analyse de variance à un facteur pour la comparaison de plusieurs moyennes.
- Le test khi2 pour la comparaison de pourcentages. Quand les conditions d'application du test khi2 étaient absentes, nous avons utilisé le test exact de Fisher.

Le logiciel utilisé au cours de l'étude est l'EPI info6.04d fr. Le seuil de signification a été fixé à 5%.



I- ANALYSE DESCRIPTIVE :

1- La prévalence de l'APA dans le service universitaire psychiatrique:

Par rapport aux admissions totales du service universitaire psychiatrique de Marrakech durant la période allant du Janvier 2004 au Décembre 2006 (n= 1747), la prévalence de l'APA représentait 13,1% des patients hospitalisés (n= 229).

2- Caractéristiques sociodémographiques des patients :

2-1- Age :

L'âge moyen des patients était de 27ans et 5mois ($\pm$ 9,06 ans) avec des extrêmes de 16 à 60 ans, et une nette prédominance de la tranche d'âge comprise entre 16ans et 25ans (fig. 1).

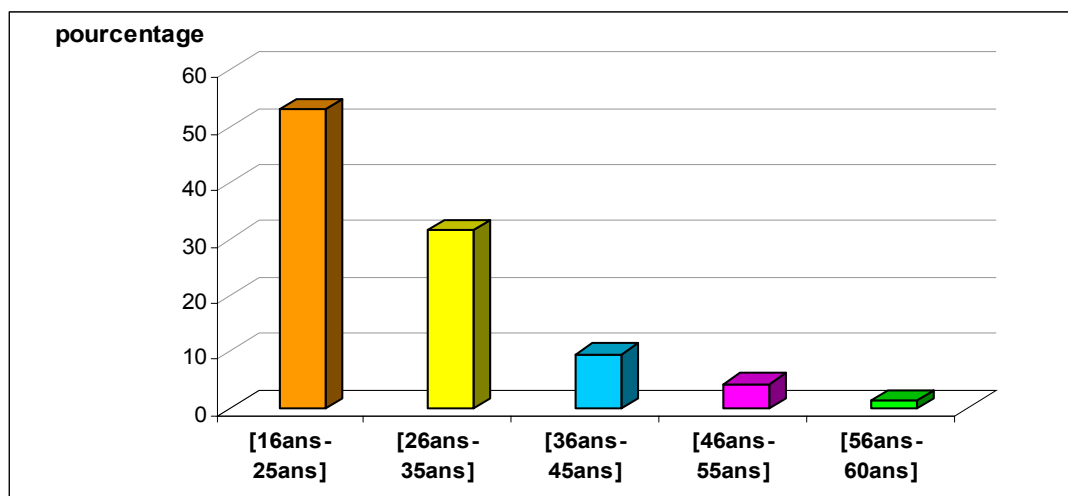


Figure1: Répartition des patients selon la tranche d'âge

2-2- Sexe :

Plus de 87% des patients étaient de sexe masculin (n= 182).

2-3- Statut professionnel :

58,3% de la population étudiée (soit 122 patients) étaient des simples ouvriers (fig. 2).

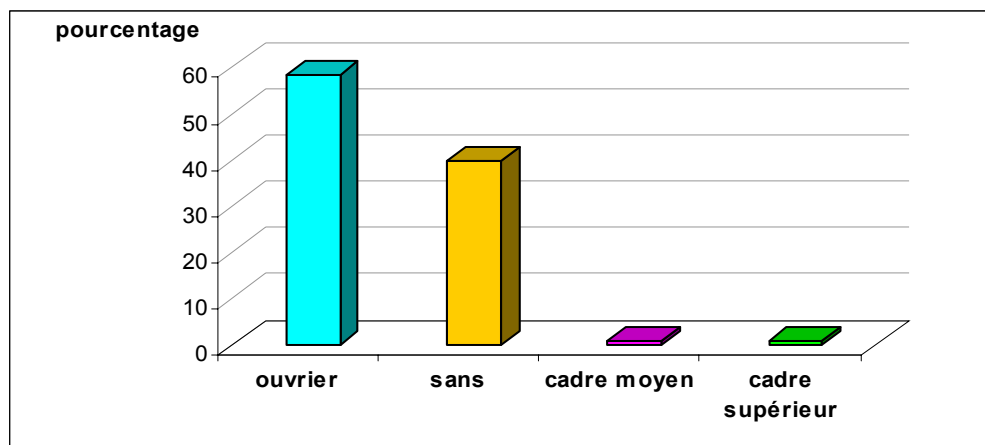


Figure 2: Répartition de la population selon le statut professionnel

2-4- Niveau socio-économique :

Les 2/3 des patients (n= 138 soit 66%) avaient un revenu mensuel faible ne dépassant pas 1500 DH (fig. 3).

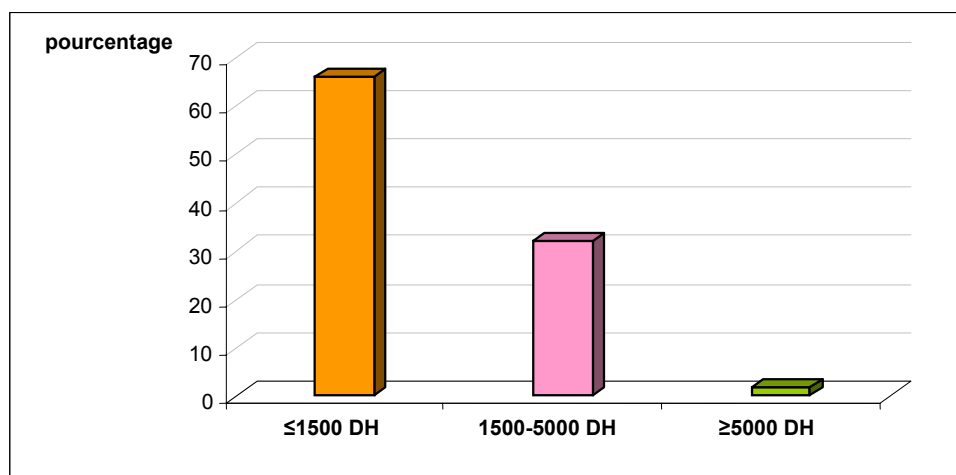


Figure 3: Répartition de la population selon le niveau socio-économique

2-5-Niveau d'instruction:

La majorité des patients (65,6% soit n=137) était illettrée ou leur niveau d'instruction ne dépassait pas le primaire (fig. 4).

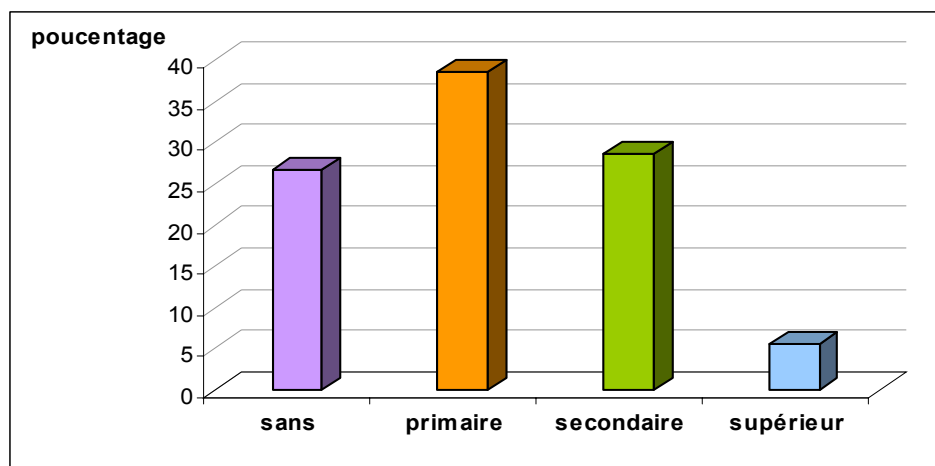


Figure 4: Répartition de la population selon le niveau d'instruction

2-6- L'origine géographique:

Le 1 / 3 de nos patients était d'origine rurale (n= 63 soit 30,1%).

**Tableau récapitulatif I : Les caractéristiques sociodémographiques
de la population étudiée**

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Age :		
– 16 _ 25ans	111	53,1
– 26 _ 35ans	66	31,6
– 36 _ 45ans	20	9,6
– 46 _ 55ans	9	4,3
– 56 _ 60ans	3	1,4
Sexe :		
– Masculin	182	87,1
– Féminin	27	12,9
Statut professionnel :		
– Sans	122	58,3
– Ouvrier	2	1
– Cadre moyen	2	1
– Cadre supérieur		
Niveau socio économique :		
– ≤1500 DH	138	66
– 1500 – 5000 DH	67	32,1
– ≥5000 DH	4	1,9
Niveau d'instruction :		
– Illettré	56	26,8
– Primaire	81	38,8
– Secondaire	60	28,7
– Supérieur	12	5,7
Origine géographique :		
– Urbain	146	69,9
– Rural	63	30,1

3- Les antécédents psychiatriques et habitudes toxiques:

3-1- Les antécédents psychiatriques personnels :

Par rapport aux antécédents médicaux et chirurgicaux, les antécédents psychiatriques personnels étaient les plus représentés dans notre étude. Ils ont été retrouvés chez 18,2% des patients (n= 38) (fig. 5).

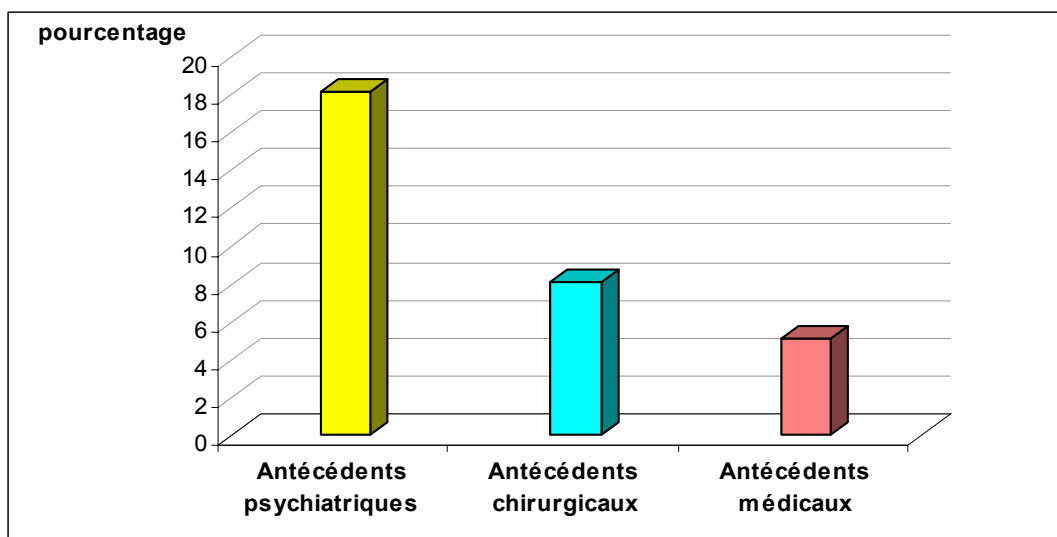


Figure 5: Répartition de la population selon les antécédents personnels

Parmi ces antécédents psychiatriques, les troubles psychotiques aigus étaient les plus fréquents (n= 31 soit 14,8% des cas) (fig. 6).

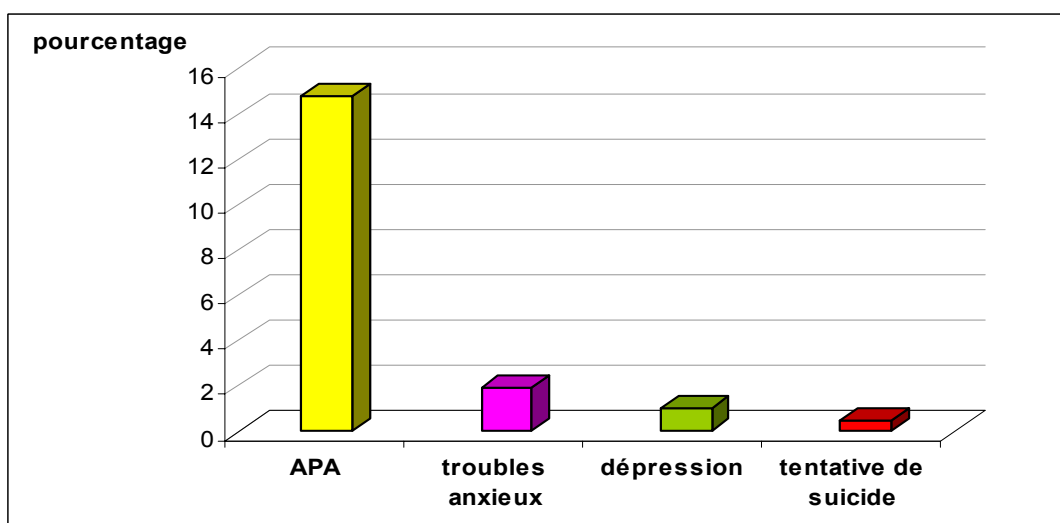


Figure 6: Répartition des patients selon les antécédents psychiatriques personnels

3-2- Les antécédents psychiatriques familiaux:

Le quart de la population étudiée avait des antécédents familiaux psychiatriques (n= 56 soit 26,8%) : notamment une schizophrénie dans 5,3% des cas (n= 11), et un accès psychotique aigu dans 4,3% des cas (n= 9). Cependant 13,9% des patients (n= 29) avaient présenté des antécédents familiaux dont la nature n'était pas précisée au niveau des dossiers (fig. 7).

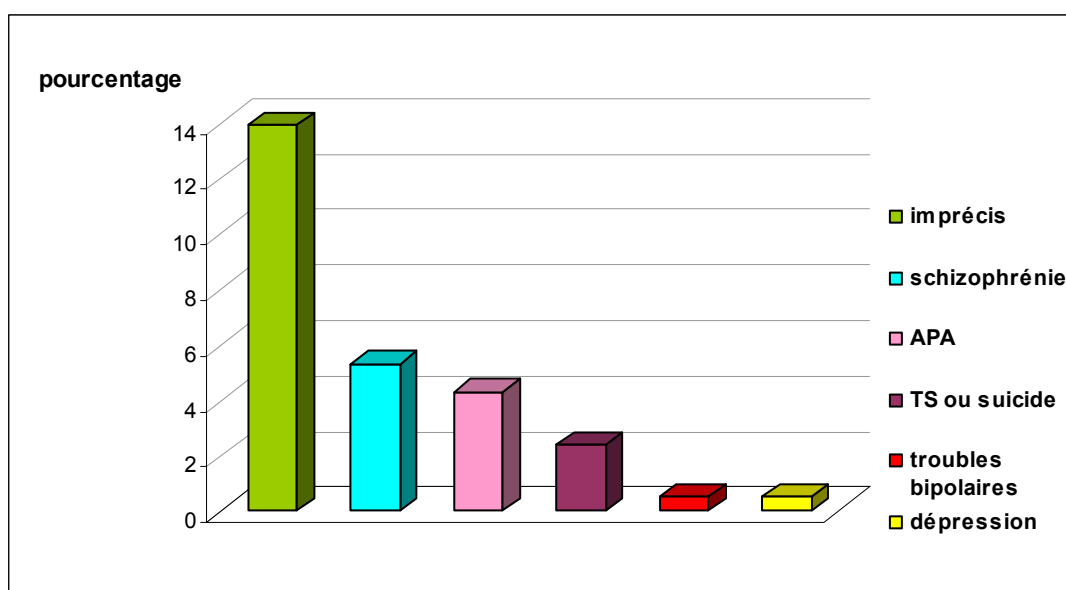


Figure 7: Répartition des patients selon les antécédents psychiatriques familiaux

3-3- Prévalence de la consommation des toxiques:

Le tabagisme, le cannabis et l'alcoolisme étaient les conduites addictives les plus dominantes dans notre étude. La consommation du cannabis était alarmante chez les patients (n= 127 soit 60,8% des cas) (fig. 8).



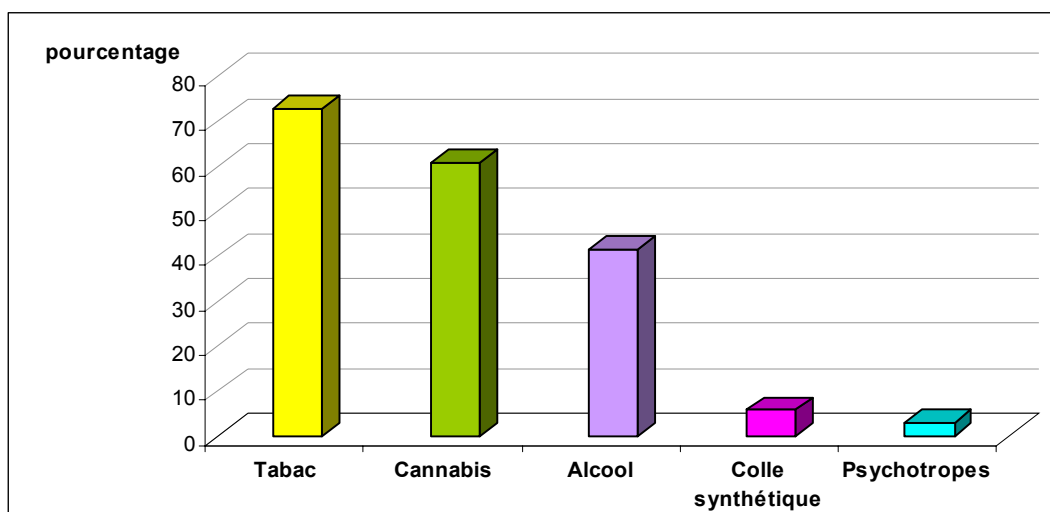


Figure 8: répartition des patients selon la consommation des toxiques

3-4- Durée de la consommation des toxiques:

a- Le TABAC:

La majorité des patients était des tabagiques (n= 152). Parmi eux, 64,5% (n= 98) fumaient le Tabac depuis plus de 6ans (fig. 9).

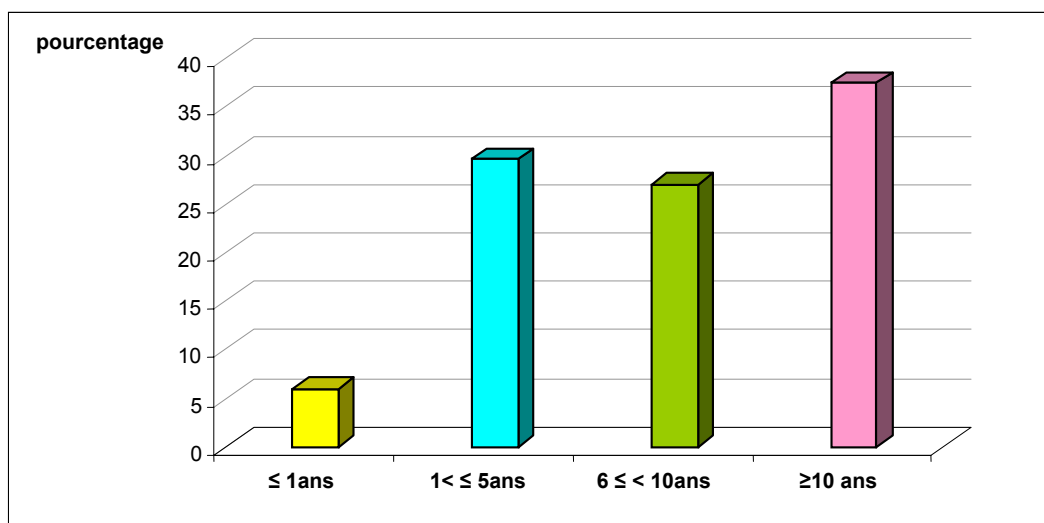


Figure 9: Durée de la consommation du tabac

b- Le CANNABIS:

Plus de la moitié de la population étudiée (n= 127) consommait du cannabis. La grande majorité d'entre eux fumait depuis plusieurs années: 44,1% (n= 56) depuis 6ans ou plus et 40,2% (n= 51) depuis une période allant de 1an à 5ans (fig.10).

