

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But- Une Foi



Université Kankou Moussa (UKM)

Faculté de médecine et de pharmacie

Année universitaire : 2024 - 2025

N° 016-26

THEME

**ETUDE RETROSPECTIVE DU PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET
DU DEVENIR CLINIQUE DES TROUBLES PSYCHOTIQUES
AIGUS ET TRANSITOIRES AU SERVICE DE PSYCHIATRIE DU
CHU POINT G DE 2019 à 2024**

Présentée et soutenue publiquement le 29 /04 / 2026 devant le jury de la Faculté
de Médecine par :

Mme Aïssata Anne COULIBALY.

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury

Président :	Dr. Seybou Hassane DIALLO	Maître de Conférences Agrégé
Membre :	Dr. Apérrou dit Eloi DARA	Chargé de Cours
Directeur :	Pr. Souleymane dit Papa COULIBALY	Maître de Conférences Agrégé

UNIVERSITE KANKOU MOUSSA
(Faculté des Sciences de la Santé)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025

ADMINISTRATION

RECTEUR : Pr Siné BAYO

DOYEN : Pr Dapa A DIALLO

PRESIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE ET PEDAGOGIQUE : Pr Hamar Alassane Traoré

SECRETAIRE PRINCIPAL : M. Amougnon DOLO

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R ET PAR GRADE

D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1- PROFESSEURS

M. Alhousseini Ag Mohamed	ORL
M. Sambou SOUMARE	Chirurgie générale
M. Amadou I DOLO	Gynéco
M. Aly Douro Tembely	Urologie
M. Nouhoun ONGOIBA.....	Anatomie et chirurgie générale
M. Youssouf COULIBALY	Anesthésie et Réanimation
M. Djibo Diango	Anesthésie et Réanimation
M. Sadio YENA	Chirurgie cardio-thoracique
M. Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie générale
M. Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
M. Adégné Pierre TOGO	Chirurgie générale
M. Alassane TRAORE	Chirurgie Générale
M. Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
M. Youssouf TRAORE	Gynéco-Obstétrique
M. Niani MOUNKO	Gynéco-Obstétrique
Mme Doumbia Kadiatou SINGARE	ORL
M. Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
M. Birama TOGOLA.....	Chirurgie Générale

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Ibrahim TEGUETE	Gynéco-Obstétrique
M. Abdoulaye DIARRA.....	Chirurgie Générale
M. Amadou TRAORE.....	Chirurgie Générale
M. Madiassa KONATE.....	Chirurgie Générale
M. Hamady COULIBALY	Stomatologie
M. Sékou KOUMARE.....	Chirurgie Générale
M. Abdoul Kadri MOUSSA.....	Traumatologie

3- MAITRES DE CONFERENCES

M. Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
M. Souleymane TOGORA	Stomatologie

4- MAITRES ASSISTANTS

5- Assistant :

M. Zakary SAYE.....	Oncologie Chirurgicale
---------------------	------------------------

D.E.R SCIENCES FONDAMENTALES

1- PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHES

M. Siné BAYO	Anatomie pathologie – Histo-embryologie
M. Bakary CISSE	Biochimie
M. Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie
M. Lassine SIDIBE	Chimie Organique
M. Mahamadou TRAORE	Génétique
M. Mahamadou Ali THERA	Parasitologie Mycologie
M. Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
M. Abdoulaye DJIMDE.....	Parasitologie Mycologie
Mme DOUMBO Safiatou NIARE	Parasitologie
M. Issiaka SAGARA.....	Math-Bio-Statistique
M. Boureïma KOURIBA	Immunologie

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Aboulaye KONE	Parasitologie
M. Charles ARAMA	Immunologie

3- MAITRES DE CONFERENCES/MAITRES DE RECHERCHES

M. Amadou KONE.....	Biologie Moléculaire
M. Mahamadou Z SISSOKO.....	Méthodologie de la Recherche
M. Karim TRAORE	Méthodologie de la Recherche

M. Souleymane DAMA	Parasitologie-Mycologie
M. Mohamed M'BAYE.....	Physiologie
M. Amadou NIANGALY.....	Parasitologie-Mycologie
M. Laurent DEMBELE.....	Parasitologie-Mycologie
M. Souleymane SANOGO	Biophysique
M. Issiaka TRAORE	Biophysique

4- MAITRES ASSISTANTS

5- ASSISTANTS

M. Abdoulaye FAROTA.....	Chimie Physique-Chimie Générale
M. Aboudou DOUMBIA	Chimie Générale

D.E.R MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1- PROFESSEURS

M. Toumani SIDIBE	Pédiatrie
M. Mamadou Marouf KEITA	Pédiatrie
M. Saharé Fongoro	Néphrologie
M. Baba KOUMARE	Psychiatrie
M. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
M. Hamar Allassane TRAORE	Médecine Interne
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
M. Siaka SIDIBE	Imagerie Médicale
M. Moussa Y. MAIGA	Gastro-Entérologie
M. Boubacar DIALLO	Cardiologie
M. Boubacar TOGO	Pédiatrie
M. Daouda K MINTA	Maladies Infectieuses
M. Youssoufa M MAIGA	Neurologie
M. Souleymane COULIBALY	Psychologie Médicale
M. Yacouba TOLOBA	Pneumologie
Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme TRAORE Fatoumata DICKO	Pédiatrie et génétique Médicale
M. Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mme Kaya Assétou SOUCKO	Médecine Interne

M. Abdoul Aziz DIAKITE Pédiatrie

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Adama DICKO Dermatologie

M. Koniba Diabaté Biophysique

Mme Menta Djénébou Médecine Interne

M. Madani DIOP Anesthésie-Réanimation-Urgence

M. Moustapha Issa MANGANE Anesthésie-Réanimation-Urgence

M. Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE Anesthésie-Réanimation-Urgence

M. Mody CAMARA Imagerie Médicale

M. Djibril SY Médecine Interne

Mme SOW Djénébou SYLLA Endocrinologie

M. Souleymane dit Papa COULIBALY Psychiatrie

3- MAITRES DE CONFERENCES

4- MAITRES ASSISTANTS

M. Mamadou N'DIAYE Imagerie Médicale

5- ASSISTANTS

Mme DEMBELE Maimouna SIDIBE Rhumatologie

M. Bah TRAORE Endocrinologie

M. Modibo Endocrinologie

-CHARGES DE COURS :

M. Madani LY Oncologie Médicale

D.E.R SANTE PUBLIQUE

1- PROFESSEURS

M. Hammadoun SANGHO Santé Publique

M. Cheick Oumar BAGAYOKO..... Informatique Médicale

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Oumar SANGHO Santé Communautaire

M. Housseini DOLO Santé Communautaire

3- Maître de Conférences

M. Cheick Abou COULIBALY..... Santé Publique

M. Aldiouma Kodio Anglais

4- MAITRES ASSISTANTS

M. Abdramane COULIBALY Anthropologie Médicale

M. Seydou DIARRA Anthropologie Médicale

M. Salia KEITA Santé Publique

5- CHARGES DE COURS :

M. Birama DIAKITE Economie de la Santé

M. Mahamane KONE Santé au travail

M. Ali WELE Management

M. Issiaka Anglais

M. Cheick Tidiane TANDIA Santé Publique

D.E.R SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1- PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHES

M. Saibou MAIGA Législation

M. Gaoussou KANOUTE Chimie Analytique

M. Ousmane DOUMBIA Chimie Thérapeutique

M. Aboulaye DABO Zoologie

M. Moussa Samaké Botanique

M. Benoît Yaranga KOUMARE Chimie Inorganique

M. Ababacar MAÏGA Toxicologie

M. Lassine SIDIBE Chimie Organique

M. Mahamadou TRAORE Génétique

M. Cheick Bougadari TRAORE Biologie Cellulaire

M. Cheick Oumar BAGAYOGO Informatique

M. Nouhoum ONGOIBA Anatomie

M. Alhassane TRAORE Anatomie

M. Bakary Tientigui DEMBELE Anatomie

M. Siaka SIDIBE Biophysique

M. Sékou BAH Pharmacologie

M. Abdoulaye DJIMDE Parasitologie-Mycologie

M. Daouda Kassoum MINTA Maladies Infectieuses

M. Satigui SIDIBE Pharmacie Vétérinaire

M. Mahamadou Ali THERA Méthodologie de la
Recherche

M. Souleymane COULIBALY Psychologie de la Recherche

M. Aldiouma Hématologie

M. Sékou BAH Pharmacologie

M. Issaka SAGARA Maths-Bio-Statistiques

M. Mme DOUMBO Safiatou NIARE	Méthodologie de la Recherche
M. Daba SOGODOGO	Physiologie Humaine
M. Drissa TRAORE	Soins Infirmiers
M. Bourèma KOURIBA	Immunologie

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES/MAITRES DE CONFERENCES/MAÎTRES DE RECHERCHES

M. Ousmane SACKO	Cryptogamie
M. Abdoulaye KONE	Méthodologie de la recherche
M. Boubacar Sidiki Ibrahim	Biochimie
M. Sidi Boula SISSOKO	Histologie-Embryologie
M. Mahamane HAIDARA	Pharmacognosie
M. Abdoul K MOUSSA	Anatomie
M. Madiassa KONATE	Anatomie
M. Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
M. Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
M. Bourama COULIBALY	Biologie Cellulaire
M. Mohamed MBAYE	Physiologie
M. Koniba DIABATE	Biophysique
M. Souleymane DAMA	Parasitologie-Mycologie
M. Laurent DEMBELE	Parasitologie-Mycologie
M. Hamadoun DIALLO	Anatomie
M. Dominique Patomo ARAMA	Chimie Thérapeutique
M. Yaya GOÏTA	Biochimie
M. Amadou NIANGALY	Parasitologie-Mycologie
Mme MENTA Djénébou TRAORE	Sémiologie Médicale
M. Hamadoun Abba TOURE	Bromatologie
M. Lossény BENGALY	Pharmacie Hospitalière
M. Ibrahima GUINDO	Bactériologie-Virologie
M. Souleymane SANOGO	Biophysique
M. Issa COULIBALY	Gestion Pharmaceutique
Mme Salimata MAÏGA	Bactériologie-Virologie
M. Mohamed Ag BARAÏKA.....	Bactériologie-virologie

M. Charles ARAMA Immunologie

3- MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHES

M. Aboubacar DOUMBIA..... Bactériologie-Virologie

M. Yaya COULIBALY Droit et éthique

M. Hamma MAIGA Législation-Galénique

M. Bakary Moussa CISSE Galénique Législation

M. Boubacar Physique

M. Aboudou DOUMBIA Chimie Générale

M. Diakardia SANOGO Biophysique

M. Salia KEITA Santé Publique

Mme Aïssata MARIKO Cosmétologie

M. Boubacar Tiètiè BISSAN Analyse Biomédicale

M. Issiaka DIARRA Anglais

Mme SAYE Bernadette COULIBALY Chimie Minérale

M. Mamadou BALLO Pharmacologie

4- ASSISTANTS :

M. Dougoutigui TANGARA Chimie Minérale

M. Abdourhamane Hydrologie

M. Abdoulaye KATILE Math-Bio-statistique

M. Aboubacar SANGHO Droit-Ethique-Législation Pharmaceutique

Mme Traoré Assitan KALOGA Droit-Ethique -Législation Pharmaceutique

M. Abdoulaye GUINDO Pharmacologie

M. Bah TRAORE Endocrinologie-Métabolisme-Nutrition

M. Modibo MARIKO Endocrinologie-Métabolisme-Nutrition

5- CHARGES DE COURS

M. Birama DIAKITE Economie de la Santé

M. Mahamane KONE Santé au Travail

M. Maman Yossi Technique d'expression et de communication

M. Amassagou DOUGNON Biophysique

M. Abdoulaye FAROTA Chimie Physique

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

Dédicace

C'est avec profonde gratitude et sincères mots, que nous dédions ce modeste travail à ma famille biologique.

