



République algérienne démocratique et populaire  
Université KASDI MERBAH d'OUARGLA  
Faculté de Médecine d'Ouargla  
Département de Médecine



---

*Profil descriptif des morbidités psychiatriques au  
niveau de l'EHS de psychiatrie HDEB-Ouargla  
2020-2021*

---

Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du doctorat en médecine

**Présenté par :**

**MEHDA Tarek**

**SADOUN Mohammed**

**Encadré par :**

**Pr BAIT Soumiya**

**Maitre de Conférence B en psychiatrie**

**Devant le Jury Composé de :**

**Président jury : Pr BOUAZIZ Houcine**

**Maitre de conférence A en Épidémiologie**

**Membre jury : Dr BENZADI Saci**

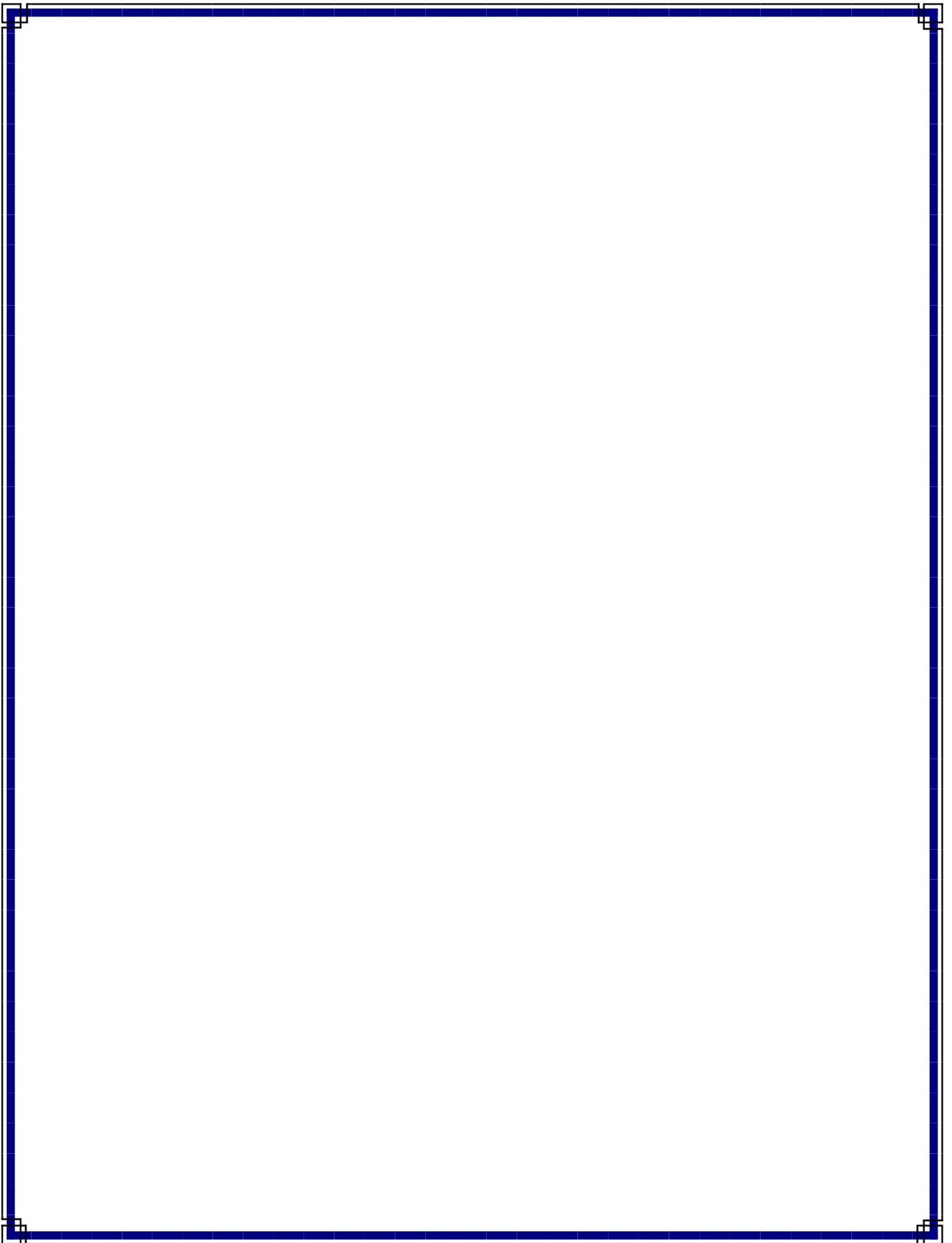
**Maitre-assistant en Psychiatrie**

**Membre jury : Dr BELHADJ Nadjiba**

**Assistante en Psychiatrie**

**Année Universitaire**

**2022-2023**





République algérienne démocratique et populaire  
Université KASDI MERBAH d'OUARGLA  
Faculté de Médecine d'Ouargla  
Département de Médecine



---

*Profil descriptif des morbidités psychiatriques au  
niveau de l'EHS de psychiatrie HDEB-Ouargla  
2020-2021*

---

Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du doctorat en médecine

**Présenté par :**

**MEHDA Tarek**

**SADOUN Mohammed**

**Encadré par :**

**Pr BAIT Soumiya**

**Maitre de Conférence B en psychiatrie**

**Devant le Jury Composé de :**

**Président jury : Pr BOUAZIZ Houcine**

**Maitre de conférence A en Épidémiologie**

**Membre jury : Dr BENZADI Saci**

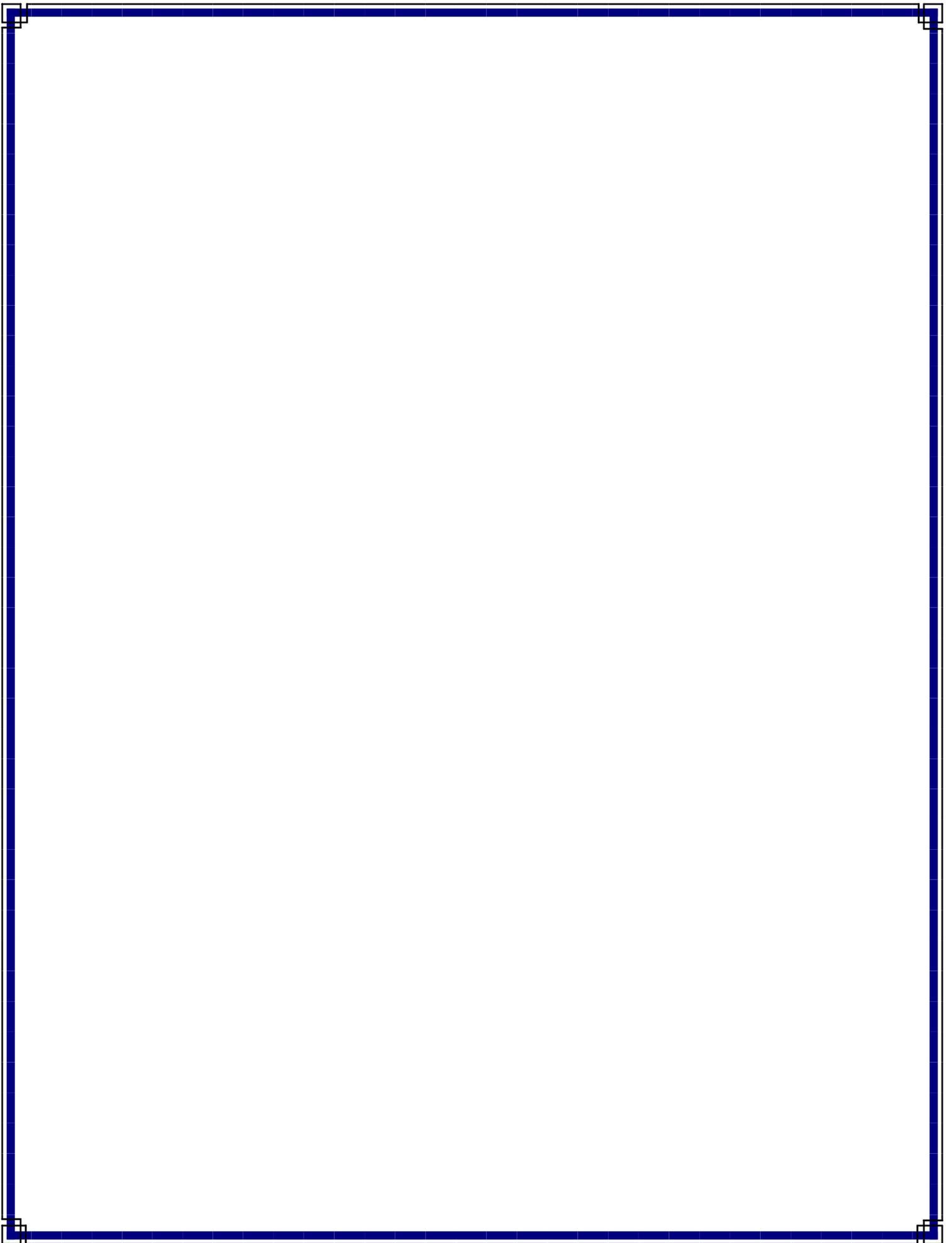
**Maitre-assistant en Psychiatrie**

**Membre jury : Dr BELHADJ Nadjiba**

**Assistante en Psychiatrie**

**Année Universitaire**

**2022-2023**



## REMERCIEMENTS

Qu'il nous soit permis, en avant-propos, d'exprimer toute nos gratitude et d'adresser nos vifs remerciements : À notre directeur de thèse :

**Pr BAIT Soumiya**

Pour avoir accepté d'encadrer ce travail et de nous avoir fait confiance, Pour votre patience, vos orientations et vos précieux conseils, Pour nous avoir enrichie sur les plans scientifique, méthodologique et professionnel, Pour nous avoir permis de tirer profit, de votre savoir scientifique, de vos qualités professionnelles et de vos valeurs humaines, Pour le maitre émérite que vous êtes.

À nos maîtres et juges de thèse,

**Pr BOUAZIZ Houcine**

Maitre de conférence A en Épidémiologie

**Monsieur Dr BENZADI Saci**

Maitre-assistant en PSYCHITRIE

**Madame Dr BELHADJ Nadjiba**

Assistante en PSYCHITRIE

Vous nous faites un grand honneur en acceptant avec une très grande amabilité de siéger à notre jury de thèse.

Veillez, cher maître, d'accepter ce travail en gage de notre grand respect et notre profonde reconnaissance.

Puisse Dieu le tout puissant vous accorder prospérité et bonheur, et vous assister dans la réalisation de vos projets

## Dédicaces

Mes premières pensées vont vers nos chers parents que nous ne remercierions jamais assez pour tout ce qu'ils nous ont apporté en éducation et en affection.

Merci d'avoir cru en nous,

Merci de nous avoir transmis les valeurs de la vie,

Que Dieu vous garde.

À la mémoire de mon père et mes grands-parents.

À nos oncles et à nos tantes.

À nos collègues et amis, pour leur soutien et leur assistance

## Liste des abréviations

**ATCDS** : Antécédents

**AR** : Anxiété réactionnelle

**CBV** : Coup et Blessure Volontaire

**CISM** : Centre Intermédiaire de Santé Mentale

**DM** : Débilité Mentale

**DSM 5** : Manuel de classification des troubles mentaux

**EDC** : État dépressif caractérisé

**EHS** : Établissement hospitalière spécialisé

**FOH** : Force de l'ordre hospitalière

**HTA** : Hyper Tension Artériel

**IPM** : Instabilité Psychomotrice

**OMS** : Organisation Mondial de la Santé

**PAPFAM**: Pan Arab Project for Family Health

**PM**: Psychomotrice

**PTSD**: Post Traumatic Stress Disorder

**SPSS**: Statistical Package for the Social Sciences

**Sx** : Schizophrénie

**TB 1** : Trouble Bipolaire Type 1

**TB 2** : Trouble Bipolaire Type 2

**TDR** : Trouble Dépressif Récurrent

**TOC** : Trouble Obsessionnel Compulsif

**TPB** : Trouble Psychotique Bref

### **Liste des tableaux :**

<b>Tableau I :</b> Répartition des patients selon le lieu de la résidence .....	43
<b>Tableau II :</b> Répartition des patients selon les tranches d'âge .....	45
<b>Tableau III :</b> Répartition des patients selon le sexe et les tranches d'âge .....	47
<b>Tableau IV :</b> Répartition des patients selon le niveau d'instruction .....	48
<b>Tableau V :</b> Répartition des patients selon le statut marital .....	50
<b>Tableau VI :</b> Répartition des patients selon l'activité professionnelle .....	52
<b>Tableau VII :</b> Répartition des patients selon les antécédents personnels médicaux .....	54
<b>Tableau VIII :</b> Répartition des patients selon les antécédents familiaux psychiatriques ..	56
<b>Tableau IX :</b> Répartition des patients selon les habitudes toxiques .....	58
<b>Tableau X :</b> Répartition des patients selon l'âge du début de trouble .....	60
<b>Tableau XI :</b> Répartition des patients selon le motif de la consultation .....	62
<b>Tableau XII :</b> Répartition des patients selon l'origine de la demande d'hospitalisation ...	64

## Liste des figures :

<b>Figure 1 :</b> Répartition des patients selon le sexe .....	41
<b>Figure 2 :</b> Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction du sexe.....	42
<b>Figure 3 :</b> Répartition des patients selon le lieu de la résidence.....	43
<b>Figure 4 :</b> Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction de la résidence .....	44
<b>Figure 5 :</b> Répartition des patients selon les tranches d'âge .....	45
<b>Figure 6 :</b> Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction des tranches d'âge .....	46
<b>Figure 7 :</b> Répartition des patients selon le sexe et les tranches d'âge .....	47
<b>Figure 8 :</b> Répartition des patients selon le niveau d'instruction .....	48
<b>Figure 9 :</b> Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction de niveau d'instruction.....	49
<b>Figure 10 :</b> Répartition des patients selon le statut marital .....	50
<b>Figure 11 :</b> Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction de statut marital .....	51
<b>Figure 12 :</b> Répartition des patients selon l'activité professionnelle.....	52
<b>Figure 13 :</b> Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction d'activité professionnelle .....	53
<b>Figure 14 :</b> Répartition des patients selon les antécédents personnels médicaux.....	54
<b>Figure 15 :</b> Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction les antécédents personnels médicaux .....	55
<b>Figure 16 :</b> Répartition des patients selon les antécédents familiaux psychiatriques.....	56
<b>Figure 17 :</b> Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction les antécédents familiaux psychiatriques .....	57
<b>Figure 18 :</b> Répartition des patients selon les habitudes toxiques .....	58
<b>Figure 19 :</b> Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction des habitudes toxiques.....	59
<b>Figure 20 :</b> Répartition des patients selon l'âge du début de trouble .....	60
<b>Figure 21 :</b> Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction des l'âge du début de trouble.....	61
<b>Figure 22 :</b> Répartition des patients selon le motif de la consultation.....	62

<b>Figure 23</b> : Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction des motifs de la consultation .....	63
<b>Figure 24</b> : Répartition des patients selon l'origine de la demande d'hospitalisation.....	64
<b>Figure 25</b> : Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction d'origine de la demande d'hospitalisation .....	65
<b>Figure 26</b> : Répartition des patients selon le type de la pathologie psychiatrique .....	66
<b>Figure 27</b> : Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction type de pathologie psychiatrique.....	67
<b>Figure 28</b> : Répartition des patients selon le type de la pathologie aiguë .....	68
<b>Figure 29</b> : Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction type de pathologie aiguë.....	69
<b>Figure 30</b> : Répartition des patients selon le type de la pathologie chronique .....	70
<b>Figure 31</b> : Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction type de pathologie chronique .....	71
<b>Figure 32</b> : Répartition des patients selon le diagnostic psychiatrique retenu .....	72
<b>Figure 33</b> : Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction de diagnostic retenu.....	73

## Table des matières :

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>XIV</b>
<b>I. Introduction :</b> .....	<b>1</b>
<b>II. Objectifs :</b> .....	<b>3</b>
1.1 <i>Objectif principal :</i> .....	3
1.2 <i>Objectifs spécifiques :</i> .....	3
<b>PARTIE THEORIQUE</b> .....	<b>4</b>
<b>I. Généralités :</b> .....	<b>5</b>
<b>II. Epidémiologie :</b> .....	<b>5</b>
<b>III. Clinique :</b> .....	<b>6</b>
<b>1. La Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques :</b> .....	<b>7</b>
1.1 <i>Éléments clés qui définissent les troubles psychotiques selon DSM-V :</i> .....	7
1.2 <i>La personnalité schizotypique :</i> .....	8
1.3 <i>Le trouble délirant :</i> .....	8
1.4 <i>Le trouble psychotique bref :</i> .....	9
1.5 <i>Le trouble schizophréniforme :</i> .....	9
1.6 <i>Schizophrénie :</i> .....	10
1.7 <i>Trouble schizoaffectif :</i> .....	12
1.8 <i>Le trouble psychotique induit par une substance/un médicament :</i> .....	12
1.9 <i>La catatonie :</i> .....	13
<b>2. Troubles bipolaires et apparentés :</b> .....	<b>14</b>
2.1 <i>Trouble bipolaire de type 1 :</i> .....	15
2.2 <i>Trouble bipolaire de type 2 :</i> .....	18
<b>3. Troubles dépressifs :</b> .....	<b>19</b>
3.1 <i>Trouble dépressif caractérisé :</i> .....	20
<b>4. Troubles anxieux :</b> .....	<b>21</b>
4.1 <i>Anxiété de séparation :</i> .....	22
4.2 <i>Phobie spécifique :</i> .....	23
4.3 <i>Trouble panique :</i> .....	24
4.4 <i>Agoraphobie :</i> .....	25
4.5 <i>Anxiété généralisée :</i> .....	26
<b>5. Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés :</b> .....	<b>27</b>
5.1 <i>Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) :</i> .....	27

6.	Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress :.....	28
6.1	<i> Trouble stress post-traumatique</i> :.....	29
6.2	<i> Trouble stress aigu</i> :.....	31
6.3	<i> Troubles de l'adaptation</i> :.....	33
IV.	LES FACTEURS DE RISQUE LIES A LA MALADIE PSYCHIATRIQUE :.....	6
V.	Etiopathogéné :.....	33
1.	Facteurs de vulnérabilité environnementaux.....	33
1.1	<i> Facteurs psychosociaux</i> .....	34
1.2	<i> Facteurs biologiques</i> .....	34
1.3	<i> Facteurs toxiques</i> .....	34
1.4	<i> Facteurs infectieux</i> .....	34
1.5	<i> Facteurs dégénératifs</i> .....	34
2.	Facteurs de vulnérabilité génétiques.....	34
	MATERIELS ET METHODES.....	35
3.	Type d'étude.....	36
4.	Description de lieu d'étude.....	36
5.	Durée de recrutement.....	36
6.	La population d'étude.....	36
7.	Critères d'éligibilité.....	36
7.1	<i> Critères d'inclusion</i> :.....	36
7.2	<i> Critères de non-inclusion</i> :.....	37
8.	Collecte des données :.....	37
9.	Saisies et traitement de texte :.....	37
10.	Considérations éthiques :.....	37
11.	Les variables étudiées.....	37
	RESULTATS.....	40
1.	Les caractéristiques sociodémographiques :.....	41
1.1	<i> Répartition des patients selon le sexe</i> :.....	41
1.2	<i> Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction du sexe</i> :.....	42
1.3	<i> Répartition des patients selon le lieu de la résidence</i> :.....	43
1.4	<i> Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction de la résidence</i> .....	44
1.5	<i> Répartition des patients selon les tranches d'âge</i> :.....	45

1.6	Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction des tranches d'âge .....	46
1.7	Répartition des patients selon le sexe et les tranches d'âge :.....	47
1.8	Répartition des patients selon le niveau d'instruction :.....	48
1.9	Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction de niveau d'instruction :.....	49
1.10	Répartition des patients selon le statut marital :.....	50
1.11	Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction de statut marital :.....	51
1.12	Répartition des patients selon l'activité professionnelle :.....	52
1.13	Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation)et en fonction d'activité professionnelle :.....	53
<b>2.</b>	<b>Les antécédents :.....</b>	<b>54</b>
2.1	Répartition des patients selon les antécédents personnels médicaux :.....	54
2.2	Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction les antécédents personnels médicaux :.....	55
2.3	Répartition des patients selon les antécédents familiaux psychiatriques :.....	56
2.4	Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction les antécédents familiaux psychiatriques :.....	57
2.5	Répartition des patients selon les habitudes toxiques :.....	58
2.6	Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction des habitudes toxiques :.....	59
2.7	Répartition des patients selon l'âge du début du trouble :.....	60
2.8	Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction des l'âge du début de trouble :.....	61
<b>3.</b>	<b>Répartition des patients selon motif de la consultation :.....</b>	<b>62</b>
3.1	Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction des motifs de la consultation :.....	63
<b>4.</b>	<b>Répartition des patients selon l'origine de la demande d'hospitalisation :.....</b>	<b>64</b>
4.1	Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction d'origine de la demande d'hospitalisation :.....	65
<b>5.</b>	<b>Répartition des patients selon le type de la pathologie psychiatrique.....</b>	<b>66</b>
5.1	Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction type de pathologie psychiatrique :.....	67
5.2	Les pathologies aigue :.....	68
5.2.1	Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction type de pathologie aigue :.....	69
5.3	Les pathologies chroniques :.....	70
<b>6.</b>	<b>Répartition des patients selon le diagnostic psychiatrique retenu :.....</b>	<b>72</b>
6.1	Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction de diagnostic retenu :.....	73

<b>DISCUSSION.....</b>	<b>74</b>
<b>VI. DISCUSSION :</b> .....	<b>75</b>
<b>1. Les facteurs sociodémographiques .....</b>	<b>75</b>
1.1 <i>Le sexe :</i> .....	75
1.2 <i>L'Age :</i> .....	75
1.3 <i>Le niveau d'instruction :</i> .....	76
1.4 <i>Le statut marital :</i> .....	76
1.5 <i>L'activité professionnelle :</i> .....	76
<b>2. Les antécédents : .....</b>	<b>77</b>
2.1 <i>Les antécédents personnels médicaux :</i> .....	77
2.2 <i>Les antécédents familiaux psychiatriques :</i> .....	77
2.3 <i>Les habitudes toxiques :</i> .....	78
<b>3. L'origine de la demande de l'hospitalisation : .....</b>	<b>78</b>
<b>4. Le motif de la consultation :.....</b>	<b>79</b>
<b>7. Le diagnostic psychiatrique retenu : .....</b>	<b>80</b>
<b>VII. Les forces de la recherche : .....</b>	<b>82</b>
<b>VIII. Les limites de la recherche : .....</b>	<b>82</b>
<b>IX. Suggestions et recommandations : .....</b>	<b>83</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>84</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>88</b>
<b>ANNEXE.....</b>	<b>93</b>

## Résumé

### **Introduction et objectif :**

La prévalence des troubles mentaux en population générale algérienne est de plus de 0.5%. Cette montée des maladies mentales et les besoins accrus de soins ont élevé la santé mentale au rang de problème social majeur pour cela, l'Algérie a pris des initiatives importantes et engagé diverses ressources pour améliorer les services de santé mentale dans la prévention et le traitement des maladies mentales.

Le but de notre travail était de déterminer le profil descriptif des morbidités psychiatriques au niveau de l'EHS de psychiatrie HDEB-Ouargla durant une période de deux ans.

### **Méthodes :**

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective sur un échantillon de 420 patients consultés et/ou hospitalisés à l'EHS de psychiatrie HDEB-Ouargla durant la période de 1<sup>er</sup> janvier 2020 à 31 décembre 2021.

### **Résultats :**

L'âge moyen de nos patients est de 33,61 ans. 65% sont du sexe masculin et 69.1 % sont des célibataires. 56,4% ont un niveau d'instruction moyen. 76,9 % sont au chômage. 43.3% consomment des toxiques (13.3 % le cannabis). 9,1% ont des ATCDS psychiatriques familiales. L'agitation était le motif de consultation le plus fréquent. L'âge du début du trouble est avant 40 ans (88,9%). 35.5% ont été hospitalisés dont 88% selon la demande d'un tiers. La pathologie la plus retenue c'est la schizophrénie.

On a enregistré des fréquences importantes pour des valeurs qui peuvent être des facteurs de risque (l'âge entre 18 et 25 ans, le sexe masculin, le célibat, le chômage, ATCDS psychiatriques familiaux, la consommation des toxiques). Le sexe féminin, le travail peuvent représenter des facteurs de protection.

### **Conclusion :**

Au terme de cette étude nous avons un aperçu du profil descriptif et du diagnostic. Et ce, afin de permettre un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée pour améliorer la symptomatologie, éviter les complications et améliorer la qualité de vie des patients. Et ce n'est pas le cas pour les patients suivis en ambulatoire d'où la nécessité de mener des études plus poussées.

## **Abstract**

### **Context and objective:**

The prevalence of mental disorders in the Algerian general population is over 0.5%. This increase in mental illnesses and the growing need for care have elevated mental health to a major social issue. To address this, Algeria has taken significant initiatives and committed various resources to improve mental health services for the prevention and treatment of mental illnesses.

The aim of our work was to determine the descriptive profile of psychiatric morbidities at the HDEB-Ouargla Psychiatry Specialized Hospital Establishment over a period of two years.

### **Methods:**

This is a retrospective descriptive study of a sample of 420 patients who consulted and/or were hospitalized at the HDEB-Ouargla Psychiatry specialized Hospital Establishment during the period from January 1, 2020, to December 31, 2021.

### **Results:**

The average age of our patients is 33.61 years. 65% are male, and 69.1% are single. 56.4% have a moderate level of education. 76.9% are unemployed. 43.3% use substances (13.3% cannabis). 9.1% have a family history of psychiatric disorders. Agitation was the most frequent reason for consultation. The age of onset of the disorder is before 40 years in 88.9% of cases. 35.5% were hospitalized, with 88% hospitalized at the request of a third party. Schizophrenia was the most commonly diagnosed condition. Significant frequencies were recorded for values that could be risk factors (age between 18 and 25 years, male gender, singleness, unemployment, family history of psychiatric disorders, substance use). Female gender and employment could represent protective factors.

### **Conclusion:**

At the end of this study, we have an overview of the descriptive profile and diagnosis. This is to enable early diagnosis and appropriate care to improve symptoms, prevent complications, and enhance the quality of life for patients. This is not the case for patients in outpatient care, highlighting the need for further studies.

## ملخص

إن انتشار اضطرابات الصحة النفسية في السكان الجزائريين العامين يزيد عن 0.5%. هذا الارتفاع في الأمراض النفسية والحاجة المتزايدة للرعاية رفعت الصحة النفسية إلى مستوى قضية اجتماعية رئيسية. ولمعالجة هذا الأمر، اتخذت الجزائر مبادرات هامة والتزمت بموارد متنوعة لتحسين خدمات الصحة النفسية للوقاية من وعلاج الأمراض النفسية. هدف عملنا هو تحديد الملف الوصفي للأمراض النفسية في مستشفى الأمراض العقلية الحذب ورقلة خلال فترة قدرها عامان.

## الطريقة:

هذه دراسة وصفية بأثر رجعي، تم إجراؤها داخل مستوى المستشفى الأمراض العقلية الحذب ورقلة؛ على 420 ملفاً للمرضى الذين تمت معاينتهم أو إدخالهم إلى المستشفى خلال الفترة من 1 يناير 2020 إلى 31 ديسمبر 2021.

## النتائج :

متوسط عمر مرضانا هو 33.61 عامًا. 65% منهم من الذكور، و69.1% منهم أعزب. 56.4% منهم لديهم مستوى تعليم متوسط. 76.9% منهم عاطلون عن العمل. 43.3% يستخدمون موادًا (13.3% منهم يستخدمون القنب). 9.1% لديهم تاريخ عائلي بالاضطرابات النفسية. كانت الاضطرابات والهياج هو السبب الأكثر شيوعًا للتشاور. سن بدء الاضطراب هو قبل سن الأربعين في 88.9% من الحالات. تم نقل 35.5% منهم إلى المستشفى، وتم نقل 88% منهم بناءً على طلب طرف ثالث. كانت الفصام هي الحالة الأكثر شيوعًا في التشخيص. تم تسجيل ترددات مهمة لقيم قد تكون عوامل خطر (العمر بين 18 و25 عامًا، الجنس الذكري، العزوبية، البطالة، تاريخ عائلي بالاضطرابات النفسية، استخدام المواد). الجنس النسائي والعمل يمكن أن يمثلان عوامل حماية.