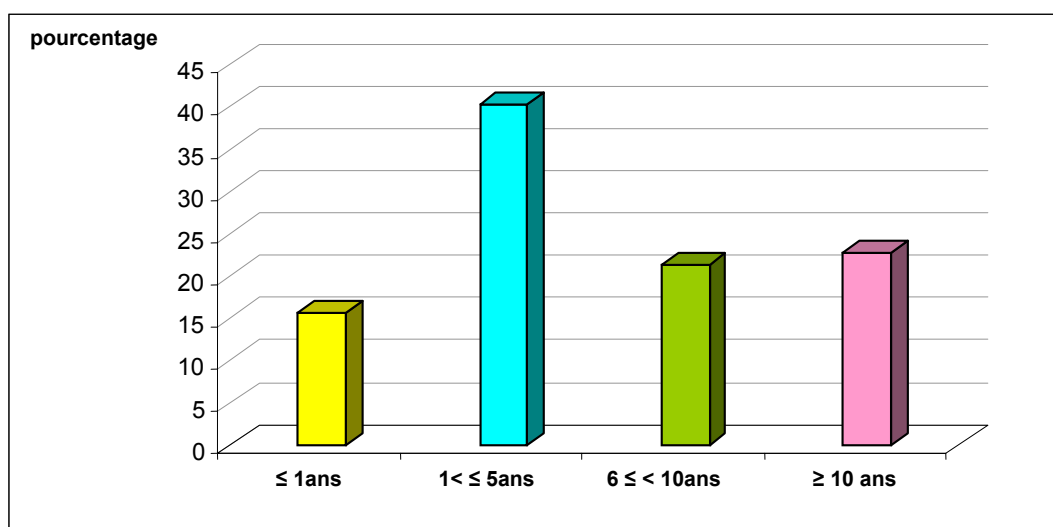


Figure 10: Durée de la consommation du cannabis

c- L'ALCOOL:

Parmi les patients consommateurs de l'alcool (n= 87), 57,5% prenaient l'alcool de façon régulière depuis moins de 5ans (n= 50) (fig. 11).

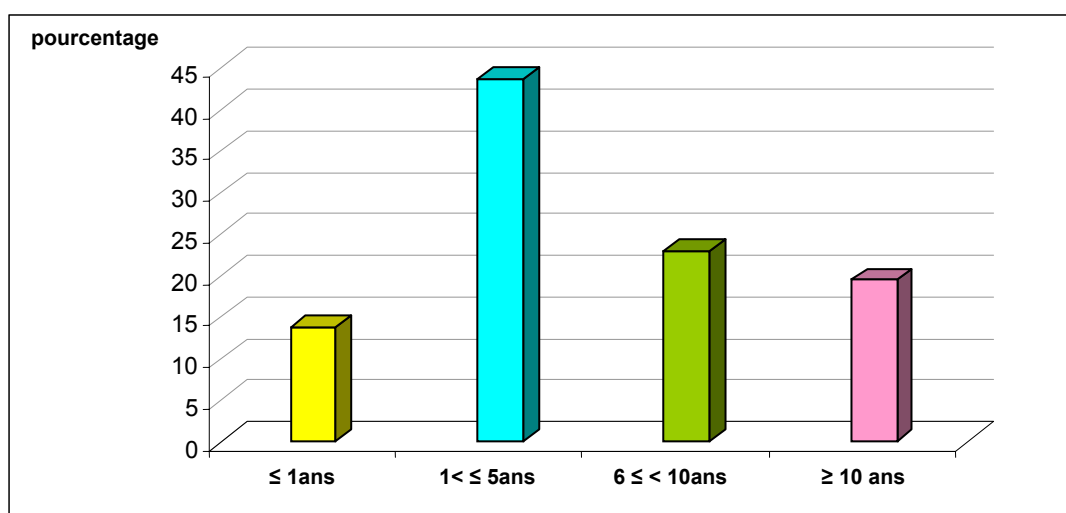


Figure 11: Durée de la consommation de l'alcool

3-5- Prévalence de la dépendance aux toxiques:

Considérons les différents critères diagnostiques de la dépendance aux différents toxiques, nous remarquons que le taux de réponse "Oui" était plus important chez les consommateurs de cannabis (Tableau II).

**Tableau II : La prévalence da dépendance aux toxiques
selon les critères du DSMVI**

Critères diagnostiques de dépendance à une substance	% de réponse par "oui" aux différents items		
	Tabac	Cannabis	Alcool
Avez vous besoin de plus grandes quantités pour obtenir le même effet	15,8	35,4	14,9
Quand vous prenez moins ou arrêtez, aviez vous des tremblements, douleurs, nausées, dormez moins...	12,5	29,1	6,9
Quand vous commencez consommez-vous plus que vous n'aviez l'intention de consommer au départ	14,5	31,5	11,5
Avez vous essayé d'arrêter ou de diminuer sans y arriver	11,8	25,2	8
Passez vous plus de 2h à essayer de vous procurer	3,9	7,9	1,1
Avez vous réduit vos activités : études, loisirs, amis...parce que vs consommez	7,9	31,5	11,5
Avez vous continué à en prendre même si vous savez que vous pouvez avoir des problèmes de santé ou psychologiques	82,2	70,1	64,4

Parmi les consommateurs de cannabis (n= 127), 35,4% (n= 45) étaient considérés dépendants selon les critères du "MINI".

19,7% des tabagiques étaient dépendants (n= 30).

Et seulement 8% des usagers de l'alcool étaient dépendants (n= 7) (fig. 12).

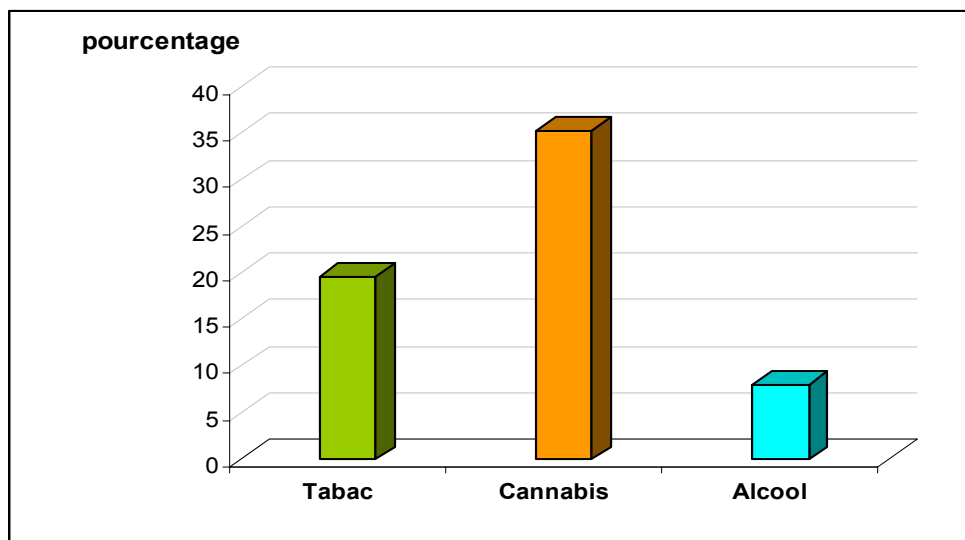


Figure 12: Prévalence de la dépendance aux toxiques

Tableau récapitulatif III : Prévalence des caractéristiques psychiatriques et toxiques de la population étudiée

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Les antécédents personnels :		
– Médicaux	12	5,7
– Chirurgicaux	17	8,1
– Psychiatriques	38	18,2
Les antécédents personnels psychiatriques:		
– APA	31	14,8
– Trouble anxieux	4	1,9
– Dépression	2	1
– Tentative de suicide	1	0,5
Les antécédents psychiatriques familiaux :		
– Schizophrénie	11	5,3
– APA	9	4,3
– Tentative de suicide ou suicide	5	2,4
– Troubles affectifs	2	1
Les habitudes toxiques :		
– Tabac	152	72,7
– Cannabis	127	60,8
– Alcool	87	46,6
– Colle synthétique	12	5,7
– Psychotropes	6	2,9
Prévalence de la dépendance aux toxiques chez les patients consommateurs:		
– Tabac	30	19,7
– Cannabis	45	35,4
– Alcool	7	8

4- Les caractéristiques cliniques et thérapeutiques de l'APA dans la population étudiée:

4-1- Nombre de consultations avant l'hospitalisation en service psychiatrique:

Le 1/3 des patients avait consulté au moins une fois avant leur admission à l'hôpital (33% soit n= 69) (fig. 13).

La durée médiane ente le début de la maladie et l'hospitalisation au service psychiatrique était de 4 semaines (min: 1sem; max: 24sem).

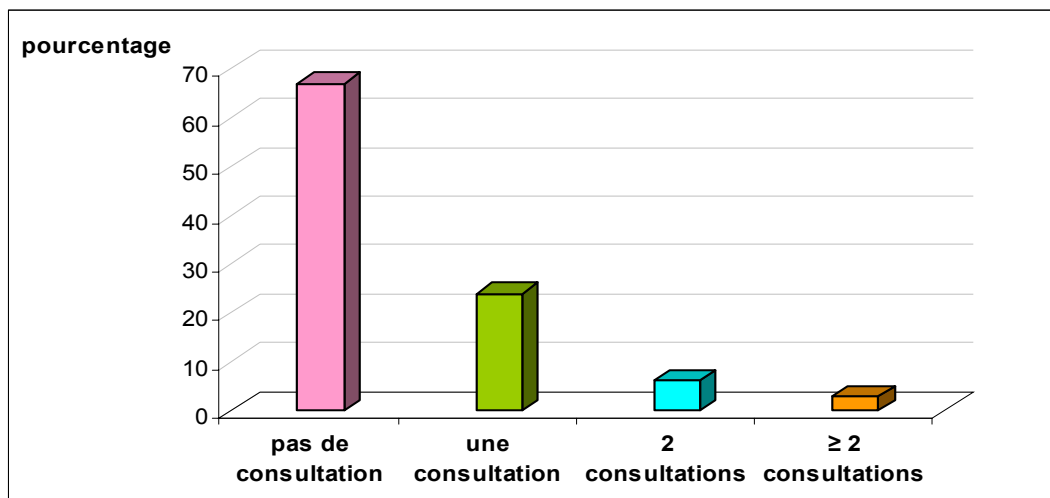


Figure 13: Répartition des patients selon le nombre de consultations avant l'hospitalisation en psychiatrie

4-2- Facteurs déclenchants :

a- Événement émotionnel:

Chez 23% des patients (n= 48), on a pu identifier un facteur émotionnel potentiellement psychopathogène (choc émotionnel, échec professionnel, emprisonnement, voyage à l'étranger) précédant l'apparition de l'épisode psychotique aigu.

b- Facteur toxique:

Les 2/3 des malades avaient augmenté, de façon importante, leur consommation de toxiques, surtout le cannabis, avant l'émergence de leur accès psychotique aigu (fig. 14).

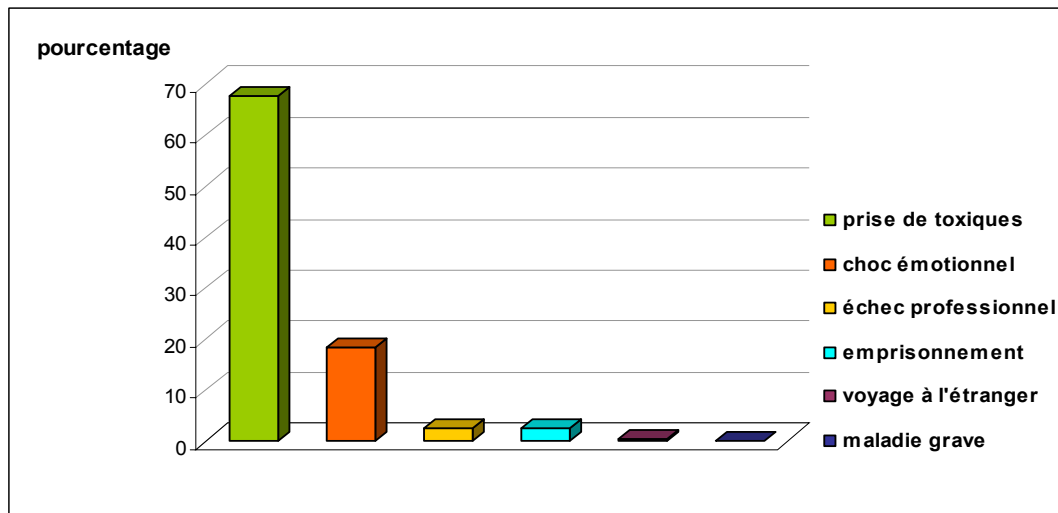


Figure 14: Répartition des patients selon les facteurs favorisant l'APA

4-3- Prévalence des symptômes de l'APA dans la population étudiée:

L'agitation était le motif le plus fréquent de l'hospitalisation dans la population étudiée (n= 176 soit 84,2%).

L'insomnie était presque constante, elle était rencontrée chez presque la totalité des malades (n= 200 soit 95,7% des cas) (fig. 15).

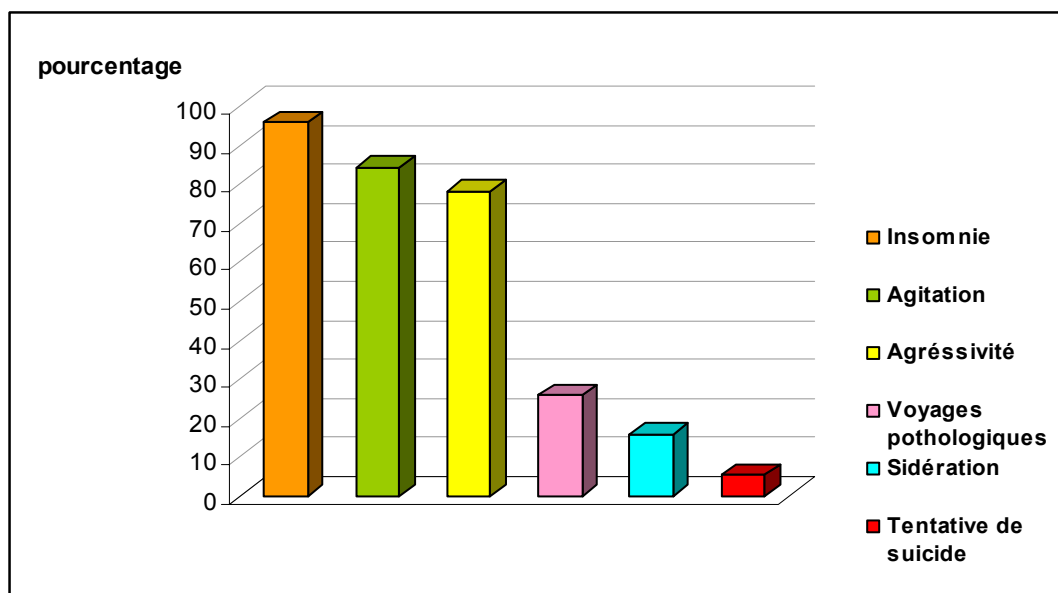


Figure 15: Insomnie et les troubles du comportement

La plupart des patients présentaient une angoisse lors de l'accès (n= 162 soit 77,5%).

Les symptômes thymiques étaient fréquemment rencontrés dans notre étude, principalement une labilité thymique dans des 60,3% cas (soit 126 patients) (fig. 16).

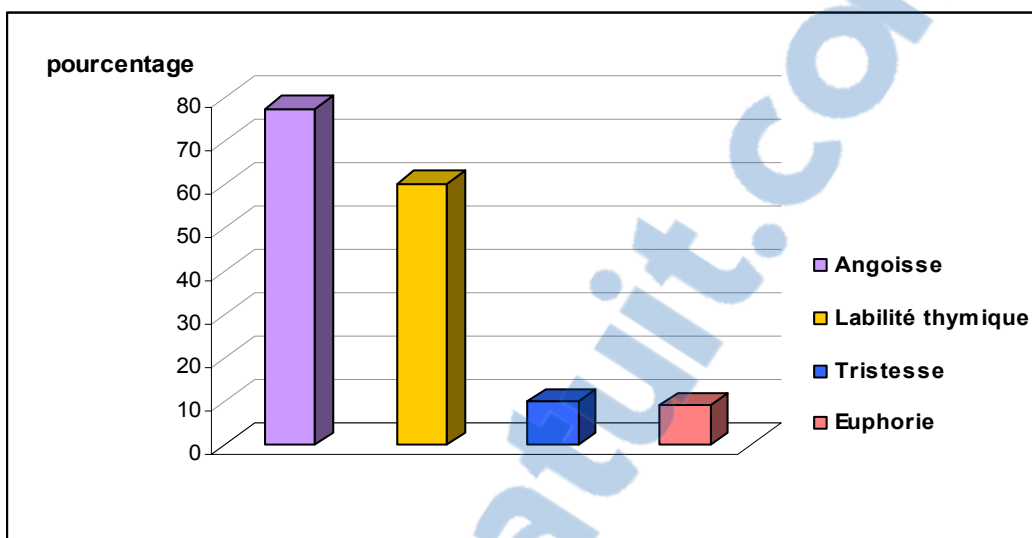


Figure 16: Angoisse et symptômes thymiques

Un délire à thématique polymorphe (grandeur, persécution, mystique ...) était retrouvé dans 93,8% des cas (n= 196) (fig. 17).

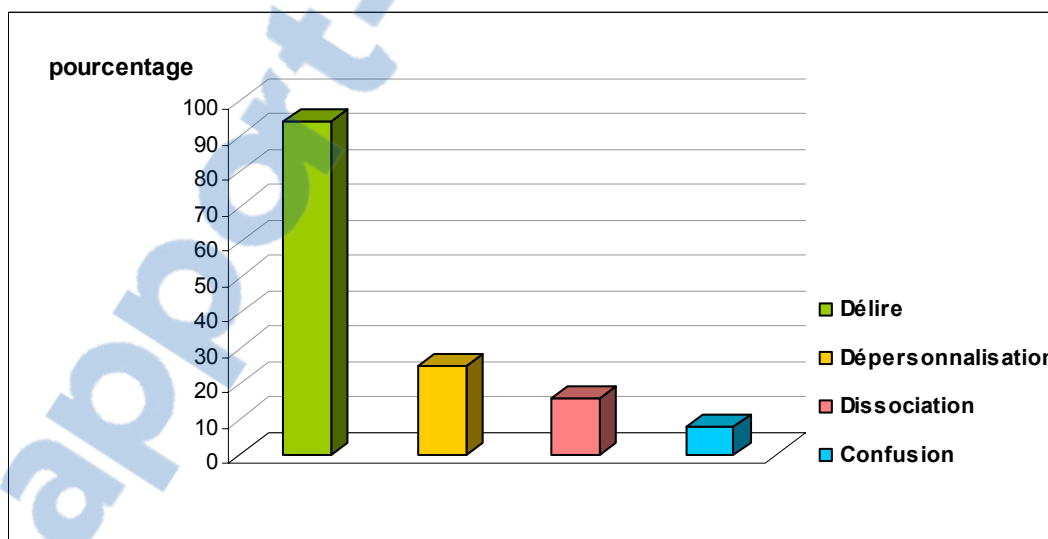


Figure 17: Symptômes psychotiques et confusion

4-4- Les scores PANSS à l'admission et à la sortie de l'hôpital:

A l'admission, le score moyen total de la PANSS était élevé, il était de $77,07 \pm 18,08$ (Tableau IV).

Tableau IV: Les scores PANSS à l'admission

Echelle PANSS	Moyenne	Minimum–Maximum
Echelle positive	26,62 ± 7,07	7 – 42
Echelle négative	14,87 ± 7,87	7– 68
Echelle psychopathologique générale	35,98 ± 9,49	18 – 65
Score total	77,07 ± 18,08	37 – 137

Ce score moyen total avait chuté à 35,79 ± 7,98 en fin d'hospitalisation (Tableau V).

Tableau V: Les scores PANSS à la fin d'hospitalisation

Echelle PANSS	Moyenne	Minimum–Maximum
Echelle positive	9,59 ± 3,03	7 – 29
Echelle négative	8,05 ± 2,15	7 – 20
Echelle psychopathologique générale	18,30 ± 3,98	8 – 53
Score total	35,79 ± 7,98	30 – 99

4-5- Le traitement reçu au cours de l'hospitalisation au service psychiatrique:

96,2% des patients (n= 201) avaient reçu des neuroleptiques classiques. Seulement 18,2% (n= 38) qui avaient reçu des neuroleptiques atypiques seuls ou en association avec les neuroleptiques conventionnels (fig. 18).