Remerciements

➤ Nos remerciements à ALLAH, le tout Miséricordieux, le très Miséricordieux Merci pour le souffle de vie qu'il nous a donné chaque jour, et pour la force et la persévérance qui nous ont permis d'atteindre ce diplôme. Que Sa lumière continue de guider nos pas dans cette nouvelle étape. Amina

- À mon très cher père, le pilier de notre vie, **Souleymane COULIBALY**

Ce travail, fruit de longues années d'efforts, de doutes, de persévérance et de sacrifices, nous te le dédions avec toute notre reconnaissance et notre amour. Tu as toujours été un modèle de force, sagesse et bienveillance. Dans les moments difficiles, ta voix et ta confiance nous ont porté. Tu as cru en nous avant même que nous puissions imaginer réussir. Ton soutien silencieux et ta présence ont été nos piliers. Tu nous as appris la valeur du travail, de la patience et de l'humilité. Ce doctorat est un hommage à tout ce que tu nous as transmis. Il reflète ton amour inconditionnel, ta fierté discrète et ta foi en nos capacités. Merci, papa, pour tout, ce diplôme est autant le tien que le nôtre.

- À ma très chère mère **Nana MAIGA**

C'est avec une émotion profonde et un amour infini que nous vous dédions ce travail, fruit de longues années d'efforts et de persévérance. Tu as été notre guide, source d'inspiration et refuge. Tu nous as appris à croire en nous et à ne jamais renoncer. Ton amour, ta patience et ta bienveillance ont construit nos ambitions. Chaque page porte ton influence, chaque réussite est un hommage à ton dévouement et à tes sacrifices. Ce doctorat est un rêve réalisé grâce à toi. Maman, nous t'aimons et te portons en nous à chaque étape.

- À ma chère petite sœur **Bintou Binette COULIBALY**

Ma sœur bien-aimée, qui as toujours su être plus qu'une simple sœur. Merci pour ta présence rassurante, pour tes conseils précieux. Cette dédicace est un hommage à ta générosité, ta force silencieuse et à l'amour immense que tu nous portes. Nous t'aimons profondément, aujourd'hui et toujours.

➤ Nos remerciements vont à nos familles **COULIBALY, MAIGA et DOUCOURE** à toute cette grande et magnifique famille, grande mère, oncles, tantes, cousins, cousines, neveux et nièces.

Nous tenons à vous exprimer notre profonde gratitude pour votre amour inconditionnel, votre soutien constant et vos encouragements tout au long de notre parcours. Sans votre patience, vos sacrifices et votre présence à nos côtés, cette réussite n'aurait pas été possible. Merci du fond du cœur pour tout ce que vous avez fait pour nous.

➤ Nos remerciements à l'ensemble du corps professoral et au personnel de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université Hankou Moussa. Votre enseignement rigoureux et votre soutien constant ont été essentiels tout au long de notre formation. Vous nous avez transmis non seulement des connaissances théoriques, mais aussi le savoir-faire et les valeurs indispensables à l'exercice de la médecine. C'est avec fierté que nous nous considérons comme vos étudiants. Nous vous adressons ici nos plus sincères remerciements.

➤ Nos remerciements à toute la 10ème Promotion de la Faculté de médecine de L'UKM.

➤ Nos remerciements et notre reconnaissance à notre cher Maître, **Dr Joseph TRAORE**, pour l'enseignement fourni, sa disponibilité, la qualité de sa pédagogie, son accompagnement et ses judicieux conseils pour la réalisation de ce travail.

➤ Nos remerciements et notre reconnaissance aux encadreurs et psychiatres du service de psychiatrie du CHU point G.

➤ Nos remerciements à nos aînés les D.E.S du service de psychiatrie du CHU point G du Mali,

➤ Nos remerciements à nos chers collègues faisant fonctions d'internes du service de psychiatrie du CHU point G du Mali, Que Dieu nous accompagne tout au long de notre carrière, et que le marché de l'emploi nous offre à tous les meilleures opportunités pour réaliser nos ambitions.

➤ Nos remerciements à **Aida DIALLO et Fatoumata FOFANA**,

vos soutiens, votre amour et votre amitié sont des trésors inestimables dans ma vie, que ce soit lors des bons moments ou des plus difficiles, vous avez toujours été là pour moi. Merci pour les rires, les souvenirs inoubliables et les petites attentions dont vous avez fait preuve tout au long de notre cursus universitaire. Puisse Dieu garder nos liens unis et soudés.

➤ **A Dr Khadidjat Tognan KONE**

Je tenais à te remercier sincèrement pour tout le soutien et l'encouragement que tu m'as offerts. En si peu de temps tu as su apporter une lumière dans ma vie, tes mots bienveillants et ta présence ont vraiment fait une différence. Merci pour ta gentillesse et ta générosité, que le tout puissant préserve nos liens amine.

➤ **A Fakoumakan dit Babily DEMBELE**

un grand merci pour ta précieuse aide lors de mes débuts au service, elle m'a permis de m'intégrer facilement, ça été un plaisir de travailler avec toi dans la même unité.

➤ **A Dr Adama TRAORE**

Je vous adresse mes sincères remerciements pour l'accompagnement la disponibilité et les conseils fournis pour l'élaboration de ce document

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

À notre Maître et président du jury

Pr Seybou Hassane DIALLO

- **Maitre de conférences agrégé de neurologie à la FMOS**
- **Titulaire d'un DIU de céphalées et migraine**
- **Titulaire d'un DIU de neurophysiologie clinique**
- **Secrétaire général de la société de Neurologie du Mali**
- **Membre du consortium H3Africa**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE**
- **Chevalier de l'ordre national**

Cher maitre

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Nous sommes honorés de votre présence dans ce jury. Votre humilité, votre disponibilité, votre sagesse et votre souci du travail bien fait en plus de vos compétences scientifiques font de vous un exemple à suivre. Recevez ici cher maitre l'expression de notre reconnaissance et notre profonde gratitude. Puisse ALLAH vous donner une longue vie.

A notre Maître et membre du jury

Dr Apérou dit Eloi DARA

- **Médecin psychiatre, praticien hospitalier au CHU point G**
- **Diplômé en psycho-traumatologie**
- **Chargé de cours à la FMOS**
- **Membre de la société malienne de santé mentale (SOMASAM)**
- **Membre de la société africaine de santé mentale (SASM)**

Cher Maître,

Votre engagement, votre rigueur et votre bienveillance ont été une source d'inspiration. Nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté d'évaluer ce travail et vous exprimons notre profonde gratitude ainsi que notre respect le plus sincère

À notre Maître et directeur de thèse

Pr Souleymane dit Papa COULIBALY

- **Maitre de conférences Agrégé de l'Enseignement Supérieur Du C. A.M.E.S;**
- **Psychiatre, praticiens Hospitalo-universitaire**
- **Chef du Service de Psychiatrie du CHU Point G**
- **Membre du Consortium Human Heredity and Health in Africa (H3Africa)**
- **Secrétaire Général de la Société Africaine de Santé Mentale (SASM) ;**
- **Secrétaire à l'organisation de la Société Malienne de Santé Mentale (SOMASAM).**

Cher maitre,

C'est un grand honneur que vous nous avez fait en nous acceptant comme étudiante au sein de votre service, tout au long de ce travail vous avez forcé notre admiration tant par vos talents scientifiques que par vos multiples qualités humaines. Votre sens du travail bien accompli, du respect de la discipline font de vous un modèle. Recevez ici cher maître, l'expression de nos salutations les plus respectueuses et de nos sincères remerciements.