## الخلاصة:

عند نهاية هذه الدراسة، نحن نمتلك نظرة عامة على الملف الوصفي والتشخيص. وذلك لتمكين التشخيص المبكر والرعاية المناسبة لتحسين الأعراض، والوقاية من المضاعفات، وتعزيز نوعية حياة المرضى. وهذا ليس الحال بالنسبة للمرضى الذين يتلقون الرعاية الخارجية، مما يبرز ضرورة إجراء دراسات إضافية.

# INTRODUCTION

## **I. Introduction :**

La 5ème édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-V) définit un trouble mental comme étant « un syndrome caractérisé par des perturbations cliniquement significatives dans la cognition, la régulation des émotions, ou le comportement d'une personne qui reflètent un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques, ou développementaux sous-jacents au fonctionnement mental».

Ces troubles sont des pathologies courantes qui affectent les femmes et les hommes de toutes les tranches d'âge dans toutes les sociétés [1]. Ils sont les plus fréquents parmi les pathologies chroniques au sein de la population générale avec une prévalence sur une vie entière estimée à 50 % et une prévalence sur 12 mois qui varie entre 15 et 25 % de la population [2][3]. Par ailleurs, ils représentent un lourd fardeau avec 13 % de la charge totale de morbidité à l'échelle mondiale [4][5]. Les troubles mentaux constituent la deuxième cause de morbi-mortalité dans les pays en développement [6].

En Algérie, Il est très difficile d'avoir des chiffres sur l'état de la santé mentale De fait, on dispose de très peu de données, qui restent peu fiables, sur la prévalence des troubles mentaux en population générale, et qui sont issues de quelques enquêtes nationales ou bien sont obtenues à partir des différents recensements de la population ou des statistiques hospitalières.

En effet, les quelques enquêtes, à caractère local ou régional, ont été menées essentiellement par des psychiatres. Ces enquêtes ont porté sur des échantillons spécifiques et se sont centrées sur des sujets divers tels que la dépression, le suicide, la psychose et les troubles anxieux [7]. Si l'on se réfère à l'enquête nationale de santé qui a eu lieu au début des années 1990 [8], les maladies mentales se retrouvent parmi les dix premières affections chroniques mentionnées par la population. Elles représentaient près de 7 % de l'ensemble des maladies chroniques. Le recensement général de la population et de l'habitat en 1998 montrait que 140 000 personnes présentaient une affection mentale entraînant un handicap, parmi lesquelles on dénombrait 20000 enfants. L'enquête PAPFAM, menée à la fin de l'année 2002 dans le but d'évaluer la prévalence des maladies mentales dans la population selon l'âge, le sexe et le milieu de résidence, a confirmé les chiffres concernant le handicap mental, obtenus lors du recensement général de la population, et a montré que les maladies mentales touchaient 0,5 % de la population [8].

Selon le rapport de 2003 du ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière portant sur la perspective décennale [9], cette enquête révélait déjà l'ampleur du problème de la santé mentale en Algérie avec 155 000 personnes souffrant de maladie mentale et 62 000 d'épilepsie, et indiquait qu'il faudrait s'attendre à devoir prendre en charge au minimum 174 000 sujets présentant une affection au long cours touchant la santé mentale. Les statistiques hospitalières montrent quant à elles que 150 000 consultations de psychiatrie sont assurées annuellement par les établissements hospitaliers spécialisés en psychiatrie. Les troubles mentaux représentent environ 1,5 % des motifs de consultation dans les structures sanitaires en général [10].

Considérant ce qui précède, il a été impératif pour nous de mener une enquête sur les morbidités psychiatriques au niveau de l'EHS HDEB-Ouargla pour savoir :

Quels est le nombre des consultants ainsi que les malades hospitalisés ? Quels sont les motifs de consultation les plus fréquents ? Quelles sont les pathologies qu'on reçoit ?

La réponse à ces questionnements nous permettra de mieux établir le profil des morbidités psychiatriques et décrire le profil sociodémographique et clinique ainsi que certains facteurs de risque dans notre population d'étude.

## **II. Objectifs :**

### **1.1 Objectif principal :**

Établir le profil des morbidités psychiatriques au niveau de l'EHS de psychiatrie HDEB-Ouargla durant une période de deux ans (2020-2021).

### **1.2 Objectifs spécifiques :**

- Décrire le profil sociodémographique et clinique des patients reçus à la consultation ou hospitalisés dans l'EHS de psychiatrie HDEB-Ouargla durant une période de deux ans (2020-2021).

- Évaluer les fréquences importantes pour des valeurs qui ont été enregistré dans notre étude et qui peuvent être des facteurs du risque rencontrés dans la population des patients étudiés durant la même période.

# PARTIE THEORIQUE

## **I. Généralités :**

Selon l’OMS, la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social. Elle ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité. La santé serait donc incomplète sans la prise en compte de la santé mentale.

La santé mentale est définie par l’OMS comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté ». C’est un élément essentiel de la santé. L’OMS rappelle par ailleurs, que comme dans le reste de la médecine, quatre faits principaux sont relatifs à la santé mentale :

- \* Elle fait partie intégrante de la santé, en effet, il n’y a pas de santé sans santé mentale ;
- \* Elle est plus que l’absence de troubles mentaux ;
- \* Elle est déterminée par des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques ;
- \* Elle peut bénéficier de stratégies et d’interventions d’un bon rapport coût/efficacité pour la promouvoir, la protéger et la recouvrer.

Un trouble psychiatrique se définit difficilement par une physiopathologie sous-jacente univoque. C’est d’ailleurs pour cette raison qu’en psychiatrie le terme de « trouble » est préféré au terme de « maladie ». Pour autant, l’association de signes et de symptômes et leur classification en entités morbides (catégorielles) est importante dans l’étude de l’épidémiologie [11].

## **II. Épidémiologie :**

En 2019, une personne sur huit dans le monde soit 970 millions de personnes présentait un trouble mental, les troubles anxieux et les troubles dépressifs étant les plus courants [12].

En 2020, le nombre de personnes atteintes de tels troubles a augmenté considérablement du fait de la pandémie de COVID-19. Les premières estimations indiquent une hausse de 26 % et 28 %, respectivement, pour les troubles anxieux et les troubles dépressifs majeurs en l’espace d’une année seulement [13].

L’école de Sante publique d’Harvard, la Banque mondiale et l’OMS en retiennent cinq parmi les dix pathologies entraînant la plus forte morbi-mortalité chez les 15–44 ans : dépression, alcoolisme, troubles auto-agressifs dont le suicide, schizophrénie et trouble bipolaire [7].

En effet, les troubles psychiatriques sont responsables d’une forte mortalité : 12 000 morts par suicide auxquels s’ajoute la surmortalité non suicidaire (accidentelle, comorbidité somatique, consommation d’alcool, de tabac ou de drogue. . .) et d’une importante morbidité

dont le baisse de productivité (par ex : moins de 10 % des 400 000 psychotiques ont une activité professionnelle), mauvaise qualité de vie (du sujet et de sa famille) et handicap.

Les troubles psychiatriques absorbent 10 % des dépenses de santé et représentent une part considérable de l'offre de soins : un cinquième des lits d'hospitalisation à temps complet et 20 à 30 % des consultations de médecine générale.

### **III. LES FACTEURS DE RISQUE LIES A LA MALADIE PSYCHIATRIQUE :**

L'organisation mondiale de la santé définit le facteur de risque comme tout attribut, caractéristique, ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme.

Il existe plusieurs types de facteurs de risque :

#### **Sociaux :**

Tout environnement social (familial, professionnel, etc.) source de stress : maltraitance, carence affective, négligence, violences physiques et psychologiques, abus sexuel, conditions de travail difficile, deuil, isolement et précarité, discrimination et stigmatisation, guerre, catastrophes naturelles.

#### **Psychologiques :**

Toute dimension de personnalité (tempérament et caractère) ou altération des capacités cognitives et niveau intellectuel qui diminueraient les capacités d'ajustement à un facteur de stress.

#### **Biologiques :**

Antécédents personnels ou familiaux de pathologies médicales Chroniques (psychiatriques ou non) comme l'exposition à des facteurs de risque perturbant le neurodéveloppement et l'usage de substances psycho actives. Certains facteurs de risque sont plus spécifiquement liés à l'âge de l'individu :

- L'environnement social au cours de l'enfance et de l'adolescence ;
- Le stress et les situations socio-économiques et culturelles à l'âge adulte ;
- Sujet âgé : toute diminution des capacités perceptuelles ou cognitives, toute situation d'isolement social et familial (deuil, veuvage) et tout environnement social source de stress.

### **IV. Clinique :**

Nous présenterons successivement la Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques, les troubles bipolaires, les troubles dépressifs et les troubles anxieux, Troubles

obsessionnels-compulsifs et apparentés et les Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress

## **1. La Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques :**

Le spectre de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques comprend la schizophrénie, les autres troubles psychotiques et la personnalité schizotypique. Ces troubles sont définis par des anomalies dans au moins un des cinq domaines suivants : Idées délirantes, hallucinations, pensée désorganisée (discours), comportement moteur grossièrement désorganisé ou anormal (incluant la catatonie) et symptômes négatifs [14].

### **1.1 Éléments clés qui définissent les troubles psychotiques selon DSM-V :**

#### **Idées délirantes**

Les idées délirantes sont des croyances figées qui ne changent pas face à des évidences qui les contredisent. Leur contenu peut comprendre divers thèmes. Elles peuvent être bizarres ou non.

#### **Hallucinations**

Les hallucinations sont des expériences de type perceptif qui surviennent sans stimulus externe. Elles sont saisissantes et claires, avec la force et l'impact des perceptions normales, et elles ne sont pas sous le contrôle de la volonté. Elles peuvent concerner toutes les modalités sensorielles mais les hallucinations auditives sont les plus fréquentes dans la schizophrénie et les troubles apparentés.

#### **Pensée désorganisée (discours)**

La pensée désorganisée (trouble du cours de la pensée) est typiquement déduite du discours de l'individu

Comportement moteur anormal ou grossièrement désorganisé (incluant la catatonie) Qui peut se manifester de diverses manières, « allant de la niaiserie puérile à une agitation imprévisible ». Des problèmes peuvent être relevés dans toute forme de comportement dirigé vers un but, conduisant à des difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne.

Le comportement catatonique correspond à une réactivité à l'environnement très diminuée.

#### **Symptômes négatifs**

Deux symptômes négatifs sont particulièrement prééminents dans la schizophrénie : la diminution de l'expression émotionnelle et l'aboulie.

## **1.2 La personnalité schizotypique :**

### **1.2.1 Les critères diagnostiques selon DSM-V :**

A. Mode général de déficit social et interpersonnel marqué par une gêne aiguë et des compétences réduites dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles, et par des conduites excentriques. Le trouble apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Idées de référence (à l'exception des idées délirantes de référence).
2. Croyances bizarres ou pensée magique qui influencent le comportement et qui ne sont pas en rapport avec les normes d'un sous-groupe culturel (p. ex. superstition, croyance dans un don de voyance, dans la télépathie ou dans un « sixième » sens ; chez les enfants et les adolescents, rêveries ou préoccupations bizarres).
3. Perceptions inhabituelles, notamment illusions corporelles.
4. Pensée et langage bizarres (p. ex. vagues, circonstanciés, métaphoriques, alambiqués ou stéréotypés).
5. Idéation méfiante ou persécutoire.
6. Inadéquation ou pauvreté des affects.
7. Comportement ou aspect bizarre, excentrique ou singulier.
8. Absence d'amis proches ou de confidents en dehors des parents du premier degré.
9. Anxiété excessive en situation sociale qui ne diminue pas quand le sujet se familiarise avec la situation et qui est associée à des craintes persécutoires plutôt qu'à un jugement négatif de soi-même.

B. Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie, d'un trouble bipolaire ou d'un trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques, d'un autre trouble psychotique ou d'un trouble du spectre de l'autisme.

## **1.3 Le trouble délirant :**

### **1.3.1 Critères diagnostiques selon DSM-V :**

- A. Présence d'une (ou de plusieurs) idées délirantes pendant une durée de 1 mois ou plus.
- B. Le critère A de la schizophrénie n'a jamais été rempli.
- C. En dehors de l'impact de l'idée (des idées) délirante(s) ou de ses (leurs) ramifications, il n'y a pas d'altération marquée du fonctionnement ni de singularités ou de bizarreries manifestes du comportement.

D. Si des épisodes maniaques ou dépressifs caractérisés sont survenus concomitamment, ils ont été de durée brève comparativement à la durée globale de la période délirante.

E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale et elle n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental comme l'obsession d'une dysmorphie corporelle ou un trouble obsessionnel-compulsif.

### **1.3.2 Prévalence :**

La prévalence sur la vie du trouble délirant a été estimée à 0,2 % [15].

## **1.4 Le trouble psychotique bref :**

### **1.4.1 Critères diagnostiques selon DSM-V :**

A. Présence d'un (ou plus) des symptômes suivants. Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :

1. Idées délirantes.
2. Hallucinations.
3. Discours désorganisé (p. ex. déraillements fréquents ou incohérence).
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.

B. Au cours d'un épisode, la perturbation persiste au moins un jour mais moins d'un mois, avec retour complet au niveau de fonctionnement pré morbide.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble dépressif caractérisé ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques, ou un autre trouble psychotique comme une schizophrénie ou une catatonie, et n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou à une autre affection médicale.

### **1.4.2 Prévalence :**

Aux États-Unis, le trouble psychotique bref pourrait représenter 9 % des débuts de troubles psychotiques [16].

### **1.4.3 Développement et évolution :**

peut apparaître dans l'adolescence ou chez l'adulte jeune et il peut survenir à n'importe quel moment de la vie, avec un âge moyen de début se situant au milieu de la trentaine [17].

## **1.5 Le trouble schizophréniforme :**

### **1.5.1 Critères diagnostiques selon DSM-V :**

A. Deux (ou plus) des symptômes suivants sont présents, chacun pendant une proportion significative de temps durant une période d'un mois (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :

1. Idées délirantes.

2. Hallucinations.

3. Discours désorganisé (p. ex. déraillements fréquents ou incohérence).

4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.

5. Symptômes négatifs, (p. ex. diminution de l'expression émotionnelle, ou aboulie).

B. Un épisode du trouble dure au moins un mois mais moins de 6 mois. (Quand on doit faire un diagnostic sans attendre la guérison, on doit qualifier celui-ci de « provisoire ».)

C. Un trouble schizoaffectif et un trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés :

1) soit parce qu'aucun épisode dépressif caractérisé ou maniaque n'a été présenté conjointement avec les symptômes de la phase active,

2) soit parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, leur durée totale a été brève par rapport à la durée des périodes actives et résiduelles de la maladie elle-même.

D. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance (c.-à-d. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou à une autre affection médicale.

### **1.5.2 Prévalence :**

L'incidence du trouble schizophréniforme dans des contextes socioculturels variés est probablement similaire à celle observée pour la schizophrénie [18].

### **1.5.3 Développement et évolution :**

L'évolution du trouble schizophréniforme est similaire à celle de la schizophrénie. Approximativement un tiers des sujets chez qui un diagnostic initial de trouble schizophréniforme (provisoire) a été porté se rétablissent dans le délai de 6 mois et reçoivent un diagnostic final de trouble schizophréniforme [18]. La majorité des individus correspondant aux deux tiers restants évoluera vers un diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizoaffectif [19].

## **1.6 Schizophrénie :**

### **1.6.1 Critères diagnostiques selon DSM-V :**

A. Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :

1. Idées délirantes.

2. Hallucinations.

3. Discours désorganisé (p. ex. incohérences ou déraillements fréquents).

4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.

5. Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle).

B. Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint).

C. Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois les symptômes répondant au critère A (c.-à-d. les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) ; dans le même laps de temps des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du trouble peuvent ne se manifester que par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes listés dans le critère A présents sous une forme atténuée (p. ex. croyances étranges ou expériences de perceptions inhabituelles).

D. Un trouble schizoaffectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que 1) soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou dépressif caractérisé concurremment avec la phase active des symptômes, 2) soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie.

E. Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une drogue donnant lieu à abus, ou un médicament) ou à une autre pathologie médicale.

F. S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace).

### **1.6.2 Prévalence :**

La prévalence sur la vie entière de la schizophrénie est d'environ 0,3 à 0,7 % [20].

### **1.6.3 Développement et évolution :**

Les caractéristiques psychotiques de la schizophrénie apparaissent typiquement entre la fin de l'adolescence et le milieu de la 3e décennie ; un début avant l'adolescence est rare. Le début peut être brutal ou insidieux. Un âge de début plus jeune est classiquement considéré

comme prédisant un moins bon pronostic. Cependant, l'effet de l'âge de début est probablement lié au sexe, les hommes ayant un ajustement pré morbide de moins bonne qualité, un niveau scolaire plus bas et d'une façon générale, une évolution plus défavorable [21]. Les facteurs prédictifs du déroulement de la maladie et de son évolution sont largement méconnus. Le cours de la maladie apparaît favorable chez environ 20 % des personnes souffrant de schizophrénie, et un faible nombre de ces personnes peut récupérer complètement. Cependant, la majorité des personnes souffrant de schizophrénie a toujours besoin de soutien dans la vie quotidienne et beaucoup restent chroniquement malades, avec des exacerbations et des rémissions des symptômes actifs, alors que d'autres ont une évolution de la maladie marquée par une détérioration progressive. Les symptômes négatifs sont plus étroitement liés au pronostic que les symptômes positifs et tendent à être les plus persistants [22]. De plus, les déficits cognitifs associés à la maladie peuvent ne pas s'améliorer au cours du temps. Les caractéristiques essentielles de la schizophrénie sont les mêmes à l'adolescence, mais le diagnostic est alors plus difficile.

## **1.7 Trouble schizoaffectif :**

### **1.7.1 Critères diagnostiques selon DSM-V :**

- A. Période ininterrompue de maladie pendant laquelle sont présents à la fois un épisode thymique caractérisé (dépressif ou maniaque) et le critère A de schizophrénie.
- B. Idées délirantes ou hallucinations pendant au moins 2 semaines sur toute la durée de la maladie, en dehors d'un épisode thymique caractérisé (dépressif ou maniaque).
- C. Les symptômes qui répondent aux critères d'un épisode thymique caractérisé sont présents pendant la majeure partie de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie.
- D. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou à une autre affection médicale.

### **1.7.2 Prévalence :**

Le trouble schizoaffectif est environ trois fois moins fréquent que la schizophrénie. La prévalence sur la vie du trouble schizoaffectif est estimée à 0,3 % [15].

## **1.8 Le trouble psychotique induit par une substance/un médicament :**

### **1.8.1 Critères diagnostiques selon DSM-V :**

- A. Présence d'un ou deux des symptômes suivants :
  - 1. Idées délirantes.

## 2. Hallucinations.

B. Mise en évidence par l'anamnèse, l'examen physique, ou les examens complémentaires des éléments (1) et (2) :

1. Les symptômes du critère A sont apparus pendant ou peu de temps après une prise médicamenteuse, une intoxication ou un sevrage d'une substance.

2. La substance/le médicament en cause est capable de produire les symptômes du critère A.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique non induit par une substance/un médicament. La preuve d'un trouble psychotique indépendant pourrait comprendre les éléments suivants :

Les symptômes ont précédé le début de la prise de la substance/du médicament ; les symptômes persistent pendant une période prolongée après la fin du sevrage aigu ou d'une intoxication grave (p. ex. environ 1 mois) ; ou il existe d'autres preuves d'un trouble psychotique indépendant, non induit par une substance/un médicament (p. ex. des antécédents d'épisodes récurrents non induits par une substance/un médicament).

D. La perturbation ne survient pas exclusivement au cours d'un syndrome confusionnel.

E. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

### **1.9 La catatonie :**

La catatonie est un syndrome Transnosographique qui associe de façon diverse des symptômes moteurs, comportementaux, affectifs et neurovégétatifs. Sa présentation clinique est variable selon les patients et fluctuante dans le temps, ce qui peut rendre le diagnostic difficile. Parmi les différentes formes cliniques, la catatonie maligne, associée à des anomalies neurovégétatives, est à rechercher systématiquement car elle peut aboutir au décès du patient dans 10 – 20 % des cas. Longtemps considérée dans les classifications internationales comme un sous type de schizophrénie, la catatonie retrouve partiellement son aspect Trans nosographique dans les années 1990, puis dans le DSM 5 en 2013. La catatonie est alors associée à un trouble psychiatrique (trouble de l'humeur, schizophrénie, trouble du spectre de l'autisme, ...) ou à une affection médicale [23].

La DSM-5 ne traite pas la catatonie comme une classe indépendante mais reconnaît :

a) La catatonie associée à un autre trouble psychiatrique (c.-à-d. un trouble neurodéveloppemental, un trouble psychotique, un trouble bipolaire, un trouble dépressif ou un autre trouble psychiatrique),

b) Le trouble catatonique dû à une autre affection médicale

c) La catatonie non spécifiée.

## **1.9.1 Catatonie associée à un autre trouble mental :**

### **1.9.1.1 Critères diagnostiques selon DSM-V :**

A. Le tableau clinique est dominé par au moins trois des symptômes suivants :

1. Stupeur (c.-à-d. absence d'activité psychomotrice ; pas de relation active avec l'environnement).
2. Catalepsie (c.-à-d. induction d'une posture maintenue passivement et contre la gravité).
3. Flexibilité cireuse (c.-à-d. résistance légère ou nette lors du positionnement induit par l'examineur).
4. Mutisme (c.-à-d. absence ou quasi-absence de réponse verbale [exclure si secondaire à une aphasie connue]).
5. Négativisme (c.-à-d. opposition ou absence de réponse à des instructions ou à des stimuli extérieurs).
6. Prise de posture (c.-à-d. maintien actif, contre la gravité, d'une posture adoptée spontanément).
7. Maniérisme (c.-à-d. caricatures bizarres ou solennelles d'actions ordinaires).
8. Stéréotypie (c.-à-d. mouvements non dirigés vers un but, répétitifs et anormalement fréquents).
9. Agitation, non influencée par des stimuli externes
10. Expression faciale grimaçante.
11. Écholalie (c.-à-d. répétition des paroles d'un autre).
12. Échopraxie (c.-à-d. reproduction des mouvements d'un autre).

### **1.9.2 Prévalence :**

La prévalence de la catatonie est de 9,2% d'après une méta-analyse portant sur 74 études (107304 patients) [23].

## **2. Troubles bipolaires et apparentés :**

Le trouble bipolaire est une pathologie chronique débutant chez l'adulte jeune et dont le handicap est très important. Il s'agit d'un trouble récurrent de l'humeur alternant des phases d'expansion de l'humeur avec une augmentation de l'énergie et des activités (manie ou hypomanie), et des baisses de l'humeur (dépression), avec des intervalles libres plus ou moins longs.

Deux types de trouble bipolaire sont distingués. Le trouble bipolaire de type 1 est caractérisé par au moins un épisode de manie alors que le trouble bipolaire de type 2 est caractérisé par au moins un épisode de dépression et au moins un épisode d'hypomanie [14].

## **2.1 Trouble bipolaire de type 1 :**

### **2.1.1 Critères diagnostiques selon DSM-V :**

Pour un diagnostic de trouble bipolaire de type I, les critères suivants d'un épisode maniaque doivent être réunis. L'épisode maniaque peut précéder ou succéder à des épisodes hypomaniaques ou dépressifs caractérisés.

#### **2.1.1.1 Épisode maniaque**

A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité orientée vers un but ou de l'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire).

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :

1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
2. Réduction du besoin de sommeil (p. ex. le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil).
3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler.
4. Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.
5. Distractibilité (c.-à-d. que l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou non pertinents) rapportée ou observée.
6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice (c.-à-d. activité sans objectif, non orientée vers un but).
7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex. la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).

C. La perturbation de l'humeur est suffisamment grave pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou des activités sociales, ou pour nécessiter une hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.

D. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou à une autre affection médicale.

### **2.1.1.2 Épisode hypomaniaque**

A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité ou du niveau d'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins 4 jours consécutifs.

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :

1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
2. Réduction du besoin de sommeil (p. ex. le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil).
3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler.
4. Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.
5. Distractibilité (p. ex. l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou non pertinents) rapportée ou observée.
6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.
7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex. la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).

C. L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffère de celui du sujet hors période symptomatique.

D. La perturbation de l'humeur et la modification du fonctionnement sont manifestes pour les autres.

E. La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter une hospitalisation. S'il existe des caractéristiques psychotiques, l'épisode est, par définition, maniaque.

F. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement).

### **2.1.1.3 Épisode dépressif caractérisé :**

A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur

; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide ou sans espoir) ou observée par les autres (p. ex. pleure).

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel excédant 5 % en un mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.

#### **2.1.1.4 Trouble bipolaire de type 1 :**

1. A répondu aux critères d'au moins un épisode maniaque (critères A-D d'un « Épisode maniaque », cf. supra).

2. La survenue de l'épisode ou des épisodes maniaques ou dépressifs n'est pas mieux expliquée par un trouble schizotypique, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un autre trouble du spectre de la schizophrénie ou un autre trouble psychotique spécifié ou non spécifié.

### 2.1.2 Prévalence :

La prévalence sur 12 mois est estimée aux États-Unis à 0,6 % [14].

## 2.2 Trouble bipolaire de type 2 :

### 2.2.1 Critères diagnostiques selon DSM-V :

Pour un diagnostic de trouble bipolaire II, il est nécessaire de remplir les critères suivants d'un épisode hypomaniaque actuel ou passé et les critères suivants d'un épisode dépressif caractérisé actuel ou passé :

#### 2.2.1.1 Épisode hypomaniaque :

A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité ou du niveau d'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins 4 jours consécutifs.

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :

1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
2. Réduction du besoin de sommeil (p. ex. le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil).
3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler.
4. Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.
5. Distractibilité (c.-à-d. que l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou non pertinents) rapportée ou observée.
6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.
7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex. la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles imprudentes).

C. L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffère de celui du sujet hors période symptomatique.

D. La perturbation de l'humeur et la modification du fonctionnement sont manifestes pour les autres.

E. La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter une hospitalisation. S'il existe des caractéristiques psychotiques, l'épisode est, par définition, maniaque.

F. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement).

#### **2.2.1.2 Épisode dépressif caractérisé : les mêmes critères page 16**

#### **2.2.1.3 Trouble bipolaire de type II :**

A. Les critères sont remplis pour au moins un épisode hypomaniaque (critères A-F d'« épisode hypomaniaque » supra) et au moins pour un épisode dépressif caractérisé (critères A-C d'« épisode dépressif caractérisé » supra).

B. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque.

C. L'apparition de(s) l'épisode(s) hypomaniaque(s) et de(s) l'épisode(s) dépressif(s) n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un autre trouble spécifié ou non spécifié du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques.

D. Les symptômes de dépression ou l'imprévisibilité causée par l'alternance fréquente entre des périodes de dépression et d'hypomanie entraînent une souffrance importante ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

#### **2.2.2 Prévalence :**

Au niveau international, la prévalence sur 12 mois du trouble bipolaire II est de 0,3 % [14].

### **3. Troubles dépressifs :**

La dépression est une atteinte à la santé mentale qui plonge la personne dans une profonde tristesse et qui provoque un désintérêt face aux activités quotidiennes qui autrement génèrent un certain plaisir, entre autres [14].