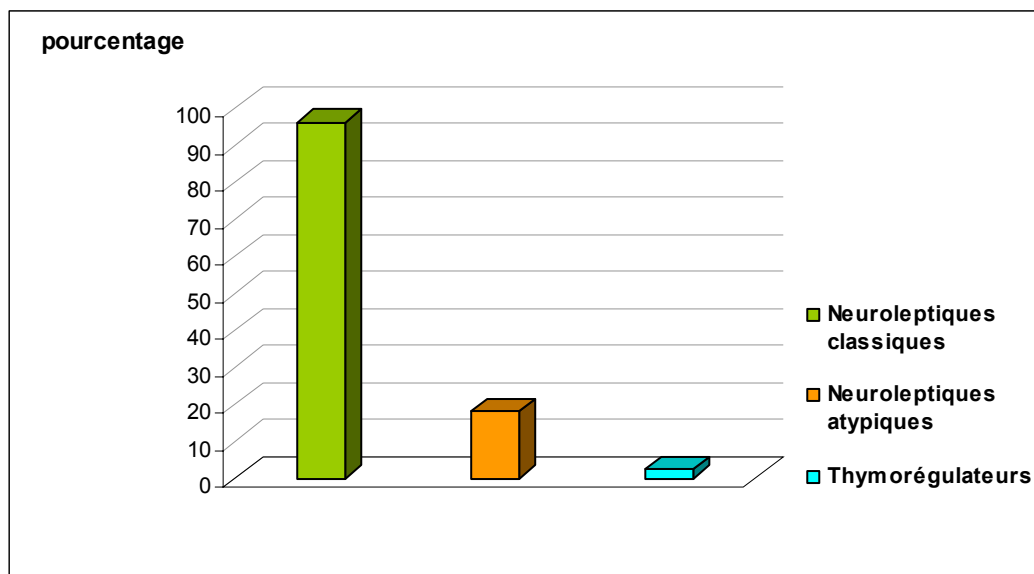


Figure18: Répartition des patients selon le traitement reçu

5- Aspects évolutifs de l'APA dans la population étudiée:

5-1- Evolution après l'hospitalisation au service psychiatrique:

Presque la moitié des patients (n= 94 soit 45%) était suivie de façon régulière en consultation après leur première hospitalisation au service. Cependant 27,7% des patients étaient perdus de vue (n= 58): soit ils étaient adressés vers d'autres psychiatres de leur secteur, soit ils avaient arrêté les soins. Et plus d'un quart des patients était réhospitalisé au service psychiatrique au moins une fois (27,3% soit n= 57) (fig. 19).

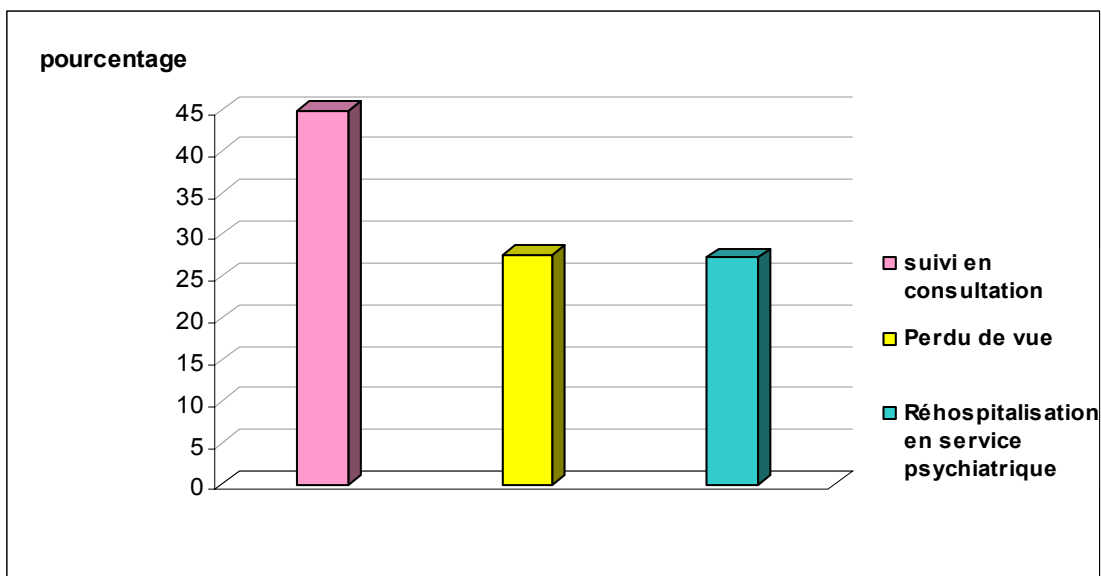


Figure 19: L'évolution après la 1ère hospitalisation au service psychiatrique

5-2- Les modalités évolutives de l'APA dans la population étudiée:

Presque le 1/3 des patients était perdu de vue. Parmi les 151 patients restants, 19 patients (soit 12,6%) avaient évolué vers une schizophrénie, et 5 patients (soit 3,3% des cas) avaient développé un trouble bipolaire, après 3 ans d'évolution (fig. 20).

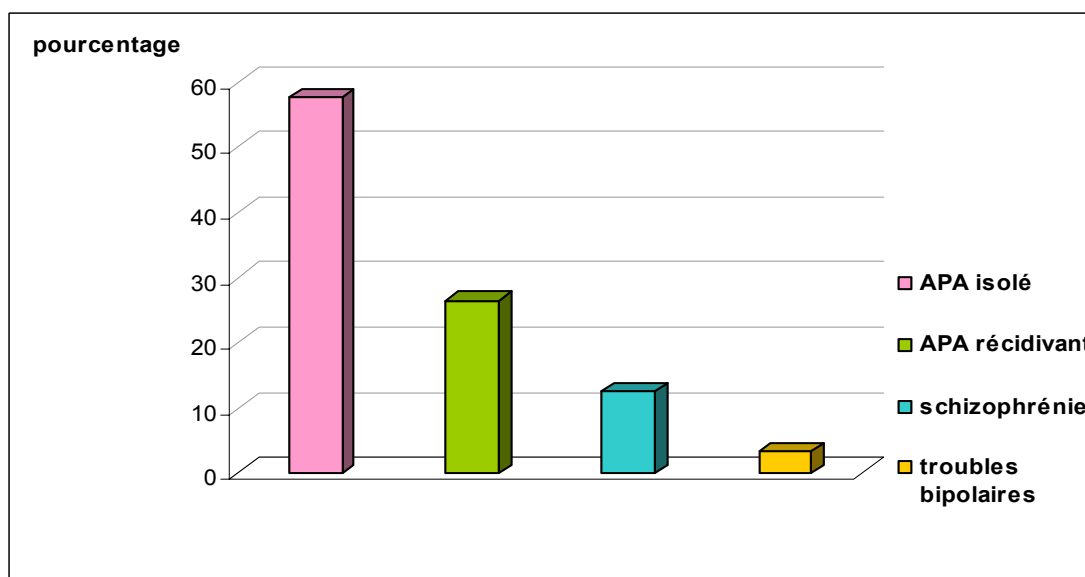


Figure 20: Répartition des patients selon les modalités évolutives de l'APA

5-3- La durée de la 1ère et la 2ème hospitalisations dans le service universitaire psychiatrique:

La durée moyenne de la première hospitalisation dans le service universitaire psychiatrique était de $2,92 \pm 1,64$ semaines, et celle de la deuxième hospitalisation était, pour les 57 patients réhospitalisés, de $3,75 \pm 3,39$ semaines.

L'intervalle entre les deux hospitalisations était en moyenne de $57,13 \pm 33,26$ semaines (Tableau VI).

Tableau VI : La durée des hospitalisations en semaines

Durée en semaine (s)	Durée de la 1ère hospitalisation	Durée de la 2ème hospitalisation	Intervalle entre les 2 hospitalisations
Moyenne	$2,92 \pm 1,64$	$3,75 \pm 3,39$	$57,13 \pm 33,26$
Minimum-Maximum	1-12	1-24	16-144

**Tableau récapitulatif VII: Les caractéristiques cliniques,
thérapeutiques et évolutives de l'APA dans la population étudiée**

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Consultations avant l'hospitalisation:		
– Pas de consultation	140	67
– Une consultation ou plus	69	33
Facteurs déclenchants:		
– Prise de toxiques	141	67,5
– Facteurs émotionnels	48	23
Symptômes:		
– Insomnie	200	95,7
– Agitation	176	84,2
– Agressivité	163	78
– Angoisse	162	77,5
– Labilité thymique	126	60,3
– Délire	196	93,8
– Dépersonnalisation	52	24,9
– Dissociation	33	15,8
– Confusion	16	7,7
Traitement reçu :		
– Neuroleptiques classiques	201	96,2
– Neuroleptiques atypiques	38	18,2
– Thymorégulateurs	5	2,4
Evolution après l'hospitalisation:		
– Suivis en consultation	94	45
– Perdus de vue	58	27,7
– Réhospitalisés	57	27,3
Modalités évolutives (N=151):		
– APA isolé	87	57,6
– APA récidivant	40	26,5
– Schizophrénie	19	12,6
– Troubles bipolaires	5	3,3

II- Analyse bivariée:

1- Corrélation entre la consommation de cannabis et les caractéristiques de la population étudiée:

1-1- Corrélation entre la consommation du cannabis et l'âge:

La prévalence de la consommation du cannabis chez notre population n'était pas influencée par l'âge; (P) (indice de Pearson)= 0,303 (fig. 21).

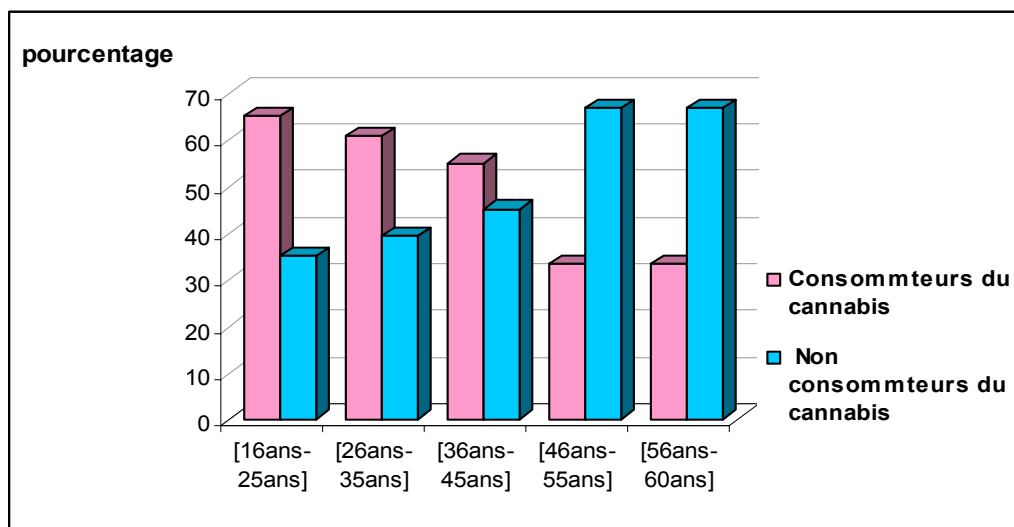


Figure 21: Rapport entre la consommation du cannabis et l'âge

1-2- Corrélation entre la consommation du cannabis et le sexe:

Le taux de la consommation du cannabis était très important chez les patients de sexe masculin. Ce résultat était statistiquement très significatif: P= 0,000 (fig. 22).

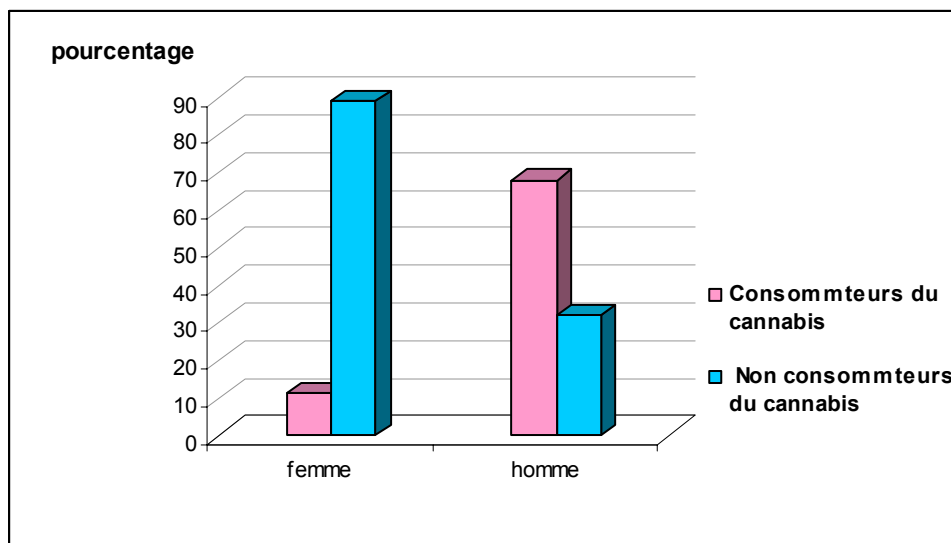


Figure 22: Rapport entre la consommation de cannabis et sexe

1-3- Corrélation entre la consommation de cannabis et l'échelle PANSS:

Il n'y avait pas de corrélation statistiquement significative entre la consommation de cannabis et l'intensité des symptômes positifs ou négatifs de l'échelle PANSS à l'admission des patients (Tableau VIII).

Tableau VIII: Rapport entre la consommation de cannabis et les scores moyens PANSS à l'admission

Echelle PANSS	Consommateurs de cannabis	Non consommateurs de cannabis	Indice de Pearson
Echelle positive	27,24	25,59	P= 0,143
Echelle négative	14,50	15,49	P= 0,430
Echelle psychopathologique générale	36,81	34,59	P= 0,141
Score total	77,96	75,57	P= 0,407

Les résultats sont significatifs si l'indice de Pearson < à 0.05

1-4- Corrélation entre la consommation de cannabis et la réhospitalisation:

Le taux de la réhospitalisation était plus important chez les patients consommateurs de cannabis. Ce résultat était statistiquement significatif: $P= 0,03$ (fig. 23).

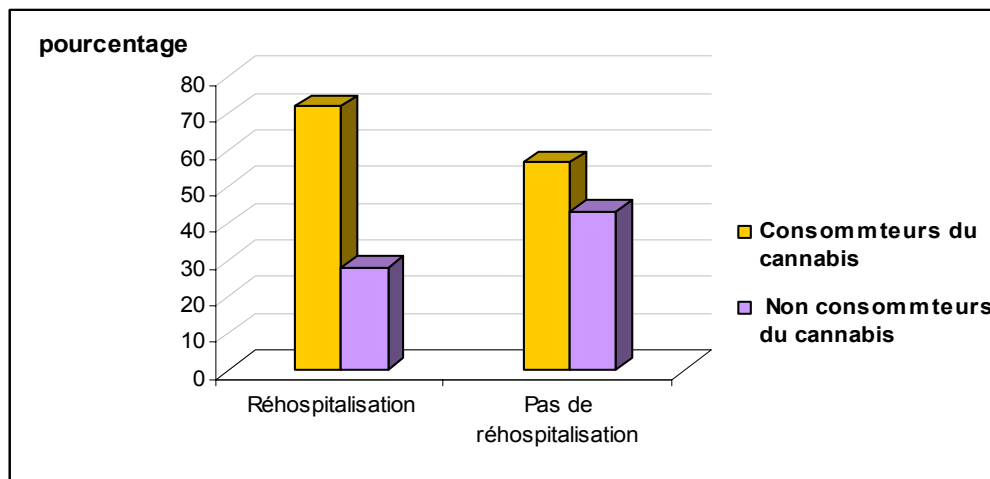


Figure 23: Rapport entre la consommation du cannabis et la réhospitalisation

2- Corrélation entre les modalités évolutives de l'APA et les caractéristiques de la population étudiée:

2-1- Relation entre les modalités évolutives et la consommation du cannabis:

La récurrence de l'APA était plus fréquemment rencontrée chez les patients consommateurs de cannabis. Ce résultat était statistiquement non significatif: $P= 0,307$.

Il n'y avait pas de corrélation statistiquement significative entre la consommation de cannabis et les autres modalités évolutives de l'APA dans notre étude (fig. 24).

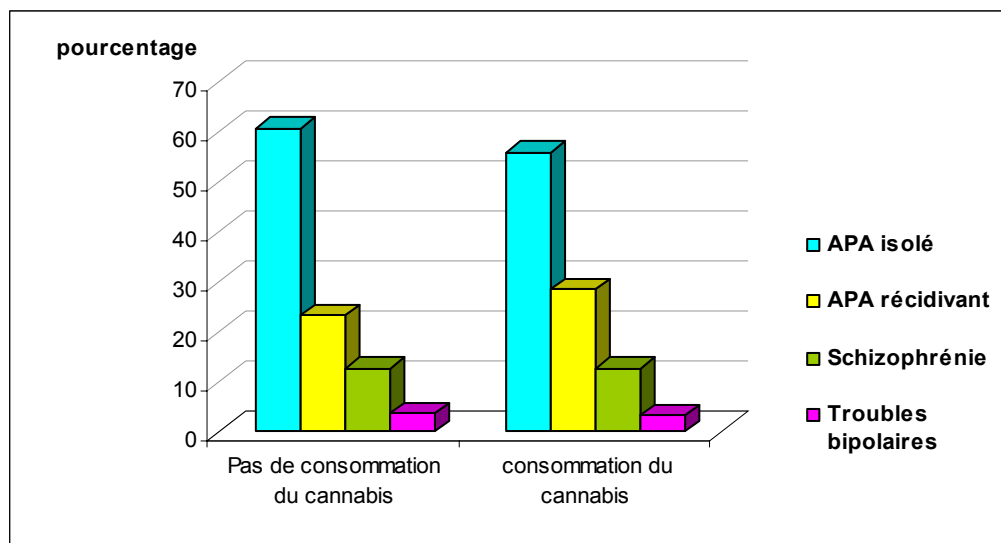


Figure 24: Corrélation entre les modalités évolutives et la consommation du cannabis

2-2- Relation entre les modalités évolutives et la présence de facteur déclenchant émotionnel:

Parmi les 87 patients en rémission complète, 52,5% avaient un facteur émotionnel précédant l'apparition de leur épisode psychotique aigu. Ce résultat n'était pas statistiquement significatif: $P= 0,281$.

Dans notre étude, il n'existait pas de corrélation significative entre la présence d'un facteur émotionnel et les autres modalités évolutives de l'APA (fig. 25).

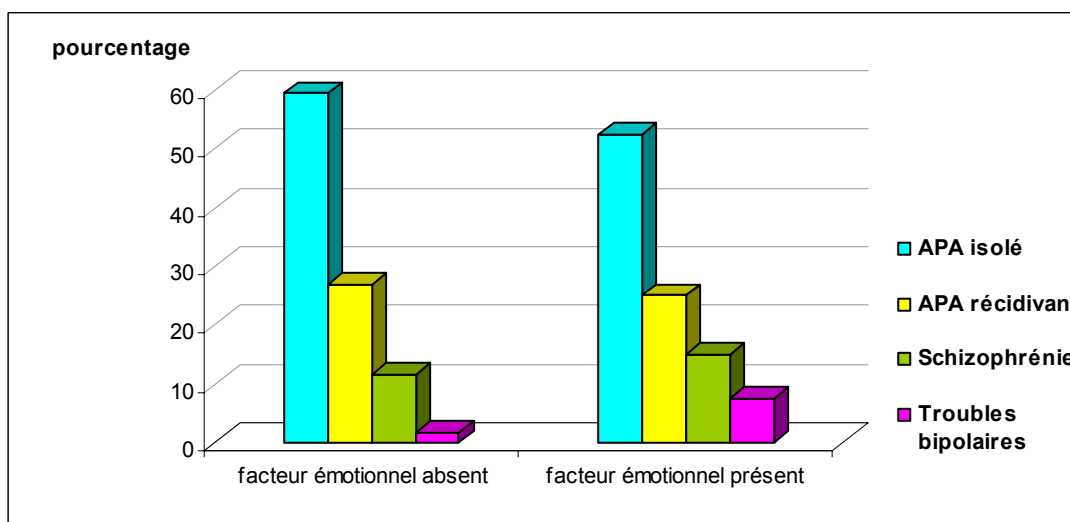


Figure 25: Corrélation entre les modalités évolutives et la présence de facteur émotionnel

2-3- Rapport entre les modalités évolutives et les antécédents personnels psychiatriques:

On a constaté un taux de récurrence d'APA plus important chez les patients ayant des antécédents personnels psychiatriques. Ce résultat était statistiquement très significatif: $P=0,000$ (fig. 26).