SIGLES ET ABREVIATIONS

Sigles et abréviations

ATCD	Antécédent
BDA	Bouffée Délirante Aigue
CFM	Classification Française Des Maladies
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIM	Classification Internationale Des Maladies
DSM	Diagnostic And Statistique Manuel Of Mental Disorders (Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux)
OMS	Organisation Mondiale De La Santé
SPA	Substance Psychoactive
TP	Trouble Psychotique
TPA	Trouble Psychotique Aigue
TPAT	Trouble Psychotique Aigue Et Transitoire
TPC	Trouble Psychotique Chronique
UKM	Université Kankou Moussa

LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES

Listes des tableaux

Tableau I : Répartition selon les résultats globaux des patients hospitalisés avec un diagnostic de TPAT dans le service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024.....	11
Tableau II : répartition selon la classe d'âge.....	11
Tableau III : Répartition selon le niveau d'instruction des patients hospitalisés avec un TPAT dans le service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024	12
Tableau IV :Répartition selon la profession des patients hospitalisés avec un TPAT au service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024.....	13
Tableau V : Répartition selon le motif d'admission des patients hospitalisés avec un TPAT dans le service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024.....	13
Tableau VI : Répartition selon la durée d'hospitalisation des patients avec un TPAT dans le service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024.....	14
Tableau VII : Répartition selon le type de substances psychoactives consommé par les patients hospitalisés avec un TPAT dans le service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024	16
Tableau VIII : Répartition selon le contexte de survenue de l'épisode psychotique chez les patients hospitalisés avec un TPAT dans le service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024	16
Tableau IX : Répartition selon les principaux symptômes retrouvés chez les patients hospitalisés avec un TPAT dans le service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024	17
Tableau X :Répartition selon les classes thérapeutiques utilisées chez les patients hospitalisés avec un TPAT dans le service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024	17
Tableau XI : Répartition selon l'évolution clinique des patients hospitalisés avec un TPAT dans le service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024.....	18
Tableau XII :Répartition selon le type de sortie des patients hospitalisés avec un TPAT dans le service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024.....	18
Tableau XIII : Répartition selon la documentation du suivi post hospitalisation des Patients hospitalisés dans le service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024.....	19
Tableau XIV : Répartition selon l'évolution du diagnostic à la sortie des patients hospitalisés au service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 e 2024	19

Listes des figures

Figure 1: Répartition selon le sexe des patients hospitalisés avec un diagnostic de TPAT dans le service de psychiatrie du chu Point G entre 2019 et 2024	12
Figure 2 : Répartition selon l'antécédent personnel de troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés avec un TPAT dans le service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024	14
Figure 3: Répartition selon le type d'antécédent personnel psychiatrique des patients hospitalisés avec un TPAT et ayant déclaré de tel antécédent dans le service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024	15
Figure 4: Répartition selon l'Antécédents personnels médical et chirurgical) des patients hospitalisés au services de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024.....	15

TABLE DES MATIERES

Table des matières

1	INTRODUCTION	1
2	OBJECTIFS	2
2.1	Objectif général	2
2.2	Objectifs spécifiques	2
3	GENERALITES	3
3.1	Définition	3
3.2	Épidémiologie	3
3.2.1	Facteurs de risque	4
3.3	Signes cliniques	4
3.4	Diagnostic	5
3.4.1	Les critères diagnostiques	5
3.4.2	Diagnostic différentiel	5
3.5	Traitement	5
3.5.1	Buts	5
3.5.2	Moyens	6
3.6	Evolution /pronostic :	6
4	METHODOLOGIE	7
4.1	Cadre de l'étude :	7
4.1.1	Infrastructures et aménagements	7
4.1.2	Le personnel	7
4.1.3	Le fonctionnement du service	8
4.1.4	Les activités	8
4.2	Type et période d'étude	9
4.3	Population d'étude	9
4.3.1	Critères d'inclusion	9
4.3.2	Critères de non-inclusion	9
4.4	Échantillonnage	9
4.5	Outils et technique de collecte	9
4.6	Analyse statistique	9
4.7	Considérations éthiques	10
5	RESULTATS	11
5.1	Caractéristiques sociodémographiques	11
5.2	Caractéristiques cliniques	13

5.3	Caractéristiques thérapeutiques et évolutives	17
6	COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :.....	20
7	CONCLUSION.....	25
8	RECOMMANDATIONS :	26
9	REFERENCES	27
	ANNEXES	XIX

INTRODUCTION

1 INTRODUCTION

Les troubles psychotiques (TP) sont des maladies mentales graves qui affectent la perception de la réalité altérant profondément la pensée, les perceptions, les émotions et le comportement. Selon l'OMS, ils se caractérisent par une perte de contact avec la réalité qui se manifeste par des idées délirantes, des hallucinations et une désorganisation de la pensée ou du comportement. Ces troubles affectent gravement le fonctionnement quotidien d'une personne rendant difficile la distinction entre ce qui est réel et ce qui ne l'est pas [1].

Cependant, les TP ne constituent pas une entité homogène. La nomenclature psychiatrique distingue plusieurs entités parmi lesquels, les troubles psychotiques aigus (TPA) et les troubles psychotiques chroniques (TPC). La Classification Française des Maladies a classiquement identifié la Bouffée Délirante Aigüe (BDA) comme entité à part entière en la différenciant des autres troubles psychotiques [1,30]. Bien que la CIM-11 et le DSM-V n'ont pas retenu cette entité comme la Classification Française des Maladie (CFM), certains troubles psychotiques dans leurs manifestations, s'inscrivent assez clairement dans cette logique. Une telle classification se justifie par la différence dans leurs manifestations symptomatiques moins chroniques, leur mode de début assez brutal et leur durée d'évolution assez bref. Dans le but de prendre en compte les différentes caractéristiques des troubles psychotiques qui les opposent aux psychoses chroniques, la CIM-11 a admis récemment l'existence de troubles psychotiques aigus et transitoires (TPAT) comme nouvelle entité. [1,30]

La prévalence mondiale des troubles psychotiques aigus et transitoires varie entre 0,5 et 3% [1]. Au Togo, une étude menée à la clinique de psychiatrie et de psychologie médicale du centre hospitalier universitaire (CHU) campus Lomé entre 2004 et 2013 avait objectivé 35,16 % de TPAT [26]. Au Burkina Faso, une étude menée au Centre Hospitalier Universitaire de Ouahigouya entre janvier 2003 et décembre 2007 a rapporté 19,53 % de TPAT [14]. Une autre étude menée de janvier 2017 à décembre 2017 au Burkina Faso a objectivé 15,45% de TPAT [14]

Au Mali, une étude menée de 2014 à 2018 au service de psychiatrie du CHU point G sur la prévalence des troubles mentaux objectiva une fréquence d'hospitalisation de 10,4%. [33]

Les troubles psychotiques aigus transitoires sont fréquents, mais leur profil épidémiologique et leur évolution clinique sont méconnus dans le contexte malien.

Cette étude se donne comme tâche d'étudier le profil épidémiologique et le devenir clinique des troubles psychotiques aigus transitoires au service psychiatrie du CHU Point G sur une période de 5 ans de 2019 à 2024.

OBJECTIFS

2 OBJECTIFS

2.1 Objectif général

Étudier le profil épidémiologique et l'évolution clinique des cas de TPAT admis au service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024

2.2 Objectifs spécifiques

- ✓ Déterminer la fréquence des TPAT chez les patients admis au service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024 ;
- ✓ Décrire les caractéristiques socio-démographiques des TPAT ;
- ✓ Décrire les caractéristiques cliniques des patients diagnostiqués avec un TPAT ;
- ✓ Identifier les modalités de prise en charge et l'évolution clinique des patients diagnostiqués avec un TPAT.

GENERALITES

3 GENERALITES

3.1 Définition

Le trouble psychotique aigu transitoire (TPAT), selon la Classification Internationale des Maladies (CIM) se caractérise par une apparition aiguë de symptômes psychotiques qui émergent et qui atteignent leur sévérité maximale en 2 deux semaines. Les symptômes peuvent inclure les idées délirantes, les hallucinations, une désorganisation des processus de pensée, une perplexité ou une confusion, des troubles de l'affect et de l'humeur, des troubles psychomoteurs de type catatonie peuvent être présents [1]. La durée de l'épisode n'excède pas trois (3) mois et va le plus souvent de quelques jours à un mois. En général les symptômes changent rapidement à la fois en nature et en intensité d'un jour à l'autre, voire au cours d'une même journée [1,30]. Les symptômes ne sont pas une manifestation d'une autre affection médicale et ne sont pas dus à l'effet d'une substance ou d'un médicament sur le système nerveux central, y compris, un sevrage à une SPA [1,30].

Selon le DSM-5 nous avons d'autres nomenclatures. Le Trouble psychotique bref est la survenue brutale, d'au moins un des symptômes psychotiques ou de plusieurs symptômes suivants : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportements grossièrement désorganisé ou catatonique. La survenue brutale est définie comme un changement d'un état non psychotique à un état clairement psychotique en deux semaines, habituellement sans prodromes. Un épisode dure au moins un jour mais n'excède pas plus d'un mois avec finalement un retour complet au niveau du fonctionnement pré morbide [1].

Cette entité était anciennement appelée la bouffée délirante aiguë ou BDA. En général les symptômes changent rapidement, à la fois en nature et en intensité d'un jour à l'autre, voire au cours d'une même journée.

3.2 Épidémiologie

L'épidémiologie mondiale des troubles psychotiques aigus transitoires indique qu'ils peuvent toucher toutes les tranches d'âges en particulier, les adultes jeunes (18-25) ans. [1] La prévalence mondiale des troubles psychotiques aigus transitoires varie entre 0,5 et 3% [1]. L'incidence annuelle des premiers épisodes psychotiques est de 16,4/100 000/an chez les 18-64 ans. [40] L'incidence plus importante chez les sujets plus jeunes entre 16-35 ans est de 42,6/100 000/an **et** selon le sexe 82,9/100 000/an pour les hommes et 32,2/100 000/an pour les femmes. Le risque diminue avec l'âge plus rapidement chez l'homme que chez la femme.

3.2.1 Facteurs de risque

- **Age :**

Le début survient, le plus souvent, entre la fin de l'adolescence (18 ans) et le milieu de la vingtaine (25 ans) [1,4,7,30].

- **Antécédents familiaux :**

La présence d'antécédents familiaux de troubles psychiatriques comme (troubles de l'humeur, troubles psychotiques) peuvent augmenter le risque de survenue des troubles psychotiques aigus transitoires, mais l'absence d'antécédents n'exclut pas le risque de survenue [1,3,32].

- **Facteurs génétiques :**

Des anomalies génétiques, telles que le syndrome de délétion chromosomique entraîne une vulnérabilité à développer une psychose [3].

- **Facteurs environnementaux :**

Le stress, les conflits familiaux, le deuil, la consommation de substances psychoactives peuvent interagir avec d'autres facteurs pour augmenter la fréquence des troubles psychotiques [3].

- **Facteurs tempéramentaux :**

Des traits de la personnalité préexistantes (personnalité schizotypique, personnalité borderline peuvent prédisposer au développement de ce trouble [1,3].

3.3 Signes cliniques

- Les symptômes psychotiques (spécifiques) :

Les idées délirantes : croyance erronée, irrationnelle et inébranlable à conception fausse de la réalité. Le début est brutal, comme un coup de tonnerre dans un ciel serein, ils peuvent avoir plusieurs thèmes (persécution, mégalomanie, filiation, mystique, religieux) avec plusieurs mécanismes (hallucinatoire, interprétatif, intuitif, imaginatif). Ces idées délirantes sont classiquement mal structurées et non systématisées dénuées de toute cohérence [1,7,40].

Les hallucinations : perception sans stimulus, elles peuvent être visuelles, auditives, cénesthésiques, intrapsychiques [1,7,40].

La désorganisation : est une altération profonde du fonctionnement cognitif, affectif et comportemental, se manifestant par une pensée, un discours et un comportement désorganisé [1,7,33].