Dans le DSM V, les troubles dépressifs sont classés en :

- Trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle
- Trouble dépressif caractérisé
- Trouble dépressif persistant (dysthymie)
- Trouble dysphorique prémenstruel.
- Trouble dépressif induit par une substance/ un médicament
- Trouble dépressif dû à une autre affection médicale
- Autre trouble dépressif spécifié
- Trouble dépressif non spécifié

### **3.1 Trouble dépressif caractérisé :**

#### **3.1.1 Critères diagnostiques selon DSM-V :**

En plus des critères cités à la page 16 (de A à C) on a aussi les critères cités au-dessous D et E

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

#### **3.1.2 Prévalence :**

Aux États-Unis, la prévalence sur une année du trouble dépressif caractérisé est approximativement de 7 % [24].

#### **3.1.3 Développement et évolution :**

Le trouble dépressif caractérisé peut débuter à tout âge mais la fréquence d'apparition augmente d'une manière marquée à la puberté. Aux États-Unis, il semble y avoir un pic d'incidence entre 20 et 30 ans. Cependant, le début du trouble chez le sujet âgé n'est pas rare [24].

L'évolution du trouble dépressif caractérisé est très variable. Certains sujets présentent rarement voire jamais une rémission (une période d'au moins 2 mois sans symptômes ou avec seulement un ou deux symptômes n'excédant pas une sévérité légère), alors que d'autres ne présentent que peu ou pas de symptômes pendant des années entre des épisodes distincts. La chronicité des symptômes dépressifs augmente d'une façon substantielle la probabilité d'un trouble sous-jacent de la personnalité, d'un trouble anxieux ou de l'usage d'une substance, et diminue la probabilité d'obtenir une résolution symptomatique complète sous traitement [29][30]. Il est de ce fait utile d'interroger les sujets présentant des symptômes dépressifs afin d'identifier la dernière période d'au moins 2 mois durant laquelle ils étaient libres de tout symptôme dépressif.

Chez deux sujets sur cinq, le rétablissement débute dans les 3 mois qui suivent le début, et chez quatre sujets sur cinq, dans l'année qui suit le début [27]. Un début récent constitue un facteur prédictif important en faveur d'un rétablissement dans un avenir proche, et de nombreuses personnes qui ne sont déprimées que depuis quelques mois peuvent évoluer vers un rétablissement spontané. En dehors de la durée de l'épisode actuel, les caractéristiques associées avec des taux de rétablissement plus bas comprennent les caractéristiques

psychotiques [28], une anxiété marquée [29], les troubles de la personnalité [30] et la sévérité des symptômes [31].

Le risque de récurrence diminue progressivement au cours du temps quand la durée des rémissions augmente [32]. Le risque est plus élevé chez les individus dont l'épisode précédent était grave [33], chez les sujets jeunes [33] et chez les personnes qui ont déjà présenté des épisodes multiples [34]. La persistance de symptômes dépressifs, même d'intensité légère, pendant la rémission, est un facteur prédictif marqué de récurrence [35]. De nombreux troubles bipolaires débutent par un ou plusieurs épisodes dépressifs, et une proportion substantielle de sujets qui semblent initialement présenter un trouble dépressif caractérisé se révèlent en fait au cours du temps souffrir d'un trouble bipolaire. Ceci est plus fréquent chez les personnes dont le trouble a débuté à l'adolescence, chez celles qui présentent des caractéristiques psychotiques, et chez celles qui ont une histoire familiale de trouble bipolaire [40][41]. La présence d'une spécification « avec caractéristiques mixtes » augmente de même le risque d'un diagnostic de manie ou d'hypomanie. Le trouble dépressif caractérisé, en particulier s'il comporte des caractéristiques psychotiques, peut également évoluer vers une schizophrénie ; une telle évolution est bien plus fréquente que l'évolution inverse [19].

Malgré des différences non négligeables entre les sexes pour ce qui est des taux de prévalence des troubles dépressifs, il ne semble pas y avoir de différence nette liée au sexe quant à la phénoménologie, l'évolution ou la réponse au traitement. De même, il n'y a pas d'effets nets de l'âge actuel sur l'évolution ou la réponse au traitement du trouble dépressif caractérisé. Il existe toutefois certaines différences symptomatiques, l'hypersomnie et l'hyperphagie étant plus fréquentes chez les sujets jeunes, et les symptômes mélancoliques, en particulier les anomalies psychomotrices, étant plus fréquents chez les individus plus âgés [38]. La fréquence des tentatives de suicide diminue à un âge moyen ou tardif, alors que ce n'est pas le cas pour les suicides accomplis [39]. Les dépressions à début précoce sont plus souvent familiales et elles sont plus souvent associées à des anomalies de la personnalité. L'évolution d'un trouble dépressif caractérisé chez un même individu ne change en général pas avec l'âge. Les durées moyennes pour obtenir un rétablissement sont stables sur de longues périodes [32], et le risque d'être dans une phase dépressive n'augmente ni ne diminue au cours du temps [39].

#### **4. Troubles anxieux :**

Les troubles anxieux regroupent des troubles qui partagent les caractéristiques d'une peur et d'une anxiété excessives et des perturbations comportementales qui leur sont apparentées.

La peur est la réponse émotionnelle à une menace imminente réelle ou perçue, alors que l'anxiété est l'anticipation d'une menace future. Manifestement, ces deux états se chevauchent mais ils diffèrent également ; la peur étant plus souvent associée à des poussées d'hyperactivité neurovégétative nécessaires pour fuir ou combattre, évaluer le danger immédiat et permettre les conduites d'échappement, et l'anxiété étant plus souvent associée à une tension musculaire et une vigilance dans la préparation au danger futur et à des conduites de prudence ou d'évitement [14].

Dans le DSM V, les troubles anxieux sont classés en :

- ❖ Anxiété de séparation
- ❖ Mutisme sélectif
- ❖ Phobie spécifique
- ❖ Anxiété sociale (phobie sociale)
- ❖ Trouble panique
- ❖ Agoraphobie
- ❖ Anxiété généralisée
- ❖ Trouble anxieux induit par une substance/un médicament
- ❖ Trouble anxieux dû à une autre affection médicale

#### **4.1 Anxiété de séparation :**

##### **4.1.1 Critères diagnostiques selon DSM-V :**

A. Peur ou anxiété excessives et inappropriées au stade du développement concernant la séparation d'avec les personnes auxquelles le sujet est attaché, comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

1. Détresse excessive et récurrente dans les situations de séparation d'avec la maison ou les principales figures d'attachement ou en anticipation de telles situations.
2. Soucis excessifs et persistants concernant la disparition des principales figures d'attachement ou un malheur pouvant leur arriver, tel qu'une maladie, un accident, une catastrophe ou la mort.
3. Soucis excessifs et persistants qu'un événement malheureux (p. ex. se retrouver perdu, être kidnappé, avoir un accident, tomber malade) ne vienne séparer le sujet de ses principales figures d'attachement.
4. Réticence persistante ou refus de sortir, loin de la maison, pour aller à l'école, travailler ou ailleurs, en raison de la peur de la séparation.
5. Appréhension ou réticence excessive et persistante à rester seul ou sans l'une des principales figures d'attachement à la maison, ou bien dans d'autres environnements.

6. Réticence persistante ou refus de dormir en dehors de la maison ou d'aller dormir sans être à proximité de l'une des principales figures d'attachement.

7. Cauchemars répétés à thèmes de séparation.

8. Plaintes somatiques répétées (p. ex. céphalées, douleurs abdominales, nausées, vomissements) lors des séparations d'avec les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations.

B. La peur, l'anxiété ou l'évitement persistent pendant au moins 4 semaines chez les enfants et les adolescents et typiquement pendant 6 mois ou plus chez les adultes.

C. Le trouble entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, scolaire, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Le trouble n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental, tel que le refus de quitter la maison du fait d'une résistance excessive au changement dans le trouble du spectre de l'autisme, les idées délirantes ou les hallucinations concernant la séparation dans les troubles psychotiques, le refus de sortir sans une personne de confiance dans l'agoraphobie, les soucis à propos de problèmes de santé ou autres malheurs pouvant arriver à des personnes proches dans l'anxiété généralisée ou les préoccupations d'avoir une maladie dans la crainte excessive d'avoir une maladie.

## **4.2 Phobie spécifique :**

### **4.2.1 Critères diagnostiques selon DSM-V :**

A. Peur ou anxiété intense à propos d'un objet ou d'une situation spécifique (p. ex. prendre l'avion, hauteurs, animaux, avoir une injection, voir du sang).

B. L'objet ou la situation phobogène provoque presque toujours une peur ou une anxiété immédiate.

C. L'objet ou la situation phobogène est activement évité(e) ou vécu(e) avec une peur ou une anxiété intense.

D. La peur ou l'anxiété est disproportionnée par rapport au danger réel engendré par l'objet ou la situation spécifique et par rapport au contexte socioculturel.

E. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, habituellement d'une durée de 6 mois ou plus.

F. La peur, l'anxiété ou l'évitement causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

G. Le trouble n'est pas mieux expliqué par les symptômes d'un autre trouble mental, comprenant la peur, l'anxiété et l'évitement de situations associés à des symptômes semblables aux symptômes de panique ou d'autres symptômes d'incapacité (comme dans

l'agoraphobie), des objets ou situations liés à des obsessions (comme dans le trouble obsessionnel-compulsif), des souvenirs d'événements traumatiques (comme dans le trouble stress post-traumatique), une séparation de la maison ou des figures d'attachement (comme dans l'anxiété de séparation) ou des situations sociales (comme dans l'anxiété sociale).

### **4.3 Trouble panique :**

#### **4.3.1 Critères diagnostiques selon DSM-V :**

A. Attaques de panique récurrentes et inattendues. Une attaque de panique est une montée brusque de crainte intense ou de malaise intense qui atteint son acmé en quelques minutes, avec la survenue de quatre (ou plus) des symptômes suivants :

1. Palpitations, battements de cœur sensibles ou accélération du rythme cardiaque.
2. Transpiration.
3. Tremblements ou secousses musculaires.
4. Sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement.
5. Sensation d'étranglement.
6. Douleur ou gêne thoracique.
7. Nausée ou gêne abdominale.
8. Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement.
9. Frissons ou bouffées de chaleur.
10. Paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements).
11. Déréalisation (sentiments d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi).
12. Peur de perdre le contrôle de soi ou de « devenir fou ».
13. Peur de mourir.

B. Au moins une des attaques a été suivie par une période d'un mois (ou plus) de l'un ou des deux symptômes suivants :

1. Crainte persistante ou inquiétude d'autres attaques de panique ou de leurs conséquences (p. ex. perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »).
2. Changement de comportement significatif et inadapté en relation avec les attaques (p. ex. comportements en lien avec l'évitement du déclenchement d'une attaque de panique, tels que l'évitement d'exercices ou de situations non familières).

C. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie, affection cardiopulmonaire).

D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex. l'attaque de panique ne survient pas exclusivement en réponse à des situations sociales redoutées comme

dans l'anxiété sociale, ou en réponse à des objets ou situations phobogènes spécifiques, comme dans la phobie spécifique, ou en réponse à des obsessions, comme dans un trouble obsessionnel compulsif, ou en réponse à un rappel d'événements traumatiques, comme dans un trouble stress post-traumatique, ou en réponse à la séparation des figures d'attachement, comme dans l'anxiété de séparation).

#### **4.4 Agoraphobie :**

##### **4.4.1 Critères diagnostiques selon DSM-V :**

A. Peur ou anxiété marquée pour deux (ou plus) des cinq situations suivantes :

1. Utiliser les transports en commun (p. ex. voitures, bus, trains, bateaux, avions).
2. Être dans des endroits ouverts (p. ex. parking, marchés, ponts).
3. Être dans des endroits clos (p. ex. magasins, théâtres, cinémas).
4. Être dans une ile d'attente ou dans une foule.
5. Être seul à l'extérieur du domicile.

B. La personne craint ou évite ces situations parce qu'elle pense qu'il pourrait être difficile de s'en échapper ou de trouver du secours en cas de survenue de symptômes de panique ou d'autres symptômes incapacitants ou embarrassants (p. ex. peur de tomber chez les personnes âgées, peur d'une incontinence).

C. Les situations agoraphobogènes provoquent presque toujours une peur ou de l'anxiété.

D. Les situations agoraphobogènes sont activement évitées, nécessitent la présence d'un accompagnant, ou sont subies avec une peur intense ou de l'anxiété.

E. La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport au danger réel lié aux situations agoraphobogènes et compte tenu du contexte socioculturel.

F. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, durant typiquement 6 mois ou plus.

G. La peur, l'anxiété ou l'évitement causent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. Si une autre affection médicale (p. ex. maladie inflammatoire de l'intestin, maladie de Parkinson) est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement excessifs.

I. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental ; par exemple, les symptômes ne sont pas limités à une phobie spécifique, de type situationnel, ne sont pas uniquement présents dans des situations sociales (comme dans l'anxiété sociale) et ne sont pas liés exclusivement à des obsessions (comme dans le trouble obsessionnel compulsif), à des perceptions de défauts ou d'imperfections dans l'apparence physique (comme dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle), à des

rappels d'événements traumatiques (comme dans le trouble stress post-traumatique) ou à une peur de la séparation (comme dans l'anxiété de séparation).

#### **4.5 Anxiété généralisée :**

##### **4.5.1 Critères diagnostiques selon DSM-V :**

A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (telles que le travail ou les performances scolaires).

B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.

C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes ont été présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois) :

1. Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout.

2. Fatigabilité.

3. Difficultés de concentration ou trous de mémoire.

4. Irritabilité.

5. Tension musculaire.

6. Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant).

D. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. Substance donnant lieu à abus, médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie).

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex. anxiété ou souci d'avoir une autre attaque de panique dans le trouble panique, évaluation négative dans l'anxiété sociale [phobie sociale], contamination ou autres obsessions dans le trouble obsessionnel compulsif, séparation des figures d'attachement dans l'anxiété de séparation, souvenirs d'événements traumatiques dans le trouble stress post-traumatique, prise de poids dans l'anorexie mentale, plaintes somatiques dans le trouble à symptomatologie somatique, défauts d'apparence perçus dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle, avoir une maladie grave dans la crainte excessive d'avoir une maladie, ou teneur de croyances délirantes dans la schizophrénie ou le trouble délirant).

## **5. Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés :**

Le trouble obsessionnel-compulsif (toc) est un trouble mental grave et débilisant, caractérisé par la présence d'obsessions et de compulsions, qui affecte à peu près 2 % de la population. Présent partout dans le monde, le toc touche légèrement plus d'adultes de sexe féminin que de sexe masculin. En général, les symptômes se manifestent graduellement et dans un quart des cas, le toc débute au début de l'adolescence [14].

Les troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés incluent :

- Le trouble obsessionnel compulsif (TOC).
- L'obsession d'une dysmorphie corporelle, la thésaurisation pathologique (syllomanie).
- La trichotillomanie (arrachage compulsif de ses propres cheveux).
- La dermatillomanie (trituration pathologique de la peau).
- Le trouble obsessionnel-compulsif ou apparenté induit par une substance/un médicament.
- Le trouble obsessionnel-compulsif ou apparenté dû à une autre affection médicale.
- L'autre trouble obsessionnel-compulsif ou apparenté spécifié et le trouble obsessionnel compulsif ou apparenté non spécifié (p. ex. comportement répétitif pathologique centré sur le corps, jalousie obsessionnelle).

### **5.1 Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) :**

#### **5.1.1 Critères diagnostiques selon DSM-V :**

A. Présence d'obsessions, de compulsions, ou des deux :

-Obsessions définies par (1) et (2) :

1. Pensées, pulsions ou images récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inopportunes, et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante chez la plupart des sujets.

2. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, pulsions ou images, ou pour les neutraliser par d'autres pensées ou actions (c.-à-d. en faisant une compulsion).

-Compulsions définies par (1) et (2) :

1. Comportements répétitifs (p. ex. se laver les mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (p. ex. prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.

2. Les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer l'anxiété ou le sentiment de détresse, ou à empêcher un événement ou une situation redoutée ; cependant, ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce

qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs. Comportements ou de ces actes mentaux.

B. Les obsessions ou compulsions sont à l'origine d'une perte de temps considérable (p. ex. prenant plus d'une heure par jour) ou d'une détresse cliniquement significative, ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes obsessionnels-compulsifs ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus ou un médicament) ni à une autre affection médicale.

D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par les symptômes d'un autre trouble mental (p. ex. des soucis excessifs dans le l'anxiété généralisée, une préoccupation avec l'apparence dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle, une difficulté à se débarrasser ou à se séparer de possessions dans la thésaurisation pathologique (sylllogomanie), le fait de s'arracher les cheveux dans la trichotillomanie, le fait de se provoquer des excoriations dans la dermatillomanie [trituration pathologique de la peau], des stéréotypies dans les mouvements stéréotypés, un comportement alimentaire ritualisé dans les troubles alimentaires, une préoccupation avec des substances ou le jeu d'argent dans les troubles liés à une substance et troubles addictifs, la préoccupation par le fait d'avoir une maladie dans la crainte excessive d'avoir une maladie, des pulsions ou des fantasmes sexuels dans les troubles paraphiliques, des impulsions dans les troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites, des ruminations de culpabilité dans le trouble dépressif caractérisé, des préoccupations délirantes ou des pensées imposées dans le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques, ou des schémas répétitifs de comportement comme dans le trouble du spectre de l'autisme).

### **5.1.2 Prévalence :**

Aux États-Unis la prévalence du TOC sur 1 an est de 1,2 % [44] [45], et les chiffres de prévalence internationale sont similaires (1,1 à 1,8 %) [46].

### **6. Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress :**

Les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress regroupent des troubles pour lesquels l'exposition à un événement traumatique ou stressant est explicitement notée comme critère diagnostique. Ils comprennent le trouble réactionnel de l'attachement, la désinhibition du contact social, le trouble stress post-traumatique, le trouble stress aigu et les troubles de l'adaptation [14].

Les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress incluent :

- Trouble réactionnel de l'attachement
- Désinhibition du contact social

- Trouble stress post-traumatique
- Trouble stress aiguë
- Trouble de l'adaptation
- Autre trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress, spécifié
- Trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress, non spécifié

## **6.1 Trouble stress post-traumatique :**

### **6.1.1 Critères diagnostiques selon DSM-V :**

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.
3. Réactions dissociatives (p. ex. flashbacks [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. :«je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours»).

3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.

4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).

5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.

6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
  2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
  3. Hypervigilance.
  4. Réaction de sursaut exagérée.
  5. Problèmes de concentration.
  6. Perturbation du sommeil exp. Difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).
- F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.
- G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

## **6.2 Trouble stress aigu :**

### **6.2.1 Critères diagnostiques selon DSM-V :**

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou plus) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques est/sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême à des caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

B. Présence de neuf (ou plus) des symptômes suivants de n'importe laquelle des cinq catégories suivantes : symptômes envahissants, humeur négative, symptômes dissociatifs, symptômes d'évitement et symptômes d'éveil, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

#### **Symptômes envahissants**

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.

3. Réactions dissociatives (p. ex. flashbacks [scènes rétrospectives]) au cours desquelles l'individu se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement).

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

### **Humeur négative**

5. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

### **Symptômes dissociatifs**

6. Altération de la perception de la réalité, de son environnement ou de soi-même (p. ex. se voir soi-même d'une manière différente, être dans un état d'hébétude ou percevoir un ralentissement de l'écoulement du temps).

7. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas en raison d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

### **Symptômes d'évitement**

8. Efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

9. Efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

### **Symptômes d'éveil**

10. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

11. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

12. Hypervigilance.

13. Difficultés de concentration.

14. Réaction de sursaut exagérée.

C. La durée de la perturbation (des symptômes du critère B) est de 3 jours à 1 mois après l'exposition au traumatisme.

D. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection médicale (p. ex. lésion cérébrale traumatique légère), et n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref.

### **6.3 Troubles de l'adaptation :**

#### **6.3.1 Critères diagnostiques selon DSM-V :**

A. Survenue de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables dans les 3 mois suivant l'exposition au(x) facteur(s) de stress.

B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoigne un ou les deux éléments suivants :

1. Détresse marquée hors de proportion par rapport à la gravité ou à l'intensité du facteur de stress, compte tenu du contexte externe et des facteurs culturels qui pourraient influencer la gravité des symptômes et la présentation.

2. Altération significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. La perturbation causée par le facteur de stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble mental et n'est pas simplement une exacerbation d'un trouble mental préexistant.

D. Les symptômes ne sont pas ceux d'un deuil normal.

E. Une fois que le facteur de stress ou ses conséquences sont terminés, les symptômes ne persistent pas au-delà d'une période additionnelle de 6 mois.

#### **V. Étiopathogénie :**

Un facteur de vulnérabilité se définit comme une caractéristique qui augmente la probabilité de la survenue d'un trouble psychique, probabilité car cette caractéristique peut être présente sans que le trouble psychiatrique apparaisse ET au contraire, être absente quand le trouble apparaît, IL n'existe donc pas de causalité directe entre facteurs favorisant des troubles psychiques et pathologie psychiatrique

#### **1. Facteurs de vulnérabilité environnementaux**

On entend par facteurs environnementaux les facteurs liés à l'environnement dans lequel a évolué ou évolue le sujet (facteurs psychosociaux) mais également des facteurs liés à la biologie (facteurs biologiques).

## 1.1 Facteurs psychosociaux

-On peut citer :

le célibat, l'isolement social et affectif, le faible investissement dans la vie professionnelle, le niveau socioéconomique peu élevé, la vie en ville, le faible support social ;

Les événements de vie stressants « heureux » – mariage, naissance d'un enfant, promotion sociale – ou « malheureux » – perte d'emploi, décès, séparation, etc.

-Les événements de vie stressants seraient plus impliqués dans la rechute d'une pathologie que dans sa survenue.

-Certains chercheurs ont pu mettre en évidence le rôle des perturbations des relations précoces parents/enfant dans la survenue de la schizophrénie.

-Seul le traumatisme psychique – événement de vie particulièrement stressant – peut donner à lui seul une pathologie psychiatrique : **l'état de stress post-traumatique.**

## 1.2 Facteurs biologiques

Des complications pendant la grossesse de la mère et à la naissance de l'enfant peuvent être en lien avec la survenue de la schizophrénie, de troubles de l'humeur, d'anorexie mentale ou d'autisme.

## 1.3 Facteurs toxiques

Les facteurs toxiques tels que les substances psychoactives (cannabis, amphétamines, cocaïne) ne seraient pas à l'origine de troubles psychiques comme la schizophrénie mais en favoriseraient davantage l'éclosion et l'évolution.

## 1.4 Facteurs infectieux

Des agents infectieux ont pu être désignés comme facteurs prédisposant à certains troubles psychiques : le virus de la grippe pour la schizophrénie, le streptocoque bêta hémolytique du groupe A pour les troubles obsessionnels compulsifs chez l'enfant.

## 1.5 Facteurs dégénératifs

Rôle des affections dégénératives cérébrales et des affections ischémiques cérébrales prédominant dans des troubles psychiques spécifiques comme les démences.

## 2. Facteurs de vulnérabilité génétiques

Aucun gène isolé n'a pu être mis en évidence dans aucune des pathologies psychiatriques.

La recherche en psychiatrie se tourne vers l'interaction entre les gènes et l'environnement : par exemple dans la schizophrénie – mère biologique schizophrène + environnement favorisant ou gène COMT + sujet consommateur de cannabis.

**MATERIELS**  
**ET**  
**METHODES**

### **3. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective sur un échantillon des patients consultés et/ou hospitalisés à l'EHS de psychiatrie HDEB-Ouargla du 1<sup>er</sup> Janvier 2020 à 31 Décembre 2021.

### **4. Description de lieu d'étude**

Cette étude est réalisée au niveau du l'EHS de psychiatrie HDEB- Ouargla qui est constitué de 02 blocs séparés :

-le premier c'est le service ou s'assure la consultation et les urgences de la psychiatrie infanto-juvénile.

-le deuxième ou le bloc majoritaire c'est pour la consultation, les urgences ainsi que les différents services d'hospitalisation en psychiatrie adulte.

Le premier étage : un bloc administratif.

### **5. Durée de recrutement**

Elle s'est déroulée sur une période allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2020 à 31 Décembre 2021 soit une durée de 02 ans.

### **6. La population d'étude**

Cette étude avait porté sur tous les nouveaux cas (patients) atteints de pathologie neuropsychiatrique reçus à la consultation et/ou hospitalisés à l'EHS de psychiatrie HDEB Ouargla, âgés de 18ans et plus, quel que soit leur lieu de résidence ou le type d'hospitalisation (volontaire, à la demande d'un tiers ou d'office) durant la période allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2020 à 31 Décembre 2021.

### **7. Critères d'éligibilité**

#### **7.1 Critères d'inclusion :**

De ce fait, nous avons recensé tous les dossiers des patients ayant été hospitalisé ou consultez dans l'EHS de psychiatrie HDEB-Ouargla entre le 1<sup>er</sup> Janvier 2020 et 31 Décembre 2021.

- Répondant aux critères de la classification internationale DSM V.
- Adultes âgés de 18ans et plus, quel que soit le sexe.
- Quel que soit leur lieu de naissance ou de résidence.

## **7.2 Critères de non-inclusion :**

- Patients inférieur à 18 ans
- Ne répondant pas aux critères de la classification internationale DSM-V.

## **8. Collecte des données :**

Nous avons collecté nos données à l'aide d'une fiche d'enquête (Annexe I), dossiers d'hospitalisations et de consultations.

## **9. Saisies et traitement de texte :**

Ces données ont été saisies et traitées à l'aide du Pack office 2013 et du logiciel SPSS. Le logiciel Zotero a également été utilisé pour les références bibliographiques. Après avoir observé certains résultats, nous avons conduit une étude descriptive.

L'analyse porte sur le calcul de fréquences et du pourcentage des différentes variables de l'étude.

## **10. Considérations éthiques :**

Nous avons obtenu l'accord du chef de service avant de réaliser notre enquête. La confidentialité et l'anonymat du patient ont été respectés.

## **11. Les variables étudiées**

### ▪ Le sexe :

- ✓ Homme
- ✓ Femme

### ▪ Lieu de résidence :

- ✓ Ouargla
- ✓ Touggourt
- ✓ Autres wilaya (Ghardaïa, Laghouat, Ilizi, Menéa, Bordj Badji Mokhtar,....).