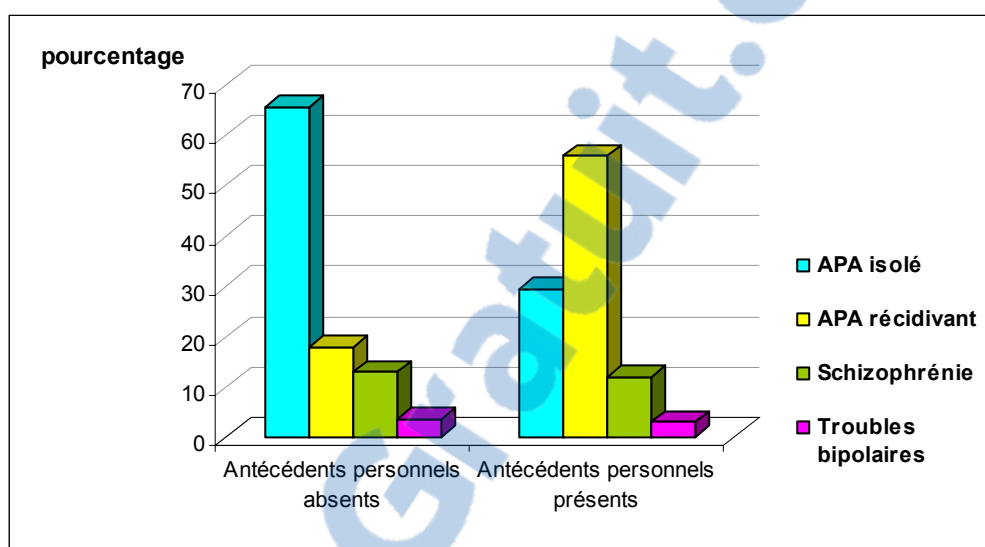


Figure 26: Corrélation entre les modalités évolutives et les antécédents personnels psychiatriques

2-4- Rapport entre les modalités évolutives et les antécédents familiaux psychiatriques:

Le taux de récurrence d'APA était plus important chez les patients ayant des antécédents familiaux psychiatriques. Ce résultat était statistiquement significatif : $P= 0,026$ (fig. 27).

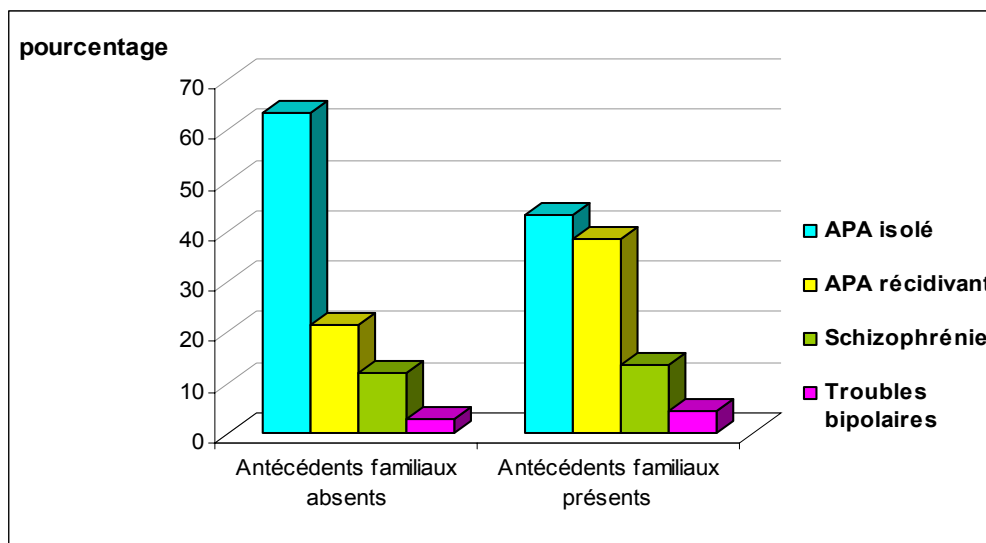


Figure 27: Corrélation entre les modalités évolutives et les antécédents familiaux psychiatriques

2-5- Corrélation entre l'évolution schizophrénique et l'âge:

L'évolution de nos patients vers la schizophrénie était plus marquée dans les tranches d'âge comprises entre 16 et 35 ans (27,5% des cas). Ce résultat n'était pas statistiquement significatif: $P= 0,847$ (fig. 28).

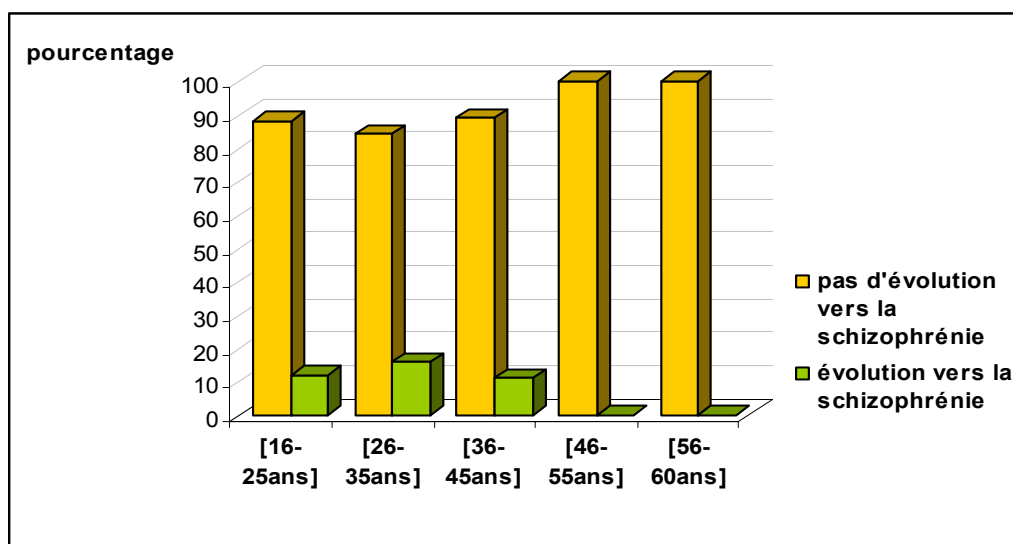


Figure 28: Corrélation entre l'évolution schizophrénique et l'âge

2-6- Corrélation entre l'évolution schizophrénique et le sexe:

Dans notre étude, l'évolution de l'APA vers la schizophrénie n'était pas statistiquement corrélée au sexe des patients: $P = 0,363$ (fig. 29).

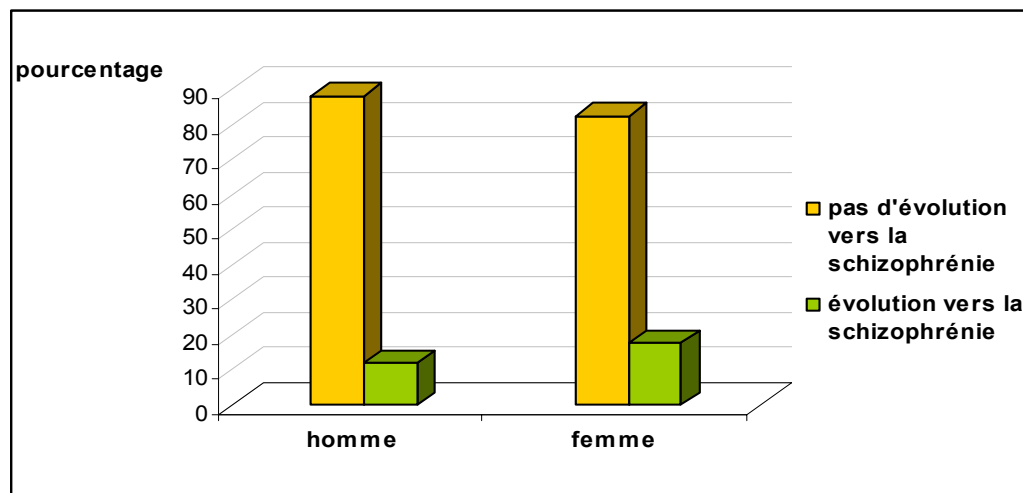


Figure 29: Corrélation entre l'évolution schizophrénique et le sexe

2-7- Corrélation entre l'évolution schizophrénique et l'échelle PANSS:

Les scores moyens à l'admission à l'échelle PANSS total, à l'échelle des symptômes positifs et à celle des symptômes négatifs étaient comparables dans les deux groupes avec ou sans évolution schizophrénique. Ces résultats n'étaient pas statistiquement significatifs (Tableau VIII).

**Tableau IX: Relation entre les scores moyens PANSS
à l'admission et l'évolution schizophrénique**

Echelle PANSS	Evolution vers la schizophrénie	Pas d'évolution vers la schizophrénie	Indice de Pearson
Echelle positive	26,23	25,88	$P = 0,871$
Echelle négative	16,62	14,29	$P = 0,315$
Echelle psychopathologique générale	31,85	35,33	$P = 0,189$
Score total	74,69	74,88	$P = 0,971$

Les résultats sont significatifs si l'indice de Pearson < 0.05



**Tableau récapitulatif XI: corrélation entre la consommation
du cannabis et les caractéristiques des patients**

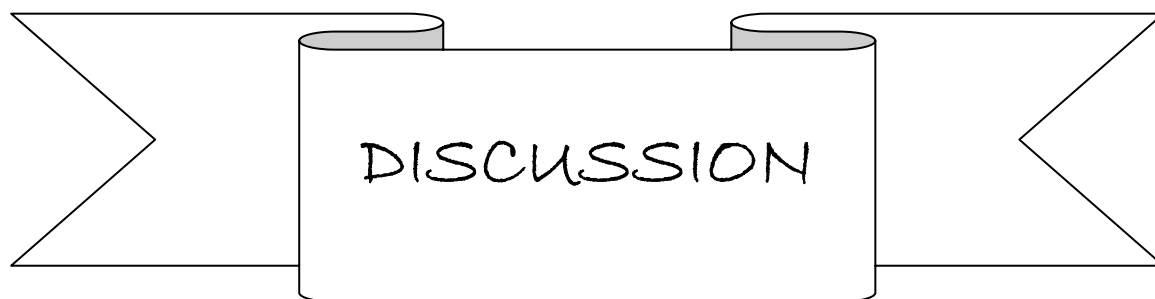
Caractéristiques de l'échantillon	Corrélation avec la consommation du cannabis (indice de Pearson)
- Age	P= 0,303
- Sexe	P= 0,000
- Echelle PANSS:	
» Positive	P= 0,143
» Négative	P= 0,430
» Psychopathologique générale	P= 0,141
- Réhospitalisation	P= 0,03

Les résultats sont significatifs si l'indice de Pearson < à 0.05

**Tableau récapitulatif XII : corrélation entre les aspects évolutifs
de l'APA et les caractéristiques des patients**

Caractéristiques des patients	Corrélation avec les modalités évolutives de l'APA			
	APA isolé	APA récidivant	Schizophrénie	Troubles bipolaires
Consommation du cannabis	P= 0,338	P= 0,307	P= 0,597	P= 0,614
Facteur émotionnel	P= 0,281	P= 0,490	P= 0,386	P= 0,116
Antécédents psychiatriques personnels	P= 0,000	P= 0,000	P= 0,568	P= 0,686
Antécédents psychiatriques familiaux	P= 0,017	P= 0,026	P= 0,496	P= 0,455
Age	---	---	P= 0,847	---
Sexe	---	---	P= 0,363	---
Echelle PANSS:				
» Positive	---	---	P= 0,836	---
» Négative			P= 0,407	
» Psychopathologique générale			P= 0,102	

Les résultats sont significatifs si l'indice de Pearson < à 0.05



I. Généralités sur l'accès psychotique aigu:

1 – Historique :

Le XIX siècle, par un grand travail de systématisation clinique était le siècle du délire chronique. L'histoire des délires aigus avait commencé dans les vingt ans précédant le début du XX siècle, en France, avec Magnan et Legrain.

"Magnan" isolait les «délires polymorphes des dégénérés» en 1893 (14, 15). Ensuite, "Legrain" introduisait la notion de «délires d'emblée avec hallucinations» en 1894. Ces délires s'opposent, par leur évolution intermittente voire leur accès unique, aux délires chroniques à évolution systématique.

Différents auteurs français ont décrit ces troubles aigus sous forme des appellations variées reflétant des variations sémiologiques, mais ayant une évolutivité semblable à celle décrite par Magnan :

- En 1895, "Chaslin" (16) a décrit la "confusion mentale Primitive" qui englobe en partie les délires dégénératifs aigus.
- "Westphal" en 1878, puis "Seglas" (17) en 1895 ont parlé de "paranoïa aigue".
- Gilbert ballet en 1910, a développé les "psychoses hallucinatoires aigues".
- Dupré et Logre (18), en 1914, ont décrit les "psychoses imaginatives" qu'ils assimilent aux "Bouffées Délirantes Aigues" (BDA).
- "Valence" (19), en 1927, a introduit la notion de "psychose interprétative aigue curable";
- En 1972, "Halberstadt" (20) a parlé de la "psychose délirante dégénérative aigue".

Après Bleuler, Kraepelin (après 1913) et Schneider situent ces entités dans le cadre de la schizophrénie en utilisant le terme de "schizophrénie aigue".

C'est avec "Henri Ey" (21), à partir de 1945 (après la seconde guerre mondiale) que la bouffée délirante réapparaît au devant de la scène sémiologique. Il lui donne alors une unité psychopathologique, et une autonomie nosographique.

Cependant, à l'étranger, la description d'états psychotiques aigus non réductibles à la schizophrénie ou au trouble bipolaire a été faite sous des appellations différentes (22):

- Langfeldt a décrit les "psychoses schizophréniformes" en 1939.
- Kasanin a créé le terme de "psychoses schizoaffectives" en 1933.
- Wimmer, a décrit de "psychoses psychogéniques" en 1928 s'inspirant de la "psychose réactionnelle" introduite par Jaspers en 1913.
- Leonhardt, dans les années soixante du 20ème siècle a développé les "psychoses cycloïdes".

A la fin des années quatre vingt du siècle précédant, la bouffée délirante aigue de Magnan a été l'objet d'une tentative de formalisation en critères par Pull et Pichot (23) :

- Age de début: entre 20 et 40 ans.
- Début: toujours aigu, sans antécédent psychiatrique sauf épisode identique.
- Absence de chronicité: les phases actives disparaissent complètement en quelques semaines ou mois, avec des rechutes possibles sous la même forme, mais sans anomalie dans l'intervalle qui sépare deux épisodes.
- Caractéristiques symptomatiques: la symptomatologie est polymorphe; délire polymorphe non systématisé et/ou hallucinations de n'importe quel type; dépersonnalisation ou déréalisation avec ou sans confusion; humeur anormale (dépression ou euphorie); les symptômes varient de jour en jour et même d'heure en heure.
- Diagnostic différentiel: les troubles ne sont pas secondaires à une affection organique, à un alcoolisme ou à une toxicomanie.

L'organisation mondiale de la santé a publié, en 1979, la 9ème édition de la classification internationale des maladies (**CIM-9**) (24) où figuraient les psychoses délirantes aiguës dans la catégorie (0298) "Autres psychoses non organiques" qui comprend:

- ❖ (298-3): les bouffées délirantes ainsi décrites états délirants provoqués apparemment par un bouleversement émotionnel;

- ❖ (298-4): les psychoses délirantes psychogènes qui ne se différencient des BDA que par une durée plus prolongée;
- ❖ (298-8): les psychoses réactionnelles autres et non précisées: les psychoses hystériques, et psychogènes.

La première mention des psychoses délirantes aiguës dans la classification nosographique américaine apparaît dans le **DSM-III** (3^e version du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1980) (25). On y trouve la place de la BDA dans différentes rubriques:

- ❖ les "troubles schizophréniformes" (295-40) dont les critères diagnostiques correspondent à celles de la schizophrénie sauf la durée qui doit être supérieur à 2 semaines et inférieur à 6 mois, présentant la parenté la plus étroite avec la BDA;
- ❖ la "psychose réactionnelle brève" (298-80);
- ❖ la "psychose atypique" (298-90) et le "trouble schizo-affectif" (295-70).

Par ailleurs, le terme de psychose aiguë ou BDA ne figurent plus dans les deux classifications psychiatriques internationales: la **CIM-10** (10^{ème} version de la classification internationale des maladies, 1992) (2) et le **DSM -VI** (4 version du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1996) (8).

Ces deux classifications abordent la question des psychoses délirantes sous des rubriques différentes.

La **CIM-10** isole le groupe des troubles psychotiques et transitoires, tout en reconnaissant que «les données empiriques ne permettent pas de proposer une classification définitive des troubles psychotiques aigus». Trois critères sont retenus pour spécifier ces troubles:

- ✓ le caractère aigu de la survenue des troubles (en moins de 2 semaines),
 - ✓ la présence ou non de syndromes typiques (manifestations psychotiques et émotionnelles polymorphes ou des symptômes schizophréniques),
-

- ✓ la présence ou non de facteur aigu de stress (c'est à dire un événement stressant survenu une ou deux semaines avant le début des troubles).

Cette catégorie, codée F23.x, est elle même subdivisée en six entités dont les principales sont:

- (F23.0) «**Trouble psychotique aigu polymorphe, sans symptômes schizophréniques**», caractérisé par le polymorphisme et l'instabilité du tableau clinique, auxquels s'ajoute fréquemment, un bouleversement émotionnel.

- (F23.1) «**Trouble psychotique aigu polymorphe, avec symptômes schizophréniques**», retenu lorsque certains symptômes typiquement schizophréniques sont présents la plupart du temps, sans toutefois persister au delà d'un mois.

- (F23.2) «**Trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique**», retenu en l'absence de des caractéristiques polymorphes et instables du premier tableau et lorsque des symptômes psychotiques sont relativement stables, sans toutefois persister plus d'un mois.

- (F23.3) «**Autre Trouble psychotique aigu, essentiellement délirant**», définit par la présence au premier plan d'idées délirantes ou d'hallucination relativement stables et pouvant persister jusqu'à trois mois.

Dans cette classification, la description en 6 entités distinctes n'est finalement pas d'un grand apport pour dégager des formes évolutives bien différenciées.

Le DSM-VI (8) retient, dans une catégorie intitulée " Schizophrénie et autres troubles psychotiques", deux troubles psychotiques aigus:

- ❖ **Le "trouble psychotique bref"**, défini par trois critères:

- ✓ la présence de symptômes psychotiques (délire, hallucinations, discours ou comportement désorganisé),
- ✓ leur durée variant de 1jour à 1 mois,
- ✓ des critères d'exclusion psychiatriques et organiques.

Un critère additionnel précise la présence ou non de facteurs déclenchants.

- ❖ **Le "trouble schizophréniforme"**, défini par deux critères:

✓ la présence de symptôme schizophrénique (idées délirantes, hallucinations, discours ou comportement désorganisé, symptômes négatifs) et l'exclusion d'un trouble de l'humeur, d'un trouble schizoaffectif ou d'un trouble organique,

✓ une durée allant de 1 à 6 mois.

La classification propose également de spécifier la présence ou l'absence de caractères de bon pronostic permettant ou non de prévoir une évolution favorable, autre que vers la schizophrénie.

Dans cette classification, ces troubles psychotiques sont essentiellement identifiés sur la base de leur durée. En faisant une distinction purement quantitative et temporelle, le DSM IV démontre des capacités pronostiques nulles.

En 2000, est paru le DSM IV révisé (**DSM IV-TR**) (26) qui ne comporte aucune différence, concernant la classification des psychoses aiguës, par rapport à l'ancienne édition.

2- Description clinique:

Les "APA" ou "BDA" se caractérisent par l'apparition soudaine d'un délire riche et polymorphe, procédant d'altérations de perception, d'intuitions subites, de distorsions de jugement et de débordements imaginaires, entraînant un bouleversement profond mais transitoire du fonctionnement psychique et des relations du sujet avec le monde extérieur.

2-1- Circonstances de découverte:

Les états psychotiques aigus surviennent surtout chez des sujets jeunes, à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, généralement entre 20 à 35ans (27) et chez lesquels on retrouve volontiers une hérédité psychopathologique chargée ou un caractère psychopathologique (28).

Le début est généralement brusque et subit. Il s'agit d'un délire d'emblée "il jaillit violemment avec l'instantanéité d'une inspiration"écrit Magnan (14). Ce "coup de tonnerre dans un ciel serein" a pu être précédé d'une phase prodromique marquée par une anxiété, une labilité thymique, des comportements insolites et des perturbations du sommeil qui ne récupèrent qu'à

posteriori leur signification inaugurale. Dans tous les cas, l'entrée dans le délire marque une rupture entre un avant et un après.

2-2- L'expérience délirante: (28)

"Véritable signe d'alarme de la psychose, le délire indique la fissuration du moi"(Henri Ey) (29).

Le délire est polymorphe, c'est-à-dire polythématique et mettant en œuvre tous les mécanismes délirants. Les thèmes et mécanismes peuvent se succéder au cours de l'épisode ou au cours d'une même journée.