- **Les symptômes non psychotiques non spécifiques :** agitation, agressivité globale ou non, insomnie, instabilité, irritabilité, refus alimentaire, tous ces symptômes peuvent être des réactions aux symptômes psychotiques notamment les idées délirantes [1,40]

3.4 Diagnostic

Le diagnostic des TPAT est essentiellement clinique et repose sur un entretien clinique minutieux, en écartant toutes affections somatiques.

3.4.1 Les critères diagnostiques

- Présence d'un ou plus des symptômes suivants
- Idées délirantes
- Hallucinations
- Discours désorganisé, comportement désorganisé ou catatonique

Au cours d'un épisode, la perturbation persiste au moins **un jour** mais moins **d'un mois** avec retour complet au niveau du fonctionnement pré morbide. La durée de l'épisode n'excède pas trois mois et va le plus souvent de quelques jours à un mois. [1,30,40]

La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble dépressif caractérisé ou bipolaire avec caractéristique psychotique ou un autre trouble psychotique et n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale. [1,30,40]

3.4.2 Diagnostic différentiel

- **Troubles mentaux organiques ou symptomatiques d'affections médicales générales :**

Un trouble psychotique dû à une affection médicale ou une un état confusionnel est diagnostiqué quand on peut mettre en évidence que la symptomatologie psychotique est la conséquence physiologique d'une affection médicale. Ces affections peuvent être des atteintes cérébrales (infectieuses, métaboliques, tumorales, épileptiques, etc.), maladies du système. [1,9]

- **Troubles psychotiques aigus non transitoires (troubles schizophréniformes) :**

Présence de symptômes psychotiques (idées délirantes, hallucinations, discours et comportements grossièrement désorganisés) dont le délai d'évolution dure au plus **un mois mais moins de six mois**. [30]

- **Troubles psychotiques chroniques :**

Présence de symptômes psychotiques (idées délirantes, hallucinations, discours et comportements grossièrement désorganisés) dont le délai d'évolution est supérieur ou égale à six mois. [1]

3.5 Traitement

3.5.1 Buts

- Rémission des symptômes
- Prévenir les rechutes

- Éviter les complications

3.5.2 Moyens

- **Moyens non médicamenteux** : suivi en ambulatoire, hospitalisation, isolement, psychothérapies, ergothérapie.
- **Moyens médicamenteux** :

Les antipsychotiques classiques (1^{ère} génération) : halopéridol, chlorpromazine Effets secondaires : dyskinésies précoces, hypersialorrhée, somnolence

Les antipsychotiques atypiques (2^{ème} génération) : rispéridone, olanzapine, quétiapine

Les hypnotiques : prométhazine, hydroxyzine

Les benzodiazépines : diazépam

Les anticholinergiques : chlorhydrate de trodatépine

3.6 Evolution /pronostic :

les TPAT peuvent évoluer vers :

- **La guérison** : La rémission (tous les symptômes) peut être complète, et le retour au niveau du fonctionnement pré morbide dans le mois qui suit l'installation de la perturbation de façon naturelle sans traitement dans certains cas et dans d'autres cas avec traitement. [1]
- **La récurrence** : elle peut être observée, justifiant une surveillance clinique particulière entre les épisodes [1]
- **Le passage à la chronicité** :

Selon le DSM V, la persistance du délire, des hallucinations, discours et comportements désorganisés est supérieure à 1mois ; il s'agira des troubles schizophréniformes et au-delà de 6 mois, il s'agira d'une schizophrénie. Les TPAT peuvent évoluer vers la chronicisation [1].

METHODOLOGIE

4 METHODOLOGIE

4.1 Cadre de l'étude :

Le service de psychiatrie du CHU Point G, centre de référence national, disposant d'unités d'hospitalisation, de consultations externes et d'un plateau technique adapté à la prise en charge des troubles psychiatriques. Ce service bénéficie d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans la prise en charge des troubles psychiatriques

4.1.1 Infrastructures et aménagements

L'ancien service appelé communément « Cabanon », entouré d'un enclos grillagé, c'est le premier bloc du service construit selon un style carcéral avec une capacité d'accueil de 20 lits, il recevait quatre à cinq fois ce nombre.

Le nouveau pavillon abritant des salles de consultation, de soins et de garde, situé en face de la cour grillagée, il est composé de deux (02) salles de garde, une salle de soins, deux (02) salles de consultation, un secrétariat, un magasin et deux (02) toilettes.

Le bloc administratif et des hospitalisations annexe à l'ancien service, situé au nord-est et comporte trois (03) parties.

Le pavillon administratif : composé de deux (04) salles d'isolement, deux (02) toilettes, un secrétariat de cinq (05) bureaux des psychiatres, une salle de staff, deux (02) grandes salles d'hospitalisation pour hommes et une grande salle d'hospitalisation pour femmes avec 10 lits dans chaque salle. L'annexe du pavillon administratif comprenant une salle d'hospitalisation, trois (03) bureaux de consultations, une grande terrasse servant à la réalisation des séances de koteba thérapie.

Le bloc de 21 cases comportant chacune, deux (02) places, est prévu pour l'hospitalisation des malades accompagnés par un ou deux membres de leur famille, dans le but d'introduire cette dernière dans la prise en charge.

Au centre du service, se trouve une coupole, sous laquelle se tiennent des séances de psychothérapie de groupe et des visites hebdomadaires des malades.

À l'entrée du service, se trouve le terrain de sport, situé entre le service de psychiatrie et le service de pneumo-phtisiologie.

4.1.2 Personnel

Le personnel est composé d'une équipe médicale et paramédicale dirigée par un chef de service, psychiatre et Enseignant Chercheur, Maître de Conférences qui travaille de concert avec les autres membres de l'équipe qui sont :

- Un psychologue clinicien, Enseignant- chercheur, Professeur Titulaire des universités ;

- Six (06) psychiatres dont trois Chercheurs, Chargés de recherche et trois (03) Praticiens hospitaliers ;
- Onze (11) assistants médicaux spécialisés en psychiatrie ;
- Une assistance sociale ;
- Quatre garçons de salle ;
- Les étudiants en DES ; les étudiants en année de thèse (internes)
- Les étudiants stagiaires en médecine et des différentes écoles de santé, les stagiaires psychologues ;
- Un groupe d'animateurs en art dramatique composé de six (06) personnes, chargé d'animer les séances de Koteba tous les vendredis.

4.1.3 Fonctionnement du service

Le service fonctionne sur le mode de psychiatrie communautaire associant la famille. Il est divisé en quatre (04) unités de soins, une unité de psychologie médicale, une unité d'information médicale, et l'unité du major. Chaque unité de soins est dirigée par un médecin qui y assure la coordination des activités.

4.1.4 Activités

Les activités menées sont entre autres, les consultations, les hospitalisations, les activités de formation et de recherche en santé mentale. Les consultations ont lieu tous les lundis, mardis, mercredis de 7h30 à 16h00 par des médecins psychiatres ; des lignes de consultations supplémentaires en pédopsychiatrie, en gériopsychiatrie, en psycho-traumatologie et en addictologie sont ouvertes dans le service. Les consultations psychologiques sont réalisées par le psychologue clinicien, tous les mercredis, de 7h30 à 16h00.

La garde est assurée tous les jours par une équipe composée d'un médecin sénior, d'un médecin en spécialisation, d'un assistant médical, d'un étudiant faisant fonction d'interne, d'un garçon de salle.

Les visites des malades sont assurées par chaque unité pendant un jour de la semaine, fixé par l'unité, soit les lundis, les mardis ou mercredis. Une visite générale est organisée tous les jeudis par l'ensemble du personnel médical et paramédical.

Les séances du kotebatherapie sont réalisées par un groupe d'animateurs en art dramatique, tous les vendredis sous la supervision du psychologue. La thérapie par le Koteba ou kotebatherapie est une technique d'animation traditionnelle utilisée dans le service à des fins thérapeutiques à l'image du psychodrame de MORENO. Il existe deux variantes : la variante ouverte au public qui se produit tous les vendredis et la variante fermée au public, appelé encore Koteba intime est une séance organisée avec un seul malade, accompagné de ses parents.

Les staffs cliniques se tiennent chaque jour, de 07 h 45 mn à 09 h 00, dans le but de présenter les situations cliniques des patients que l'équipe de garde a pu constater au cours de la permanence.

Les présentations des situations cliniques sont confiées aux étudiants en formation générale et spéciale, tous les vendredis.

Les cours sont organisés par les enseignants et encadreurs à l'intention des médecins en formation de spécialisation.

4.2 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale à collecte de données rétrospective, portant sur les hospitalisations survenues entre le 1er janvier 2019 et le 31 décembre 2024.

4.3 Population d'étude

L'ensemble des patients suivi dans le service avec un diagnostic principal ou secondaire de TPAT (CIM-10 : F23.x; DSM-5 : trouble psychotique bref).

4.3.1 Critères d'inclusion

Dossiers médicaux complets et exploitables avec un diagnostic de TPAT selon CIM -11 et le DSM-5 lors de la première admission ou réadmission pendant la période d'étude

4.3.2 Critères de non-inclusion

- Dossiers incomplets rendant impossible l'analyse des variables clés (cas de troubles psychotiques liés exclusivement à une cause organique ou toxique identifiée (par ex. encéphalite, intoxication médicamenteuse isolée).

4.4 Échantillonnage

Nous avons utilisé un échantillonnage exhaustif en incluant tous les dossiers répondant aux critères d'inclusion.

4.5 Outils et technique de collecte

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'une fiche d'exploitation élaborée à partir du questionnaire annexé au protocole, à partir des registres d'hospitalisation, dossiers médicaux et comptes rendus de sortie.

4.6 Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS (version 25). Après avoir nettoyé la base des données, nous avons procédé au calcul des fréquences pour les variables qualitatives, ainsi que des moyennes assorties de leur écart-type ou des médianes selon la distribution pour les variables quantitatives.

Pour l'analyse analytique, les associations entre variables qualitatives seront évaluées à l'aide du test du χ^2 ou du test exact de Fisher lorsque les conditions d'application ne seront pas

remplies. Les comparaisons de moyennes entre deux groupes pour les variables quantitatives suivront le test t de Student.

4.7 Considérations éthiques

L'étude a obtenu l'approbation du directeur de l'hôpital et du chef de service de psychiatrie du CHU Point G. Toutes les données recueillies ont fait l'objet d'une anonymisation systématique afin de préserver l'identité des participants. Les informations collectées ont été utilisées exclusivement à des fins de recherche scientifique. La confidentialité des données a été respectée.