### ▪ L'âge : répartie en 04 tranches d'âges :

- ✓ De 18 à 25 ans
- ✓ De 26 à 30 ans
- ✓ De 31 à 40 ans
- ✓ De 40 ans ou plus

- Le niveau scolaire :
  - ✓ Sans
  - ✓ Primaire
  - ✓ Moyen
  - ✓ Secondaire
  - ✓ Universitaire
  
- Le statut marital :
  - ✓ Célibataire
  - ✓ Marié(e)
  - ✓ Divorcée
  - ✓ Veuf (Ve)
  
- L'activité professionnelle :
  - ✓ Active
  - ✓ Passive
  - ✓ Sans profession
  
- Les antécédents personnels médicaux :
  - ✓ HTA
  - ✓ Diabète
  - ✓ HTA+ Diabète
  
- Les antécédents psychiatriques familiaux
  - ✓ Père
  - ✓ Mère
  
- Des habitudes toxiques :
  - ✓ Tabac
  - ✓ Alcool
  - ✓ Cannabis
  - ✓ Psychotropes

▪ L'âge du début de trouble :

- ✓ Avant 40 ans
- ✓ Après 40 ans

▪ Le motif de la consultation

- ✓ Agitation PM (IPM).
- ✓ Agressivité
- ✓ Troubles du comportement
- ✓ Insomnie
- ✓ Autres

▪ L'origine de la demande d'hospitalisation

- ✓ Volontaire
- ✓ À la demande d'un tiers
- ✓ D'office

▪ Le type de la pathologie

- ✓ Aigu
- ✓ Chronique

▪ Le diagnostic psychiatrique retenu

- ✓ Troubles anxieux
- ✓ EDC
- ✓ Confusion Mentale
- ✓ Schizophrénie
- ✓ Trouble Bipolaire
- ✓ Trouble Délirant
- ✓ Débilité Mentale
- ✓ Démence Sénile
- ✓ Toxicomanie

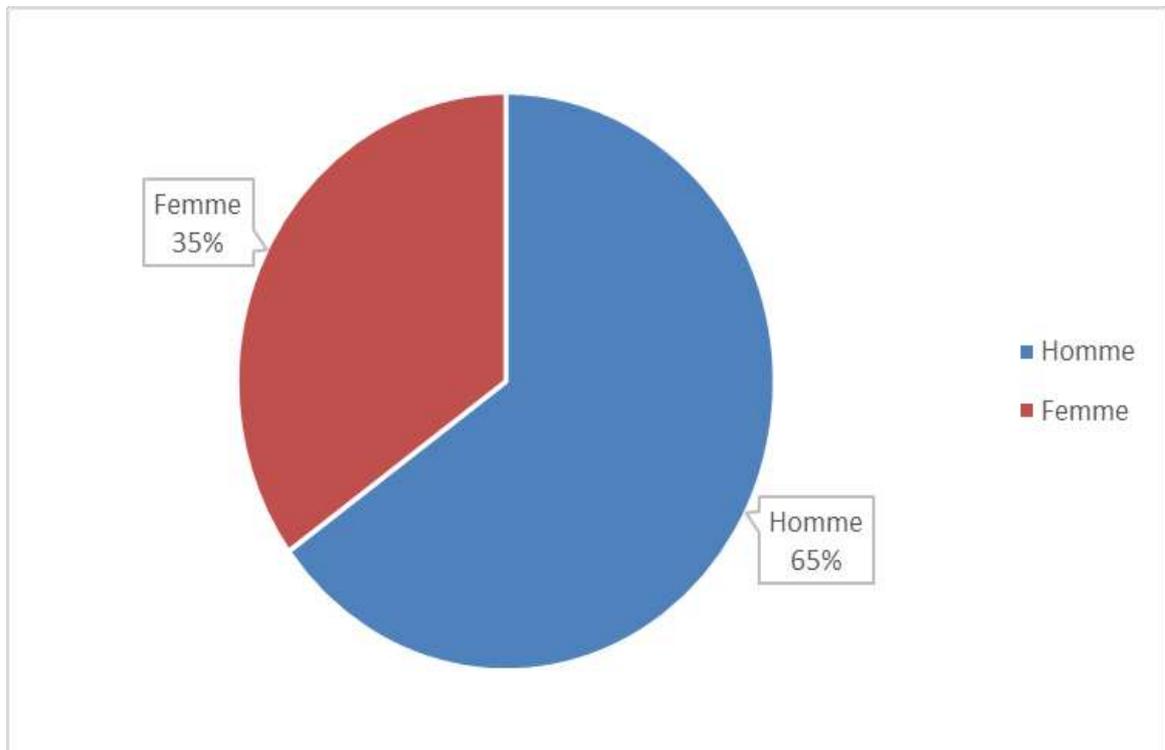
# RESULTATS

## **Résultats**

Sur deux ans, nous avons recensé 420 dossiers. La fréquence des hospitalisations était de 35,5% (149/420) et celle des consultations 64,5% (271/420).

### **1. Les caractéristiques sociodémographiques :**

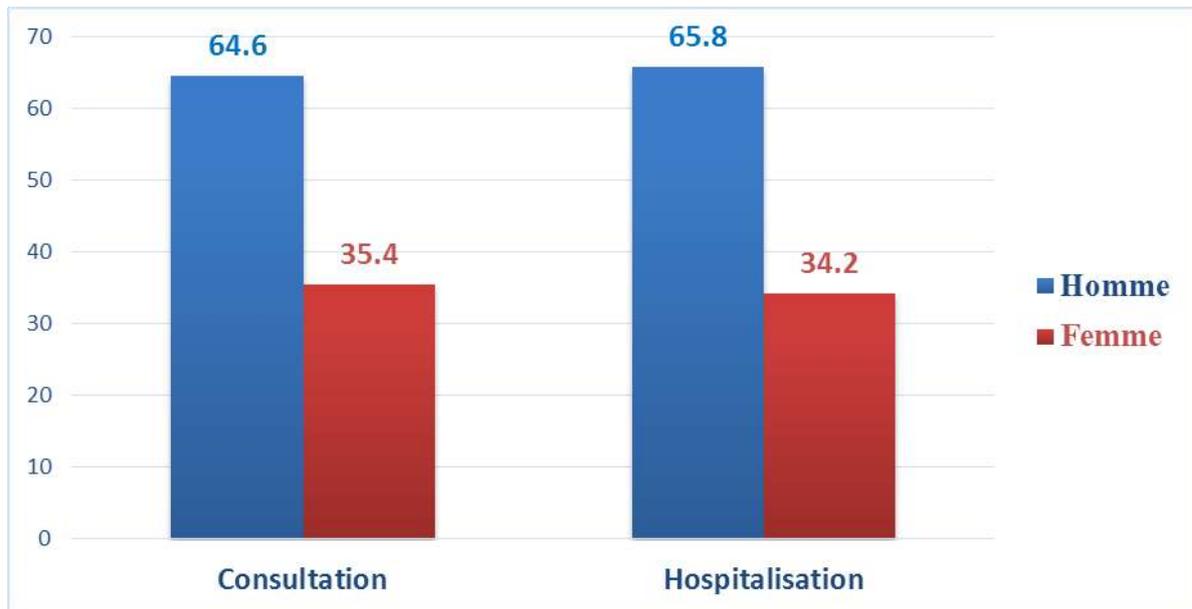
#### **1.1 Répartition des patients selon le sexe :**



**Figure 1: Répartition des patients selon le sexe**

✓ Le sexe masculin était le plus représenté à 65% avec sex-ratio de 1.85.

**1.2 Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction du sexe :**



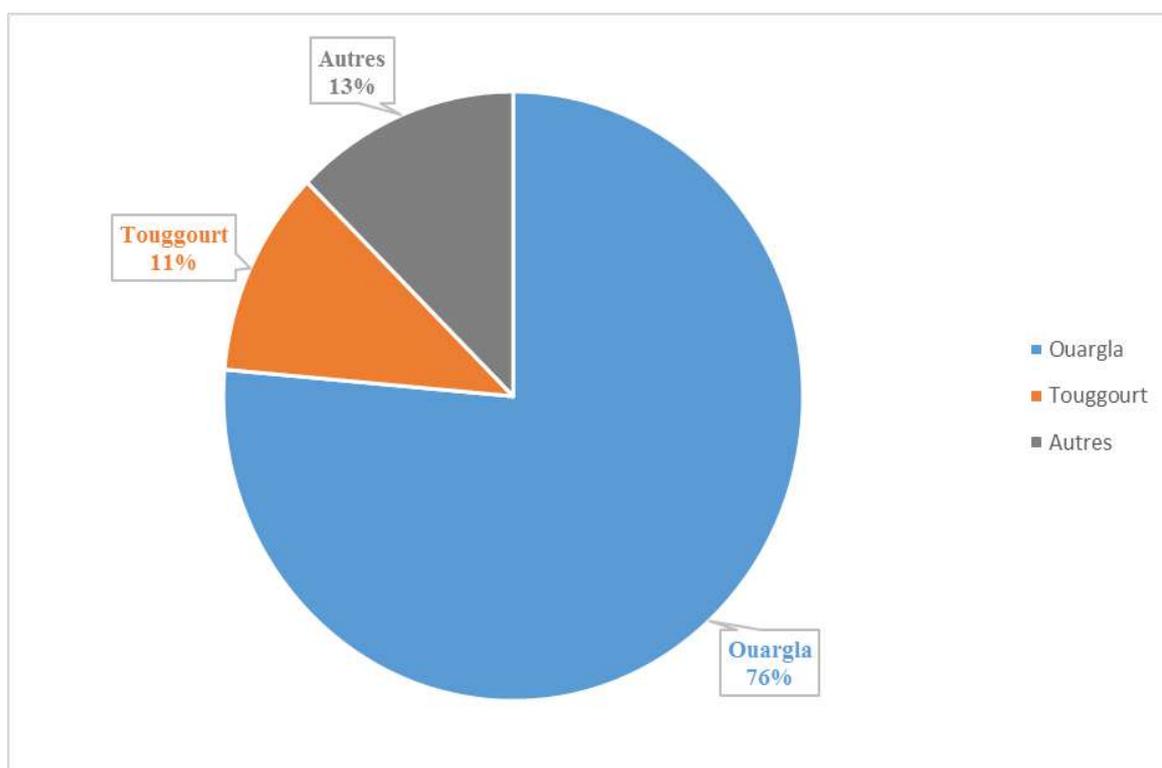
**Figure 2 :** Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction du sexe

✓ Le sexe masculin était le plus représenté chez les consultants et les hospitalisés.

### 1.3 Répartition des patients selon le lieu de la résidence :

**Tableau I : Répartition des patients selon le lieu de la résidence**

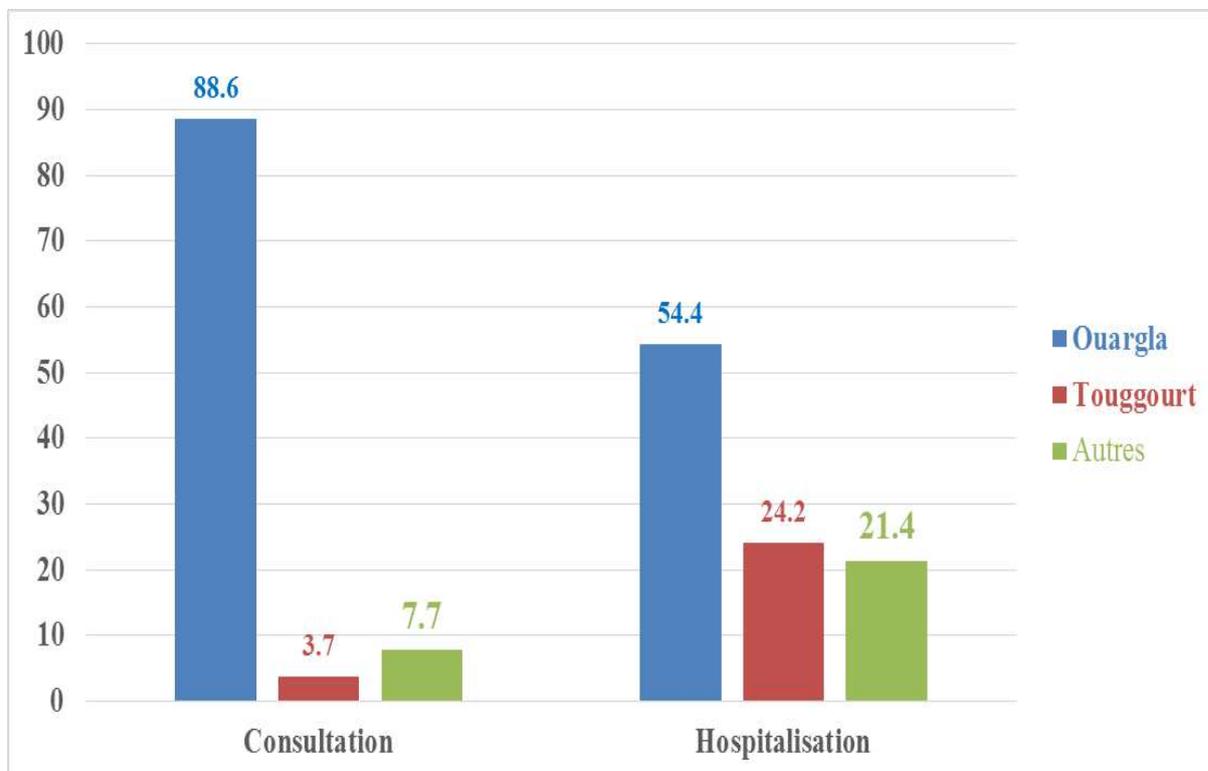
La résidence	Effectifs	Pourcentage%
<b>Ouargla</b>	<b>321</b>	<b>76.4</b>
Touggourt	46	11
Autres	53	12.6
<b>Total</b>	<b>420</b>	<b>100.0</b>



**Figure 3 : Répartition des patients selon le lieu de la résidence**

- ✓ Nous constatons que 76,4% des patients sont d'origine de la wilaya d'Ouargla, 11% sont d'origine de Touggourt et 12.6% les autres wilayas (Ghardaïa, Laghouat, Illizi, Menéa, Bordj Badji Mokhtar,...).

#### 1.4 Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction de la résidence



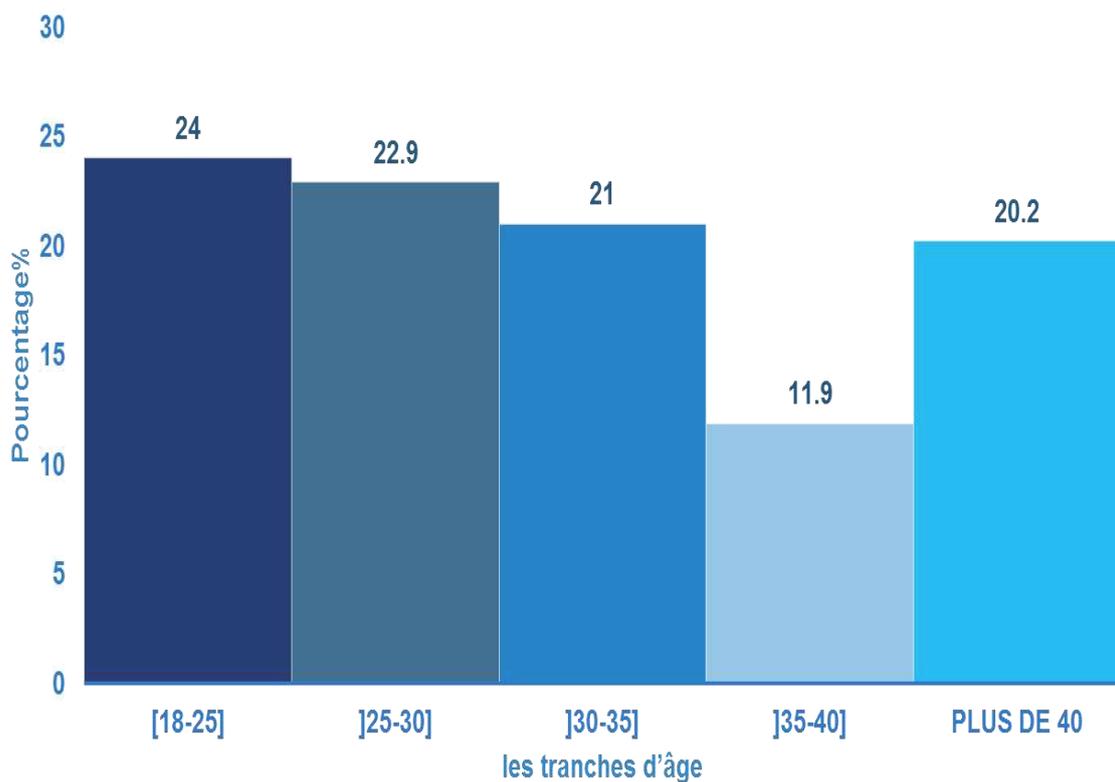
**Figure 4 :** Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) en fonction de la résidence

- ✓ La majorité des patients sont d'origine de la wilaya d'Ouargla dans la consultation et l'hospitalisation néanmoins près de 50% des hospitalisés ne sont pas d'origine de la wilaya d'Ouargla ce qui montre la nécessité régionale des structures psychiatriques.

### 1.5 Répartition des patients selon les tranches d'âge :

**Tableau II : Répartition des patients selon les tranches d'âge**

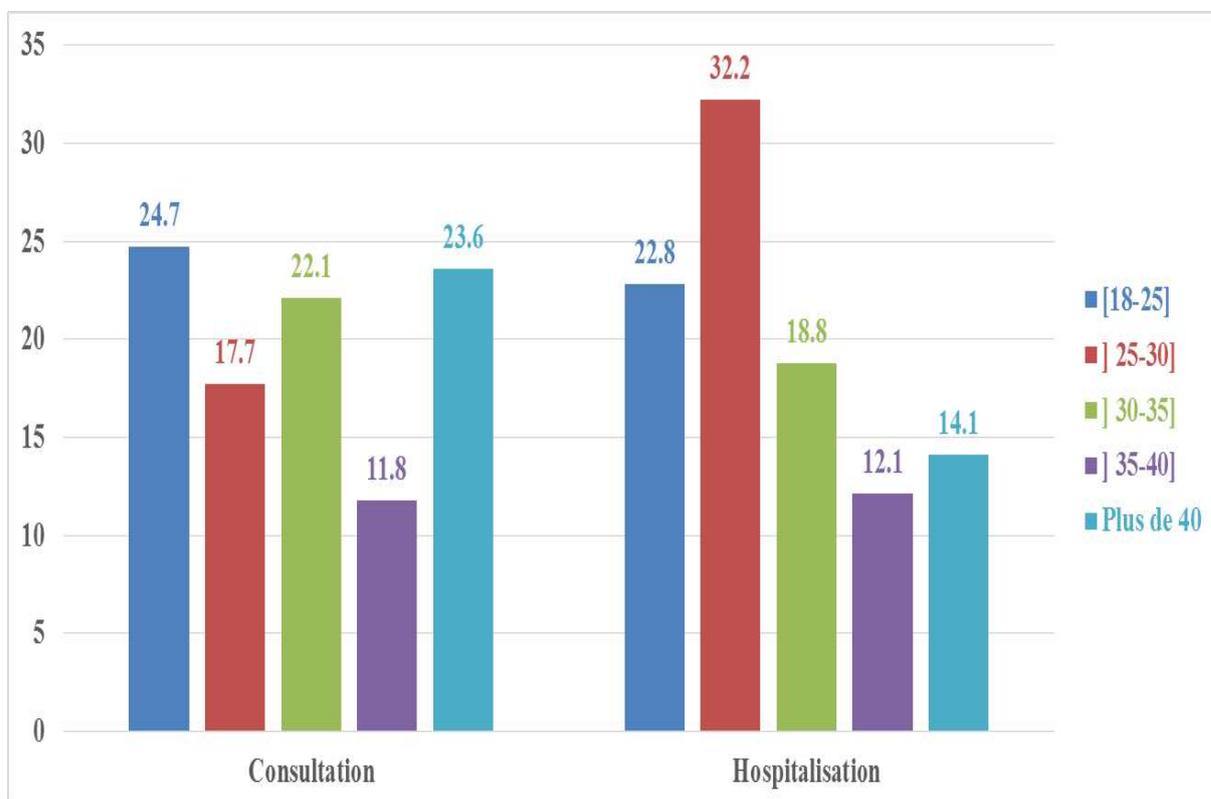
Tranches d'âge	Effectifs	Pourcentage%
<b>[18-25]</b>	<b>101</b>	<b>24</b>
] 25-30]	96	22.9
] 30-35]	88	21
] 35-40]	50	11.9
Plus de 40	85	20.2
<b>Total</b>	<b>420</b>	<b>100</b>



**Figure 5 : Répartition des patients selon les tranches d'âge**

✓ La tranche d'âge de [18-25] ans était la plus représentée ; la moyenne d'âge était de 33,61 ans et la médiane d'âge était de 31,00 ans  $\pm$  11,53 avec des extrêmes d'âge (18-85) ans.

### 1.6 Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction des tranches d'âge



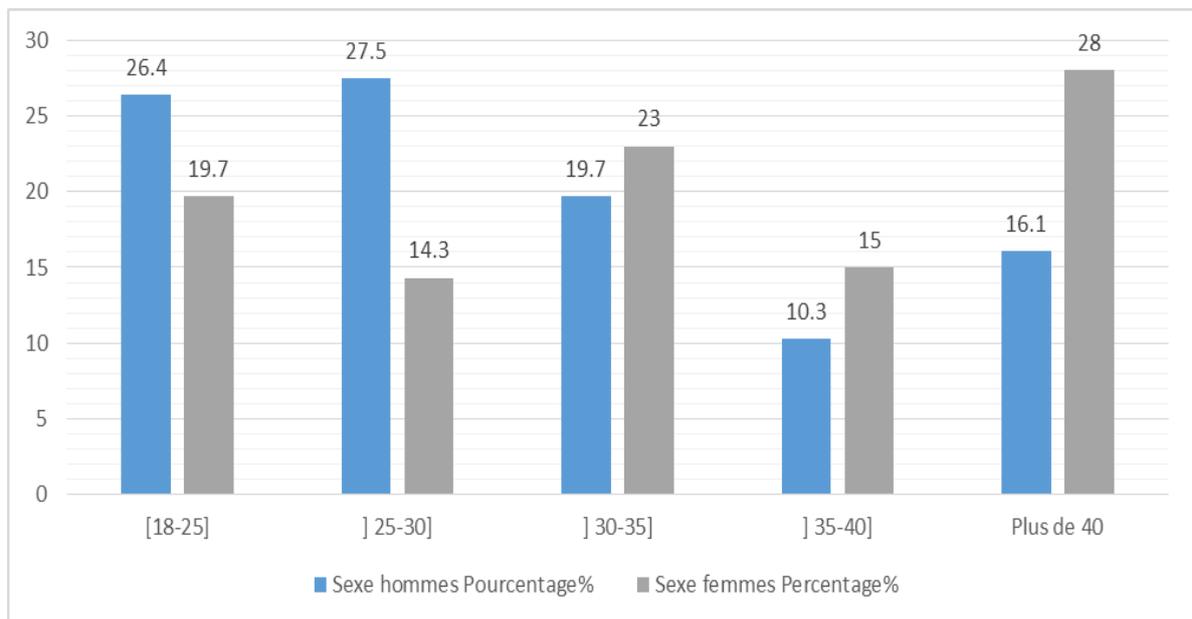
**Figure 6 :** Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction des tranches d'âge

✓ La tranche d'âge de [18-25] ans était la plus représentée dans la consultation, alors que la tranche d'âge de [25-30] ans était la plus représentée chez les hospitalisés.

## 1.7 Répartition des patients selon le sexe et les tranches d'âge :

**Tableau III : Répartition des patients selon le sexe et les tranches d'âge**

Tranches d'âge	Sexe				Effectifs	Pourcentage%
	Hommes		Femmes			
	Effectifs	Pourcentage%	Effectifs	Pourcentage%		
[18-25]	72	26.4	29	19.7	<b>101</b>	<b>24</b>
] 25-30]	<b>75</b>	<b>27.5</b>	21	14.3	96	22.9
] 30-35]	54	19.7	34	23	88	21
] 35-40]	28	10.3	22	15	50	11.9
Plus de 40	44	16.1	<b>41</b>	<b>28</b>	85	20.2
<b>Total</b>	273	100%	147	100%	420	100%



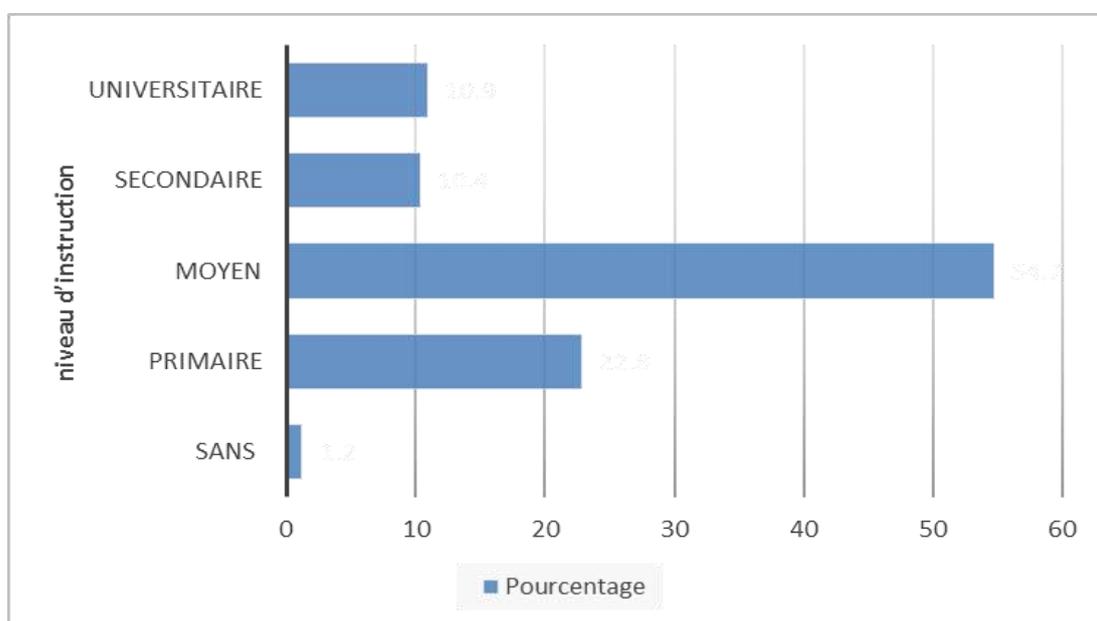
**Figure 7 : Répartition des patients selon le sexe et les tranches d'âge**

- ✓ La tranche d'âge de ] 25- 30] ans était la plus représentée chez les hommes soit à 27.5% (54% du patients du sexe masculin sont touchés avant l'âge du 30 ans).
- ✓ La tranche d'âge de Plus de 40 ans était la plus représentée chez les femmes soit à 28% (65% de nos patientes sont touchées après l'âge du 30 ans).

## 1.8 Répartition des patients selon le niveau d’instruction :

**Tableau IV : Répartition des patients selon le niveau d’instruction**

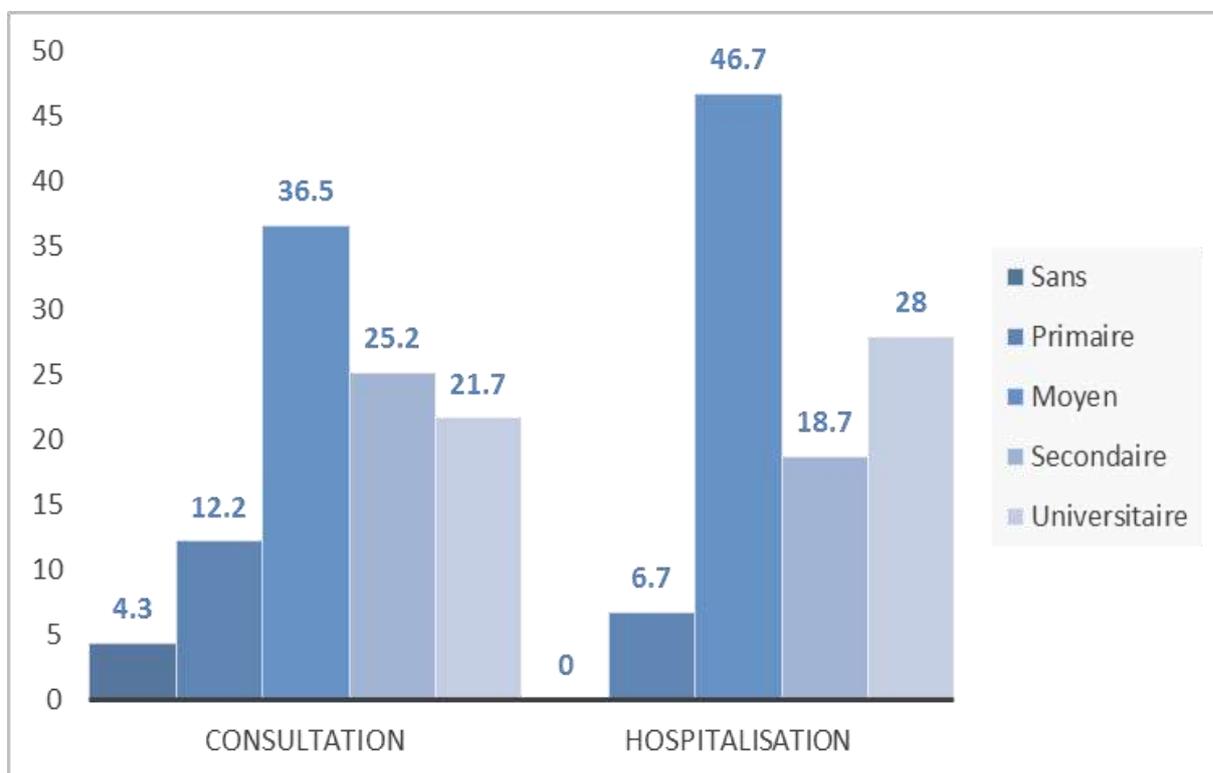
Niveau d’instruction	Effectifs	Pourcentage%
Sans	5	1.2
Primaire	96	22.8
<b>Moyen</b>	<b>230</b>	<b>54.7</b>
Secondaire	43	10.4
Universitaire	46	10.9
<b>Total</b>	<b>420</b>	<b>100.0</b>



**Figure 8 : Répartition des patients selon le niveau d’instruction**

✓ La plupart de nos patients avaient un niveau d’instruction bas soit 56,4% avec un niveau d’instruction moyen et 17,2 un niveau d’instruction primaire.