Les thèmes sont polymorphes, multiples et variables, on y trouve aussi bien des idées de persécution que des idées de grandeur, des idées de transformation de soi ou du monde, ou des idées d'influence ou de possession.

Tous les mécanismes délirants peuvent y être retrouvés. Il existe, la plupart du temps, des hallucinations psychiques, parfois aussi des hallucinations psychosensoriels souvent auditives mais aussi cénesthésiques ou visuelles auxquelles s'ajoutent des interprétations délirantes, des phénomènes imaginatifs ou intuitifs.

L'automatisme mental est toujours présent, il s'agit d'une mécanisation et d'une perte d'intimité de la pensée: les idées, les intentions, les actes sont devinés, répétés, commentés ou imposés.

Le délire est mal systématisé, ce caractère "protéiforme" (Legrain) fait toute son originalité. Il est fortement vécu, entraînant un bouleversement incoercible de soi et du monde extérieur. Le sujet se sent transformé: transformation de son propre corps et de son esprit (dépersonnalisation), et transformation du monde ambiant voire de l'univers (déréalisation).

2-3- Le désordre thymique:

La participation thymique est fréquente; l'humeur très labile subit les fluctuations du délire, passant ainsi d'une tristesse à l'exaltation, parfois en quelques minutes. L'anxiété est presque toujours présente (30, 31).

2-4- L'altération de la conscience:

Le niveau de la conscience est habituellement normal mais peut être altéré de manière fluctuante qualitativement (32,33). Il n'y a pas de désorientation temporo- spatiale, mais plutôt une dispersion de l'attention, le sujet étant captivé par ses productions délirantes, il perçoit le monde extérieur d'une manière floue dans une atmosphère onirique et crépusculaire. Il s'agit donc d'un état de conscience parasite par l'efflorescence délirante (34).

2-5- Troubles du comportement:

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

2-6- L'état somatique:

Les troubles du sommeil et en particulier l'insomnie sont d'une grande fréquence (28, 31, 33). L'examen somatique, indispensable, est le plus souvent normal (33,34). Ainsi un bilan biologique, pratiqué dès que possible, est en règle normal en dehors d'une déshydratation, fréquente si l'agitation est importante. Aucun examen complémentaire n'apporte de contribution à l'établissement du diagnostic (31).

2-7- L'état pré morbide:

Les données anamnestiques, permettant parfois de mettre en avant certaines distorsions de la personnalité (30, 35), restent encore discutées. Par ailleurs, sont parfois mis en avant des facteurs réputés déclenchants ou favorisants et dont la présence a valeur de bon pronostic (36). On peut citer: changements de mode de vie, expériences de pertes et de séparations, problèmes relationnels et affectifs ou prise de toxiques. Pour retenir la responsabilité de tels facteurs, il faut que la survenue de l'APA se produise à court terme par rapport à l'agent déclenchant (28, 37).

En conclusion, le diagnostic positif de "l'APA" repose sur:

- ❖ L'éclosion brutale d'une symptomatologie délirante polymorphe dans ses thèmes et mécanismes chez des sujets jeunes (de 20 à 35 ans), pouvant s'accompagner de troubles de comportements inauguraux.
- ❖ Des modifications rapides de l'humeur.
- ❖ La présence d'une anxiété profonde importante, sans altération profonde de la conscience.

3- Diagnostic différentiel:

– Au moindre doute, surtout si la note confusionnelle est marquée, il faut éliminer **une étiologie organique** (notamment une pathologie infectieuse ou traumatique). On éliminera aussi un état de mal épileptique (30).

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

– Il faut éliminer **un épisode maniaque**, dont le diagnostic peut être difficile à évoquer lorsque l'euphorie est peu marquée et que les éléments délirants sont intenses, ce qui est parfois observé dans les manies débutant à l'adolescence (38,39).

– Mais c'est à l'égard de **la schizophrénie à début aigu** que le problème de diagnostic se pose, surtout que l'accès psychotique aigu peut être un mode d'entrée dans la schizophrénie (40). La notion d'épisode antérieur, le contexte évolutif et le type du tableau clinique (grande discordance, symptômes affectifs moins marqués) permettront de faire la différence.

– Il convient d'éliminer également **un épisode dépressif majeur** caractérisé par un début brutal et par la stabilité de l'humeur dépressive.

4- Diagnostic étiologique:

4-1- Accès psychotiques aigus primaires:

Survenant sans relation compréhensible avec un agent causal précis, sont les plus fréquents. L'éclosion soudaine de ces délires d'emblée est le «privilege» ou le «stigmat» d'un

terrain fragile. De cette fragilité répondraient certaines personnalités pathologiques (passive, dépendante, histrionique ou anti-sociale) ou des dispositions particulières du caractère (des sujets frustes, immatures, plastiques et suggestibles) ou encore des étapes significatives de l'existence (adolescence) (28, 30, 31).

4-2- Accès psychotiques aigus psychogènes ou réactionnels:

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

4-3- Accès psychotiques aigus post toxiques ou pharmaco psychoses:

Plusieurs toxiques peuvent induire des troubles psychotiques aigus. Il faut signaler plus spécialement le cannabis, les amphétamines, les hallucinogènes, la cocaïne, l'ecstasy (41, 42) mais aussi l'alcool.

– La relation entre cannabis (haschich, kif) et troubles psychotiques a été abondamment étudiée (43,44, 45, 46, 47, 48). Les troubles psychotiques induits par le cannabis sont des troubles psychotiques brefs, survenant plus fréquemment chez des consommateurs réguliers que chez des consommateurs occasionnels. Le début est brutal, en deux à trois jours, après une augmentation importante des prises de cette drogue. Certains symptômes apparaissent plus spécifiques: troubles du comportement, agressivité, hallucinations visuelles, déshinhibition psychomotrice, délire polymorphe sur des thèmes divers (43). Certains auteurs en ont souvent fait une entité nosologique: "la psychose cannabique".

– Les APA dûs aux amphétamines sont caractérisés, surtout, par l'agitation psychomotrice et les idées délirantes interprétatives.

– Les hallucinogènes (LSD, phénylcyclidine, mescaline) peuvent induire des idées délirantes aiguës accompagnées de trouble thymique, de trouble de la conscience et du comportement.

– L'alcool peut être, dans le cadre d'une ivresse pathologique, à l'origine d'un APA, souvent accompagné d'un syndrome confusionnel.

– Les APA, chez les cocaïnomanes, sont plus souvent provoqués par les intoxications massives. Ils se caractérisent principalement par les délires persécutifs interprétatifs qui s'observent dans les suites immédiates ou retardées de la consommation de cocaïne. Les formes de délire purement hallucinatoires ne s'observent que chez une minorité de consommateurs.

4-4- Psychoses puerpérales:

Ce sont des psychoses délirantes aiguës survenant dans les quatre semaines du post-partum. L'apparition d'une symptomatologie délirante, fondée sur la négation de filiation (de la maternité), sur l'impression de non appartenance ou de non-existence de l'enfant, est précédée par l'installation d'une anxiété, de subconfusion et de symptômes d'allure névrotiques (phobiques ou obsessionnels). Ce qui caractérise cet état est la grande variabilité du tableau clinique tant en ce qui concerne l'humeur, que la conscience qui oscille (49).

4-5- Accès psychotiques d'origine organique:

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

5- Evolution et critères pronostiques:

– **A cours terme**, l'accès psychotique aigu évolue en quelques jours, en quelques semaines au maximum, vers la guérison (33). Celle-ci peut être brutale ou progressive, le malade "émergeant" peu à peu du délire qu'il critique rapidement et dont il garde un assez clair souvenir. Une fluctuation dépressive de l'humeur plus ou moins intense est souvent observée au décours de l'épisode aigu (27).

Dans les cas où ce profil évolutif n'apparaît pas, il faut craindre une évolution chronique vers un état schizophrénique (30). Un épisode psychotique aigu, aussi brutal et polymorphe soit-il, marqué par une grande discordance, la non-rétrocession rapide des éléments délirants, la présence de symptômes déficitaires oblige à reconsidérer le diagnostic: il s'agit presque toujours d'un mode d'entrée vers une schizophrénie paranoïde, et l'évolution vers la chronicité doit être redoutée.

– **A long terme**, l'évolution de ces états psychotiques aigus reste très ouverte, allant depuis une guérison intégrale jusqu'à la persistance de troubles psychotiques évoluant vers la chronicité.

❖ L'accès psychotique aigu peut rester un épisode unique dans la vie du sujet. Magnan disait: "sans conséquence, sinon sans lendemain" (50), il entendait par là que le délire épisodique ne laissait pas après lui de séquelles ou de complications.

❖ Une deuxième éventualité est l'évolution intermittente:

– il s'agit soit de récurrences d'accès délirants "à éclipses" du même type que le premier ("APA récidivant").

– soit de la survenue secondaire d'épisodes plus nettement dysthymiques. Dans ce cas, l'épisode psychotique aigu a représenté le premier épisode psychopathologique d'un trouble de l'humeur (28).

❖ La dernière éventualité est celle d'une évolution vers la chronicité, qui se fait soit d'un seul tenant, soit après plusieurs "moments féconds". Chez le sujet jeune, ces accès inaugurent une évolution schizophrénique dissociative, et chez le sujet plus âgé une organisation délirante chronique (28).

Le devenir des APA au sens de la psychiatrie française serait: 25% de résolution complète sans rechute; 25% de rechutes à plus ou moins long terme (chaque accès ayant la même valeur qu'un épisode unique); 50% d'évolution vers un autre trouble psychiatrique: 1/3 vers la schizophrénie, 1/3 vers les autres psychoses chroniques non schizophréniques à début plus tardif, 1/3 vers les troubles bipolaires (51).

Le **pronostic** d'une psychose délirante est difficile à déterminer pendant l'épisode lui-même. Cependant, il importe d'en rechercher les éléments qui pourront se révéler intéressants pour évaluer le pronostic.

Selon la littérature, **les facteurs dits de bon pronostic** sont répertoriés l'absence d'antécédents familiaux, la mise en évidence de facteurs déclenchants notamment psychogènes, une personnalité prémorbide adaptée, un début brutal, la brièveté des accès, , des signes d'allure confusionnelle et enfin une bonne réponse thérapeutique (8, 36, 50).

Sont considérés comme étant **de pronostic défavorable** dans l'évolution d'un accès psychotique aigu: une personnalité prémorbide de type schizoïde, la présence de manifestations prodromiques insidieuses, une symptomatologie dominante de discordance avec peu d'éléments thymiques, l'amendement rapide de l'anxiété concomitamment à la persistance des éléments délirants, surtout s'il existe des épisodes psychiatriques antérieurs personnels ou familiaux (8, 40, 50). Le sexe masculin et un jeune âge sont également présentés comme des éléments péjoratifs (52, 53).

En fait, aucun élément sémiologique ne permet de prédire l'évolution à long terme des APA (28).

6- Vulnérabilité à la schizophrénie:

L'exercice prédictif restant décevant, les chercheurs ont défini de nouvelles pistes de recherche afin de mieux préciser le devenir d'un tel épisode. Ces recherches reposent sur des approches novatrices visant l'identification précoce des traits de vulnérabilité ou de risque chez une population donnée vis-à-vis de la survenue d'un premier épisode psychotique. Ces approches déterminent des "sujets à haut risque"; des sujets très susceptibles de développer une maladie mentale non (encore) diagnostiquée, principalement une schizophrénie.

En fait, une combinaison de facteurs génétiques (endophénotypes) et environnementaux (facteurs de stress externes) puisse conduire à une altération du développement cérébral.

Cette altération résultant de l'interaction gènes- environnement serait détectable, avant l'éclosion aiguë du premier épisode délirant, sous la forme de marqueurs de vulnérabilité

(neuroradiologiques, neurophysiologiques et neurobiologiques et neuropsychologiques) qui jouent un rôle important dans le dépistage précoce de la pathologie schizophrénique:

6-1- Facteurs génétiques:

Plusieurs gènes sont impliqués dans le développement de la schizophrénie. Appelés endophénotypes, ce sont des traits subcliniques qui existent de façon très fréquente chez les apparentés non atteints de patients. Ces différents facteurs génétiques seraient responsables de différents phénotypes qui ne deviennent cliniquement quantifiables que lorsque la sommation de leurs risques dépasse un seuil situé le long d'un continuum. C'est le modèle polygénique à seuil (54).

6-2 Facteurs neurobiochimiques:

Des marqueurs neurobiochimiques ont été décrits durant un épisode aigu de schizophrénie; ils disparaissent avec la résolution de l'accès. Dans ce modèle, on cite les perturbations du système dopaminergique démontrées par une baisse des taux de l'acide homovalinique dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Les recherches neurobiochimiques se focalisent depuis plusieurs années sur les variations des taux corticaux de monoamines (dopamine, sérotonine, noradrénaline) (55).

6-3- Facteurs anatomiques:

Les techniques d'imagerie par résonance magnétique (IRM) ont permis de décrire des anomalies structurelles du cerveau chez les patients schizophrènes (notamment une réduction de la taille du cerveau, une hypertrophie des ventricules latéraux, une réduction du volume des structures temporo-limbiques et une augmentation du volume des ganglions basaux) (27). Ces anomalies atteignent autant des patients chroniques que des patients présentant un premier épisode psychotique. Elles apparaissent peu spécifiques des troubles schizophréniques puisque certains études les retrouvent chez les patients bipolaires (56).

6-4 Facteurs électrophysiologiques et neuropsychologiques:

De nombreux travaux ont aboutit à l'hypothèse selon laquelle certains symptômes schizophréniques résulteraient d'une anomalie du filtrage sensoriel dont plusieurs paradigmes ont été utilisés:

- La réduction de l'amplitude de l'onde P300 auditive est généralement interprétée comme un marqueur trait de la schizophrénie (57).
- Les anomalies des mouvements oculaires: des anomalies de la poursuite oculaire lente et les anomalies de saccades de mouvements oculaires sont associés à la schizophrénie. Elles sont stables et indépendantes de l'état clinique.
- L'inhibition de l'onde P50 est un autre index d'évaluation de filtrage sensoriel et serait ainsi un marqueur trait de schizophrénie.

En ce qui concerne **les anomalies neuropsychologiques**, on cite d'abord les troubles attentionnels comportant:

- les altérations des performances au "Continuous Performance Test" (CPT) qui consiste à la détection de cible visuelle et auditive évaluant alors l'attention soutenue,
- les altérations des performances au Span Of Apprehension Test (SOT) consistant à la discrimination d'un stimulus cible parmi des séquences de stimuli distracteurs,
- les épreuves de démasquage postérieur (Backward Masking) qui pour but la mesure du délai inter-stimuli qui entraîne une interférence entre le stimulus cible et un autre stimulus masqué.

En second lieu, on trouve des altérations des fonctions exécutives. Elles sont quasiment constantes chez les schizophrènes.

Enfin, il faut différencier l'ensemble des marqueurs de vulnérabilité précités ci dessus en :

- **Marqueurs d'état**: présents exclusivement durant l'épisode aigu.
 - **Marqueurs de trait**: héritables, permanents, identifiables avant l'épisode aigu et indépendants de l'évolution clinique.
-

6-5 Facteurs environnementaux:

On distinguera des facteurs de risque:

- **Précoces:** périnataux, principalement: l'exposition à des agents infectieux pendant la grossesse, les complications obstétricales et les carences nutritionnelles.
- **Tardifs:** où l'exposition survient à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. On cite surtout: l'abus de substance et la migration.

7- Thérapeutique:

La prise en charge du premier épisode délirant aigu influence de manière non négligeable l'évolution du trouble. La psychose délirante aiguë est une urgence psychiatrique (27, 34). L'hospitalisation s'impose pratiquement toujours. Souvent la gravité du trouble du comportement et le refus du soin par le malade oblige à avoir recours à un internement en «hospitalisation d'office» et à une «hospitalisation à la demande d'un tiers» (loi du 27 juin 1990).

La prise en charge d'un épisode psychotique aigu est pluridimensionnelle: chimiothérapique, parfois sismothérapique, institutionnel et psychothérapique.

7-1- Les thérapeutiques biologiques:

a- Bilan initial:

Actuellement, l'intervention thérapeutique initiale est essentiellement à base de neuroleptiques. Avant l'instauration du traitement médicamenteux, un bilan initial doit être réalisé, comportant:

- Des données cliniques: poids, mesure de la pression artérielle, état général et antécédents somatiques.
 - Des examens complémentaires: biologiques (NFS, glycémie, bilan lipidique, transaminases, bilan rénal, ionogramme sanguin, ECG, test de grossesse et parfois la prolactinémie et dosage de toxiques), d'imagerie et de neurophysiologie (TDM, IRM, EEG) (58).
-

b- Les neuroleptiques atypiques:

Les neuroleptiques de nouvelle génération dits antipsychotiques atypiques (rispéridone, olanzapine, amisulpride, clozapine, ziprasidone...) seront préférés en première intention compte tenu de leur meilleure tolérance neurologique (risque moindre de dyskinésies aiguës et d'effets extrapyramidaux) et de leur effet sédatif moins marqué par rapport aux neuroleptiques conventionnels, ce qui améliore la compliance au traitement (40, 59, 60, 61). Et il est souhaitable que ces thérapeutiques soient utilisées à dose minimale efficace en association avec prise en charge psychosociale précoce (62).

c- Les neuroleptiques classiques:

L'association d'une phénothiazine sédatrice (cyaméazine ou lévomépromazine) pourra également être utilisée lors des troubles du comportement nécessitant une sédation rapide (auto- ou hétéro-agressivité) (27). En deuxième intention, les cliniciens pourront avoir recours aux neuroleptiques classiques en cas d'échec avec les antipsychotiques atypiques (40).

d- Autres:

d-1 Anxiolytiques:

Pour conjuguer chez le patient sédation, anxiolyse et myorelaxation, la prescription d'une benzodiazépine en association aux antipsychotiques atypiques peut s'avérer utile. (63)

d-2 Antidépresseurs:

Les antidépresseurs peuvent être indiqués en cas de syndrome dépressif grave, au moment de l'épisode psychotique aigu ou à distance, qu'il soit primaire ou secondaire aux neuroleptiques.

d-3 Thymorégulateurs:

L'indication de thymorégulateurs (lithium, carbamazépine, divalproate) s'adresse tant aux formes à évolution répétitive qu'aux formes caractérisées par une franche symptomatologie thymique (33).

La prise en charge médicamenteuse doit tenir compte de la découverte d'une étiologie organique ou toxique et de la correction d'éventuels désordres hydro-électrolytiques.

7-2- L'électroconvulsivothérapie (ECT) (ou sismothérapie):

La sismothérapie a représenté un traitement de choix des psychoses aiguës avant l'ère des neuroleptiques. Actuellement, plusieurs études (64) confirment la place de l'ECT, en seconde intention dans l'arsenal thérapeutique. Il est généralement admis qu'elle s'applique lorsque les antipsychotiques s'avèrent inefficaces (ceci dans un délai de 3 à 6 semaines), ou intolérables (avec effets secondaires invalidants). Cependant, elle peut être indiquée en première intention dans les états catatoniques et stuporeux extrêmes (40, 65).

7-3- La psychothérapie:

Sans doute n'est-il pas nécessaire de rappeler que tout patient confronté à une expérience psychotique transitoire doit bénéficier d'une relation de soutien, qui amorcée pendant la phase aiguë, se poursuivra en général, au-delà de l'hospitalisation. C'est dans cette relation intersubjective (avec le thérapeute) que le sujet éprouvera son identité retrouvée. En fait, le thérapeute saura représenter par son attention et sa permanence, un point de réassurance à la liquidation de l'expérience délirante.

La psychothérapie consiste d'abord à rassurer le délirant en lui offrant des références et informations cohérentes, ensuite à examiner avec lui les conflits et les tensions passés et actuels.

A distance de l'épisode peut se poser la question d'une approche psychosociale. Elle comprend classiquement les interventions psychoéducatives (familiale et individuelle), la réhabilitation aux habiletés sociales et la remédiation cognitive. Cette démarche a fait l'objet d'un programme de recherche original danois "OPUS", lancé à la fin des années 1990, spécifique aux sujets présentant un premier épisode psychotique (66, 67, 68, 69). En comparaison avec les patients ne bénéficiant pas de cette prise en charge, le traitement psychosocial entraînerait une réduction significative des symptômes psychotiques, des abus de substance et une meilleure adhésion au traitement.

Malgré ces résultats encourageants, l'utilisation des interventions psychosociales lors du premier épisode psychotique aigu doit faire l'objet de travaux complémentaires.