RESULTATS

5 RESULTATS

Tableau I : Répartition selon les résultats globaux des patients hospitalisés avec un diagnostic de TPAT dans le service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024

Années	Nombres d'hospitalisations (Nombres de cas de TPAT)	Fréquence TPAT (%)
2019	322(60,6)	1,9%
2020	309(58,1)	1,8%
2021	515(96,9)	3,1%
2022	603(113,5)	3,6%
2023	635(119,5)	3,8%
2024	689(129,7)	4,2%
Total	3070(578)	18,8%

Entre 2019 et 2024, le service a hospitalisé au total 3070 patients parmi lesquels 578 ont reçu le diagnostic de TPAT soit une fréquence de 18,81 %.

5.1 Caractéristiques sociodémographiques

Tableau II : répartition selon la classe d'âge

Classe d'âge (ans)	N	%
≤17	22	3,8
18-64	555	96,0
≥65	1	0,2
Total	578	100,0

Parmi les patients admis, 96,0 % avaient un âge compris entre 18 et 64 ans avec une moyenne d'âge 39,74 ans

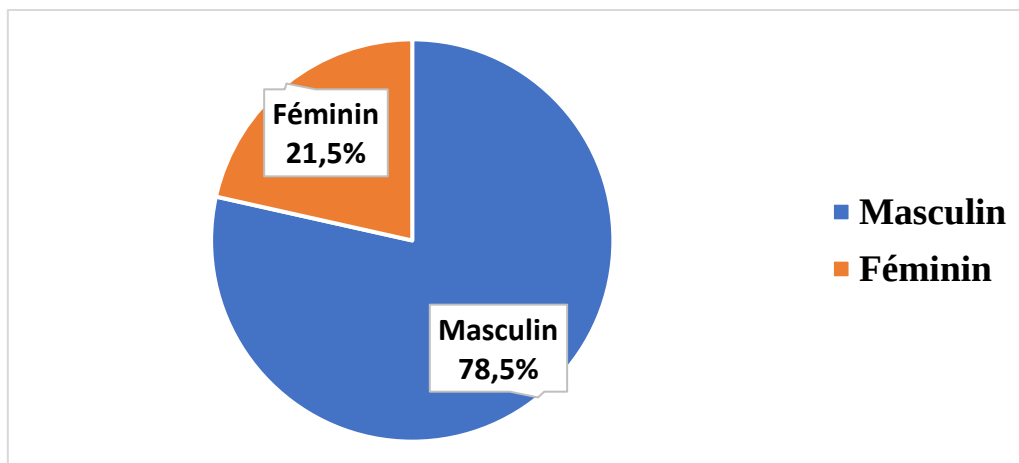


Figure 1: Répartition selon le Sexe des patients hospitalisés avec un diagnostic de TPAT dans le service de psychiatrie du chu Point G entre 2019 et 2024

Parmi les patients admis, 78,5 % étaient de sexe masculin.

Tableau III : Répartition selon le niveau d’instruction des patients hospitalisés avec un TPAT dans le service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024

Niveau d’instruction	N	%
Aucun	119	20,6
Ecole coranique	51	8,8
Primaire	149	25,8
Secondaire	146	25,3
Supérieur	113	19,6
Total	578	100

Parmi les patients admis, 25,8% avaient un niveau d’instruction primaire.

Tableau IV : Répartition selon la Profession des patients hospitalisés avec un TPAT au service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024

Profession	N	%
Profession libérale	266	46,0
Sans emploi	149	25,8
Etudiants / élèves	112	19,4
Salarié	51	8,8
Total	578	100,0

Parmi les patients admis 46,0 % avaient une profession libérale.

5.2 Caractéristiques cliniques

Tableau V : Répartition selon le motif d'admission des patients hospitalisés avec un TPAT dans le service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024

Motifs d'admission	N	%
Agressivité/instabilité/Agitation	229	39,6
Trouble du comportement	130	22,5
Agressivité /insomnie	56	9,7
Propos incohérents	47	8,1
Insomnie/instabilité	41	7,1
Insomnie	40	6,9
Instabilité/logorrhée/insomnie	9	9,7
Refus alimentaire	7	1,2
Tentative de suicide	7	1,2
Irritabilité	5	0,9
Homicide	3	0,5
Consommation SPA	2	0,4
Réquisition pour expertise mentale	2	0,3
Totale	578	100,0

Parmi les patients admis 39,6% avaient comme motif une agressivité et/ou une instabilité et/ou une agitation.

Tableau VI : Répartition selon la durée d'hospitalisation des patients avec un TPAT dans le service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024

Durée d'hospitalisation	N	%
<15 jours	288	49,8
15 -30 jours	236	40,8
≥30 jours	54	9,3
Total	578	100,0

Parmi les patients admis, 49,8% avaient une durée d'hospitalisation de moins de 15 jours soit 14,42 jours.

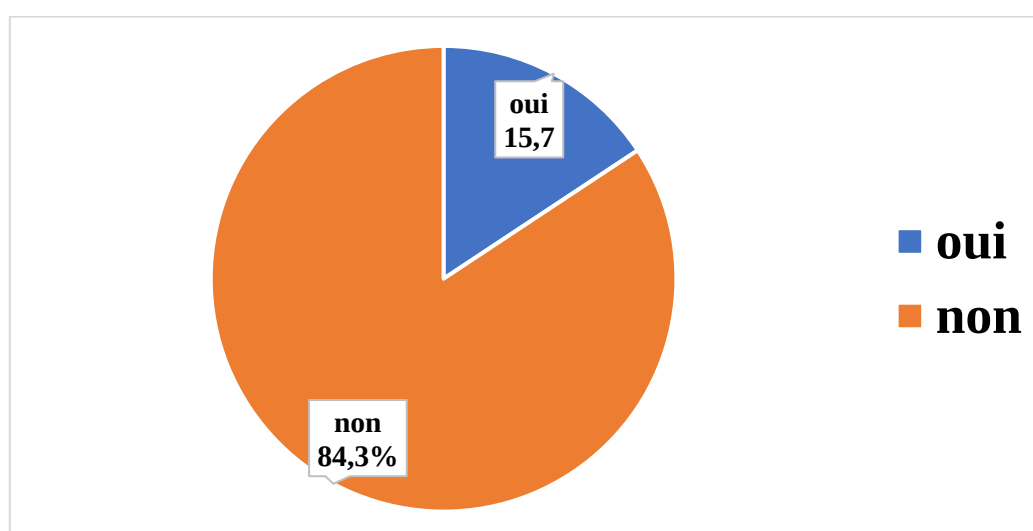


Figure 2 : Répartition selon l'Antécédent personnel de troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés avec un TPAT dans le service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024

Parmi les patients hospitalisés 84,3% n'avaient pas d'antécédent personnel de trouble psychiatrique.

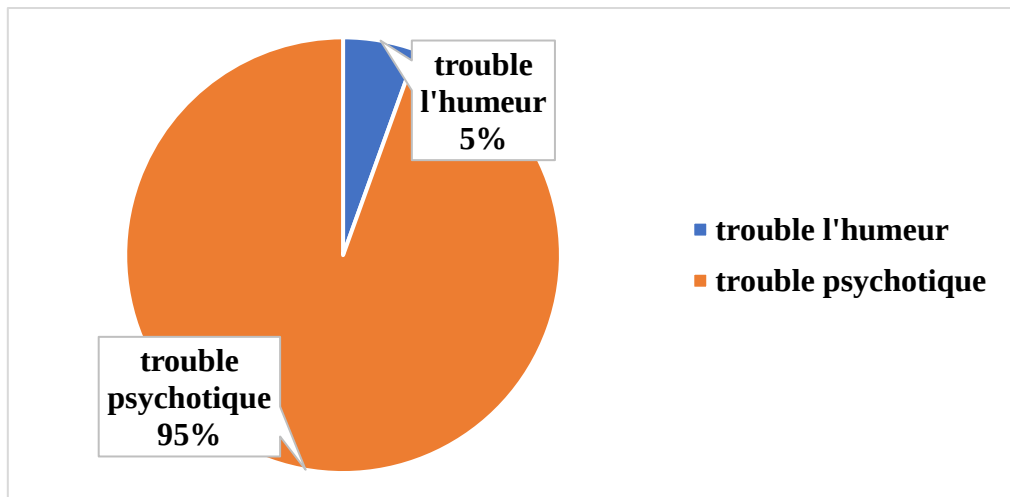


Figure 3: Répartition selon le type d'antécédent personnel psychiatrique des patients hospitalisés avec un TPAT et ayant déclaré de tel antécédent dans le service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024

Parmi les patients hospitalisés ayant un antécédent de trouble psychiatrique, 95% étaient de nature psychotique.

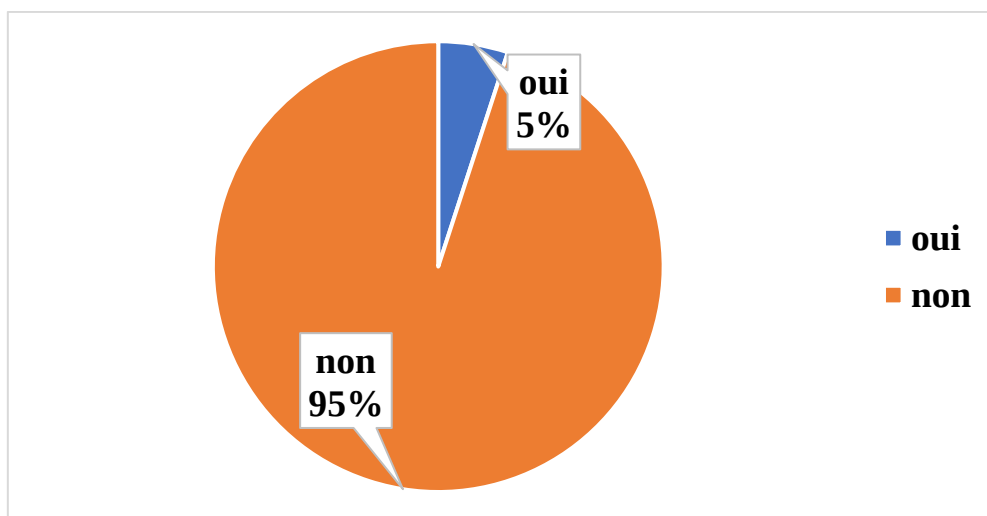


Figure 4: Répartition selon l'Antécédents personnels médical et chirurgical) des patients hospitalisés au services de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024

Parmi les patients hospitalisés 95% n'avaient pas d'antécédents personnels médico-chirurgicaux.