**1.9 Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction de niveau d'instruction :**



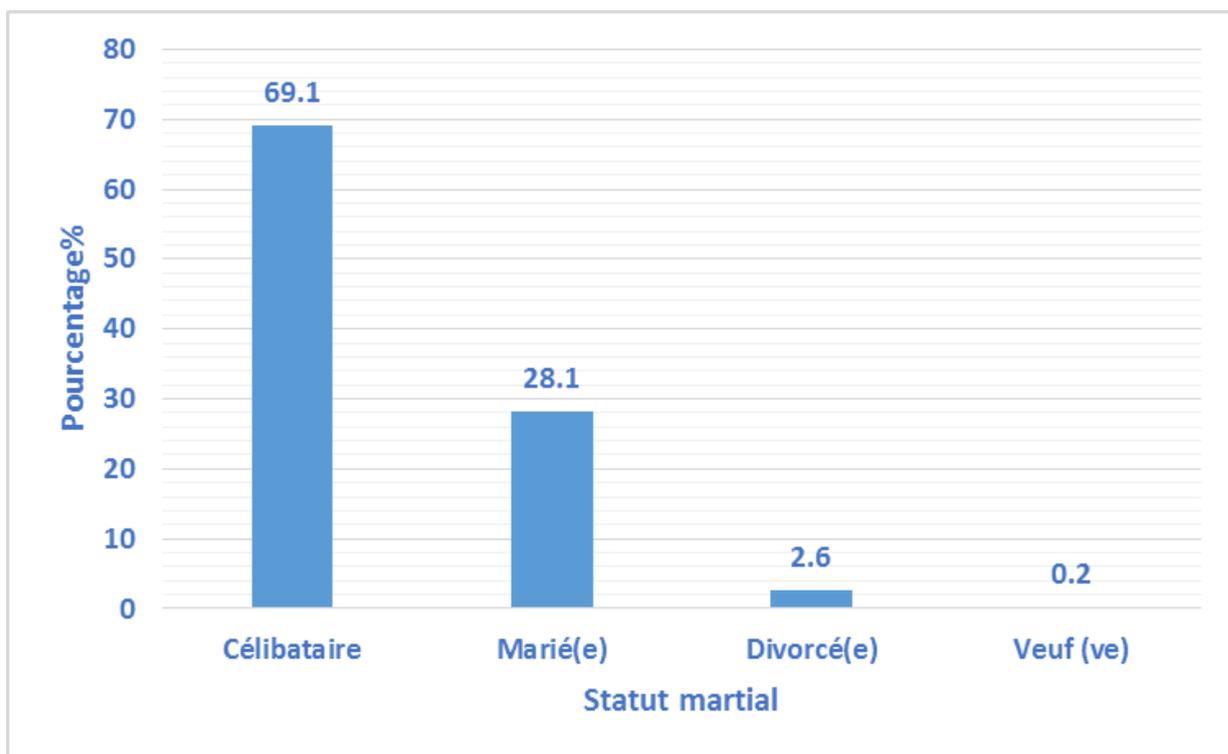
**Figure 9 :** Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction de niveau d'instruction

- ✓ La majorité des consultants ont un niveau d'instruction moyen, alors que les hospitalisés ont un niveau primaire.

### 1.10 Répartition des patients selon le statut marital :

**Tableau V : Répartition des patients selon le statut marital**

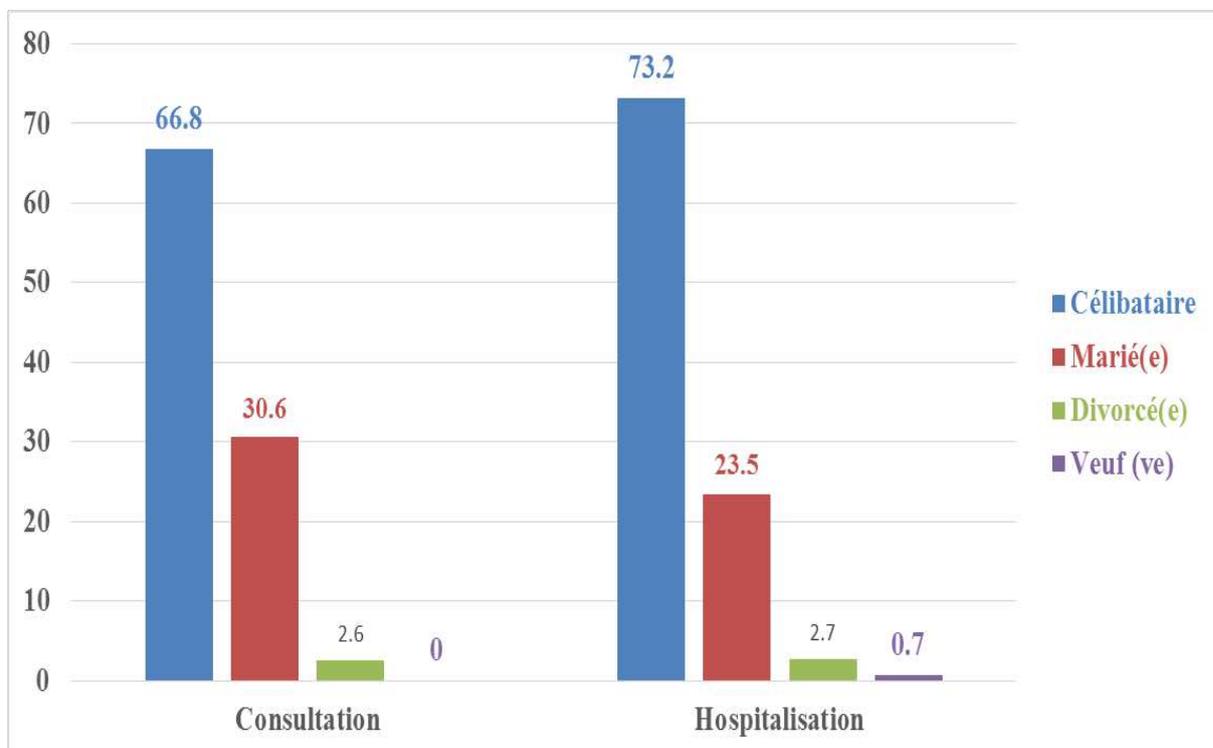
le statut marital	Effectifs	Pourcentage%
Célibataire	290	69.1
Marié(e)	118	28.1
Divorcé(e)	11	2.6
Veuf (ve)	1	0.2
<b>Total</b>	<b>420</b>	<b>100.0</b>



**Figure 10 : Répartition des patients selon le statut marital**

✓ Les célibataires étaient les plus retrouvés soit 69.1%.

### 1.11 Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction de statut marital :



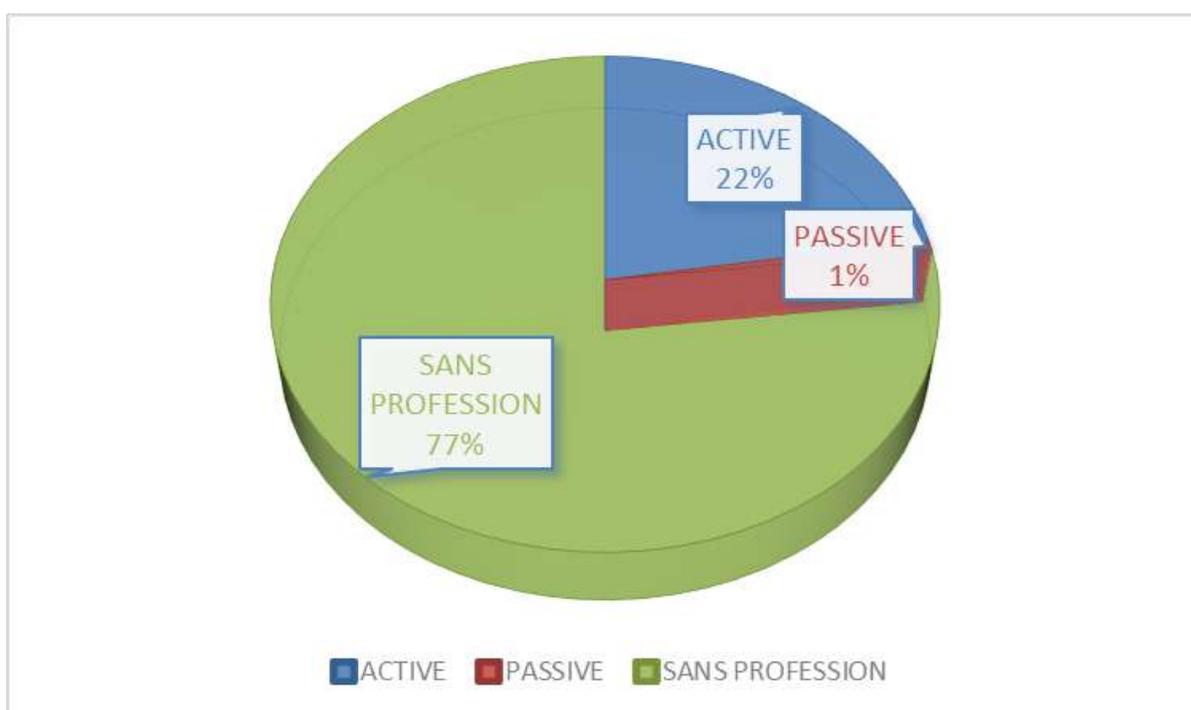
**Figure 11** : Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction de statut marital

- ✓ Les célibataires étaient les plus représentés chez les consultants ainsi que les hospitalisés.

## 1.12 Répartition des patients selon l'activité professionnelle :

**Tableau VI : Répartition des patients selon l'activité professionnelle**

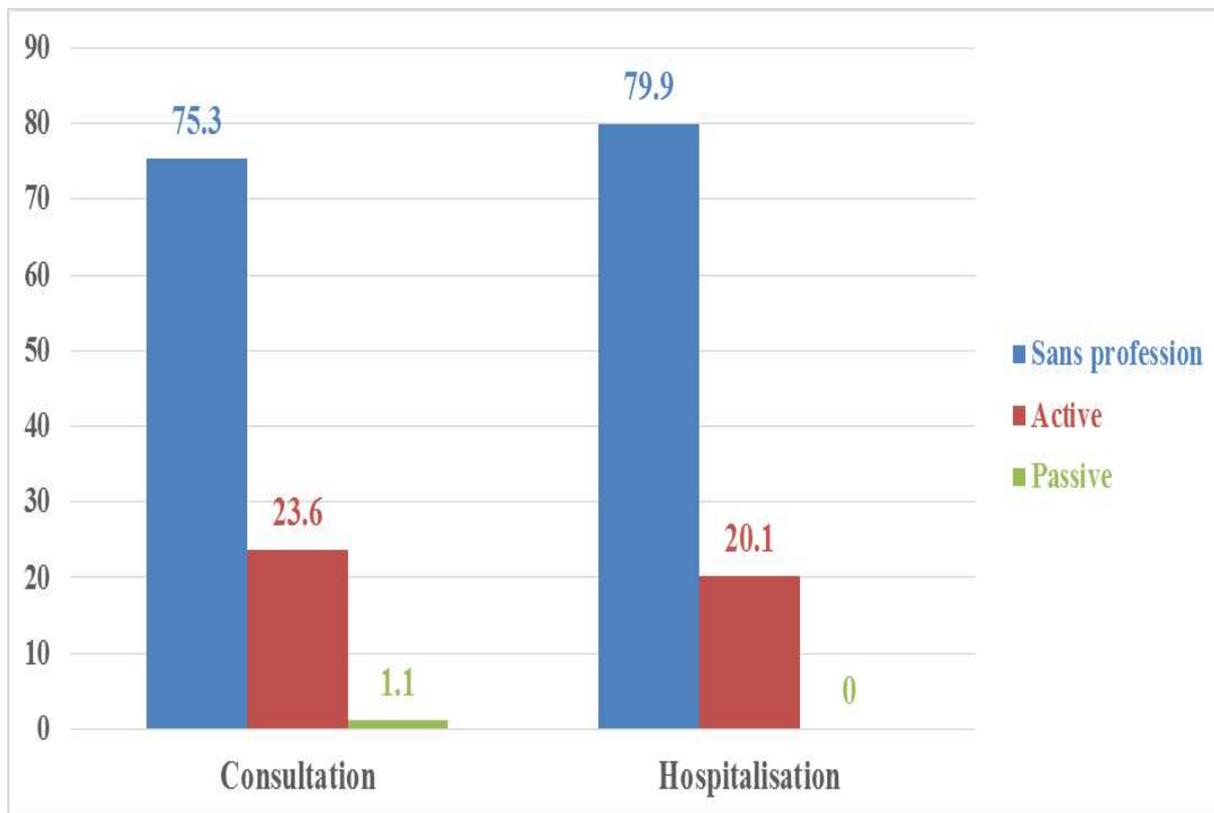
L'activité professionnelle	Effectifs	Pourcentage%
Active	94	22.4
Passive	03	0.7
<b>Sans profession</b>	<b>323</b>	<b>76.9</b>
<b>Total</b>	<b>420</b>	<b>100.0</b>



**Figure 12 : Répartition des patients selon l'activité professionnelle**

✓ Les sans-emploi / chômeur représentaient 76.9% des enquêtés.

**1.13 Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction d'activité professionnelle :**



**Figure 13 :** Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction d'activité professionnelle

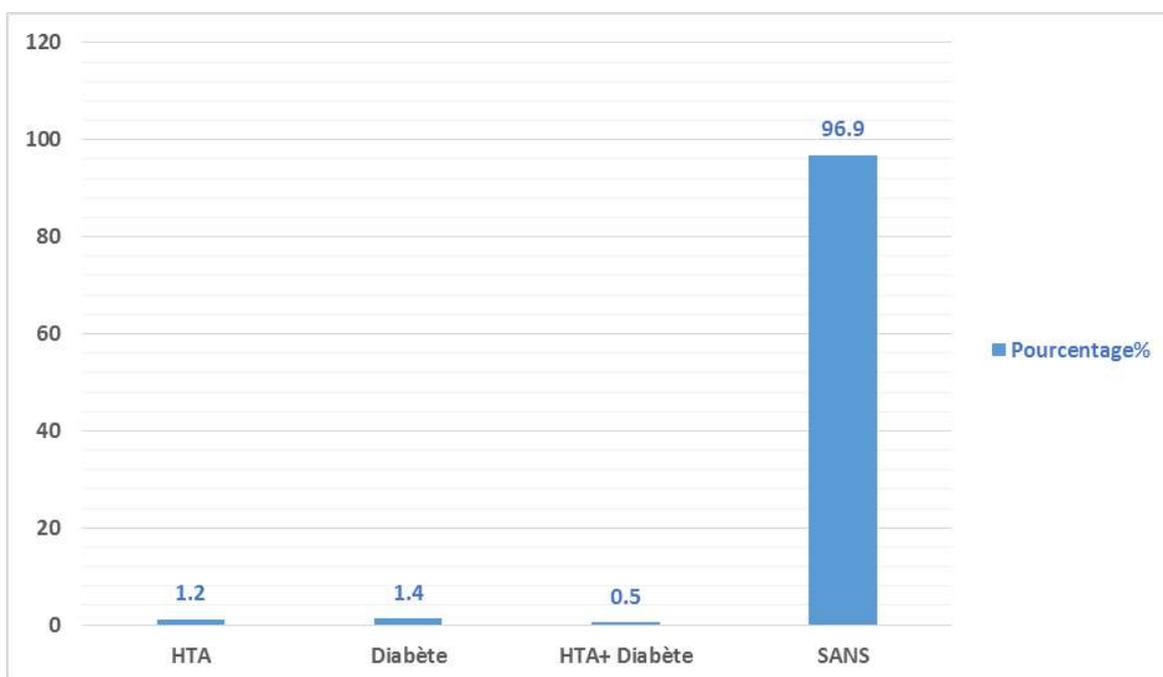
✓ Les sans-emploi / chômeur représentaient la majorité chez les consultants ainsi que les hospitalisés.

## 2. Les antécédents :

### 2.1 Répartition des patients selon les antécédents personnels médicaux :

**Tableau VII :** Répartition des patients selon les antécédents personnels médicaux

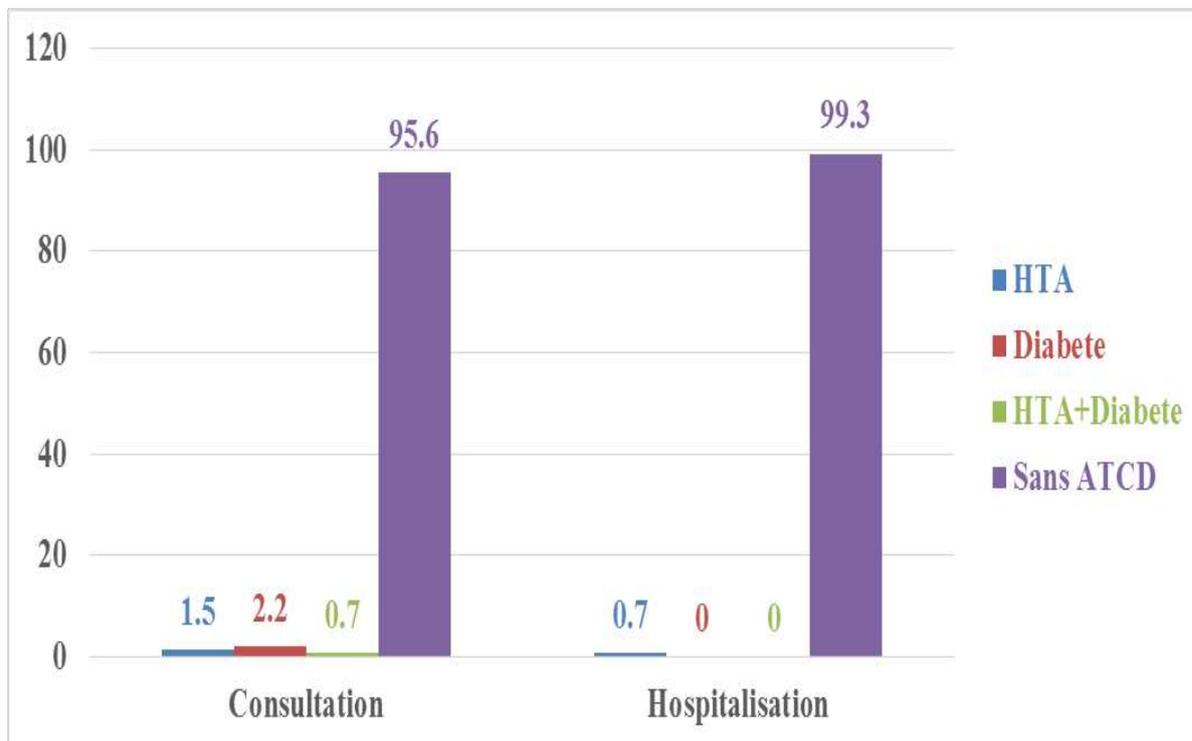
Les antécédents personnels médicaux	Effectifs	Pourcentage%
HTA	5	1.2
Diabète	6	1.4
HTA+ Diabète	2	0.5
<b>SANS</b>	<b>407</b>	<b>96,9</b>
<b>Total</b>	<b>420</b>	<b>100.0</b>



**Figure 14 :** Répartition des patients selon les antécédents personnels médicaux

✓ La majorité des patients sont sans antécédents personnels médicaux soit 97% contre 3% qui ont.

## 2.2 Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction les antécédents personnels médicaux :



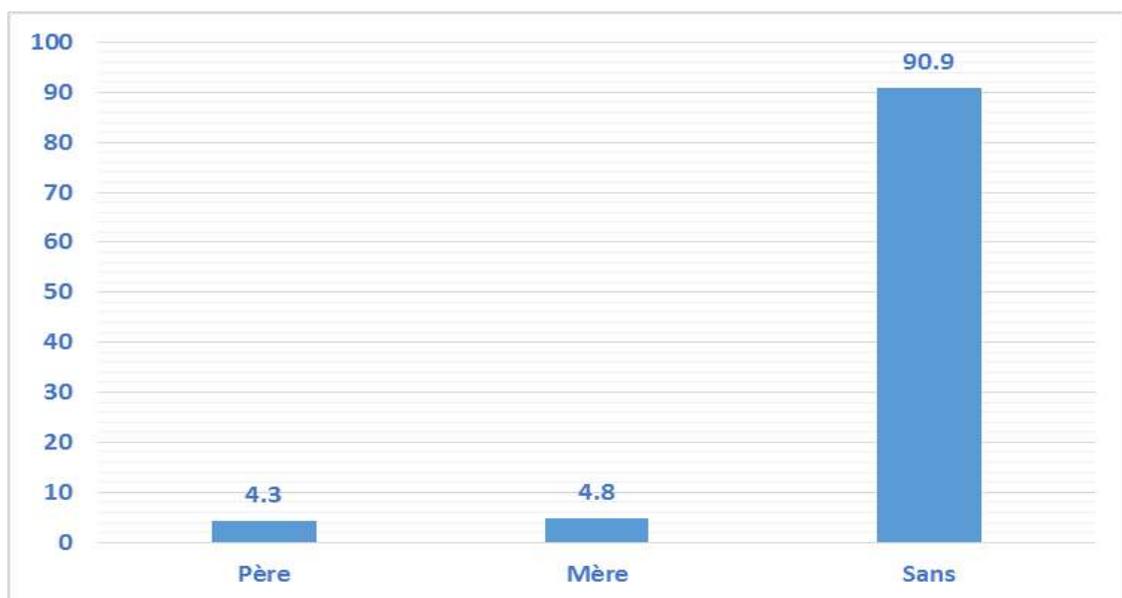
**Figure 15 :** Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) en fonction les antécédents personnels médicaux

- ✓ La majorité des patients sont sans antécédents personnels médicaux, avec 4.5% des consultants qui ont.

## 2.3 Répartition des patients selon les antécédents familiaux psychiatriques :

**Tableau VIII : Répartition des patients selon les antécédents familiaux psychiatriques**

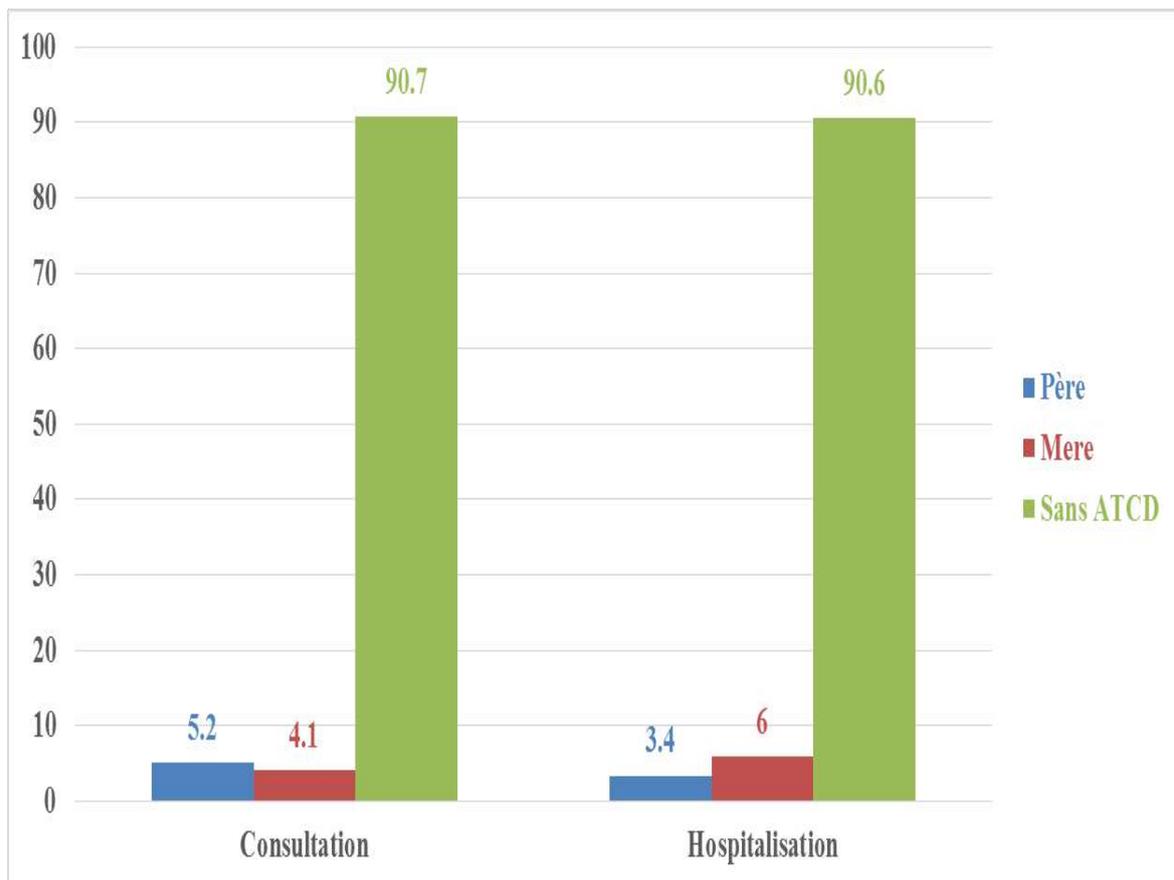
Les antécédents familiaux psychiatriques	Effectifs	Pourcentage%
Père	18	4.3
Mère	20	4.8
<b>Sans</b>	<b>375</b>	<b>90.9</b>
<b>Total</b>	<b>420</b>	<b>100.0</b>



**Figure 16 : Répartition des patients selon les antécédents familiaux psychiatriques**

✓ Les antécédents psychiatriques familiales étaient retrouvés chez 9,1% du nos patients (4,3% père- 4,8% Mère).