7-4- La durée optimale du traitement d'un premier épisode psychotique:

Actuellement, il n'existe pas de consensus sur la durée du traitement des accès psychotiques aigus, en l'absence d'études avec un niveau de preuve suffisant. Les recommandations internationales semblent ainsi converger sur une prescription d'un an, fixée assez empiriquement (40, 70).

Pour certains auteurs, la durée préconisée de traitement, pour un premier APA, varie de 6 à 12 mois. En cas de récurrence, la question d'un traitement au long cours (2 à 5 ans) peut se poser (71).

7-5- Les doses recommandées pour les neuroleptiques:

Le tableau suivant résume les doses recommandées pour les neuroleptiques utilisés en cas d'APA au Maroc.

Tableau XV: Les principaux neuroleptiques utilisés dans l'APA au Maroc

Nom pharmacologique	Nom commercial	Dose adulte (min – max) en mg/J	Forme galénique
Neuroleptiques atypiques:			
– Amisulpride	Solian	200–1200	Cp 50; cp 200
– Olanzapine	Zyprexa Medizapine	5–20 5–20	Cp 7,5; cp 20 Cp 5; cp 10
– Ziprazidone	Zeldox	40–180	Cp 40; cp 60 Ampoule 40
– Risperidone	Risperdal	2–16	Cp 1; cp 2; cp 4 Solution buvable
– Aripiprazole *	Abilify	15–30	-----
Neuroleptiques classiques:			
– Halopéridol	Haldol	2–25	Gouttes 2%; ampoule
– Lévomépromazine	Nozinan	25–400	Cp 25; cp 100 Ampoule 25
– Chlorpromazine	Largactil	150–1000	Cp 25; cp 100 Ampoule 25
– Propériciazine	Neuleptil	10–60	Solution buvable 4%
– Pipotiazine	Piportil	10–30	Solution buvable 4%

*: prévu pour être commercialisé au Maroc

II. Discussion des résultats:

1 – Discussion des caractéristiques socio-démographiques:

1-1- L'âge:

Dans notre étude, l'âge moyen des patients était de 27, 41ans et 84,7% étaient d'un âge compris entre 16 et 35ans. Ceci concorde avec la littérature:

– Selon les critères de la BDA de Pull et Pichot, elle survient chez l'adulte jeune dont la tranche d'âge est comprise entre 20 et 40 ans (23).

– Dans l'étude marocaine d'El Hamaoui et al., faite en 2003 à Casablanca, portant sur 47 cas d'APA, l'âge moyen des patients était de 23,1ans (72).

– En 2002, Sajith et al., dans une étude réalisée sur un échantillon de 45 patients indiens portant le diagnostic de "trouble psychotique aigu et polymorphe", ont constaté que la moyenne d'âge était de 26,9 ans (73).

On constate alors que l'APA est surtout l'apanage du sujet jeune.

1-2- Le sexe:

Dans notre étude, 87,1% des patients étaient de sexe masculin. Pour mieux situer notre résultat, nous l'avons comparé avec une étude réalisée au Maroc:

– El Hamaoui et al, en 2003, ont constaté une nette prédominance masculine avec 61,7% des hommes sur une population de 47 cas d'APA à Casablanca (72).

Nous l'avons comparé aussi avec des études réalisées dans des pays de statuts socio-économiques et culturels différents du notre (73,74). Ces études ont, cependant, retrouvé une prépondérance féminine:

– En 2002 (Inde), Sajith et al, ont rapporté que 71,1% de leur population étudiée étaient des femmes contre 28,9% des hommes (73).

– En France (1991), Ratti a rapporté que, parmi 76 cas de "psychose délirante aigue", 45 étaient de sexe féminin et 31 des hommes (74).

Cette différence peut être expliquée par le fait que dans notre société, la femme est plus maîtrisable et plus soumise, donc le recours à l'hospitalisation en cas d'APA ne se fait pas aussi souvent, tandis que les hommes plus violents et incontrôlables sont amenés à être hospitalisés pour être maîtrisés.

1-3- Les autres caractéristiques socio-démographiques:

En ce qui concerne les autres critères sociodémographiques de nos patients, l'APA touchait souvent des patients illettrés ou ne dépassant pas le primaire. Ce bas niveau d'instruction concorde avec le bas niveau socio-économique et le statut professionnel peu enviable observés chez la plupart de nos patients.

Ceci rejoint ce qui a été rapporté dans deux études marocaines:

- A Casablanca, El Hamaoui et al. ont rapporté que 91,5% des malades étaient issus d'un milieu défavorisé avec un revenu mensuel inférieur à 2000 DH (72).
- A Marrakech, une étude menée sur 82 cas d'APA au service universitaire psychiatrique en 2004, a révélé que 44% des patients étaient dans un état de dépendance matérielle.

Ces résultats ne font que refléter la situation de toute une société avec un taux d'analphabétisme et de chômage élevé. Et par là, ils ne constituent en aucun cas une spécificité de l'APA dans notre pays.

2- Discussion des antécédents psychiatriques et des habitudes toxiques des patients:

2-1- Les antécédents familiaux psychiatriques:

Les antécédents familiaux psychiatriques sont fréquemment cités dans la littérature, chez les sujets ayant fait un premier épisode psychotique aigu:

- En 1987, Criquillion-Doulet a trouvé, pour 53 bouffées délirantes aiguës, des antécédents psychiatriques familiaux dans 51% des cas (75).
 - En 2000, une autre étude faite par Ngoma et Mbungu sur un échantillon de 121 malades congolais présentant une BDA, a révélé 43,8% d'antécédents psychiatriques familiaux (1).
-

– Pour El Hamaoui et al., les antécédents psychiatriques familiaux ont été retrouvés dans 17% des cas sur une population de 47 cas d'APA en 2003 (72).

– Dans notre étude, 27% des patients avaient des antécédents familiaux repérables, cependant ces résultats sont bien entendu dépendants du recueil des données qui comportent une certaine imprécision.

2-2- Les habitudes toxiques:

– Dans notre série, nous avons trouvé que 75,6% des patients avaient des antécédents toxiques (tabac, alcool, cannabis). On pourrait conclure que la toxicomanie peut être considérée comme étant une cause favorisant la survenue de l'APA d'autant plus que, chez 67,5% des patients, la prise de toxiques était directement liée à l'éclosion du délire.

Concernant les habitudes toxiques de nos patients, le tabac et le cannabis semblaient être les substances les plus consommées. L'alcool était également une substance largement utilisée. Dans notre série, près de la moitié des malades (46,6%) consommait du cannabis.

Une prévalence plus importante a été trouvée, par l'équipe médicale du service universitaire psychiatrique de Marrakech, dans une étude réalisée sur une population de 82 malades (2004); 65,9% des patients avec premier accès psychotique aigu consommaient du cannabis.

Si l'on se réfère à la littérature, la prévalence de cette consommation est aussi importante chez des patients présentant un trouble psychiatrique autre que l'APA. Elle varie de manière importante mais se situe en moyenne à 21,07%:

– De Longueville et al., en 2002, ont rapporté une prévalence de 33,3% de patients consommateurs de cannabis sur un échantillon de 40 patients avec trouble psychotique répondant aux codes 295, 297, 298 du DSMVI en Belgique (76).

– En 2001, Duke et al. ont rapporté, dans leur étude faite à London (Angleterre), que parmi un échantillon de 352 patients souffrant de "schizophrénie, trouble schizoaffectif ou de psychose paranoïde" du CIM9, 18,9% consommaient du cannabis (77).

– En 2000, pour Liraud et al., la prévalence de l'addiction au cannabis était de 11% sur une population de 127 patients avec des troubles affectifs, troubles schizophréniques ou troubles de la personnalité, à Bordeaux (France) (78).

La consommation du cannabis paraît alors plus importante dans notre société marocaine, elle constitue une échappatoire, une façon de fuir une situation socioéconomique insupportable et préjudiciable, et c'est justement le cas des patients qui ont participé à notre étude. Un accès facile au toxique peut également expliquer cette grande consommation.

2-3- Les facteurs déclenchants émotionnels:

Après la cause toxique, on a trouvé chez 23% de nos patients des facteurs émotionnels potentiellement psychopathogènes (choc émotionnel, échec professionnel, emprisonnement) dont la plupart semble avoir un rôle déclenchant évident.

Aussi l'étude effectuée par Ouedraguo (79) (1997), sur 41 femmes au Burkina-faso, a trouvé des facteurs psychosociaux déclenchants chez 21 malades et celle de Ngoma (3) a rapporté que 77%, parmi un échantillon de 121 patients congolais souffrant de BDA, présentaient des conflits psychosociaux qualifiés de favorisants.

Il demeure que par le relevé de facteurs favorisants (émotionnel ou toxique) chez 80% de nos patients, leur délire est loin de répondre au "délire d'emblée", souvent sans cause apparente, que Magnan reconnut pour les sujets présentant une BDA.

3- Comparaison des caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives de l'APA:

3-1- Comparaison de la prévalence de l'APA:

La prévalence de l'APA, parmi les patients hospitalisés au service universitaire psychiatrique de Marrakech durant la période s'étalant entre 2004 et 2006, était de 13,1%.

– Cette prévalence était de 6,2%, dans un travail réalisé par Peron dans son travail conduit dans 34 services psychiatriques parisiens (France) en 1978 (31).

– L'étude de Pillman et al., menée en Allemagne, concernant un échantillon de 1053 patients hospitalisés entre 1993 et 1997 pour troubles psychotiques au sens large, a montré que 4,1% répondaient au diagnostic de "TPAT" selon la CIM-10 (6).

La prévalence augmentée de l'APA rencontrée dans notre population étudiée peut être expliquée par la forte consommation de toxiques considérée comme facteur déclenchant l'épisode psychotique aigu dans plus de la moitié des cas (67,5%).

3-2- Comparaison des aspects cliniques de l'APA:

En conformité avec les données de la littérature (4, 80, 81), le délire était le symptôme le plus fréquemment observé dans notre étude (93,8% des patients). La persécution constituait le thème prépondérant, suivie par la mégalomanie.

– Egalement, Ngoma au Congo Kinshassa, en 2000, signalait la grande fréquence de la persécution, il l'avait retrouvée chez 89% parmi une population de 121 cas de BDA (1).

– Dans une étude faite par Nubukpo au Togo, en 2005, sur un échantillon de 63 patients souffrant de BDA, la persécution dominait les thèmes délirants (dans 84% des cas) (3).

Que la persécution soit le thème essentiel relevé chez nos malades, ne fait que confirmer l'importance de ce phénomène au sein de la psychiatrie voire la culture africaine en particulier. Cette notion de persécution déborde largement le cadre de la psychopathologie, elle intervient aussi dans la vie quotidienne où elle sert à banaliser l'angoisse en la fixant sur des instances extra psychiques.

En second lieu, les troubles du comportement étaient fréquents dans notre série. Principal levier vers l'accès aux soins, l'agitation a été trouvée chez 84,2% de nos patients.

– Une prévalence proche de la notre a été trouvée dans une étude menée en France (1981), sur un échantillon de 18 cas de BDA non réactionnelles, qui était de 78% (81).

– En 2002, Marneros et al. ont objectivé une prévalence de 85,7% de troubles psychomoteurs chez 42 patients allemands répondant à la catégorie F23 de la CIM-10 "Acute and transient psychotic disorders" (80).

Parmi les troubles affectifs les plus fréquemment cités dans notre étude, on trouvait l'angoisse chez 77,5% des patients. Ceci corrobore avec les résultats trouvés par Nubukpo et al. en 2005 qui ont rapporté que, parmi 63 patients togolais atteints de BDA, 79% présentaient cette composante anxieuse (3).

L'importance de cette composante mérite d'être soulignée et rapprochée des thèses de Follin qui attribue à l'angoisse un rôle majeur dans la structure même de ces épisodes psychotiques aigus.

3-3- Comparaison des aspects thérapeutiques de l'APA:

96,2% de nos patients étaient sous neuroleptiques classiques à visée sédatrice ou antiproductive. Souvent une Butyrophénone (Halopéridol:Haldol) connue par son activité anti-hallucinatoire, et une Phénothiazine sédatrice (Chlorpromazine: Largactil ou Lévomépromazine: Nozinan) étaient combinées.

Les neuroleptiques classiques étaient le traitement le plus prescrit par les médecins du service universitaire psychiatrique de Marrakech, vu leur coût accessible et leur grande disponibilité.

Cependant, seulement 18,2% de nos patients avaient reçu des neuroleptiques atypiques. La principale molécule prescrite était: L'amisulpride (Solian). En corollaire à leur supposée meilleure tolérance, le coût de ces nouveaux médicaments est également très élevé.

Dans notre étude, ces antipsychotiques atypiques étaient prescrits seuls ou en association avec des neuroleptiques classiques (Nozinan ou Haldol). La combinaison de ces dernières molécules se justifie par leur action sédatrice (sur l'agitation ou l'agressivité) qui reste moins marquée pour les neuroleptiques atypiques.

Plus récemment, d'autres neuroleptiques atypiques ont vu le jour en psychiatrie, citons:

- olanzapine (Zyprexa),
- rispéridone (Rispéridal),
- ziprasidone (Zeldox).

Mais ces molécules restent moins prescrites, vu leur coût qui reste beaucoup plus élevé.

L'utilisation de thymorégulateurs (comme Tégrétol, Dépakine, Lithium) était retrouvée chez 2,4% de nos malades. Elle n'a été proposée que dans le cas des patients très agités.

Les anxiolytiques (Temesta) étaient prescrits dans certains cas pour contrôler l'angoisse.

A Genève, une étude faite par Khan (2005) portant sur un échantillon de 250 cas et intitulée "prévalence et caractéristiques de l'association de neuroleptiques chez une cohorte de patients psychotiques" a montré que la prescription des neuroleptiques atypiques était de 77% (en monothérapie ou en association avec les anciens neuroleptiques) et celle des neuroleptiques classiques était de 35% (82).

Ces différences de prescription par rapport à notre étude pourraient s'expliquer par la grande disponibilité et le coût abordable des antipsychotiques atypiques dans les pays développés.

3-4- Comparaison des Scores PANSS:

A l'admission, le score moyen total de la PANSS de notre échantillon était de 77,07.

– Un score proche du notre a été trouvé par l'équipe médicale du service universitaire psychiatrique à Marrakech (2004), il était de 81 ± 18 .

– El Hamaoui et al. ont trouvé (2003), sur un échantillon de 47 patients présentant pour la première fois un APA, un score plus élevé à l'admission de leurs patients ($96,2 \pm 15,8$) (72).

Concernant les sous échelles de la PANSS, les scores moyens à l'admission de nos patients étaient très proches de ceux retrouvés par El Hamaoui et al. (72) et de ceux retrouvés par l'équipe médicale du service psychiatrique de Marrakech.

Par ailleurs, l'évolution des scores moyens PANSS de notre étude a montré qu'il y avait une nette amélioration des chiffres où le score moyen total a chuté de 77,07 à 35,79 à la fin d'hospitalisation.

– Même constat a été démontré par l'équipe médicale du service universitaire psychiatrique de Marrakech en 2004.

De même, les scores moyens des sous échelles de la PANSS à la fin d'hospitalisation de nos patients étaient comparables à ceux retrouvés au service psychiatrique de Marrakech en 2004 (Tableau XIII).

Tableau XIII: comparaison des scores PANSS avec d'autres études

	PANSS	Etude de Marrakech (2004)	Etude d'El Hamaoui et al. (2003)	Notre étude (2006)
Admission	Echelle positive	28±8	23,2±4,4	26,62 ± 7,07
	Echelle négative	17±8	18,6±4,1	14,87 ± 7,87
	Echelle psychopathologique générale	37±9	56,3±5,3	35,98 ± 9,49
	Score total	81±18	96,2±15,8	77,07± 18,08
Fin d'hospitalisation	Echelle positive	10±3	-----	9,59 ± 3,03
	Echelle négative	8±2	-----	8,05 ± 2,15
	Echelle psychopathologique générale	17±2	-----	18,30 ± 3,98
	Score total	35±7	-----	35,79 ± 7,98

3-5- comparaison des caractéristiques évolutives de l'APA:

La question du devenir des psychoses délirantes aiguës a fait l'objet de nombreuses études cliniques prospectives et rétrospectives. Ces études sont peu comparables sur le plan méthodologique (taille de la population étudiée, critères diagnostiques retenus, durée moyenne de recul), par conséquent, les résultats en sont extrêmement variables.

Cependant, tous les auteurs reconnaissent l'existence d'accès unique, de rechutes sur le même mode, et de l'évolution vers la schizophrénie ou vers un trouble thymique récurrent.

Dans notre étude, après 3ans d'évolution, 57,6% des patients n'avaient qu'un accès unique (ou plutôt n'avaient pas rechuté pendant la période de notre étude), 26,5% rechutaient sur le même mode, 12,6% évoluaient vers la schizophrénie et 3,3% vers un trouble bipolaire.

– En France (1987), Guilloux dans son étude portant sur 98 cas de BDA a trouvé, après 5ans d'évolution, que 37% ont guéri après un accès unique, 23% ont récidivé, 21% ont évolué vers la schizophrénie et 16% vers la psychose maniaco-dépressive (83).

– Metzger et Weibel, en 1991, retrouvaient, avec un recul de 6ans, 34% de patients sans rechute, 24,1% avec rechutes identiques, 34,5% de psychose chronique, et 7,3% de psychose maniacodépressive parmi un échantillon de 191 patients français présentant une BDA (84).

– Barrelet (1986) a trouvé, parmi 38 cas de BDA en Belgique, que plus de la moitié des patients (63%) sont restés sans ou avec quelques rechutes, 23% ont évolué vers un trouble thymique récurrent et 14% seulement vers une schizophrénie avec un recul évolutif de 10ans (85).

– En 2003, El Hamaoui et al., dans leur étude prospective chez 47 patients présentant un "accès psychotique bref" selon DSM IV, ont constaté une rémission complète chez 21,3% des malades, une évolution vers la schizophrénie chez 31,9% et vers un trouble bipolaire chez 38,3% après 2ans d'évolution. Seulement 8,5% des patients ont rechuté durant ces deux années (72).

– En France (2004), Jager et al. avaient mené un travail portant sur une population de 218 cas avec un recul évolutif de 15 ans après le diagnostic initial d'épisode délirant aigu. Ils ont montré que l'évolution vers la schizophrénie s'est faite dans 10 à 15% des cas (86).

– La même année à Marrakech, l'équipe médicale du service universitaire psychiatrique a suivi 82 patients avec APA sur une durée d'un an. Elle a conclu à l'évolution de presque la moitié des patients (48%) vers la rémission complète après leur premier accès psychotique, de 27% vers les récives, de 18% vers un diagnostic de schizophrénie et de 7% seulement vers celui d'un trouble bipolaire (Tableau XIV).

Donc, les différentes études effectuées et les résultats de notre série, confirment la multiplicité des formes évolutives de la psychose délirante aiguë. L'évolution chronique (vers une schizophrénie ou un trouble bipolaire) y existe, certes, mais elle n'est pas la forme évolutive prépondérante, à l'inverse de la résolution complète de toute symptomatologie qui constitue l'évolution la plus fréquente.

Tableau XIV: comparaison de la prévalence des modalités évolutives avec d'autres études

Auteurs	Année	Effectif	Méthodologie	Durée	Prévalence : - Pas de rechute -Rechute identique -Schizophrénie -Trouble bipolaire
Barrelet	1986	35	Critères DSMIII	10ans	37% 26% 14% 23%
Guilloux	1987	98	Critères Pull et Pichot	5ans	37,5% 23% 21% 17,5%
Metzger et Weibel	1991	191	Critères Pull et Pichot	6 ans	35% 24,1% 34,5% 7,3%
Hamaoui et al.	2003	47	Critères DSMIV	2ans	21,3% 8,5% 31,9% 38,3%
Jager et al.	2004	218	Critères CIMX et DSMIV	15 ans	--- --- 10 à 15% ---
L'équipe du CHU MedVI de Marrakech	2004	82	Critères DSMIV	1an	48% 27% 18% 7%
Notre étude	2006	209	Critères CIMX	3ans	57,6% 26,5% 12,6% 3,3%

4- Profil des malades consommateurs du cannabis:

4-1- L'âge:

Dans notre étude, il n'y avait pas de corrélation statistiquement significative entre l'addiction au cannabis et l'âge ($P = 0,303$).

– Liraud et Verdoux ont rapporté, dans une étude réalisée en France (2000), que les sujets consommateurs du cannabis étaient significativement plus jeunes ($P < 0,01$) par rapport aux non consommateurs avec un âge moyen de 27,2 ans parmi une population de 127 patients âgés de 16 à 55 ans (78).