Tableau VII : Répartition selon le type de substances psychoactives CONSOMME PAR les patients hospitalisés avec un TPAT dans le service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024

Substances psychoactives	OUI N (%)	NON N (%)
Tabac	144 (24,9)	434 (75,1)
Cannabis	142 (24,6)	436 (75,4)
Alcool	77 (13,3)	501 (86,7)
Tramadol	25 (4,3)	553 (95,7)
Cocaïne	15 (2,6)	563 (97,4)
Héroïne	5 (0,9)	573 (99,1)
Codéine	1 (0,2)	577 (99,8)
Toute substance confondue	208 (36)	370 (64,0)

Parmi les patients hospitalisés 36,0 % ont déclaré la consommation d'au moins une substance psychoactive au cours de leur vie.

Tableau VIII : Répartition selon le Contexte de survenue de l'épisode psychotique chez les patients hospitalisés avec un TPAT dans le service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024

Contexte de survenue	OUI N (%)	NON N (%)
Conflit familial	14 (2,4)	564 (97,6)
Perte ou deuil	7 (1,2)	571 (98,8)
Stress	2 (0,3)	576 (99,7)
Aucun	11 (1,9)	567 (98,1)
Non documenté	61 (10,6)	517 (89,4)

L'épisode psychotique était survenu dans un contexte de conflit familial chez 2,4% des patients hospitalisés avec un TPAT.

Tableau IX : Répartition selon les Principaux symptômes retrouvés chez les patients hospitalisés avec un TPAT dans le service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024

Les principaux symptômes	OUI N (%)	NON N (%)
Trouble du sommeil	546 (94,5)	32 (5,5)
Idées délirantes	536 (92,7)	42 (7,3)
Agitation psychomotrice	456 (78,9)	122 (21,1)
Hallucinations	450 (77,9)	128 (22,1)
Comportement désorganisé	237 (41,0)	341 (59,0)
Mutisme	8 (1,4)	570 (98,6)

Les principaux symptômes présentés par les patients hospitalisés avec un TPAT étaient les troubles du sommeil (94,5%), le délire (92,7%), l'agitation psychomotrice (78,9%), les hallucinations (77,9%).

5.3 Caractéristiques thérapeutiques et évolutives

Tableau X : Répartition selon les classes thérapeutiques utilisées chez les patients hospitalisés avec un TPAT dans le service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024

Classes thérapeutiques	OUI N (%)	NON N (%)
Antipsychotiques classiques	565 (97,8)	2 (0,3)
Correcteurs	451 (78)	116 (20,1)
Benzodiazépines	407 (70,4)	160 (27,7)
Hypnotiques	258 (44,6)	309 (53,5)
Thymorégulateurs	57 (9,9)	510 (88,2)
Antidépresseurs	10 (1,7)	557 (96,4)
Antidépresseurs	10 (1,7)	557 (96,4)
Antipsychotiques atypiques	2 (0,3)	565 (97,8)

Les classes thérapeutiques les plus utilisées étaient les antipsychotiques classiques avec un taux à 97,8%.

Tableau XI : Répartition selon l'évolution clinique des patients hospitalisés avec un TPAT dans le service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024

Évolution clinique à l'hospitalisation	N	%
Rémission complète	534	92,4
Rémission partielle	21	3,6
Rechute	13	2,2
Aucune amélioration	10	1,7
Total	578	100,0

Parmi les patients hospitalisés 92,4% avaient présenté une rémission totale.

Tableau XII : Répartition selon le type de sortie des patients hospitalisés avec un TPAT dans le service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024

Type de sortie	N	%
Sous avis Médicale	495	85,6
Contre avis médicale	34	5,9
Transfert	1	0,2
Fugues	10	1,7
Non documenté	36	6,2
Autres	2	0,3
Total	578	100

Parmi les patients hospitalisés 85,6% avaient été libéré sur avis médical.

Tableau XIII : Répartition selon la documentation du suivi post hospitalisation des Patients hospitalisés dans le service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 et 2024

Suivi post hospitalisation	N	%
Documenté	136	23,5
Non documenté	442	76,5
Total	578	100,0

Le suivi post-hospitalisation n'était pas documenté chez 76,5% des patients.

Tableau XIV : Répartition selon l'évolution du diagnostic à la sortie des patients hospitalisés au service de psychiatrie du CHU Point G entre 2019 e 2024

Évolution du diagnostic à la sortie	N	%
Trouble psychotique aigue transitoire	431	74,6
Reclassé en trouble schizophréniforme ou délire chronique	58	10,0
Non documenté	75	13,0
Autres	14	2,4
Total	578	100,0

Parmi les patients hospitalisés 74,6% avaient gardé le diagnostic de TPAT à leur sortie.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6 COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

Cette étude rétrospective visait à décrire le profil épidémiologique et le devenir clinique des patients admis au service de psychiatrie du CHU Point G de 2019 à 2024 présentant des TPAT. Les résultats montrent que les troubles psychotiques aigus transitoires représentent une proportion significative des hospitalisations, ils ont concerné principalement les jeunes adultes avec une prédominance masculine. Les TPAT ont été caractérisés par une apparition brutale des symptômes. Nos résultats ont trouvé comme symptômes majeur le délire souvent polymorphe, accompagné d'hallucinations et de perturbations comportementales, de troubles du sommeil confirme la nature transitoire du trouble. Peu de patients observés ont présenté des antécédents personnels de troubles psychiatriques, des notions de consommation de substances psychoactives, accompagnés de facteurs déclenchants. La plupart des patients avaient présenté une rémission complète au cours de l'hospitalisation, ce qui correspond aux descriptions classiques des troubles psychotiques aigus transitoires avec une majorité étant traitée avec les antipsychotiques de première génération. Toutes fois une proportion non négligeable a montré des rechutes ou des évolutions vers des troubles chroniques.

Nos données ont montré que la fréquence des troubles psychotiques aigus sur une période de 5 ans était respectivement de (1,97%) en 2019, (1,89%) en 2020, (3,15%) en 2021, (3,69%) en 2022, (3,89%) en 2023, (4,22%) en 2024 et la fréquence générale sur les 5 ans était de 18,82%.

Non loin de la fréquence au Burkina Faso, OUEDRAGO et coll. [14] ont trouvé une fréquence de 19,53 % de TPAT entre 2003 et 2007 et une autre fréquence à 15,45% en 2017. Mais nous pensons que notre prévalence est sous-estimée à l'échelle nationale pour diverses raisons : d'abord l'étude n'a pris en compte que les patients hospitalisés, alors que d'autres sont suivis en ambulatoire et surtout le faible recours des populations aux services de santé en général et de la santé mentale en particulier. Cette situation pourrait s'expliquer par le faible développement de l'assistance psychiatrique au Mali ; les représentations culturelles collectives de la santé mentale en Afrique et plus particulièrement au Mali où la maladie mentale est considérée comme une agression extérieure ou une force surnaturelle, de telle sorte que l'individu n'est pas considéré comme malade, mais comme victime [38] aboutissant, soit à une attitude passive, soit à la tradithérapie [38].

Dans notre étude les patients atteints de TPAT avaient une prédominance des adultes jeunes de 96% avec un âge compris entre 18 et 64 ans avec une moyenne d'âge de 39,74 ans ce résultat est presque similaire à celui de OUEDRAGO et coll qui représentait 78,08%. Ces résultats s'expliqueraient par la vulnérabilité des adultes jeunes, comme signalés dans la littérature

psychiatrique [2,7,30]. Nos résultats rejoignent ceux observés dans d'autres contextes africains notamment au Burkina Faso, au Togo, au Nigeria, Bénin où les TPAT sont fréquents chez les jeunes adultes exposés aux facteurs de stress. [11,14,26].

Les sujets de sexe masculin représentaient majoritairement 78% contre 22% de femmes ; nos résultats sont similaires à ceux de NUBUKPO et coll [26] au Togo, qui rapportaient 60,32%, de OUEDRAGO et coll [14] au Burkina 79,25% ; le taux élevé de 78% que nous avons trouvé ne nous permet pas de dire de façon formelle que les TPAT sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Mais nous pouvons trouver des explications au taux faible de TPAT chez les femmes, il y'a d'abord la dépendance financière et sociale qui fait que la femme doit obtenir l'autorisation de son mari avant de se rendre dans un centre de santé et en absence de ce dernier, elle doit attendre son retour [20,34,38]. Cette disparité peut s'expliquer aussi par le fait que les hommes sont exposés à des niveaux de stress plus élevés, liés aux rôles de genre et aux attentes socioculturelles [38]. Cette distribution est contraire à celle de la littérature qui met en évidence une prévalence légèrement plus élevée chez la femme que chez l'homme, une étude menée par RUSAKA et RANCANS en Inde [27] rapporte que la prévalence des TPAT était de 60,7% chez les femmes, une distribution similaire a été observée dans une étude d'Adamo et coll qui ont rapporté que 60% étaient des femmes.[26] Il y'a aussi la théorie de la sécrétion en grande quantité d'œstrogène chez la femme qui la protège contre la survenue de troubles psychotiques [21]. Les motifs d'admission les plus fréquents étaient l'agressivité / instabilité / agitation avec un taux de 39,6% suivis des troubles du comportement à 22,5% et l'insomnie /agressivité à 9,7% et de l'insomnie seule 6,9% ; ces résultats vont dans le même sens que ceux de DESIRE NANEMA et coll [11,26].

Notre étude a retrouvé comme principaux symptômes 92,7% d'idées délirantes ; 77,9% d'hallucinations et 41% de comportement désorganisé associé aux signes accompagnateurs avec un troubles du sommeil à 94,5% et l'agitation à 78,9% ces résultats sont conformes à ceux de la littérature DSM -5 et CIM-11.

Peu des patients enquêtés (15%) présentait des antécédents personnels psychiatriques , nos résultats vont dans le même sens que ceux de la littérature qui affirme que la présence d'antécédents personnels de troubles psychiatriques peut augmenter la survenue de TPAT[1,30,35], une étude menée au CHU Point G au Mali par COULIBALY et coll sur l'épidémiologie hospitalière des troubles psychiatriques avait montré une prévalence de 74% de patients qui avaient présenté des antécédents de troubles psychiatriques [33]. Une autre étude menée en France et Burkina Faso avait respectivement rapporté que les patients

hospitalisés pour TPAT représentaient 40% et 93,27% parmi eux avaient déjà un antécédent de trouble psychiatrique. [14,29]

Ce taux s'expliquerait par le fait que l'antécédant personnel est un facteur de risque de la survenue de TPAT [3].