#### 2.4 Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction les antécédents familiaux psychiatriques :



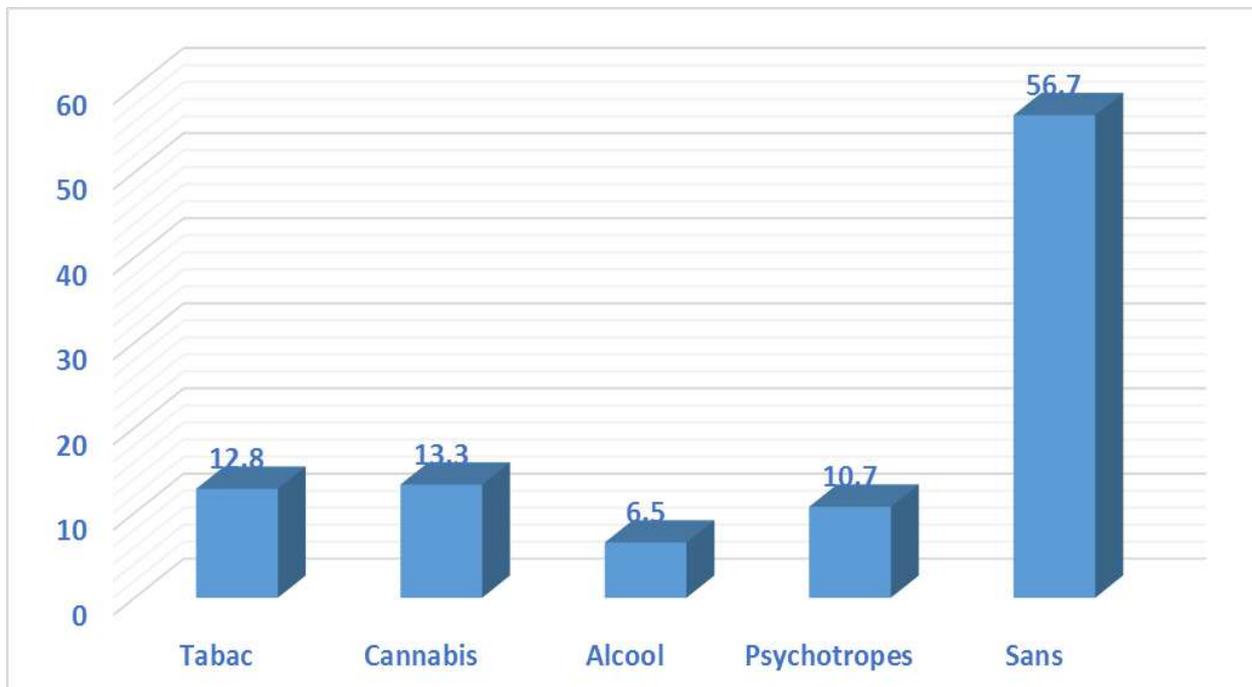
**Figure 17 :** Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction les antécédents familiaux psychiatriques

Le pourcentage des ATCDS psychiatriques familiaux est presque similaire chez les consultants et les hospitalisée avec 9,3% et 9,4% respectivement.

## 2.5 Répartition des patients selon les habitudes toxiques :

**Tableau IX : Répartition des patients selon les habitudes toxiques**

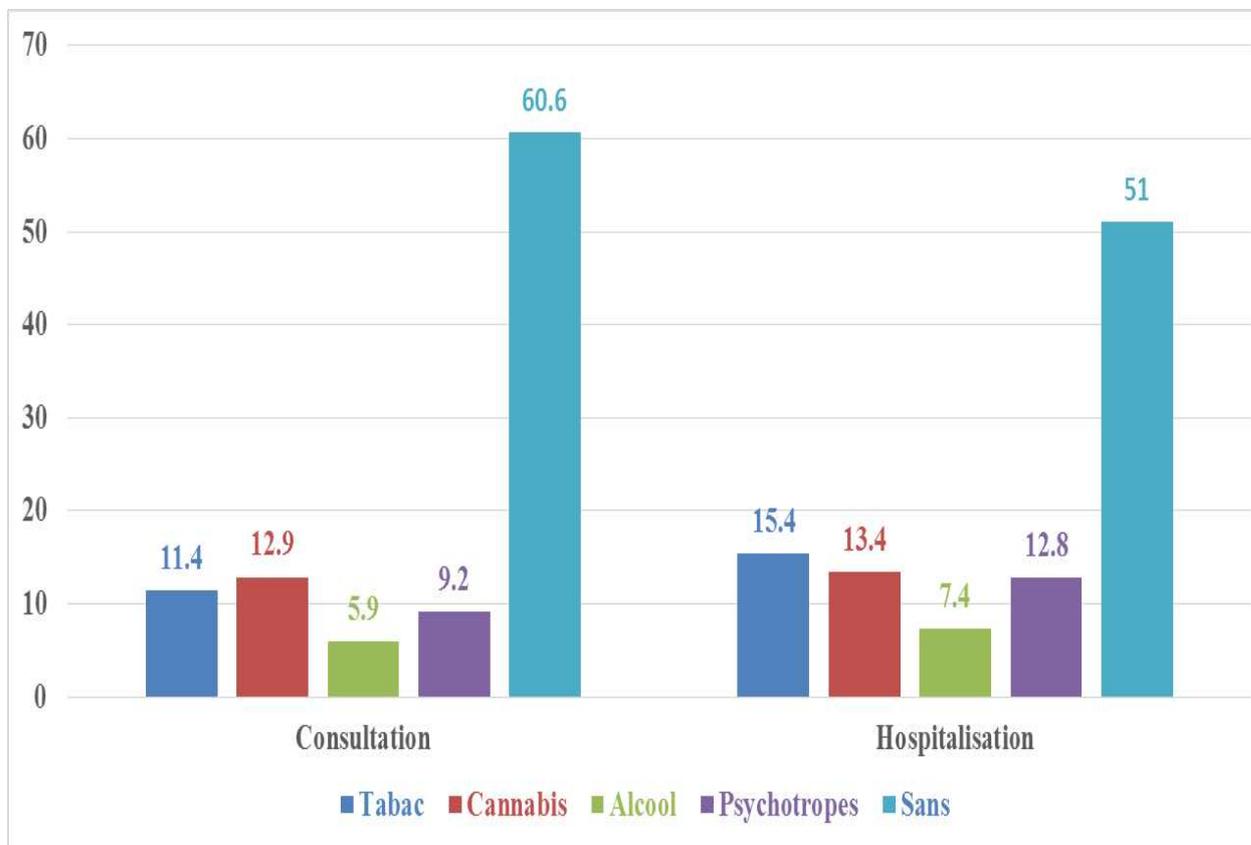
Les habitudes toxiques	Effectifs	Pourcentage%
Tabac	53	12.8
<b>Cannabis</b>	<b>55</b>	<b>13.3</b>
Alcool	27	6.5
Psychotropes	44	10.7
Sans	234	56.7
<b>Total</b>	<b>420</b>	<b>100.0</b>



**Figure 18 : Répartition des patients selon les habitudes toxiques**

✓ Le cannabis, le tabac, les psychotropes et l'alcool étaient les substances les plus représentées avec respectivement 13,3%, 12,8%, 10,7% et 6,5%

**2.6 Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction des habitudes toxiques :**



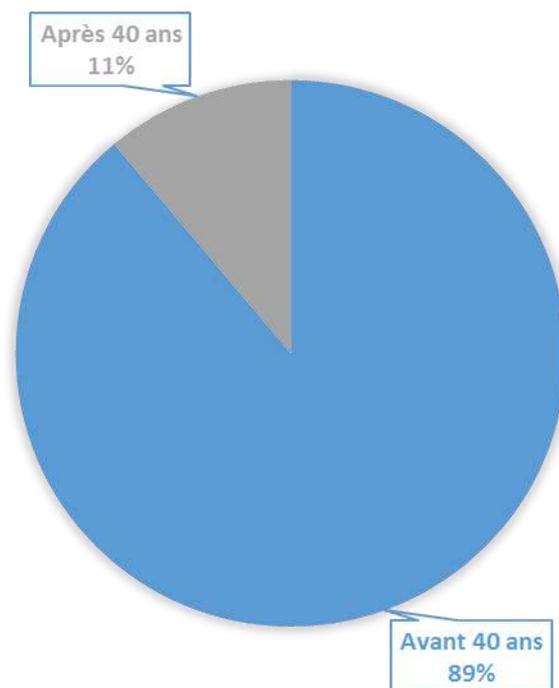
**Figure 19 :** Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction des habitudes toxiques

- ✓ Le cannabis, le tabac étaient les substances les plus représentées chez les consultants et les hospitalisés.

## 2.7 Répartition des patients selon l'âge du début du trouble :

**Tableau X : Répartition des patients selon l'âge du début de trouble**

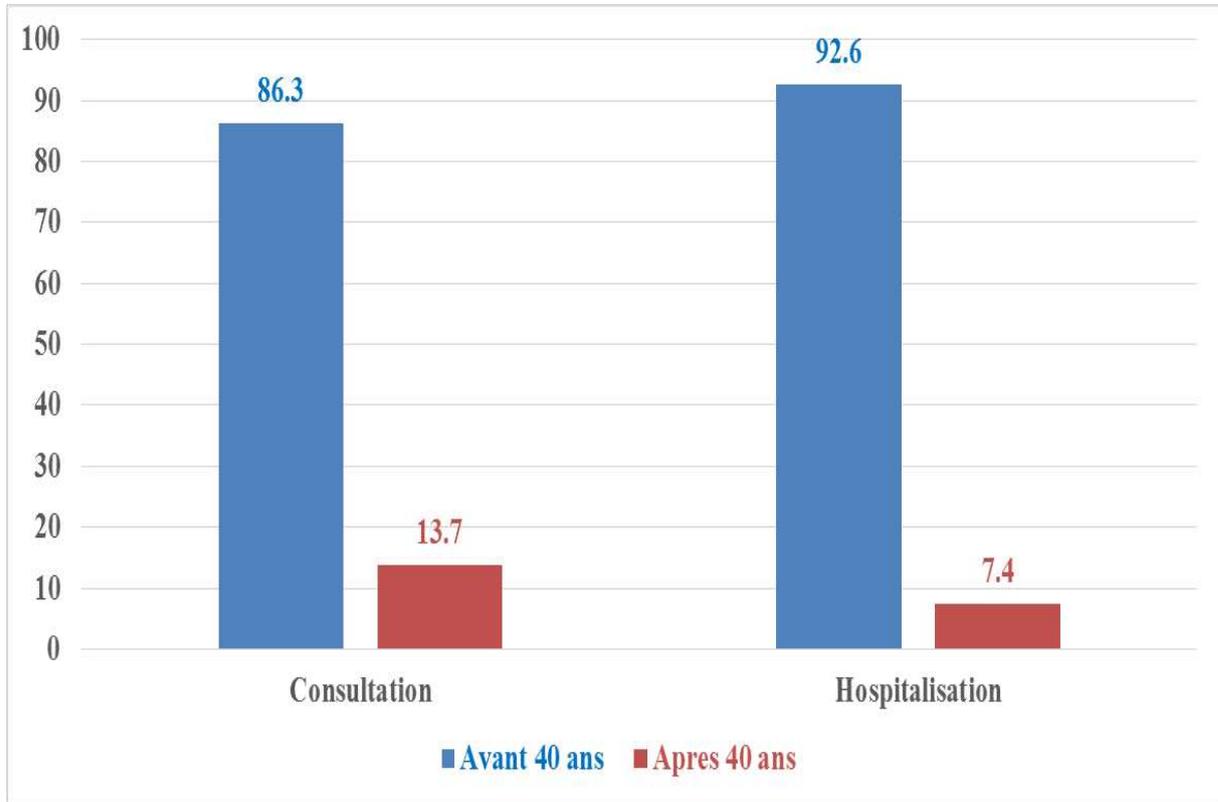
Le début du trouble	Effectifs	Pourcentage %
<b>Avant 40 ans</b>	<b>367</b>	<b>88.9</b>
Après 40 ans	46	11.1
<b>Total</b>	<b>420</b>	<b>100.0</b>



**Figure 20 : Répartition des patients selon l'âge du début de trouble**

✓ L'âge du début de trouble dans la majorité des patients sont avant l'âge du 40 ans soit 88,9%.

**2.8 Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction de l'âge du début de trouble :**



**Figure 21 :** Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction de l'âge du début de trouble

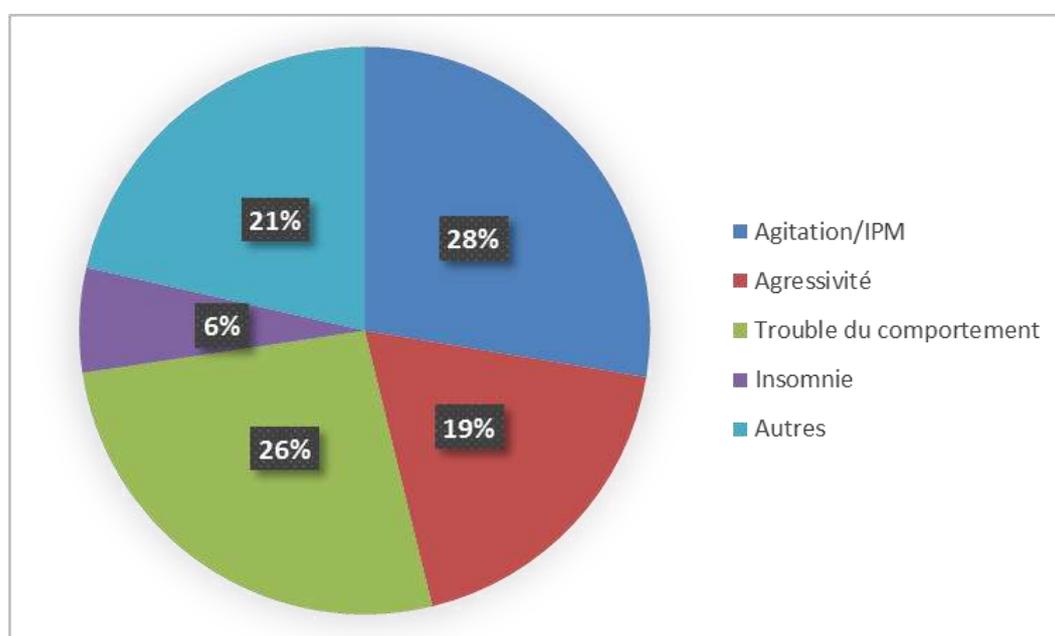
- ✓ L'âge du début de trouble dans la majorité des patients sont avant l'âge du 40 ans chez les hospitalisés ainsi que les consultants.

### 3. Répartition des patients selon motif de la consultation :

**Tableau XI : Répartition des patients selon le motif de la consultation**

Motif de consultation	Effectifs	Pourcentage
<b>Agitation/IPM</b>	<b>116</b>	<b>27.6</b>
Agressivité	78	18.6
Trouble du comportement	111	26.4
Insomnie	25	6.0
Autres*	90	21.4
<b>Total</b>	<b>420</b>	<b>100.0</b>

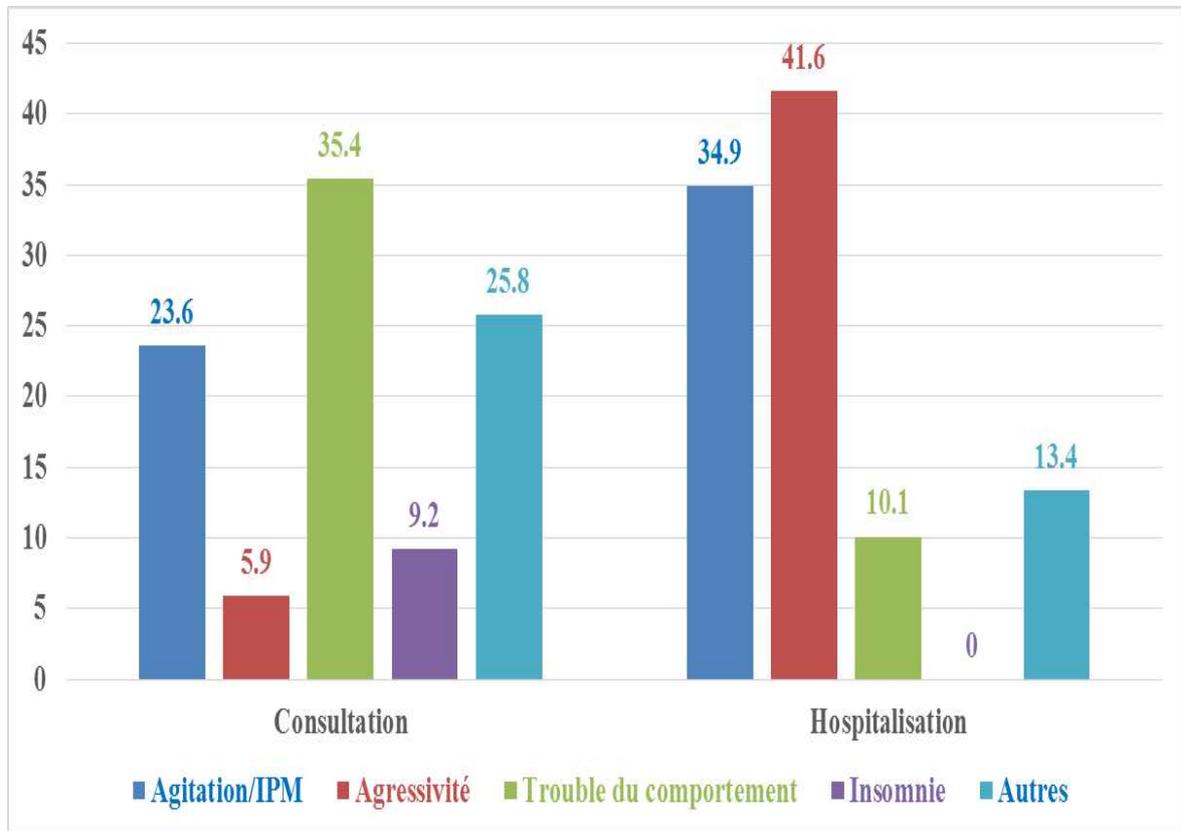
\* Dépression, Délire, Angoisse, Névrose, Impuissance sexuel, Trouble anxio-dépressif, Hallucination, Anxiété, Retard mental, Trouble obsessionnel, Logorrhée, Mégalomanie, Isolement, Anorexie, Compulsive, Mutisme, Négativisme, Attaque de panique, Tentative de suicide, Automutilation, Délit CBV, Placement d'office, réquisition.



**Figure 22 : Répartition des patients selon le motif de la consultation**

✓ L'agitation/IPM était le premier motif de consultation retrouvé soit 27.6% suivi par les troubles du comportement soit 26.4%.

### 3.1 Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction des motifs de la consultation :



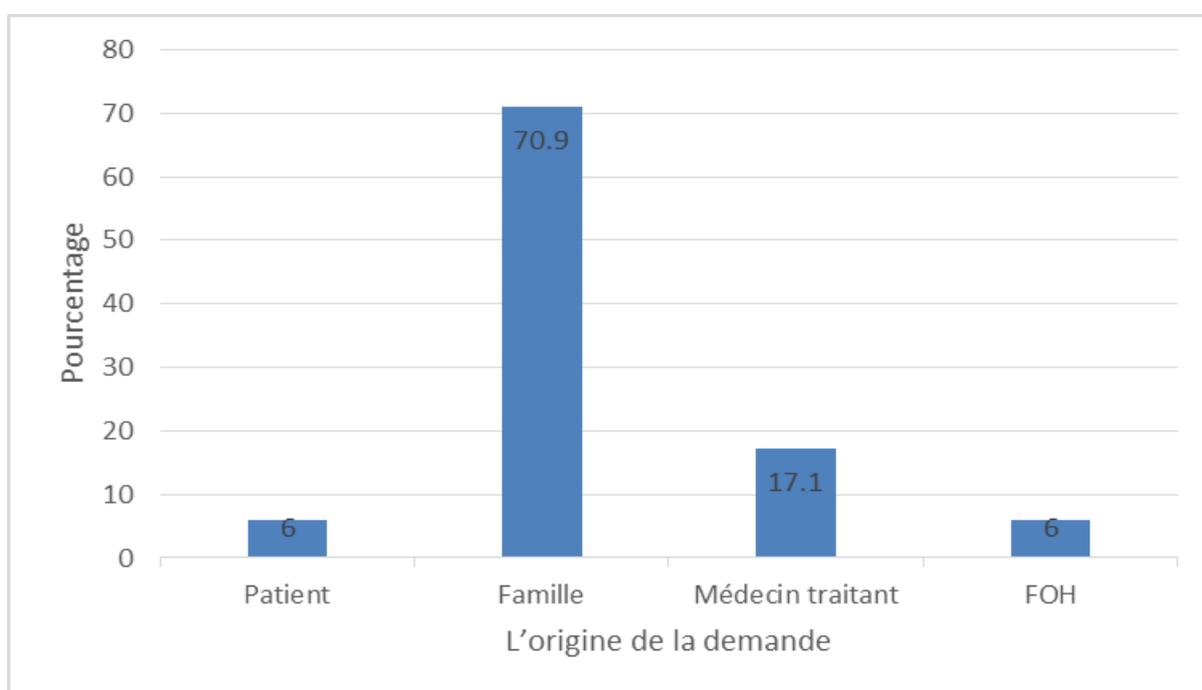
**Figure 23 :** Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) en fonction des motifs de la consultation

- ✓ L'agressivité était le premier motif retrouvé chez les hospitalisés, alors que les troubles du comportement était le premier motif retrouvé chez les consultants.

#### 4. Répartition des patients selon l'origine de la demande d'hospitalisation :

**Tableau XII :** Répartition des patients selon l'origine de la demande d'hospitalisation

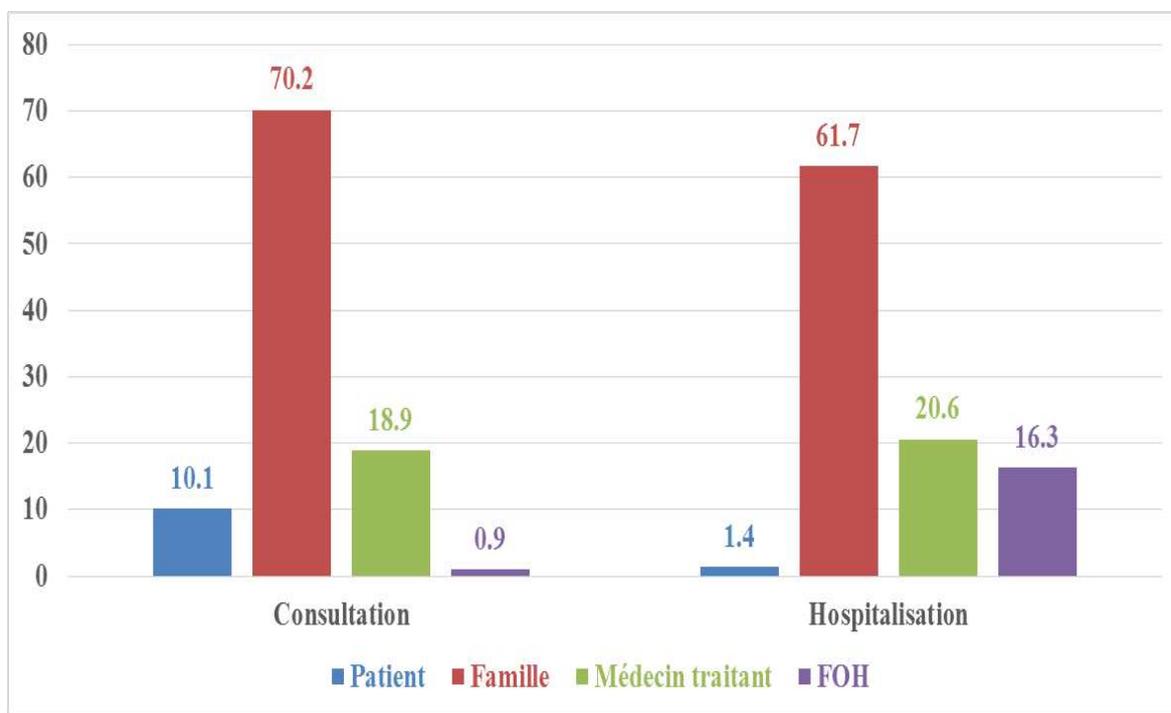
L'origine de la demande	Effectifs	Pourcentage%
Patient	25	6.0
<b>Famille</b>	<b>298</b>	<b>70.9</b>
Médecin traitant	72	17.1
FOH	25	6.0
<b>Total</b>	<b>420</b>	<b>100.0</b>



**Figure 24 :** Répartition des patients selon l'origine de la demande d'hospitalisation

✓ La plupart de nos patients sont hospitalisés selon la demande d'un tiers (la famille dans 70,9% et le médecin traitant 17,1%).

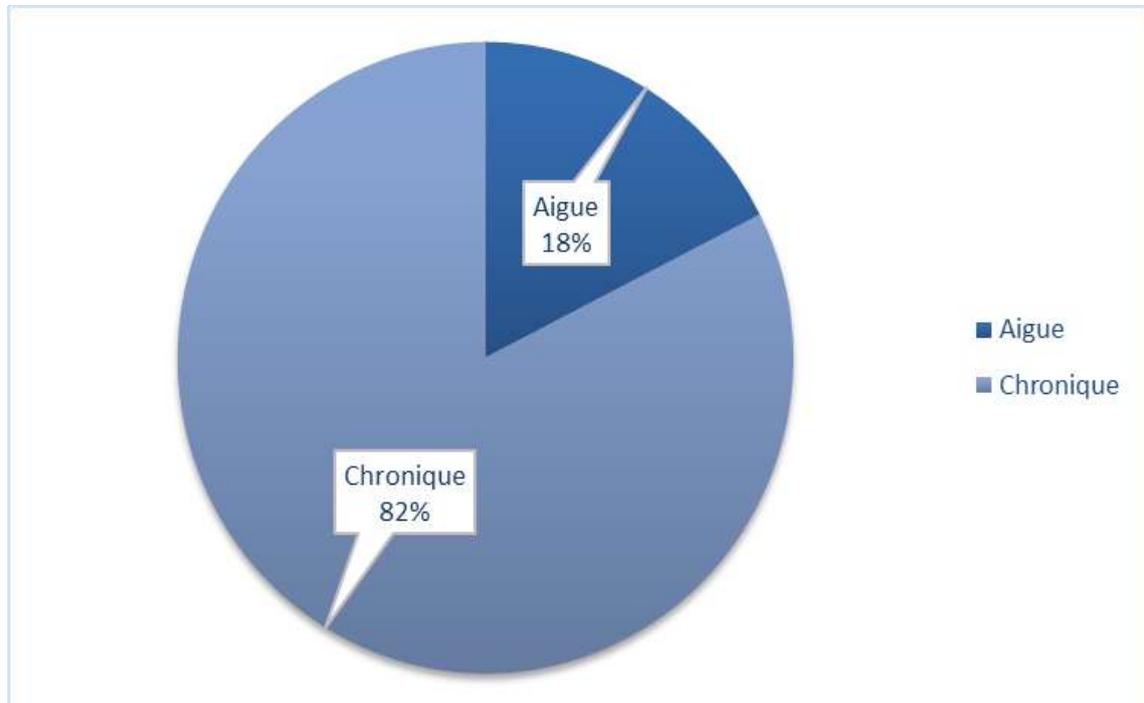
#### 4.1 Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) en fonction d'origine de la demande d'hospitalisation :



**Figure 25 :** Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) en fonction d'origine de la demande d'hospitalisation

- ✓ La demande d'un tiers était la plus représentée chez les deux modes.

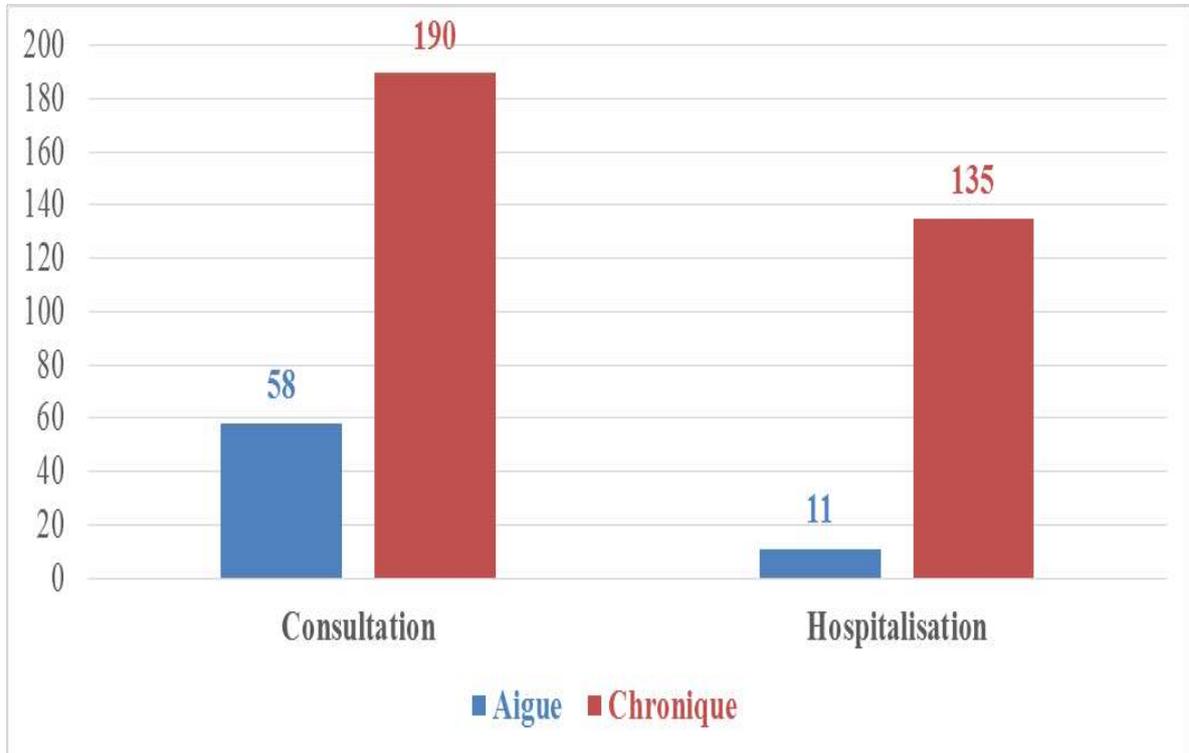
## 5. Répartition des patients selon le type de la pathologie psychiatrique



**Figure 26 :** Répartition des patients selon le type de la pathologie psychiatrique

- ✓ La majorité de nos patients soit 82% représentent une affection psychiatrique chronique contre 18% qui présentent une affection aiguë.