4-2- Le sexe:

Nous avons constaté que la consommation du cannabis était prédominante chez les hommes avec une prévalence de 68,1% contre 11,1% chez les femmes, ce qui veut dire un sexe ratio de 6 hommes / 1 femme.

Cette différence statistiquement très significative ($P = 0,000$) s'explique par le fait que la littérature a montré que le sexe masculin est un facteur prédictif de l'addiction chez les sujets présentant des troubles psychiatriques aigus ou chroniques:

– L'étude de Duke et al., réalisée en Angleterre (2001), portant sur 352 patients présentant une schizophrénie, avait montré que les consommateurs du cannabis étaient plus fréquemment de sexe masculin (60% des hommes contre 36,4% des femmes) (77).

– L'étude de Liraud et Verdoux, réalisée en France (2000) chez 127 patients présentant un trouble de l'humeur, un trouble schizophrénique ou un trouble de la personnalité, a révélé que les utilisateurs du cannabis se distinguaient des non utilisateurs par une surreprésentation masculine (78).

4-3- La relation entre la consommation du cannabis et la réhospitalisation:

Dans notre série, les patients consommateurs du cannabis (71,2%) étaient plus fréquemment réhospitalisés par rapport aux patients non consommateurs (28,8%). Ce résultat était significatif.

Selon les séries de la littérature, la consommation du cannabis comorbide aggrave également le devenir clinique des patients souffrant de troubles psychiatriques autres que l'APA (en terme d'augmentation du nombre d'hospitalisations):

- Dans l'étude de Liraud et Verdoux, les patients présentant une addiction au cannabis comorbide avaient, de façon non significative, un nombre d'hospitalisations en psychiatrie plus élevé ($P= 0,08$) (78).

- L'étude de Linszen et al. ,réalisée en 1994 (Pays Bas) sur une cohorte de 93 patients schizophrènes, a révélé que les consommateurs de cannabis avaient significativement un nombre de rechutes et donc d'hospitalisations plus élevé ($P= 0,03$) (87).

Pour toutes ces raisons, le clinicien doit être attentif à ce double diagnostic (psychose et usage de cannabis). Il doit pouvoir interroger le patient ainsi que son entourage sur ses éventuelles habitudes de consommation et prévenir le malade des risques potentiels de l'usage du cannabis.

5- Etude des éléments sémiologiques prédictifs de l'évolution de l'APA:

Dans notre étude, la présence d'antécédents psychiatriques personnels ou familiaux permettait de prédire l'évolution vers un APA récidivant. En effet, le risque d'une nouvelle récurrence d'APA ,chez nos patients, augmentait significativement lorsqu'un antécédent psychiatrique personnel ou un terrain familial psychiatrique ont été mis en évidence (respectivement $P= 0,000$; $P= 0,026$).

De nombreux cliniciens ont cherché à identifier, dans les psychoses aiguës, des critères de bon pronostic. Plusieurs variables paraissent liés à l'évolution favorable: la présence d'antécédents familiaux de troubles thymiques (33), un bon fonctionnement socioprofessionnel prémorbide (8), la présence d'un facteur favorisant, un début brutal, et une durée de l'épisode inférieur à 6mois.

- En effet, Weibel et Metzger, en 1991, ont constaté que l'évolution de l'APA vers la rechute augmentait avec la présence d'un facteur déclenchant (choc émotionnel, changement de mode de vie, affection somatique, grossesse) (28,3% contre 19,6%) (84).

– En 2003, Motjabai et al. dans une étude réalisée aux Etats– Unis sur une population de 323 sujets hospitalisés pour un épisode psychotique non thymique, ont retenu que les critères prédictifs de bon pronostic étaient un début aigu survenant au moins de 2 semaines et une durée de l'épisode inférieure à 6 mois. En effet, ils ont trouvé que 44% des patients ayant des troubles à début aigu avaient une évolution favorable contre 12% des patients ayant des troubles à début non aigu (87).

Concernant les éléments pronostics défavorables, c'est-à-dire faisant craindre une évolution chronique schizophrénique, plusieurs auteurs se sont attachés à les rechercher:

– Pour El Hamaoui et al. (2003), l'évolution schizophrénique de l'APA était fortement liée au sexe masculin ($P= 0,05$), à l'âge jeune ($P= 0,01$), et à un score plus élevé des symptômes négatifs à l'admission ($P= 0,04$) (72).

– Dans l'étude de Meitzger et Weibel, faite en 1991, le risque d'évolution vers une psychose chronique était majoré en l'absence de facteur favorisant ($P < 0, 01$) et chez les sujets jeunes de moins de 25 ans ($P < 0,0001$) (84).

– Chez nos patients, aucun facteur prédictif de l'évolution schizophrénique n'a pu être identifié, vu la taille restreinte de la population étudiée, le recul évolutif court de notre étude (inférieur à 5ans) et le nombre limité des patients réhospitalisés qui ont évolué vers la schizophrénie (12,6%) .

6– Les limites de l'étude:

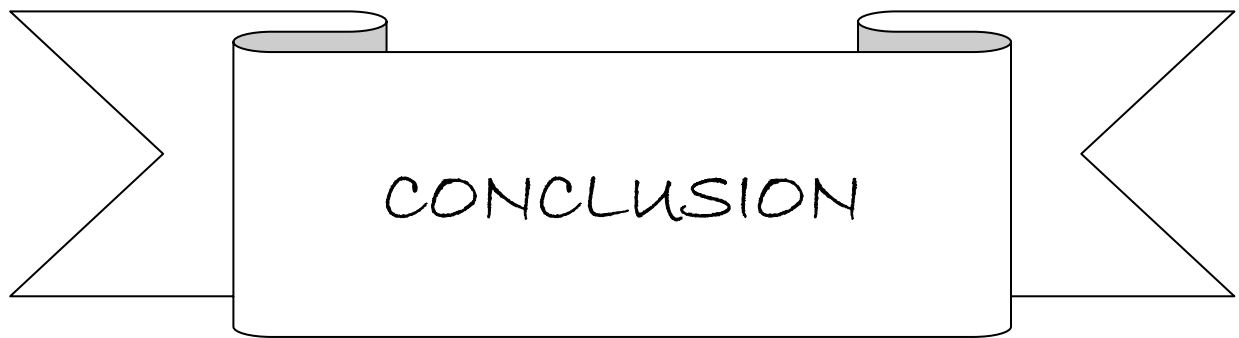
Certaines limites méthodologiques ont été soulevées dans ce travail de thèse:

– Des difficultés rencontrées lors du recueil des données au niveau des dossiers, par insuffisance de renseignements, concernant l'histoire familiale psychiatrique, le fonctionnement prémorbide, la prise des toxiques, les critères d'évaluation de la dépendance aux toxiques (MINI) et l'évaluation de la PANSS.

– L'étude a été effectuée sur une période très courte de 3 ans (durée insuffisante pour évaluer le pronostic ultérieur).

L'accès psychotique aigu

- L'échantillon était restreint (car l'étude a été faite seulement au niveau du service universitaire psychiatrique).
- le quart de la population étudiée était perdu de vue (pas de renseignements sur leur devenir).



"L'accès psychotique aigu" correspond au concept de la "bouffée délirante aigue" de la psychiatrie française décrite par Magnan à la fin du 19ème siècle. Décrit sous des noms très divers par de nombreux auteurs, il définit un état psychotique d'installation brutale, caractérisé à la fois par la richesse et le polymorphisme du délire et par la brièveté de l'épisode.

Le débat concernant sa place nosographique est loin d'être clos. L'APA comporte des traits cliniques qui les apparentent aussi bien à la schizophrénie qu'au trouble bipolaire. Plusieurs hypothèses nosographiques ont été retenues: il pourrait s'agir d'une forme particulière de la schizophrénie, d'un groupe clinique atypique de trouble de l'humeur ou d'une entité nosologique autonome distincte des deux premières. Renforcée par des études antérieures, cette dernière hypothèse semble être la plus judicieuse.

Notre étude, descriptive et rétrospective, a été menée au service psychiatrique au CHU Med VI de Marrakech sur 209 cas d'APA diagnostiqués selon les critères du DSMIV et colligés entre 2004 et 2006. Elle confirme également l'hypothèse, selon laquelle "l'accès psychotique aigu" est une réalité clinique, puisqu'on a conclu à la guérison de l'épisode délirant dans la plupart des cas (57,6%). Cette étude a révélé, aussi, que la prévalence de l'APA, par rapport aux admissions totales du service durant la période de notre étude, était de 13,1%.

Il ressort de notre étude, aussi, que la consommation de cannabis était alarmante. Ce toxique était marqué chez le tiers des usagers (35,4%) par la dépendance, et il semble avoir un effet sur le décours de la maladie (en terme d'augmentation du nombre d'hospitalisation). Ces risques méritent d'être clairement mentionnés dans les programmes de prévention, du fait du nombre croissant des jeunes consommateurs de cannabis.

Notre travail a montré que certains facteurs sont prédictifs d'une évolution récidivante de l'APA tels: la présence d'antécédents psychiatriques personnels ou familiaux. Cependant, aucun critère prédictif d'une évolution vers la schizophrénie n'a pu être identifié, étant donné que notre échantillon reste très limité et l'étude a été effectuée sur une période courte de 3ans. Une autre limite est que le nombre de patients réhospitalisés, qui ont développé la schizophrénie, était très restreint (12,6%).

L'exercice prédictif restant décevant, par conséquent, la détection précoce des troubles et leur corollaire, la prise en charge précoce des psychoses débutantes, ont connu un incroyable essor ces dernières années, ce qui contribuerait à une bonne évolution de l'épisode délirant aigu et limiterait éventuellement le risque de développer la pathologie schizophrénique chronique (89).

ANNEXES

ANNEXE

Fiche d'exploitation:

L'accès psychotique aigu

Première hospitalisation au service universitaire psychiatrique pour

APA :

I- Caractéristiques sociodémographiques:

- Nom et prénom :
- Age :
- Sexe : Féminin ☐ ; Masculin ☐
- Profession : Sans ☐ ; Ouvrier ☐ ; Cadre moyen ☐ ; Cadre supérieur ☐
- Niveau économique : <1500DH ☐ ; 1500-5000 ☐ ; > 5000 ☐
- Niveau d'instruction : Sans ☐ ; Primaire ☐ ; Secondaire ☐ ; Supérieur ☐
- Rang familial :
- Résidence en : Urbain ☐ Rural ☐

II. Antécédents et habitudes toxiques :

1- Antécédents personnels :

- Médicaux : OUI ☐ NON ☐
Si oui , précision :.....
 - Chirurgicaux : OUI ☐ NON ☐
-

• **Psychiatriques :** OUI ☐ NON ☐

Si oui :

▪ **APA :** OUI ☐ NON ☐

▪ **Troubles anxieux :** OUI ☐ NON ☐

▪ **Dépression :** OUI ☐ NON ☐

▪ **Tentative de suicide :** OUI ☐ NON ☐

2- Antécédents familiaux :

• **Psychiatriques :** OUI ☐ NON ☐

- Précisions : Schizophrénie ☐ Troubles bipolaires ☐ Tentative de suicide ☐

Dépression ☐ APA ☐ Imprécis ☐

3- Habitudes toxiques : OUI ☐ NON ☐

Critères diagnostiques de dépendance à une substance selon DSMIV	TABAC		HACHICH		ALCOOL	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Avez vous besoin de plus grandes quantités pour obtenir le même effet						
Quand vous prenez moins ou arrêtez, aviez vous des tremblements, douleurs, nausées, dormez moins...						
Quand vous commencez consommez-vous plus que vous n'aviez l'intention de consommer au départ						
Avez vous essayé d'arrêter ou de diminuer sans y arriver						
Passez vous plus de 2h à essayer de vous procurer						
Avez vous réduit vos activités : études, loisirs, amis...parce que vous consommez						
Avez vous continué à en prendre même si vous savez que vous pouvez avoir des problèmes de santé ou psychologiques						
Durée de consommation (en semaines)	- ≤1 an -1 an < ≤ 6ans 6ans < ≤10ans - >10 ans		- ≤1 an -1 an < ≤ 6ans -6ans < ≤10ans - >10 ans		- ≤1 an -1 an < ≤ 6ans -6ans < ≤10ans - >10 ans	

→ **Autres :** - Colle synthétique: OUI ☐ NON ☐

- **Psychotropes :** OUI ☐ NON ☐

5- Evaluation " PANSS " : (1^{ère} hospitalisation en service psychiatrique)

Score	Entrée	Sortie
Echelle positive		
Echelle négative		
Echelle psychopathologique générale		
Score total		

6- Traitement reçu : (1^{ère} hospitalisation en Service psychiatrique)

		Quantité (mg/j)
• Solian	☐	
• Zyprexa	☐	
• Zeldox	☐	
• Haldol	☐	
• Nozinan	☐	
• Largactil	☐	
• Thymorégulateurs :	☐	
- Précisions :.....		

IV- Aspects évolutifs de l'APA:

1- Evolution après l'hospitalisation au service psychiatrique :

- Réhospitalisation en service psychiatrique ☐
- Suivi en consultation ☐
- Perdu de vue ☐

2- Modalités évolutives de l' APA:

- APA isolé ☐
 - APA récidivant ☐
 - Schizophrénie ☐
 - Trouble bipolaire ☐
-

3- Durée de la 1ère hospitalisation au service psychiatrique :semaine (s)

4- Durée de la 2ème hospitalisation au service psychiatrique :semaine (s)

5- Durée entre 1ère et 2ème hospitalisation :.....semaine (s)

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE: PANSS

Entourer la cotation appropriée à chaque dimension, à la suite de l'entretien clinique spécifique.

	Abs	Mn	Lg	My	Md	Sv	Ext
					Sv		
Echelle Positive							
P 1 Idées délirantes	1	2	3	4	5	6	7
P 2 Désorganisation conceptuelle	1	2	3	4	5	6	7
P 3 Activité hallucinatoire	1	2	3	4	5	6	7
P 4 Excitation	1	2	3	4	5	6	7
P 5 Idées de grandeur	1	2	3	4	5	6	7
P 6 Méfiance/ Persécution	1	2	3	4	5	6	7
P 7 Hostilité	1	2	3	4	5	6	7
Echelle Négative							
N 1 Eroussement de l'expression des émotions	1	2	3	4	5	6	7
N 2 Retrait affectif	1	2	3	4	5	6	7
N 3 Mauvais contact	1	2	3	4	5	6	7
N 4 Repli social passif/ apathique	1	2	3	4	5	6	7
N 5 Difficultés d'abstraction	1	2	3	4	5	6	7
N 6 Absence de spontanéité et de fluidité	1	2	3	4	5	6	7
N 7 Pensée stéréotypée	1	2	3	4	5	6	7
Echelle psychopathologique générale							
G 1 Préoccupations somatiques	1	2	3	4	5	6	7
G 2 Anxiété	1	2	3	4	5	6	7
G 3 Sentiments de culpabilité	1	2	3	4	5	6	7
G 4 Tension	1	2	3	4	5	6	7
G 5 Maniérisme et troubles de la posture	1	2	3	4	5	6	7
G 6 Dépression	1	2	3	4	5	6	7
G 7 Ralentissement psychomoteur	1	2	3	4	5	6	7
G 8 Manque de coopération	1	2	3	4	5	6	7
G 9 Contenu inhabituel de la pensée	1	2	3	4	5	6	7
G 10 Désorientation	1	2	3	4	5	6	7
G 11 Manque d'attention	1	2	3	4	5	6	7
G 12 Manque de jugement et de prise de conscience de la maladie	1	2	3	4	5	6	7
G 13 Trouble de la volition	1	2	3	4	5	6	7
G 14 Mauvais contrôle pulsionnel	1	2	3	4	5	6	7
G 15 Préoccupation excessive de soi (tendances autistiques)	1	2	3	4	5	6	7
G 16 Evitement social actif	1	2	3	4	5	6	7

Ab: absent; Mn: minime; Lg: légère; My: moyenne; Md Sv: modérément sévère; Sv: sévère; Ext: extrême.



RESUME

L'Accès Psychotique Aigu (APA) correspond au concept de la "bouffée délirante aiguë" de la psychiatrie française. Il définit un état psychotique d'installation brutale, caractérisé à la fois par la richesse et le polymorphisme du délire, et par la brièveté de l'épisode.

Notre étude rétrospective a été réalisée au sein du service psychiatrique du centre universitaire hospitalier Mohammed VI à Marrakech sur 209 dossiers de patients hospitalisés, entre 2004 et 2006, pour APA diagnostiqué selon les critères de DSMIV; avec l'objectif de déterminer la prévalence de l'APA et de préciser ses modalités et son profil évolutifs. Une fiche d'exploitation préétablie a permis l'étude des caractéristiques sociodémographiques, les antécédents psychiatriques, les conduites addictives et les caractéristiques de l'APA. La sévérité des symptômes a été évaluée par l'échelle Positiv And Negativ Syndrom Scale (PANSS).

L'analyse des résultats a permis de dégager les résultats suivants: 13,1% avaient un APA parmi 1747 patients hospitalisés durant la période de l'étude. Le cannabis était la substance la plus consommée (60,8%), et il était fortement lié à la dépendance. Ce toxique était plus fréquemment consommé par les hommes et il augmentait le taux de la réhospitalisation, avec des corrélations significatives ($P < 0.05$). Après 3ans d'évolution, une rémission complète était enregistrée chez 57,6% des malades, et 26,5% avaient rechuté sur le même mode. L'évolution vers une schizophrénie était observée chez 12,6% des malades et vers un trouble bipolaire chez 3,3%. L'analyse statistique a montré que l'évolution de l'APA vers la récurrence était significativement liée à la présence d'un antécédent psychiatrique personnel ou familial, alors qu'aucun élément sémiologique prédictif de l'évolution vers la schizophrénie n'a pu être déterminé.

En conclusion, la schizophrénie demeure la forme d'évolution la plus redoutée. L'exercice prédictif restant décevant, par conséquent, la détection et la prise en charge précoces pourraient améliorer l'évolution des APA.

ABSTRACT

The Acute Psychotic Access (APA) corresponds to the concept of the “acute delusional episode” of French psychiatry. It means a psychotic state of brutal installation, characterized at the same time by the richness and the polymorphism of delirious and by the brevity of the episode.

Our retrospective study was carried out at the psychiatric service of Mohammed VI Academic Medical Center in Marrakech. It was concerning 209 files of patients hospitalized, between 2004 and 2006, for APA diagnosed according to DSMIV criteria. The aim of our study is to determine the prevalence of APA and to specify the evolutionary modes and the profile of this psychotic disorder. A preestablished form enabled the study of sociodemographic characteristics, psychiatric antecedents and addictive disorders and the characteristics of the APA. Positiv And Negativ Syndrom Scale (PANSS) was used to assess the intensity of symptoms.

The analysis of the results shows the following characteristics: 13,1% had a APA among 1747 patients hospitalized during the period's study. The cannabis was the most consumed substance (60,8%) and it was strongly related to the dependence. This drug was more frequently consumed by the men and it increased the rehospitalisation rate with significant correlations ($P < 0.05$). After 3 years of follow-up, a recovery was recorded in 57,6% of patients, and 26,5% had relapse on the same mode. The evolution toward schizophrenia was observed in 12,6% of patients and toward bipolar disorder in 3,3%. The evolution of APA toward recidive was bound meaningfully to the presence of personal or family psychiatric antecedent. Where as, no predictive semiological element of evolution toward schizophrenia could be found.

In conclusion, schizophrenia remains the most dreaded evolution. Because of the predictive exercise is disappoint, early detection and management could improve the evolution of APA.

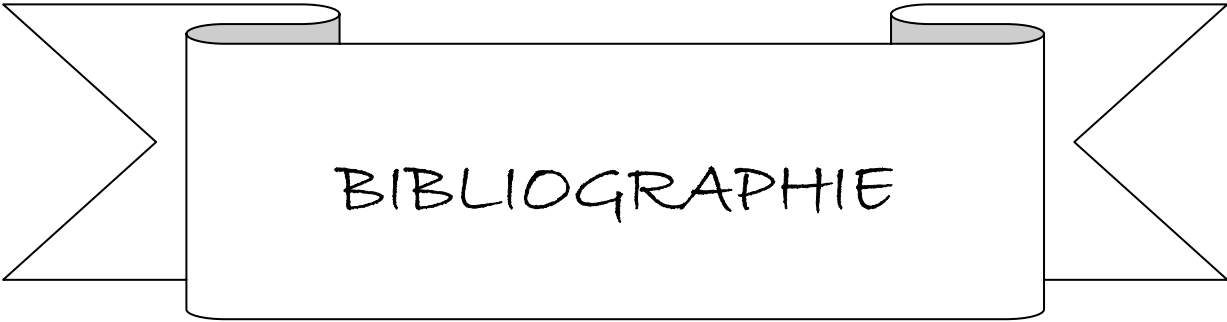
ملخص

تقابل "النوبة الذهانية الحادة" مفهوم "الهبة الهذيانية الحادة" وفقا للطب النفسي الفرنسي . إنها تعرف حالة ذهانية مبالغتها تتميز في نفس الحين بغنى وتنوع الهذيان وبقصر مدتها.