Un faible taux de patients enquêté avec 3,9% avaient présenté des facteurs déclenchants autre que la consommation de substance psychoactive, les conflits familiaux (2,4%), le stress (0,3%), la perte ou le deuil (1,2%), nos résultats sont différents de ceux de la littérature qui confirme que le stress, les conflits familiaux et le deuil sont les facteurs déclenchants les plus fréquents avec un taux de 40-60% [1,3]. La différence pourrait s'expliquer par le fait qu'au Mali les problèmes familiaux sont réglés en famille, le stress et le deuil sont y minimisés [23]

Dans notre étude, 36% des patients avaient une consommation des substances psychoactives, avec respectivement une consommation de tabac à (24,9%), de cannabis (24,6%), d'alcool à (13,3%), de tramadol à (4,3%), de cocaïne à (2,6%), d'héroïne à (0,9%) et de codéine à (0,2%). Nos résultats sont similaires à ceux de COULIBALY et coll avec un taux de 42,9%. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que certaines substances sont hallucinogènes et stimulantes et peuvent entraîner des épisodes psychotiques aigus [19,33].

Le niveau d'instruction de nos patients était relativement élevé mais avec une prédominance d'instruction du niveau primaire à 25,8%, le niveau secondaire à 25,3% et le niveau supérieur à 19,6% ; ces résultats pourraient s'expliquer par le fait qu'il n'y a pas de lien entre la survenue des troubles psychotiques aigus transitoires et le niveau d'instruction, ce qui renforce plus le caractère aigu et transitoire des troubles identifiés par notre étude. Nos résultats vont dans le même sens que la littérature qui ne montrent pas de corrélations claires entre le niveau d'instruction et la probabilité de survenue des TPAT [1,30].

Cependant 46% avaient une profession libérale ; 25,8% étaient sans emploi, 19,4% étaient des élèves /étudiants et 8,8% étaient des salariés ; ces résultats s'expliquent par le fait que ceux qui travaillent pour leur propre compte, les sans emploi et les élèves /étudiants étaient les plus exposés à faire des états de stress pouvant être un facteur déclenchant des TPAT [3,20]

Les patients dans 92,4% des cas avaient une rémission complète au cours de l'hospitalisation et une durée moyenne d'hospitalisation estimée à 14,42 jours. Nos résultats sont différents de ceux de OUEDRAGO et coll qui objectivaient une durée d'hospitalisation entre 3-5 semaines. Ces résultats s'expliqueraient par l'évolution naturelle des troubles psychotiques aigus transitoires. [14]

97,8% avaient été traités par des neuroleptiques classiques ; ce résultat s'expliquerait par le fait que le marché pharmaceutique malien ne dispose pas de neuroleptique atypique en forme

parentérale [8,39], d'autres classes thérapeutiques ont été utilisées pour le traitement symptomatique et les effets secondaires tels que les hypnotiques, les benzodiazépines et les anticholinergiques

L'utilisation des hypnotiques et de benzodiazépines respectivement à 70,4% et 44,6% est justifiée par le fait que les troubles du sommeil (insomnie) et l'agitation psychomotrice sont des signes qui accompagnent majoritairement les TPAT. Ceci confirme le point de vue de la plupart des auteurs africains [1,10,30]

Dans notre étude, 10% des patients admis entre 2019 et 2024 avaient évolué vers la chronicité ; nos résultats obtenus sont différents de ceux de RUSAKA et RANCANS en Inde qui ont retrouvé une évolution vers la chronicité (schizophrénie) avec un taux de 70,7%, une autre étude menée par MUKHERJEE et coll affirmait que les TPAT pouvaient évoluer vers la schizophrénie dans 22% des cas, vers les troubles bipolaires dans 12% des cas. En Europe les études confirment également une évolution favorable dans la majorité des cas mais avec un risque de transition vers la schizophrénie estimée entre 20 et 30%. [6,27]

Cette convergence renforce la pertinence de nos observations et sont conformes à ceux de la littérature qui affirment que les TPAT servent souvent de transition vers une maladie chronique. Dans environ 40 à 50% les patients développent un trouble chronique (schizophrénie) et un trouble bipolaire. [32] Cette différence par rapport à notre étude pourrait s'expliquer par le fait que nous ne disposons pas du suivi post hospitalisation de tous les patients enquêtés.

Cette étude est la première à traiter le profil épidémiologique et le devenir clinique des troubles psychotiques aigus transitoires au Mali, elle fournit des données pouvant contribuer à la recherche en ouvrant la voie à d'autres recherches plus approfondies, enrichissant le champ de la psychiatrie et les sciences psychosociales au Mali

Elle peut servir de base pour la formation des professionnels de la santé à mieux reconnaître et traiter ces troubles et aider aussi à la réduction de la stigmatisation en augmentant la compréhension des troubles psychotiques ainsi qu'à encourager les individus à chercher de l'aide. Ces résultats soulignent l'importance d'une prise en charge précoce et adaptée incluant l'hospitalisation, traitement médicamenteux et le soutien psychosocial

En dépit de ces forces, notre étude présente également quelques limites : l'une étant le mauvais remplissage des supports (registres, dossiers médicaux) qui peut affecter la qualité des données ; L'autre étant l'absence de suivi systématique à long terme ; de plus les facteurs culturels et socio-économiques propres au Mali n'ont pas été suffisamment explorés, ce qui peut influencer la présentation clinique et le pronostic. La non prise en compte de nombreux facteurs de risque

personnels de survenue de ces troubles comme par exemple, les fragilités psychologiques des individus, les faibles capacités de résilience, constitue une limite majeure de cette étude.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7 CONCLUSION

Cette étude rétrospective menée au service de psychiatrie du CHU Point G sur la période de 2019 à 2024 avait pour objectif d'analyser le profil épidémiologique et le devenir clinique des TPAT.

Sur la période d'étude les TPAT représentaient 18,8%, se manifestant principalement chez des adultes avec une nette prédominance masculine

Certains patients enquêtés n'avaient pas de profession stable, une portion non négligeable d'entre eux présentaient un antécédent de troubles psychiatrique ; la consommation de SPA était retrouvée chez certains tandis que le contexte de survenue n'était documenté chez d'autres. La prise en charge reposait sur les neuroleptiques utilisés dans 97,8% des cas ; avec une chronicisation non négligeable estimée à 10%.

Elle fournit des données pouvant contribuer à la recherche en ouvrant la voie à d'autres recherches plus approfondies, enrichissant le champ de la psychiatrie et des sciences psychosociales au Mali.

8 RECOMMANDATIONS :

Après ce travail nous formulons les recommandations suivantes :

Aux dirigeants (CHU et au service de psychiatrie)

- Mettre en place des registres prospectives au Mali pour suivre la fréquence et l'évolution des TPAT, facilitant les études futures adapté au contexte local
- Création de plateformes visant à numériser les dossiers cliniques afin de faciliter le suivi des patients

Aux personnels

- Nous sollicitons une rigueur dans la collecte des données (les registres et les dossiers cliniques).
- Mettre en place des suivis post hospitalisation structurée.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

9 REFERENCES

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Classification internationale des maladies, 11e édition. Genève (CH): OMS; 2019.
2. Nikkie C, Ed M. What are the psychotic disorders: acute and transient psychosis? [Internet]. 2024 [cité 2026 févr 5]. Disponible sur: <https://www.betterhelp.com>
3. Medicovert Hospitals. Troubles psychotiques aigus et transitoires: causes et risques [Internet]. 2024 [cité 2026 févr 7]. Disponible sur: <https://www.medicovert-hospitals.in/fr/diseases/acute-and-transient-psychotic-disorder/>
4. Médecins Sans Frontières (MSF). Guides médicaux MSF: épisode psychotique aigu [Internet]. 2022 [cité 2026 janv 31]. Disponible sur: <https://medicalguidelines.msf.org/fr/viewport/CG/francais/psychose-aigue-18484680.html>
5. Académie nationale de Médecine. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine [Internet]. 2011 [cité 2026 janv 6]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=hallucination>
6. Oluyomi E, Olufunmilayo F. Comparison of the profile of patients with acute and transient psychotic disorder and schizophrenia in a Nigerian teaching hospital. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2013;25(4):327–34. doi:10.1176/appi.neuropsych.12120397.
7. British Journal of Psychiatry. Acute and transient psychotic disorders [Internet]. [cité 2026 févr 5]. Disponible sur: <https://www.ovid.com/journals/bjps/fulltext/00002405-200412000-00005~acute-and-transient-psychotic-disorders-precursors>
8. Wawre S, Dhengare A, Wagh P, Bikade K, Raut A, Gujar S. A case report on acute transient psychotic disorders. *J Pharm Res Int*. 2021 Dec 14; p.111–6.
9. Tesnières C. Revue de la littérature des causes organiques de premier épisode psychotique chez les patients âgés de 15 à 30 ans. *PEP*. 2021;2:256.
10. Stephen A, Lui F. Brief psychotic disorder. 1re éd. Treasure Island (FL): National Center for Biotechnology; 2023. p.4–11.
11. Soedje KMA, Gansou GM, Tchegnonsi FT, Aza-Gnandji GG, Sy A, Gandaho P, et al. Accès psychotiques aigus: modalités évolutives et pronostics sur deux ans de suivi des patients hospitalisés au CNHU-HKM Cotonou (Bénin). *Inf Psychiatr*. 2016 Jul 26;92(6):466–73.
12. Alexandra MNC. Épidémiologie des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés au service de psychiatrie du CHU Point G du 1er janvier au 31 décembre 2014 [thèse]. Bamako (ML): Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie; 2014. N°86.