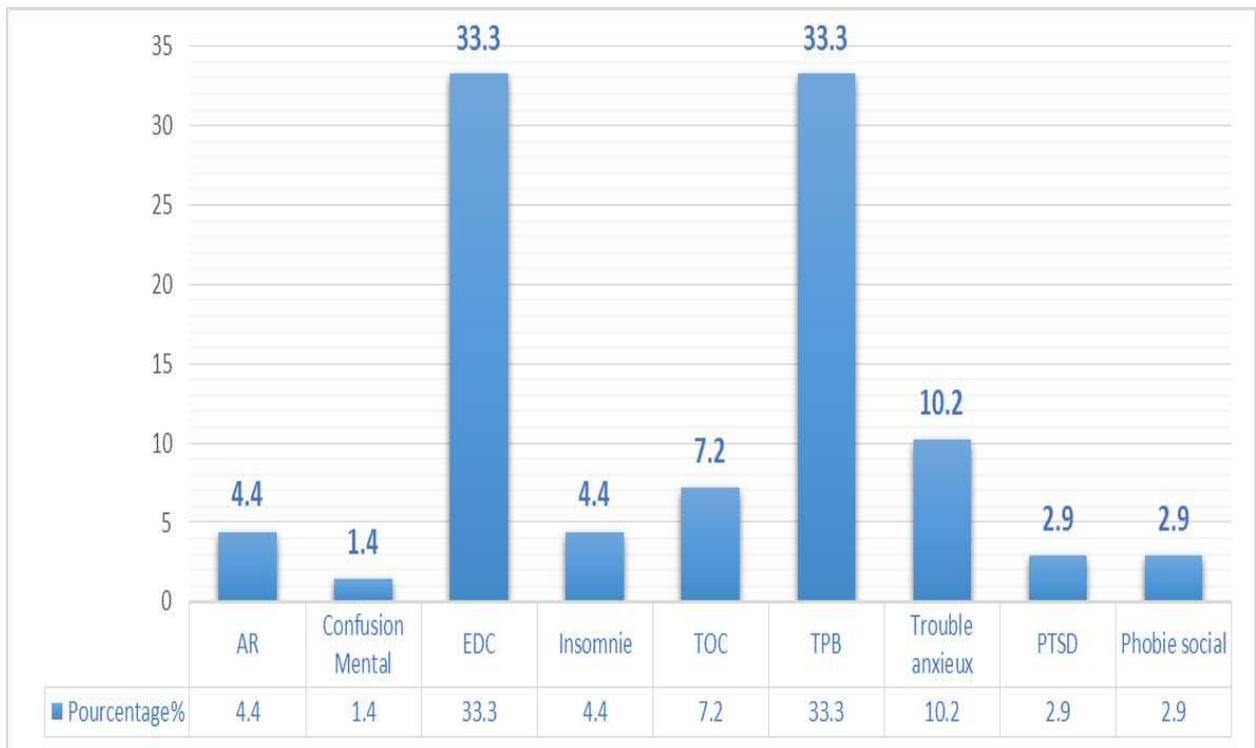
**5.1 Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) en fonction type de pathologie psychiatrique :**



**Figure 27 : Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) en fonction type de pathologie psychiatrique**

- ✓ Les affections chroniques étaient les plus représentés chez les deux modes.

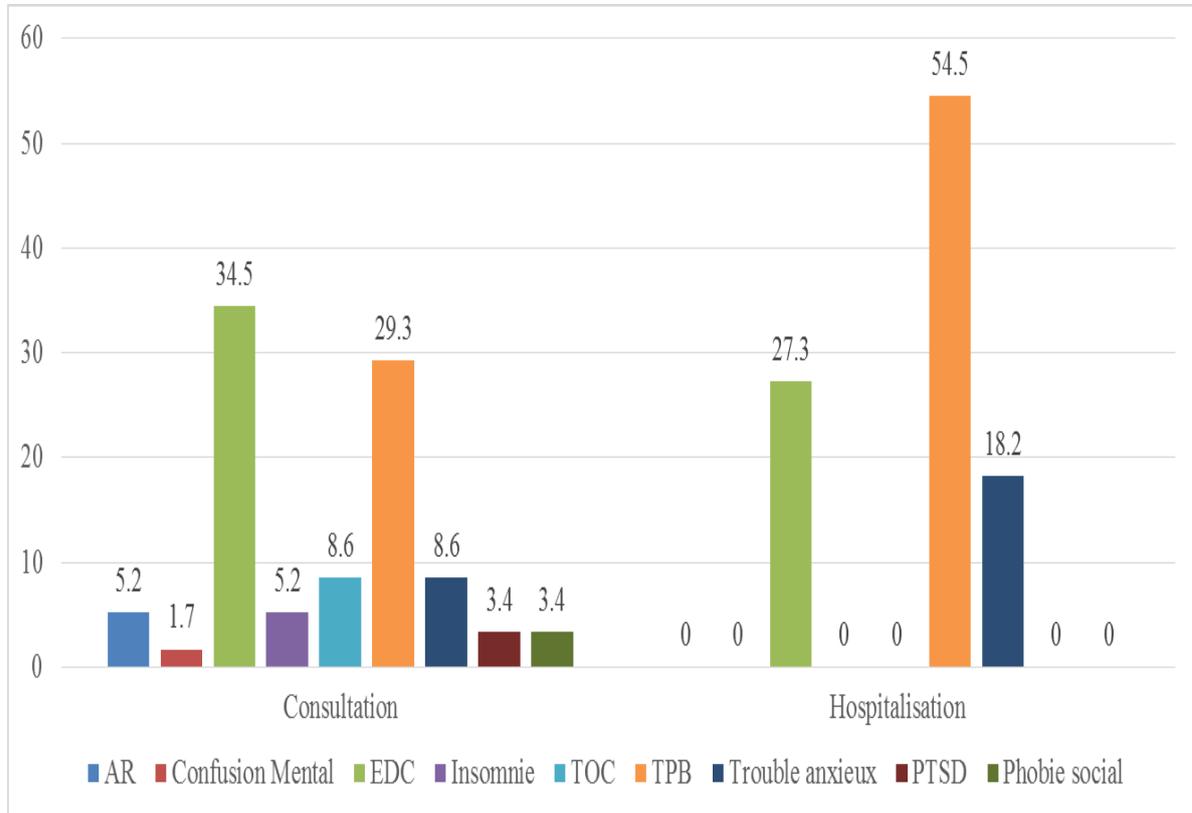
## 5.2 Les pathologies aigue :



**Figure 28 : Répartition des patients selon le type de la pathologie aigue**

- ✓ **Trouble psychotique bref avec l'état dépressif caractérisé** étaient les pathologies aigue les plus représentés chez nos patients avec un pourcentage égale, soit 33.3%.

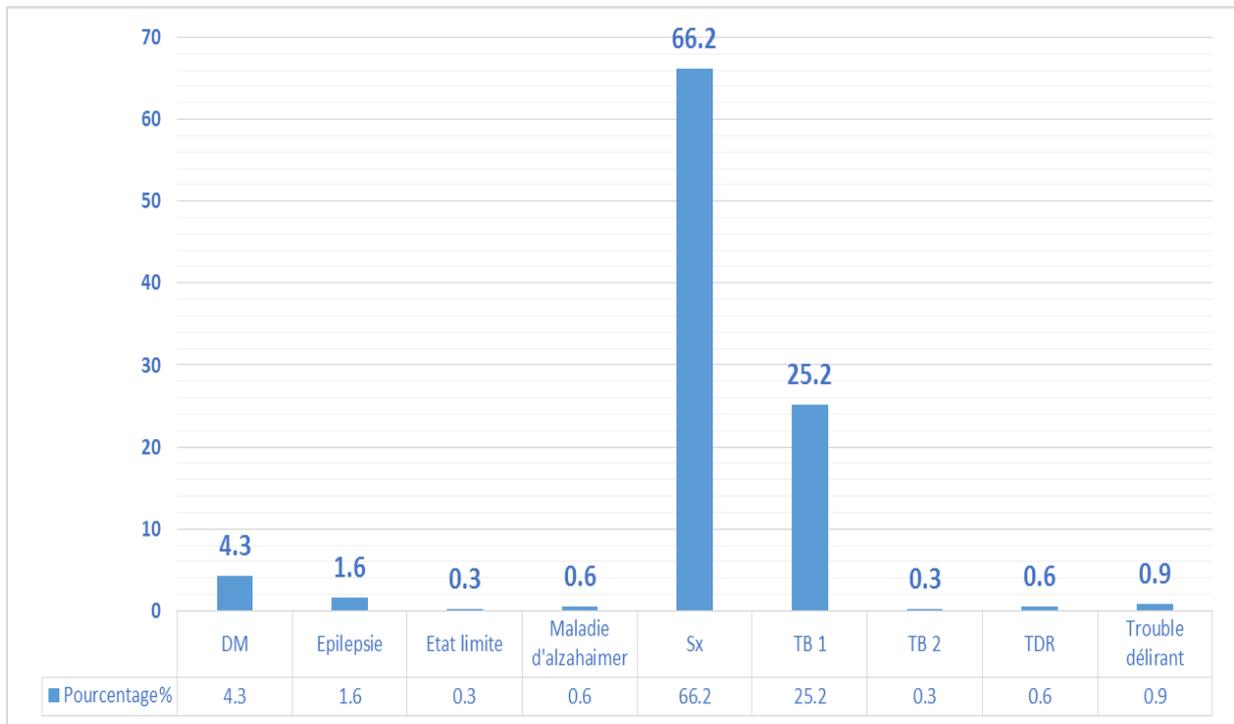
### 5.2.1 Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction type de pathologie aiguë :



**Figure 29 :** Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction type de pathologie aiguë

- ✓ L'EDC représente le diagnostic le plus retrouvé chez les consultants, alors que les diagnostics d'hospitalisations sont représentés majoritairement par le TPB.

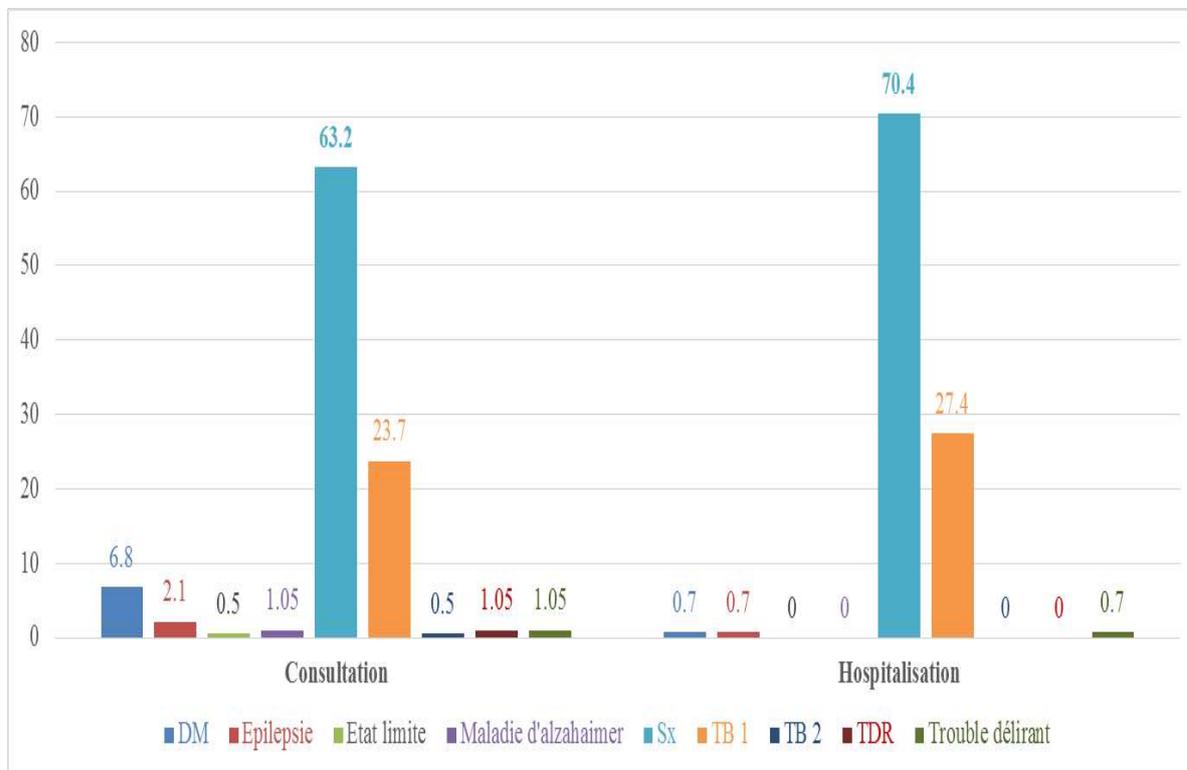
### 5.3 Les pathologies chroniques :



**Figure 30 : Répartition des patients selon le type de la pathologie chronique**

- ✓ **La schizophrénie** était la plus représentée chez les maladies chroniques soit 66.2% suivi par les troubles bipolaires type 1 à 25,2%.

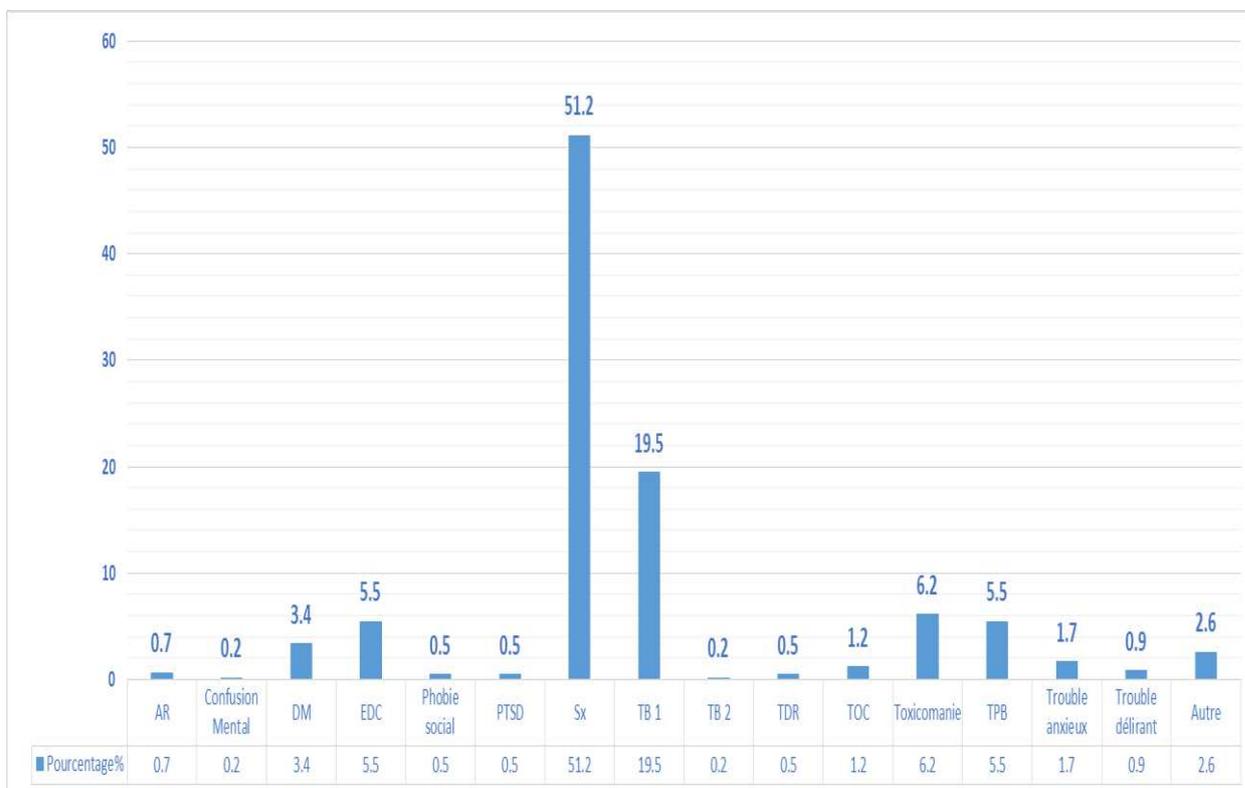
### 5.3.1 Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction type de pathologie chronique



**Figure 31 :** Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction type de pathologie chronique

- ✓ La schizophrénie était la plus représentée chez les maladies chroniques suivi par les troubles bipolaires type 1 dans les deux modes.

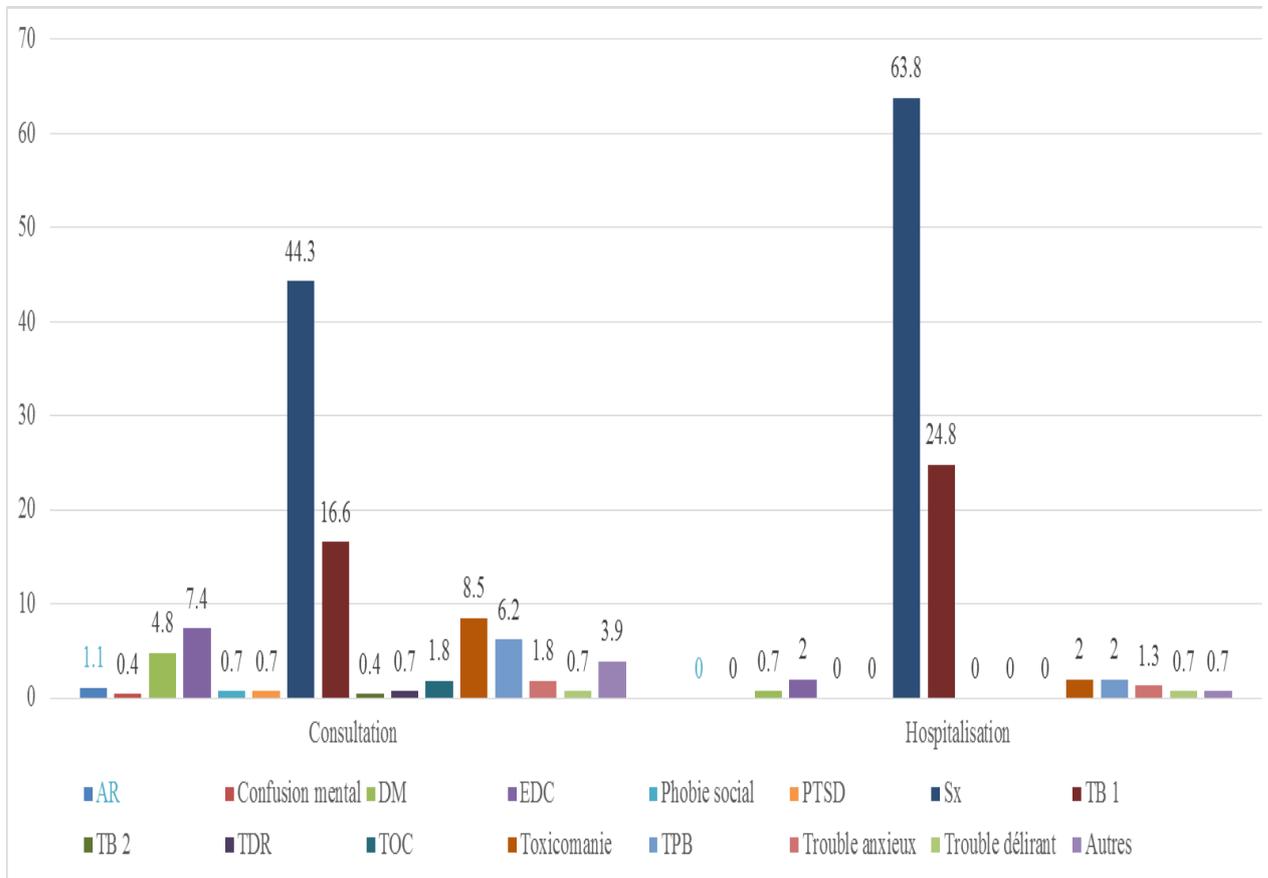
## 6. Répartition des patients selon le diagnostic psychiatrique retenu :



**Figure 32 : Répartition des patients selon le diagnostic psychiatrique retenu**

✓ La pathologie la plus fréquente est **la schizophrénie** avec un pourcentage de **51.2%** suivi par les **troubles bipolaires** à **20%** ensuite c'est **l'épisode dépressif caractérisé** et les **troubles psychotiques brefs** à **5,5%**.

**6.1 Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction de diagnostic retenu :**



**Figure 33 : Répartition des patients selon le mode (consultation/hospitalisation) et en fonction de diagnostic retenu**

- ✓ La pathologie la plus fréquente est la schizophrénie suivie par les troubles bipolaires chez les deux modes.

# DISCUSSION

## **VI. DISCUSSION :**

Cette étude s'est intéressée à l'épidémiologie des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés et ou consultés à l'EHS de psychiatrie HDEB-Ouargla pendant la période allant du 1er Janvier 2020 au 31 décembre 2021, soit une durée de deux (02) ans. Nous avons mené une analyse descriptive des données collectées, nous avons colligé 420 dossiers.

### **1. Les facteurs sociodémographiques**

#### **1.1 Le sexe :**

Dans notre étude, 65% des cas sont de sexe masculin et 35% sont de sexe féminin, avec un taux de sex-ratio à 1.85. Il y a un accord à nos étude avec les données de la littérature ainsi que plusieurs autres études tel que : l'étude de l'hôpital psychiatrique ERRAZI à Annaba [40], ils ont retrouvés que 69 % de sexe masculin, Au Mali 83.8% de sexe masculin [41], Au Maroc 77,7% d'hommes [42] et au Burkina Faso 60,0% d'hommes [1].

En effet les familles ont peur de ramener leurs patientes à l'hôpital psychiatrique par peur que cela impacte sur leur vie sociale et notamment marital (stigmatisation et le rejet social), ainsi elles consultent plus en ambulatoire [43].

#### **1.2 L'Age :**

La tranche d'âge [18-25] ans était la plus représentée de nos patients, avec un âge moyen de  $33,67 \pm 11,13$  ans.

Dans l'étude de CHU de Bejaia [43], la moyenne d'âge était de  $35,63 \pm 13,73$  ans, la tranche d'âge la plus représentée était 30-40 ans.

Au Mali, ont trouvé la tranche d'âge de [21-30] ans était la plus représentée, avec un âge moyen de  $32,6 \pm 11,1$  ans [41].

à l'EHS ERRAZI Annaba la majorité des hospitalisations concerne les adultes jeunes entre 25 et 45 ans [40].

La surreprésentation des jeunes pourrait s'expliquer par une certaine vulnérabilité liée à cette période de la vie ou le sujet jeune a des difficultés à confrontés les problèmes socio-

professionnelles (la scolarisation, le chômage, conflits conjugaux, ... mais sans négligé les complications morbides par rapport à la consommation des toxiques.

### **1.3 Le niveau d'instruction :**

Le taux de scolarisation représentait de 98,8% parmi nos patients. Le niveau scolaire moyen est sûr représenté dans notre étude avec une fréquence relative de 54.4%. En revanche, le niveau primaire (22.8%) et le niveau universitaire (10.9%) étaient sous-représentés. Le niveau secondaire a une fréquence relative de 10.4%.

Dans l'étude de CHU de Bejaia 97.8% des patients ont été scolarisé, la plus grand nombre ont un niveau d'instruction moyen avec un pourcentage de 42,5%, secondaire avec un pourcentage de 29% [43].

Au Maroc, les patients ont été scolarisés à 92 % dont 49 % ont fait des études secondaires et 11 % des études supérieures [42].

Cependant au Mali, le taux de scolarisation représentait plus de 60%, avec une prédominance des patients de niveau primaire (plus de 28%), le niveau supérieur a représenté approximativement 16% [44].

Peuvent être expliqué par le handicap intellectuel quelle l'engendré (la maladie mentale) qui entraine souvent un fléchissement scolaire qui peut empêcher la poursuite des études.

### **1.4 Le statut marital :**

Quant au statut marital, les célibataires constituaient la catégorie la plus touchée de 69.1%. Ce résultat rejoint celui trouvé à Bejaia 72% des patients étaient célibataire[43] et au Maroc avec une fréquence des célibataires de l'ordre de 80,0 % [42].

Au Mali, la majorité était des célibataires avec plus de 50% [41].

Vu la précocité du début des troubles ainsi que la stigmatisation sociale des maladies mentales peuvent explique ce pourcentage élevée des célibataires dans notre étude.

### **1.5 L'activité professionnelle :**

Tout environnement social (en particulier professionnel) source de stress (par exemple environnement professionnel délétère, chômage, etc.) peut entrainer des troubles

psychiatriques [11] ; de plus plusieurs ouvrages qualifient la schizophrénie une maladie invalidante [45], [46].

Il existait un lien significatif entre le diagnostic et la profession au cours de notre étude. La population des sans profession était plus représentée soit 76,9%. Cette précarité serait en partie expliquée par la stigmatisation dont souffre cette population partout dans le monde [47].

L'étude de Bejaia ont retrouvé 44% des consultants sont des chômeurs, ceux qui ont une activité professionnelle sont représenté à un taux de 23,2% [43] .

Dans l'étude en France 2003 [48], les personnes sans profession souffrait dans environ 40% des cas de schizophrénie ou d'un trouble apparenté.

Ces résultats peuvent être expliqués par le retentissement des maladies mentales sur vie socio-professionnelle des patients ce qui concorde aussi avec les données de la littérature.

## **2. Les antécédents :**

### **2.1 Les antécédents personnels médicaux :**

Les antécédents médicaux (HTA, diabète) sont présents uniquement chez 13 patients soit 3.1% notre étude.

Dans une étude au CHU de Bejaia qui ont trouvés que les patients ont HTA et diabète chez 29 patients soit 39.16% [43].

Notre population sont des sujet jeunes avec début de trouble avant 40 ans et ceci qui explique ces résultats.

### **2.2 Les antécédents familiaux psychiatriques :**

Dans notre étude, 9.1% des patients ont des antécédents familiaux psychiatriques (père/mère).

Dans l'étude au Mali [41], 48.1% des patients ont des antécédents familiaux psychiatriques.

Le facteur génétique est impliqué dans la survenu des pathologies psychiatriques selon les données de la littérature.

### **2.3 Les habitudes toxiques :**

Nos résultats ont montré le cannabis (13.3%), Tabac (12.8%), Psychotropes (10.7%) et Alcool (6.5%).

À Bejaia la consommation de tabac était la plus élevée avec un pourcentage de 38,4%, la consommation d'alcool avec un pourcentage de 20,9%, la consommation de cannabis avec un pourcentage de 17,2% [43].

Dans l'étude au Mali [41], le Tabac, le cannabis et l'alcool étaient les substances les plus représentées avec respectivement 32,7%, 25,9% et 15,6%.

Dans l'étude au Maroc [42], 68 % des hommes consomment régulièrement du cannabis.

L'usage des drogues est fréquent dans la population des personnes souffrantes de troubles mentaux [49], [50].

Le tabac était le produit le plus consommé suivi du cannabis et de l'alcool. Ces produits sont reconnus pour leurs effets anxiolytiques [51], [52].

Les patients consomment très souvent ces toxiques dans un but anxiolytique pour contenir leurs angoisses. La quête de cet effet pourrait expliquer la tendance des patients à l'usage de ces toxiques.

### **3. L'origine de la demande de l'hospitalisation :**

70,9% de nos patients viennent accompagnés par leur famille. 17.1% orienté par leur médecin traitant. 06% pour FOH et le patient lui-même.

Dans l'étude au Mali [41], la demande d'hospitalisation venait de la famille dans 87,5%.

Dans l'étude au CHU Bejaia [43], 1,6% n'ont bénéficié que d'un examen psychiatrique d'office et ils ont été repris par l'autorité requérante, pour possession de toxique, pour des délits, pour des violences. Si nous comparons aux études menées nous retrouvons qu'à CHU de Constantine [53], Placement en Hospitalisation à la Demande d'un Tiers dans 21% des cas. Avec 72% viennent accompagnés par des parents aux études du CHU Annaba 1990 [54].

Dans l'étude au CHU Annaba 2014 [40], L'agressivité de ces patients explique le mode d'hospitalisation dominé par l'hospitalisation à la demande d'un tiers (83,78 %). Dans certains cas, l'atteinte à la sûreté des citoyens et les troubles de l'ordre public justifient le recours à l'hospitalisation d'office (9,19 %).

Dans notre étude, les troubles du comportement, l'agitation et l'agressivité de ces patients explique le mode d'hospitalisation dominé par l'hospitalisation à la demande d'un tiers car ces motifs sont très dérangeants et mal tolérés par l'entourage ; ce qui motive une recherche rapide de leur solution.

#### **4. Le motif de la consultation :**

Nous avons retrouvé que l'agitation/IPM était le motif de consultation la plus fréquent avec un pourcentage de 27.6%.

Au Mali, l'agressivité était le premier motif de consultation retrouvé soit 44,3%

Le motif de consultation le plus fréquent dans l'étude menée à l'hôpital psychiatrique ERRAZI à Annaba [54] à retrouver que l'agitation était le motif le plus fréquent de consultation.

Dans une étude menée à Constantine [53] ou ils objectivent que l'agitation est également le motif le plus fréquent de consultation.

Cependant à Bejaia, ont retrouvait que l'anxiété était le motif la plus représentée soit 62,2% [43].

L'agitation, l'agressivité et l'instabilité oblige l'entourage du patient au recoure à la psychiatrie.

#### **5. Répartition des patients selon le type de pathologie aigue :**

Les pathologies aigue ne représentent que 18% dont les troubles psychotiques brefs avec l'état dépressif caractérisé étaient les plus représentés chez les pathologies aigue soit 33.3%.

L'étude au CHU de Bejaia, retrouvait que le trouble dépressif était la pathologie aigue la plus retrouvé à 52.5% [43].

L'étude au Mali retrouvait que le troubles psychotiques bref (TPB) était la plus fréquente parmi les maladies aigues à 15,7% [41].

Une étude épidémiologique des urgences psychiatriques faite en 1998, dans la région d'Annaba, a montré que sur les 709 sujets examinés, dont 34,6 % consultaient pour la première fois et 65 % étaient d'anciens patients, 8,7 % présentaient des psychoses aiguës [8].

Ces résultats peuvent être expliqué par le recoure au traitement traditionnelle (ROKYA, Charlatan,..) par rapport au recoure à la psychiatrie.

## **6. Répartition des patients selon le type de la pathologie chronique :**

Les pathologies chroniques sont les plus fréquentes avec un pourcentage de 82% dont la schizophrénie était la plus représentée chez les maladies chroniques soit 66.2%.

L'étude au CHU de Bejaia, retrouvait que la schizophrénie était la plus fréquente des pathologies chroniques à 65.3% [43].

L'étude au Mali retrouvait que la schizophrénie était la plus fréquente des pathologies chroniques à 41,2% [41].

Une étude épidémiologique des urgences psychiatriques faite en 1998, dans la région d'Annaba, a montré que sur les 709 sujets examinés, dont 34,6 % consultaient pour la première fois et 65 % étaient d'anciens patients, 47,3 % des psychoses chroniques [8].

Ce qui concorde avec les données de la littérature.

## **7. Le diagnostic psychiatrique retenu :**

La schizophrénie est la plus retrouvée à 51.2% au cours de cette enquête, d'après la littérature, les schizophrènes représentent le plus gros contingent des patients hospitalisés en milieu spécialisé et consultant dans le service public alors qu'ils ne constituent que 11 % des consultations en psychiatrie libérale [55]. L'étude de Mali retrouvait que la schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants constituaient le groupe diagnostique le plus retrouvé à 67,8% [41]. Au CHU de Bejaïa [43], la pathologie la plus fréquente est la schizophrénie avec un pourcentage de 42,4%.

Au cours de son étude sur les patients hospitalisés au CHU de Casablanca, BELGHAZI D. MAROC 2016 [42] quant à lui, retrouvait les troubles schizophréniques dans 55,4% des cas. Dans une étude en France dans plusieurs services de psychiatrie du pays, COLDEFY M.FRANCE 2003 [48] retrouvait que la schizophrénie et les troubles schizotypiques et troubles délirants constituaient le groupe diagnostique le plus retrouvé à 37,6%.

Par contre, l'étude DAOUDI D. faite en population générale au MAROC 2017 [6] retrouvait plus la dépression névrotique à 34,7 % et la schizophrénie paranoïde dans 10,5 % des cas.

Bien que les 3 études maliennes, marocaines (BELGHAZI D.) et française aient toutes retrouvées la schizophrénie et troubles schizotypiques comme pathologies prédominantes, il existe une différence entre les résultats de ces 3 études.

Ceci s'expliquerait par le fait qu'en Afrique, en particulier en Algérie ; ce sont les cas les plus graves qui sont hospitalisés.

## **VII. Les forces de la recherche :**

- C'est la première étude intitulé 'Profil des morbidités psychiatriques au niveau de l'EHS de psychiatrie HDEB-Ouargla 2020-2021'.
- Le nombre élevé des patients.
- Notre population d'étude recouvre plusieurs wilayas (régionales).

## **VIII. Les limites de la recherche :**

Dès le début de notre travail et au long de la période de collecte des données on a confronté avec plusieurs difficultés parmi eux :

- La pauvreté des dossiers médicaux aux informations en matière des certains données épidémiologiques et/ou clinico-paracliniques.
- La difficulté de déchiffrer l'écriture des médecins d'où l'intérêt du recours à l'informatisation des différents secteurs de santé.

## **IX. Suggestions et recommandations :**

Les recommandations que nous pouvons proposer à l'issue de notre étude sont :

- Faire un bon remplissage des dossiers ou le recours à l'utilisation d'un dossier type.
- Informatiser les dossiers médicaux par l'intermédiaire des nouvelles technologies.
- Développer nos services hospitalo-universitaires dans le domaine de la recherche en santé mentale, qui évolue quotidiennement, en implantant des laboratoires de recherche qui apporteront de l'innovation à la pratique psychiatrique de notre pays en générale et à la région du Ouargla en particulier, car chaque culture a ses spécificités, de nombreuses avenues de recherche restent à être poursuivie, et de nombreuses questions restent sans réponse face à un domaine aussi vaste que les maladies psychiatriques.
- Initier de plus grandes études afin de déterminer la fréquence des maladies mentales chez les patients suivis en ambulatoire et pourquoi pas penser à réaliser des études multicentriques qui couvrent plus d'un seul centre ou établissement hospitalier ; et pourquoi pas la réalisation des études analytiques sur les facteurs du risque.
- Lutter contre la consommation de substances psychoactives chez les jeunes comme le cannabis par des méthodes préventives à savoir la sensibilisation,....
- Promouvoir la réinsertion professionnelle des patients souffrant des troubles mentaux plus précisément les schizophrènes afin d'améliorer leurs qualités de vie ainsi que leurs réinsertions sociales.

# Conclusion

## **Conclusion :**

Les troubles mentaux n'ont jamais été considérés comme une priorité de santé publique dans les pays confrontés à d'autres urgences sanitaires telles que les maladies épidémiques, la protection maternelle et infantile ou la malnutrition, malgré que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans son rapport sur la santé mentale estimait que les troubles mentaux touchaient environ 450 millions de personnes dans le monde, plus d'une personne sur quatre serait affectée par un trouble mental durant sa vie.

Il est tout à fait vrai que la prévalence des troubles mentaux et les problèmes de santé mentale sont très difficiles à évaluer en Algérie, et varient sensiblement d'une étude/enquête à une autre. Cependant, quelques rapports sur la santé des algériens font état d'une situation alarmante et très inquiétante, et les spécialistes ainsi que les professionnels de santé sont unanimes : la santé mentale des Algériens « se porte mal ». Ceci a motivé notre intérêt pour la question et a incité la réalisation de ce travail, consistant en une étude descriptive rétrospective sur un échantillon des patients consultés et/ou hospitalisés à l'EHS de psychiatrie HDEB-Ouargla Elle s'est déroulée sur une période allant de 1er Janvier 2020 à 31 Décembre 2021 soit une durée de 02 ans sur 420 dossiers.

Cette étude avait porté sur tous les nouveaux cas (patients) atteints de pathologie neuropsychiatrique reçus à la consultation et/ou hospitalisés à l'EHS de psychiatrie HDEB Ouargla, âgés de 18 ans et plus, quel que soit leur lieu de résidence ou le type d'hospitalisation (volontaire, à la demande d'un tiers ou d'office) durant la période pré décrite.

Notre objectif principal est d'établir le profil des morbidités psychiatriques au niveau de l'EHS de psychiatrie HDEB-Ouargla durant une période de deux ans (2020-2021).

Les Objectifs secondaires de notre étude étaient de :

- ✓ Décrire le profil sociodémographique et clinique des patients reçus à la consultation ou hospitalisés dans l'EHS de psychiatrie HDEB-Ouargla durant une période de deux ans (2020-2021).
- ✓ Évaluer les fréquences importantes pour des valeurs qui ont été enregistré dans notre étude et qui peuvent être des facteurs du risque rencontrés dans la population des patients étudiés durant la même période.

Nous avons recruté une série de 420 patients, on a retrouvé :

- une prédominance masculine à 65% avec sex-ratio de 1,85.
- Les célibataires étaient les plus retrouvés soit 69.1%.
- La plupart de nos patients avaient un niveau d'instruction bas soit 56,4% un niveau d'instruction moyen et 17,2% un niveau d'instruction primaire.
- Les sans-emploi / chômeur représentaient 76.9% des enquêtés.
- La tranche d'âge [18-25] ans était la plus représentée ; la moyenne d'âge était de 33,61 ans.
- L'antécédent psychiatrique familial était retrouvé chez 9,1%.
- Le cannabis, le tabac, les psychotropes et l'alcool étaient les substances les plus représentées avec respectivement 13,3%, 12.8%, 10.7% et 6.5%
- les motifs de consultations les plus rapportés l'agitation/IPM suivi de troubles des comportements.
- La plupart de nos patients sont hospitalisés selon la demande d'un tiers (la famille dans 70,9% et le médecin traitant 17, %1).
- les diagnostiques les plus retrouvées étaient la schizophrénie avec un pourcentage de 51.2% suivi par les troubles bipolaires à 19.7%.

On a enregistré des fréquences importantes pour des valeurs qui peuvent être des facteurs du risque du développer une pathologie mentale (l'âge entre 18 et 25 ans, le sexe masculin, le célibat, le chômage, la présence des ATCDS psychiatriques chez les parents, la consommation des toxiques). Alors que (le sexe féminin, le travail, le niveau universitaire) peuvent représenter des facteurs de protection.

Devant l'importance épidémiologique de la fréquence des pathologies mentales chroniques et graves et l'ampleur de ses complications psychologiques et organiques chez les patients et leur entourage familiale et sociale, une attention particulière de la part des médecins psychiatres, psychologues et en médecine générale se doit, pour prévenir le passage aux forme graves et compliqués pour adapter une prise en charge adaptée afin de prévenir les complications évolutives graves voir mortels selon des conduites régulièrement actualisées.

Cette étude nous a donné un aperçu du profil clinique des patients, cependant la situation des patients suivis en ambulatoire reste à explorer, la durée courte de l'étude, le terrain étroit (EHS), et la mauvaise diffusion des informations entre les différents professionnels

impliqués (CISM, psychiatre libéral) ont beaucoup limité nos résultats. On espérant, plus tard qu'on a des recherches qui regroupent plus d'un terrain et établissement de la santé, sur un échantillon plus large et peut refléter l'état réalité.

**REFERENCES**  
**BIBLIOGRAPHIQUES**

## Références bibliographiques

- [1] “Ouedraogo A, Ouedraogo TL, Traore A, Sawadogo G, Nebie K, Yougbare JM. Caractéristiques de la population prise en charge au Service de Psychiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso) de 1990 à 2000. Encéphale. Août 2006 ;32(4):437-43”.
- [2] World Health Organization, “Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs,” Organisation mondiale de la Santé, 2001. [Online]. Available: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42391>
- [3] World Health Organization, “Investir dans la santé mentale,” Organisation mondiale de la Santé, 2004. [Online]. Available: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42896>
- [4] “Chisholm D, Johansson KA, Raykar N, Megiddo I, Nigam A, Strand KB and al. Universal Health Coverage for Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: An Extended CostEffectiveness Analysis. In: Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME. Disease control priorities. 4. 3rd ed. Washington (DC): World Bank Group;2015. p. 237-52”.
- [5] “Ouedraogo A, Ouango JG, Karfo K, Goumbri P, Nanema D, Sawadogo B. Prévalence des troubles mentaux en population générale au Burkina Faso. Encéphale. Avr 2018; 1-4”.
- [6] “Daoudi D, Tazi MA, Asouab F, Harrag M, Meski FZ, Khattabi A. Epidémiologie des troubles psychiatriques dans la Province de Kénitra, Maroc : une étude rétrospective sur 11 années. Rev Épidémiol Sante Publique. Mai 2017 ;65 Suppl 2 : S94”.
- [7] Z. Benmebarek, “Psychiatric services in Algeria,” *BJPsych International*, vol. 14, no. 1, pp. 10–12, Feb. 2017, doi: 10.1192/S2056474000001598.
- [8] “La santé mentale en Algérie - La santé des Algériennes et des Algériens. Rapport annuel du ministère de la Santé. Alger :Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière ; 2004”.
- [9] “Projection du développement du secteur de la santé : perspective décennale. Alger : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière ; 2003”, [Online]. Available: <http://www.santemaghreb.com/algerie/manage/manage5.pdf>
- [10] “Programme national de santé mentale. Alger : Ministère de la Santé et de la Population, Direction des Actions sanitaires spécifiques”, [Online]. Available: <https://snapsydz.org/medias/09-02-2020-0253%D8%A7%D9%84%D8%A8%D8%B1%D9%86%D8%A7%D9%85%D8%AC%20%D8%A7%D9%84%D9%88%D8%B7%D9%86%D9%8A%20%D9%84%D9%84%D8%B5%D8%AD%D8%A9%20%D8%A7%D9%84%D8%B9%D9%82%D9%84%D9%8A%D8%A9.pdf>
- [11] *ECN-Referentiel de Psychiatrie et Addictologie. Paris; PUF, 2016; 583 p.*
- [12] “Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx), (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>, consulté le 14 mai 2022).”.
- [13] “Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic’s impact. Geneva: World Health Organization; 2022”.

- [14] *Crocq M-A, Guelfi JD. DSM-5 ®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson SAS; 2015.*
- [15] “Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, et al: Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 64(1):19–28, 2007 17199051”.
- [16] “Susser E, Fennig S, Jandorf L, et al: Epidemiology, diagnosis, and course of brief psychoses. *Am J Psychiatry* 152(12):1743–1748, 1995 8526240”.
- [17] “Pillmann F, Haring A, Balzuweit S, et al: The concordance of ICD-10 acute and transient psychosis and DSM-IV brief psychotic disorder. *Psychol Med* 32(3):525–533, 2002 11989997”.
- [18] “Naz B, Bromet EJ, Mojtabai R: Distinguishing between first-admission schizophreniform disorder and schizophrenia. *Schizophr Res* 62(1–2):51–58, 2003 12765743”.
- [19] “Bromet EJ, Kotov R, Fochtmann LJ, et al: Diagnostic shifts during the decade following first admission for psychosis. *Am J Psychiatry* 168(11):1186–1194, 2011 21676994”.
- [20] “McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J: Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev* 30:67–76, 2008 18480098”.
- [21] “Álvarez-Jiménez M, Gleeson JF, Henry LP, et al: Road to full recovery: longitudinal relationship between symptomatic remission and psychosocial recovery in first-episode psychosis over 7.5 years. *Psychol Med* 42(3):595–606, 2012 21854682”.
- [22] “Tamminga CA, Buchanan RW, Gold JM: The role of negative symptoms and cognitive dysfunction in schizophrenia outcome. *Int Clin Psychopharmacol* 13(suppl 3):S21–S26, 1998 9690966”.
- [23] “2021\_defiscience\_pnds\_syndrome\_catatonique\_texte\_pnds.pdf.” Accessed: Aug. 02, 2023. [Online]. Available: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-10/2021\\_defiscience\\_pnds\\_syndrome\\_catatonique\\_texte\\_pnds.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-10/2021_defiscience_pnds_syndrome_catatonique_texte_pnds.pdf)
- [24] “Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al: The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 289(23):3095–3105, 2003 12813115”.
- [25] “Coryell W, Endicott J, Keller M: Outcome of patients with chronic affective disorder: a five-year followup. *Am J Psychiatry* 147(12):1627–1633, 1990 2244640”.
- [26] “Klein DN, Taylor EB, Dickstein S, Harding K: Primary early-onset dysthymia: comparison with primary nonbipolar nonchronic major depression on demographic, clinical, familial, personality, and socioenvironmental characteristics and short-term outcome. *J. Abnorm Psychol* 97(4):387–398, 1988 3204224”.
- [27] “Coryell W, Akiskal HS, Leon AC, et al: The time course of nonchronic major depressive disorder: uniformity across episodes and samples. National Institute of Mental Health Collaborative Program on the Psychobiology of Depression—Clinical Studies. *Arch Gen Psychiatry* 51(5):405–410, 1994 8179464”.
- [28] “Coryell W, Leon A, Winokur G, et al: Importance of psychotic features to long-term course in major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 153(4):483–489, 1996 8599395”.

- [29] “Clayton PJ, Grove WM, Coryell W, et al: Follow-up and family study of anxious depression. *Am J Psychiatry* 148(11):1512–1517, 1991 1928465”.
- [30] “Holma KM, Holma IA, Melartin TK, et al: Long-term outcome of major depressive disorder in psychiatric patients is variable. *J Clin Psychiatry* 69(2):196–205, 2008 18251627”.
- [31] “Szádóczy E, Rózsa S, Zámboi J, Füredi J: Predictors for 2-year outcome of major depressive episode. *J Affect Disord* 83(1):49–57, 2004 15546645”.
- [32] “Solomon DA, Keller MB, Leon AC, et al: Recovery from major depression: a 10-year prospective followup across multiple episodes. *Arch Gen Psychiatry* 54(11):1001–1006, 1997 9366656”.
- [33] “Coryell W, Endicott J, Keller MB: Predictors of relapse into major depressive disorder in a nonclinical population. *Am J Psychiatry* 148(10):1353–1358, 1991 1897616”.
- [34] “Eaton WW, Anthony JC, Gallo J, et al: Natural history of Diagnostic Interview Schedule/DSM-IV major depression: the Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 54(11):993–999, 1997 9366655”.
- [35] “Pintor L, Torres X, Navarro V, et al: Is the type of remission after a major depressive episode an important risk factor to relapses in a 4-year follow up? *J Affect Disord* 82(2):291–296, 2004 15488260”.
- [36] “Fiedorowicz JG, Endicott J, Leon AC, et al: Subthreshold hypomanic symptoms in progression from unipolar major depression to bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 168(1):40–48, 2011 21078709”.
- [37] “Zimmermann P, Brückl T, Nocon A, et al: Heterogeneity of DSM-IV major depressive disorder as a consequence of subthreshold bipolarity. *Arch Gen Psychiatry* 66(12):1341–1352, 2009 19996039”.
- [38] “Brodaty H, Luscombe G, Parker G, et al: Increased rate of psychosis and psychomotor change in depression with age. *Psychol Med* 27(5):1205–1213, 1997 9300524”.
- [39] “Coryell W, Solomon D, Leon A, et al: Does major depressive disorder change with age? *Psychol Med* 39(10):1689–1695, 2009 19296865”.
- [40] “Zeghib H, Grid N, Omeiri C. Modalités d’hospitalisation à l’EHS Errazi Annaba : étude rétrospective portant sur 1196 cas. *European Psychiatry*. nov 2015;30(8):S145”.
- [41] “Coulibaly SP, Dolo H, Notue CAM, Sangaré M, Mounkoro PP, Aboubacar A, Traore J, Dara AE, Traore K, Kone M, Maiga B, Coulibaly S, Maiga Y. Épidémiologie hospitalière des troubles psychiatriques au Mali [Hospital epidemiology of psychiatric disorders in Mali]. *Pan Afr Med J*. 2022 Feb 23;41:160. French. doi: 10.11604/pamj.2022.41.160.30663. PMID: 35573429; PMCID: PMC9058986”.
- [42] “Belghazi D, Moussaoui D, Kadri N. Spécificités épidémiologiques, cliniques et culturelles des patients hospitalisés au centre psychiatrique universitaire Ibn-Rochd de Casablanca. *Ann Med Psychol*. 2016;174(2):100–4”.
- [43] A. Abassi and M. E. A. Bencharif, “Profil épidémiologique et clinique des consultants aux urgences de psychiatrie du CHU de Bejaia,” Thesis, 2021. doi: 10/A/2020/08.

- [44] L. Roy, J. Rousseau, P. Fortier, and J.-P. Mottard, "Postsecondary academic achievement and first-episode psychosis: A mixed-methods study," *Can J Occup Ther*, vol. 83, no. 1, pp. 42–52, Feb. 2016, doi: 10.1177/0008417415575143.
- [45] "Llorca P-M. Schizophrénie et prévention. VST-Vie sociale et traitement. 2007;94(2):47-52".
- [46] "Crocq M-A. La schizophrénie – histoire du concept et évolution de la nosographie. Dans : Dalery J, d'Amato T, Saoud M. Pathologies schizophréniques. Paris : Médecine sciences publications Lavoisier. 2012. p. 5-17".
- [47] M. Paes, J. Toufiq, A. Ouanass, and F. E. Omari, "La psychiatrie au Maroc," *L'Information Psychiatrique*, vol. 81, no. 5, pp. 471–480, May 2005.
- [48] "Le Fur P, Lorand S, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. La morbidité des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale. Dans : Coldefy M. La prise en charge de la santé mentale. Paris : Collection Etudes et Statistiques. 2007. p. 145-171".
- [49] "Hammal K, Benatmane MT, Machane R, Sinaceur S. La vulnérabilité à développer un trouble bipolaire: est-ce la consanguinité? Est-ce l'environnement? *Eur Psychiatry*. 2014;29(S3):542–542."
- [50] "Brunet A, Cyr M, Toupin J, Lesage A. L'usage d'alcool et de drogues chez un groupe de patients psychotiques: Ampleur de la consommation selon différentes pratiques d'enquête. *Can J Commun Ment Health*. 2009;12(1):127–41."
- [51] "Mitchell JE, Dahlgren LA. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J psychiatry*. 1986 Aug;143(8):993–7".
- [52] "Green VR, Conway KP, Silveira ML, Kasza KA, Cohn A, Cummings KM, et al. Mental Health Problems and Onset of Tobacco Use among 12-24 year-olds in the PATH Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;57(12):944–954."
- [53] "Merdji Y, Touari M, Bensmail K, Saidi A, Laraba B. L'urgence en psychiatrie 1992. Clinique de Psychiatrie et de Psychologie Médicale du CHU de Constantine, 25000 Constantine (Algérie)".
- [54] "Boudef M. Profil épidémiologique des urgences psychiatriques service hospitalo-universitaire de Psychiatrie, Hôpital Psychiatrique Errazi. Comptes rendus du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française SaintEtienne, 1992, 464-479, Ed. Masson."
- [55] "Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. *Ann Med Psychol*. Fév 2008 ;166(1):63 70".

# ANNEXE

**ANNEXE01 : Fiche d'enquête**

**FICHE D'ENQUETE**

N° du dossier :

**A- Caractéristiques socio-épidémiologiques :**

1-Sexe :  H  F

2-Âge :

3-Lieu de résidence :

4-Niveau d'instruction :  Sans  Primaire  Moyen  Secondaire  Universitaire

5-Le statut marital :  Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf (Ve)

6-L'activité professionnelle :  Active  Passive  Sans profession

**B-ATCD :**

**1- Antécédent personnels médicaux :**

HTA  DIABETE  HTA+DIABETE

**2-Antécédent familiaux psychiatrique :**

Père  Mère

**3-Habitude Toxique :**

Tabac  Alcool  Cannabis  Psychotropes

**4-Début de trouble :**

Avant 40 ans  Plus 40 ans

**C-Motif de Consultation :**

**D-Origine de la demande :**  Volontaire  Tiers  D'office

**E-Le type de la pathologie :**  Aigue  Chronique

**F-Le diagnostique retenu :**



MEHDA Tarek et SADOON Mohammed

Profil descriptif des morbidités psychiatriques au niveau  
de l'EHS HDEB d'Ouargla 2020-2021



Mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine

**Introduction :**

La prévalence des troubles mentaux en population générale algérienne est de plus de 0.5%. Cette montée des maladies mentales et les besoins accrus de soins ont élevé la santé mentale au rang de problème social majeur pour cela, l'Algérie a pris des initiatives importantes et engagé diverses ressources pour améliorer les services de santé mentale dans la prévention et le traitement des maladies mentales.

Le but de notre travail était de déterminer le profil descriptif des morbidités psychiatriques au niveau de l'EHS de psychiatrie HDEB-Ouargla durant une période de 02 ans.

**Méthodes :**

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective sur un échantillon de 420 patients consultés et/ou hospitalisés à l'EHS de psychiatrie HDEB-Ouargla durant la période de 1<sup>er</sup> janvier 2020 à 31 décembre 2021.

**Résultats :**

L'âge moyen de nos patients est de 33,61 ans. 65% sont du sexe masculin et 69.1 % sont des célibataires. 56,4% ont un niveau d'instruction moyen. 76,9 % sont au chômage. 43.3% consomment des toxiques (13.3 % cannabis). 9,1% ont des ATCDS psychiatriques familiaux. L'agitation était le motif de consultation le plus fréquent. L'âge du début du trouble est avant 40 ans (88,9%). 35.5% ont été hospitalisés dont 88% selon la demande d'un tiers. La pathologie la plus retenue c'est la schizophrénie.

On a enregistré des fréquences importantes pour des valeurs qui peuvent être des facteurs de risque (l'âge entre 18 et 25 ans, le sexe masculin, le célibat, le chômage, ATCDS psychiatriques familiaux, la consommation de toxiques). Le sexe féminin, le travail peuvent représenter des facteurs de protection.

**Conclusion :**

Au terme de cette étude nous avons un aperçu du profil descriptif et du diagnostic. Et ce, afin de permettre un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée pour améliorer la symptomatologie, éviter les complications pour améliorer la qualité de vie des patients. Et ça n'est pas le cas pour les patients suivis en ambulatoire d'où la nécessité de mener des études plus poussées.

**Mots clés :** Profil descriptif, morbidités psychiatriques, facteur de risque, HDEB-Ouargla, schizophrénie.

**Encadrant : Pr BAIT Soumiya**  
**Maitre de conférence B en psychiatrie**

Année Universitaire  
2022-2023