أجريت دراستنا الاستيعادية في مصلحة الطب النفسي للمركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس بمراكش بين سنتي 2004 و 2006 على 209 ملف طبي لمرضى شخضت لديهم "النوبة الذهانية الحادة" وفقا لمعايير DSM IV ، وذلك لتحديد عدد الحالات المرضية لهذه النوبة وكذا لإيضاح أنماط وكيفية تطور هذا الاضطراب الذهاني . لذلك قمنا بملا استمارة تعنى بدراسة الخصائص الديمغرافية و الاجتماعية ، السوابق النفسية و الازمائية وكذا مميزات النوبة الذهانية الحادة. وقد تم تقييم حدة الأعراض باستعمال مقياس .PANSS

بعد تحليلنا لنتائج الدراسة ، تمكنا من التوصل إلى الملاحظات التالية : من بين 1747 مريض تم إدخالهم المستشفى خلال فترة دراستنا، 13,1 بالمائة يعانون من النوبة الذهانية الحادة. ويعتبر القنب الهندي من أكثر المواد التي يتعلق بها المريض وأكثرها استهلاكاً (60,8 بالمائة) . يستهلك هذا المخدر بكثرة لدى الذكور، ويرفع من معدل إعادة الاستشفاء . بعد ثلاث سنوات من التطور ، سجل الشفاء التام لدى 57,6 بالمائة من المرضى ، 26,5 بالمائة من الحالات عاودوا المرض على نفس الطريقة ، 12,6 بالمائة تطورا نحو الفصام و 3,3 بالمائة نحو الاضطراب الثنائي القطب. لقد تبين إحصائيا أن معاودة هذه النوبة ترجع بشكل مهم إلى وجود سابق نفسي شخصي أو عائلي ، في حين انه لم يتم تحديد أي عنصر سميلوجي يمكنه التنبؤ بالتطور نحو الفصام

وفي الختام ، يعتبر الفصام شكلا تطوريا مريعا. بما أن التمرين التنبؤي مخيب للأمل ، فإن الكشف و التكلف المبكران سيمكنان من تحسين تطور هذه النوبات الحادة .



BIBLIOGRAPHIE

1. M. NGOMA, M. MBUNGU.

Un bilan descriptif préliminaire de la bouffée délirante au Congo-Kinshasa.

Ann.Méd.Psychol 2000; 158, n°6 : 483-491.

2. Organisation Mondiale de la Santé, 1992

CIMX: Classification internationale des maladies. 10^e révision. Chapitre V:

*"Troubles mentaux et troubles du comportement". Traduction française par Pull C.B et al.,
Paris 1993 : 89-93.*

3. P. NUBUKPO, J.P. CLEMENT, E.K. GRUNITZKY, J.M. LEGER, M. DUMAS.

Epidémiologie, clinique et facteurs étiologiques des bouffées délirantes aiguës
(BDA) au TOGO – à partir d'une enquête hospitalière.

Médecine Tropicale 2005; 65: 137-142.

4. A. OKHACHA, A.S. ELDAWLA, A.N. KHALIL, A. SAAD.

Presentation of acute psychosis in a Egyptian sample: A transcultural
comparaison.

Compr. Psychiatry 1995; 34: 4-9.

5. P.Y. COLLINS, N.N. WIG, R. DAY et al.

Psychosocial and biological aspects of acute brief psychosis in three developing
country sites.

Psychiatry Quarterly 1996; 67 (3): 177-193.

6. F. PILLMAN, A. HARING, S. BALZUEIT et al.

The concordance of ICD& acute and transient psychosis and DSMVI brief
psychotic disorder.

Psycholo Med 2002; 32(3): 525-33.

7. MINISTERE DE LA SANTE.

Enquête nationale : prévalence des troubles mentaux dans la population générale en 2003.

OMS 2007.

8. American Psychiatric Association.

Traduction française coordonnée par Guelfi : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Quatrième édition (DSM IV), Masson, Paris 1996.

9. H. CHABROL, N. FREIDEIGUE, S. CALLAHAN.

Etude épidémiologique de l'abus et de la dépendance au cannabis parmi 256 adolescents.

L'Encéphale 2000; XXIV: 47-9.

10. D. REGIER, M. FARMER, D.S. RAY.

Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Result from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study.

JAMA 1990; 264: 2511-8.

11. P. AMORIM, Y. LECRUBIER, E. WEILLER, T. HERGUETTA, D.V. SHEEHAN.

DSM III Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini Neuropsychiatric Interntional Interview (MINI): concordance and causes for discordance with the CIDI.

Eur Psychiatry 1997; 13: 26-34.

12. SR. KAY, A. FISZBEIN, LA. OPLER.

The Positiv And Negativ Syndrom Scale (PANSS) for schizophrenia.

AMJ Psychiatry 1992; 149: 1183-8.

13. S.R. KAY, L.A. OPLER, A. FISZ-BEIN.

Significance of positive and negative syndromes In chronic schizophrenia.

British Journal of Psychiatry 1986; 149: 439–448.

14. V. MAGNAN.

Leçons cliniques sur les maladies mentales faites à l'asile clinique Sainte Anne.

2^{ème} édition, Paris: L. Bataille, 1893.

15. V. MAGNAN, P.M. LEGRAIN.

Les dégénérés, état mental et syndromes épisodiques.

2^{ème} édition, Paris 1895.

16. P. CHASLIN.

La confusion mentale primitive.

Asslin et Houzeau, 2^{ème} édition, Paris 1895.

17. G. SEGLAS.

Paranoïa aiguë. In Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses.

Asselin et Houzeau, 1^{ère} édition, Paris 1895, p: 384– 456.

18. E. DUPRE, B LOGRE.

Les psychoses imaginatives aiguës.

Annales Médico-Psychologiques 1914; 10, tome 6: 144–169.

19. Y. C. R. VALENCE.

Contribution à l'étude des états interprétatifs (en dehors du délire d'interprétation).

Thèse n° 50, Paris 1927.

20. C. HALBERSTARDT.

Une question de doctrine psychiatrique, la psychose délirante dégénérative aiguë.

Annales Médico-Psychologiques 1922; 2: 110-117.

21. H. EY.

"La classification des maladies mentales et le problème des psychoses aiguës.

Les bouffées délirantes et les psychoses hallucinatoires aiguës".

"Structure et déstructuration de la conscience".

"Etudes psychiatriques 1954, Tome III, études n° 20, 23, 27; p: 201-324".

Paris, Desclée de Brouwer édition.

22. J. M. AZORIN, A. KALADJIAN, E. FAKRA.

"Les psychoses Brèves".

Annales Médico-Psychologiques 2004; 162: 247-254.

23. C. B. PULL, M. C. PULL, P. PICHOT.

"Des critères empiriques français pour les psychoses".

L'Encéphale 1984; X: 119-123.

24. Organisation Mondiale de la Santé, 1992

CIM9: Classification internationale des maladies.

9^{ème} édition, Genève 1978.

25. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

Third edition. Washington D.C. 1980 (DSM III)

American Psychiatric Association.

26. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

4th edition revised Washington D.C 2000 (DSM IV TR).

American Psychiatric Association.

27. H. WEIBEL, J.-Y. METZGER.

"Psychoses délirantes aiguës".

EMC Psychiatrie 2005; 2:40-61.

28. TH. LEMPERIERE, A. FELINE, A. GUTMAN, J. ADES, C. PILATE.

"Bouffée Délirante Aigue".

ABREGES de psychiatrie 1992; p: 198-202.

29. EY. H.

"Le délire".

EMC Psychiatrie 1955 fase. 37-282-A20.

30. Q. DEBRAY, B. GRANGER, F. AZAIS.

"Psychoses Délirantes Aigues".

Psychopathologie de l'adulte 1994, 3^{ème} édition, p: 119-123.

31. S. PERON.

Les limites de la schizophrénie dans l'opinion des psychiatres français.

Thèse n° 60, Paris 1978.

32. P. ROBERT, G. DAR COURT.

"Etat délirant aigu: orientation diagnostique, traitement et conduite à tenir en situation d'urgence".

La revue du praticien 1997; 47, n° 11: 1261-1263.

33. B. SAMUEL LA JEUNESSE, A. HEIM.

"Psychoses délirantes aigues" Editions techniques.

Encycl. Med. Chir. Psychiatrie (Paris - France); 37-230-A10; 1994; 9P.

34. B. MARC, B. PIERRE, B. GUILLERM.

"La bouffée délirante aigue: Conduite à tenir".

Gazette Médicale 1993; vol 100, n° 2 : 18-20.

35. P. JORGENSEN, B. BENEDSEN, J. CHRISTENSEN, A. HYLLESTED.

Acute and transient psychotic disorder: comorbidity with personality disorder.

Acta Psychiatr. Scand. 1996; 94: 460-4.

36. J. GLICKMAN.

Le concept de la Bouffée Délirante Aigue (BDA) revisité.

L'Encéphale 2005; 31, cahier 2: 6-9.

37. F. KACHA

"Place des troubles psychotiques aigus dans les classification actuelles".

L'Encéphale 1999; 25, n° 25, NS3: 1-4.

38. M. BACHIR, J. Russel, G. Johnson.

Bipolar affective disorder in adolescence: a ten year study.

Aust. NZ J Psychiatry 1987; 21: 36-43.

39. F. ATGER.

Troubles de l'humeur et psychose à l'adolescence.

La Presse Médicale 29 janvier 2000; 29, n°3: 161-163.

40. F. PETIEJEAN, M. MARIE-CARDINE.

Conférence de consensus de la fédération française de psychiatrie.

Schizophrénies débutantes: diagnostic et modalités thérapeutiques.

Recommandations longues.

Annales médico-psychologiques 2003; 161: 329-347.

41. G. VAIVA, D. BAILLY, V. BOSS, P. THOMAS, P. LESTAVEL, M. GOUDMAND.

Un cas d'épisode psychotique aigu après prise unique d'ecstasy.

L'Encéphale 2001; XXVII: 198-202.

42. H. SERIES, S. BOELES, E. DORKINS et al.

Psychiatric complications of "Ecstasy" use.

J. Psychopharmacol 1994; 8: 60-1.

43. M. CHOQUET.

"Consommation de cannabis et troubles psychotiques"

Expertise collective: Cannabis, quels effets sur le comportement et la santé ?.

Paris: INSERM 2001, p: 117-141.

44. J. VAN OS, M. BAK, M. HANSEN, R.V. BIJL, R. de GRAAF, H. VERDOUX.

Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study.

Am J Epidemiol 2002; 156: 319-27.

45. O. SALADINI, N. FERNANDES, J. LUAUTE, J-P. LUAUTE, J. BENYAYA.

Evolution sur 22ans de la fréquence d'association cannabis/ trouble psychotique aigu dans un secteur de psychiatrie générale.

Annales Médico-Psychologiques 2005; 163: 502-506.

46. PK. MC. GUIRE, P. JONES, I. HARVEY.

Cannabis and acute psychosis.

Schizophr. Res 1994; 13: 161-167.

47. C. HENQUET, L. KRABBENDAM, J. SPAUVEN, C.KAPLAN, R. LIEB, H.-U. WITTCHEN, JIM van Os.

"Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people".

British Medical Journal 2005; 330: 1-5.

48. H. VERDOUX, M. TOURNIER.

Cannabis et troubles psychotiques, lien étiologique?

La presse médicale 2004; 33, n° 8: 551-554.

49. G. BENCASON.

Les psychoses aiguës– Psychoses puerpérales,

Manuel de psychopathologie, Paris 1993, pp: 168–9.

50. R. GOUREVITCH.

Bouffées Délirantes aiguës.

Séminaire de psychiatrie biologique, Hopital Sainte-Anne, 2006; 35: 95–109.

51. H. HAFNER, W. LOFFLER, K. MAURER et al.

Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia.

Acta Psychiatr Scand 1999; 100: 105–18.

52. D. ROBINSON, M. WOERNER, J. ALVIR et al.

"Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia
Or schizoaffective disorders.

Archiv. Gen. Psychiatry 1999; 56: 241–6.

53. J.E. SCHWARTZ, S. FENNIG, M. TANENBERG et al.

"Congruence of diagnoses 2 years after a first admission diagnosis of psychosis".

Archiv. Gen. Psychiatry 2000; 57 (6) : 593–600.

54. D. M. WATERWOT, A. S. BASSET, L. M. BRZUSTOWICZ.

Recent advances in the genetics of schizophrenia.

Cell mol life, 2002; 59 (2) : 331–48.

55. L. PEPPLINKHUIZEN, F. M. Van der HEIJDEN, S. TUINIER, W. M. VERHOEVEN, D. FEKKES.

The acute transient polymorphic psychosis: a biochemical subtype of the cycloid psychosis.

Acta Neuropsychiatr 2003; 15: 38.

56. B. MULLER – OERLINGHAUSEN, A. BERGHOFER, M. BAUER.

Bipolar disorders.

Lancet 2002 ; 359 : 241–7.

57. B. TURESKY, E. A. COLBACH, R. E. GUR.

P300 subcomponent abnormalities in schizophrenia II. Longitudinal stability and relationship to symptom change.

Biol Psychiatry 1998; 43(1): 31–39.

58. Haute Autorité de Santé .Guide affections de longue durée et accords conventionnels– schizophrénie.

Juin 2007.

59. J. R. DEQUARDO.

Pharmacologic treatment of first episode schizophrenia: early intervention is key to outcome.

Journal Clinical Psychiatry 1998; 59, suppl 19: 9–17.

60. American Psychiatric Association.

Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia.

Am. J. Psychiatry 1997; 154 (suppl4): 316–330.

61. I. IANCU, P.N. DANNON, R. ZIV.

Canadian Clinical Practice Guidelines for the treatment of schizophrenia,

Can. J. Psychiatry 1998; 43 (suppl2): 255–415.

62. V. LEHTINEN, J. AALTONEN, T. KOFFERT et al.

Two years outcome in first episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed?.

Eur. Psychiatry 2000; 15: 312–320.

Journal Clinical Psychiatry 1998; 59, suppl 19: 9–17.

63. P. BRET, F. BONNETt, M.C. BRET, A. JAFFRE.

Etude des pratiques de prescription des neuroleptiques dits atypiques ou antipsychotiques atypiques dans un centre hospitalier Charles Perrens de Bordeaux.

L'Encéphale 2002; vol 28, n°4 : 329–342.

64. K. SUZUKI, S. AWATA, T. TAKANO et al.

Improvement of psychiatric symptoms after electrconvulsive therapy in young adults with intractable first episode schizophreniform disorder.

Tohoku J Exp Med. 2006; 210 (3) : 213–20.

65. W. De CARVALHO and J.P. OLIE.

"Électroconvulsothérapie".

Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, 97^e session, Biarritz 1999, Paris (2001).

66. P. JEPPESEN, P. PETERSEN, A. THORUP et al.

Integrated treatment of first episode psychosis: effect of treatment on family burden: OPUS trial.

British journal of psychiatry August 2005; 48: s85–90.

67. L. PETERSEN, M. NORDENTOFT, P. JEPPESEN et al.

Improving 1–year outcome in first episode psychosis: OPUS trial.

British journal of psychiatry.Suppl. August 2005; 48: 98–103.

68. M. NORDENTOFT, A. THORUP, L. PETERSEN et al.

Transition rates from schizotypal disorder to psychotic disorder for first contact patients included in the OPUS trial. A randomized clinical trial of integrated treatment and standard treatment.

Schizophrenia research 2006; 83(1): 29–40.

69. A. THORUP, L. PETERSEN, P. JEPPESEN et al.

Integrated treatment ameliorates negative symptoms in first episode psychosis: results from the Danish OPUS trial.

Schizophrenia research 2005; 79(1): 95–105.

70. P. THOMAS.

Schizophrénie et durée de Traitement.

INTERPSY Revue scientifique Jansen–Cilag 2004; n° 2: 2–3.

71. S.G. SIRIS, M.R. LAVIN.

"Schizoaffective disorders, schizophréniform disorder and psychotic disorder"

In: Kaplan HJ, Sadak BJ, editors. Comprehensive textbook of psychiatry VI.

Baltimore: Williams and Williams; 1995: 1019.

72. Y. ELHAMAOU, S. YAALAOUI, D. MOUSSAOUI, O. BATTAS.

Etude de suivi sur deux ans de patients présentant un accès psychotique aigu : modalités évolutives et pronostic.

L'Encéphale 2003; XXIX : 425–9.

73. S. G. SAJITH, R. CHANDRASEKARAN, K. E. SADANANDAN UNNI, A. SAHAI.

Acute polymorphic disorder: diagnostic stability over 3 years.

Acta Psychiatrica Scandinavica 2002; 105: 104–109.

74. ALAIN RATTI.

"Contribution à l'étude des psychoses délirantes aiguës, place de la Bouffée

Délirante: à propos d'une étude rétrospective de 76 dossiers sur 10 ans".

Thèse de médecine n° 105, Limoges 1991.

75. S. CRIQUILLION-DOUBLET, P. BOYER, S. LANCRENON, B. SAMUEL- LAJEUNESSE.

"Les états délirants aigus: essai de caractérisation anamnestique, sociodémographique et symptomatique".

Psychiatr. Psychobiol. 1987; 2(5): 319-332.

76. X. De LONGUEVILLE, Ch. GEUS, P. SCHEPENS.

Troubles psychotiques et usage de cannabis: étude rétrospective.

L'Encéphale 2003; XXIX, cahier 3: 41-43.

77. P.J. DUKE, C. PANTELLIS, M.A. MCPHILIPS et al.

Comorbid non alcohol substance misuse among people with schizophrenia.

British Journal of Psychiatry 2001; 179: 509-13.

78. F. LIRAUD, H. VERDOUX.

Caractéristiques cliniques et pronostiques associées à un comorbidité addictive chez des patients hospitalisés en psychiatrie.

L'Encéphale 2000; 26:16-23.

79. A. OUEDRAGUO, B.SAMMUEL-LAJEUNESSE.

"Les bouffées délirantes aiguës chez la femme au Burkina-Faso"

Annales Médico- Psychologiques 1997; 155, n°2 : 126-131.

80. A. MARNEOS, F. PILLMAN, A. HARING, S. BALZUWEIT, R. BLOINK.

The relation of "acute and transient psychotic disorder" (ICD-10 F23) to "bipolar schizoaffective disorder".

Journal of Psychiatric Research 2002; 36: 165-171.

81. C. PULL.

"Les psychoses schizophréniques, critères de diagnostic des psychiatres français. Comparaison avec les critères des psychiatres américains"

Thèse de médecine, Paris V, 1981.

82. Aqal Nawaz KHAN.

Prévalence et caractéristiques de l'association de neuroleptiques chez une cohorte de patients psychotiques.

Thèse de médecine, n° 10453, Genève, 2005.

83. J. GUILLOUX.

"Psychoses délirantes aiguës: statut nosologique et évolution"

Rev Franç Psychiatrie 1987; 5: 9-13.

84. J-Y. MEITZGER, H. WEIBEL.

"Les bouffées délirantes aiguës"

Compte-Rendu du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française; LXXXIXème session, tome 1: 123-166, Paris 1992.

ISBN: 2-225-84071.

85. L. BARRELET.

"Le devenir de la bouffée délirante aiguë"

L'information psychiatrique 1986; 62: 353-361.

86. J. JAGER, R. BOTTLENDER, A. STRAUSS, H.J. MOLLER.

Classification of functional psychoses and its implication for prognosis: comparison between ICD 10 and DSMIV.

Psychopathology 2004; 37: 110-7.

87. D. H. LINZEN, P. M. DINGEMANS and M. E. LENIOR.

"Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders".

Archives of General Psychiatry 1994; 51: 273-279.

88. R. MOTJABAI, E. S. SUSSER, E. J. BROMET.

Clinical characteristics, 4-year course and DSMIV classification of patients with non affective acute remitting psychosis.

American Journal of Psychiatry 2003; 160 (12): 2108-15.

89. J-Y. METZGER, A. DRAGOI.

"Devenir des psychoses Délirantes aiguës"

Confrontations Psychiatriques 2002; 43: 131-160.