13. Kathfar P, Jain P, Rastogi D, Niranjan V, Kathfar DP, Jain P, et al. Diagnostic stability of acute and transient psychotic disorders at a tertiary care center: a retrospective record-based study. *Diagn Stability Acute Transient Psychotic Disord*. 2025;17:7.
14. Karfo K, Kiendrebeogo JA, Yaogo A, Ouango JG, Ouédraogo A, et al. Les troubles psychotiques aigus et transitoires au Burkina Faso: aspects épidémiologiques et cliniques à propos de 188 cas. *Inf Psychiatr*. 2011;169(3):160–6.
15. Grover S, Kathiravan S. Acute and transient psychotic disorders: a review of Indian research. *Indian J Psychiatry*. 2023 Sep;65(9):895–913.
16. Goutte J, Killian M, Antoine JC, Massoubre C, Fakra E, Cathébras P. Premier épisode psychotique révélant une affection médicale générale: mise au point pour l'interniste. *Rev Med Interne*. 2019 Nov;40(11):742–9.
17. DeRubeis RJ, Strunk DR, et al. *The Oxford handbook of mood disorders*. 1re éd. New York (NY): Oxford University Press; 2017.
18. Institut des sciences évaluatives, Cliniques. Psychotic disorders increasingly diagnosed in younger Canadians. *News-Medical [Internet]*. 2026 [cité 2026 févr 7]. Disponible sur: <https://www.news-medical.net/news/20260203/Psychotic-disorders-increasingly-diagnosed-in-younger-Canadians.aspx>
19. Clause J. *Troubles psychotiques et consommation de substances psychoactives [thèse]*. Reims (FR): Université de Reims Champagne-Ardenne; 2023. N°138.
20. Carden J, Huxley PJ, Poole R, Robinson C, Salmoiraghi A, Foulkes J, et al. Social causes and outcomes of acute transient psychotic disorder: a review of recent evidence. *Int J Soc Psychiatry*. 2023 Mar;69(2):412–9.
21. Brand BA, de Boer JN, Sommer IEC. Estrogens in schizophrenia: progress, current challenges and opportunities. *Curr Opin Psychiatry*. 2021 May;34(3):228–37.
22. Wawre S, Dhengare A, Wagh P, Bikade K, Raut A, Gujar S. A case report on acute transient psychotic disorders. *J Pharm Res Int*. 2021 Dec 14; p.111–6.
23. Rutigliano G, Merlino S, Minichino A, Patel R, Davies C, Oliver D, et al. Long-term outcomes of acute and transient psychotic disorders: the missed opportunity of preventive interventions. *Eur Psychiatry*. 2018 Aug;52:126–33.
24. Grover S, Kathiravan S. Acute and transient psychotic disorders: a review of Indian research. *Indian J Psychiatry*. 2023 Sep;65(9):895–913.
25. DeRubeis RJ, Strunk DR. *The Oxford handbook of mood disorders*. New York (NY): Oxford University Press; 2017. 537 p.

26. Sodée KMA, Dao W, Ebook P, et al. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des accès psychiatriques au CHU Sylvanès Olympie de Lomé (Togo). *Med Afr Noire*. 2014;61:65–72.
27. Ruska M, Rançons E. A prospective follow-up study of first-episode acute transient psychotic disorder in Laval. *Ann Gen Psychiatry*. 2014;13:4. doi:10.1186/1744-859X-13-4.
28. Ajith SG, Chandrasekharan R, Sadanandan Uni KE, Saha A. Acute polymorphic psychotic disorder: diagnostic stability over 3 years. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;105:104–9. doi:10.1034/j.1600-0447.2002.01080.x.
29. Augusto C, Castigni B, Berrios G. Acute and transient psychotic disorders ICD-23: a review from a European perspective. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2009;259:433–43. doi:10.1007/s00406-009-0008-2.
30. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5e éd. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2013. p.1176–1114.
31. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 10e éd. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
32. Boussaid N, Hadjkacem I, Ayadi H, Khemakhem KH, Walha A, Moalla Y, et al. Les modalités évolutives des épisodes psychotiques aigus chez l'adolescent. *J Pédiatr Puéric*. 2012;25(4):214–9.
33. Coulibaly SP, Dolo H, Notue CAM, Sangaré M, Mounkoro PP, Aboubacar A, et al. Épidémiologie hospitalière des troubles psychiatriques au Mali. *Pan Afr Med J*. 2022;41(160):6–10.
34. Piero C, Eric L, Sow I. Santé mentale et anthropologie en Afrique [Internet]. [cité 2025 déc 26]. Disponible sur: <https://fr.scribd.com/document/858162983/Santes-Mentale-Et-Anthropologie-en-Afrique>
- 34bis. Misès R. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2012: correspondances et transcodage CIM-10. 5e éd. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2012.
35. Laprevote V, Heitz U, Di Patrizio P, Studerus E, Ligier F, Schwitzer T, et al. Pourquoi et comment soigner plus précocement les troubles psychotiques? *Presse Med*. 2016;45(11):992–1000.
36. Association québécoise des neuropsychologues. Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques [Internet]. 2015 [cité 2026 avr 4]. Disponible sur: <https://aqnp.ca/documentation/divers/spectre-de-schizophrénie-autres-troubles-psychotiques/>

37. Piero C. Approche africaine de la maladie [Internet]. [cité 2026 avr 4]. Disponible sur: <https://fr.scribd.com/document/902128153/Cours-Maladie-et-guerison-chap-I-docx>
38. Réseau PIC (Pharmacien Information Communication), Marie F. Les médicaments psychotropes: psychiatrie et santé mentale. 3e éd. Paris: Françoise Berchot; 2013.
39. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Évaluation des méthodes de traitement des troubles mentaux. 1re éd. Genève (CH): Groupe scientifique de l'OMS; 2000.
40. André AH, Claude D. Définition du premier épisode psychotique (PEP): prévalence, recension des écrits sur les facteurs de risque associés et les conséquences possibles sur les patients et leur famille. 1re éd. Sherbrooke (QC): Université de Sherbrooke; 2018.

ANNEXES

ANNEXES

FICHE SIGNALITQUE

Nom : COULIBALY

Prénom : Aissata Anne

Nationalité : Malienne

Section : Médecine

E-mail : Aissataannecoulibaly@gmail.com

Téléphone : 00-223 92-72-31-13 /68-71-00-42

Titre de la thèse : étude rétrospective du profil épidémiologique et du devenir clinique des troubles psychotiques aigus transitoires au service de psychiatrie du chu point g de 2019-2024.

Année universitaire : 2024-2025

Année de soutenance : 2026

Ville de soutenance : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de l'université Kankou
Moussa (UKM)

Secteur d'intérêt : Psychiatrie, santé mentale

RESUME :

Le trouble psychotique aigu transitoire (TPAT), selon la Classification Internationale des Maladies (CIM) se caractérise par une apparition aiguë de symptômes psychotiques qui émergent et qui atteignent leur sévérité maximale en 2 deux semaines.

Notre objectif était d'étudier le profil épidémiologique et le devenir clinique des TPAT, Il s'agissait d'une étude transversale à collecte de données rétrospective, portant sur les hospitalisations survenues entre le 1er janvier 2019 et le 31 décembre 2024

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'une fiche d'exploitation élaborée à partir du questionnaire annexé au protocole, l'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 25. Les résultats ont recensé 578 cas de TPAT soit une fréquence hospitalière de 18,8%, l'âge moyenne était de 39,74 ans avec une prédominance masculine à 78,5% certains patients présentaient un antécédent personnel de troubles psychiatrique avec 36% de consommation de SPA. Le signe clinique prédominant était le délire (92,7%), les neuroleptiques de 1ere génération étaient les produits les utilisés (97,8%). Pour 10 % des cas l'évolution a été faite vers la chronicité.

Mots-clés : profil épidémiologique, troubles psychotiques aigus transitoires, devenir clinique.

SUMMARY: Transient acute psychotic disorder (TAPD), according to the International Classification of Diseases (ICD), is characterized by an acute onset of psychotic symptoms that emerge and reach their maximum severity within two weeks. Our objective was to study the epidemiological profile and clinical outcomes of psychotropic drug-induced psychiatric disorders (PDID). This was a retrospective cross-sectional study of hospitalizations occurring between January 1, 2019, and December 31, 2024. Data collection was performed using a data entry form developed from the questionnaire included in the protocol. Statistical analysis was conducted using SPSS version 25. The results identified 578 cases of PDID, representing a hospital frequency of 18.8%. The mean age was 39.74 years, with a male predominance of 78.5%. Some patients had a personal history of psychiatric disorders, with 36% reporting substance abuse. The predominant clinical sign was delirium (92.7%), and first-generation neuroleptics were the most frequently used medications (97.8%). In 10% of cases, the condition progressed to chronicity.

Keywords: epidemiological profile, acute transient psychotic disorders, clinical outcome.

QUESTIONNAIRE

Informations générales du patient

Code patient (anonyme) : _____

Sexe :

☐ Masculin ☐ Féminin

Âge à l'admission : _____ ans

Niveau d'instruction :

☐ Aucun ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Supérieur

Profession : _____

Données d'hospitalisation

Date d'admission : ____/____/____

Date de sortie : ____/____/____

Durée totale d'hospitalisation (en jours) : _____

Mode d'entrée :

☐ Urgence ☐ Réquisition judiciaire ☐ Accompagnement familial ☐ Autre :

Motif d'admission (résumé des symptômes ou motifs comportementaux) :

Contexte et antécédents

Antécédents psychiatriques connus :

☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser : _____

Hospitalisations psychiatriques antérieures :

☐ Oui ☐ Non Si oui, année et lieu : _____

Antécédents médicaux somatiques (hors psychiatrie) :

☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser : _____

Addictions ou consommations déclarées :

☐ Tabac ☐ Alcool ☐ Cannabis ☐ Autres drogues ☐ Aucune

Facteurs déclenchants identifiés :

☐ Conflit familial ☐ Perte ou deuil ☐ Mission militaire/stress ☐ Autre : _____

Éléments cliniques à l'admission

Symptômes principaux (cocher tout ce qui s'applique) :

- ☐ Idées délirantes ☐ Hallucinations ☐ Agitation psychomotrice
☐ Désorganisation du comportement ☐ Trouble du sommeil ☐ Mutisme
☐ Autres : _____

Diagnostic à l'admission (selon CIM-10 ou CIM-11) :

- ☐ TPAT confirmé ☐ Trouble psychotique non spécifié ☐ Autre : _____

Traitement prescrit (nom des molécules et posologies) :

Évolution et suivi

Évolution clinique pendant l'hospitalisation :

- ☐ Rémission complète ☐ Amélioration partielle ☐ Rechute ☐ Aucune amélioration

Type de sortie :

- ☐ Amélioration ☐ Sortie contre avis médical ☐ Transfert ☐ Autre : _____

Suivi post-hospitalisation disponible :

- ☐ Oui ☐ Non Si oui, nombre de consultations : _____

Évolution du diagnostic à la sortie :

- ☐ TPAT confirmé ☐ Reclassé en schizophréniforme/délire chronique ☐ Autre :

Commentaire ou observations particulières :

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté et de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE !