

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

Etude Descriptive et Clinique

BAIT SOUMIYA¹, FERHAT SLIMANE², KHETAB RACHIDA³, MEHDA TAREK⁴, SADOON MOHAMMED⁴

1.Université KASDI Merbah_ Ouargla Faculté de médecine, EHS de psychiatrie HDEB_ Ouargla

2. Université TELIDJI Amar_ Laghouat Faculté de médecine, EPH Ahmida BENADJILA _ Laghouat

3. CHU FRANTZ Fanon_ Blida

4. Urgences Médico-chirurgical EPH Mohamed BOUDIAF_ Ouargla

Abstract

Context:

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.

Objective:

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.

Résumé

Introduction :

En population générale algérienne, la prévalence des troubles mentaux est de plus de 0.5%. Cette hausse 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 la prise en charge des maladies mentales.

Objectif :

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^{er} 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 du risque à savoir l'âge entre 18 et 25 ans, le sexe masculin, le célibat, le chômage, ATCDS psychiatriques familiaux et la consommation des toxiques.

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 ça n'est pas le cas pour les patients suivis en ambulatoire d'où la nécessité de mener des études plus poussées.

Mots clés

Étude descriptive, Profil de morbidité psychiatrique, EHS de psychiatrie.

Introduction

Les troubles mentaux 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 2^{ème} 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 obtenues à partir des différents recensements de la population ou des statistiques hospitalières ou bien sont issues de quelques enquêtes nationales.

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].

Définition :

La 5^{ème} 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 ».

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.

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 [11]. 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 [12].

L'école de Santé 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. 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.

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.
- 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.

Matériels et méthode :

1. 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^{er} Janvier 2020 à 31 Décembre 2021.

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^{er} Janvier 2020 à 31 Décembre 2021.

3.Critères d'inclusion :

De ce fait, nous avons recensé tous les dossiers des patients ayant été hospitalisé ou consultés dans l'EHS de psychiatrie HDEB-Ouargla entre le 1^{er} 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.

4. Critères de non-inclusion :

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

5. Collecte des données :

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

Saisies et traitement de texte :

Ces données ont été saisies et traitées à l'aide du Pack office 2013 et du logiciel SPSS.

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

Considérations éthiques :

La confidentialité et l'anonymat du patient ont été respectés.

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). On note que Le sexe masculin était le plus représenté à 65% avec sex-ratio de 1.85. 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. Le sexe masculin était le plus représenté chez les consultants (64,6%) et les hospitalisés (65,8). 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. 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). Nous constatons que 76,4% des patients sont d'origine de la wilaya d'Ouargla, 11% sont d'origine de Tougourt et 12.6% les autres wilayas (Ghardaïa, Laghouat, Illizi, Menéa, Bordj Badji Mokhtar,...). La plupart du 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. La majorité des consultants ont un niveau d'instruction moyen, alors que les hospitalisés ont un niveau primaire. Les célibataires étaient les plus retrouvés soit 69.1%. Chômeurs représentaient 76.9% des enquêtés (**Tableau 1**).

Tableau 1 : Les caractéristiques sociodémographiques :

		TOTAL (420 cas)		Consultation (271)		Hospitalisation (149)	
			%	Fréquence	%	Fréquence	%
Sexe	Homme		65%	175	64,6%	98	65,8%
	Femme		35%	96	35,4%	51	34,2%
Age	[18-25]		24%	67	24,7%	34	22,8%
	] 25-30]		22.9%	48	17,7%	48	32,2%
	] 30-35]		21%	60	22,1%	28	18,8%
	] 35-40]		11.9%	32	11,8%	18	12,1%
	Plus de 40		20.2%	64	23,6%	21	14,1%
Statut marital	Célibataire		69.1%	181	66,8%	109	73,2%
	Marié(e)		28.1%	83	30,6%	35	23,5%
	Divorcé(e)		2.6%	70	2,6%	4	2,7%
	Veuf (ve)		0.2%	00	00%	1	0,8%
Niveau d’instruction	Sans		1.2%	12	4,3%	0	0,0%
	Primaire		22.8%	33	12,2%	10	6,6%
	Moyen		54.7%	99	36,5%	70	46 ,7%
	Secondaire		10.4%	68	25,2%	28	18,7%
	Universitaire		10.9%	59	21,7%	4	2,8%
Lieu de résidence	Ouargla		76.4%	240	88,6%	81	54,4%
	Touggourt		11%	10	3,7%	36	24,2%
	Autres		12.6%	21	7,7%	32	21,4%
Profession	Active		22.4%	64	23,6%	30	20,1%
	Passive		0.7%	3	1,1%	00	00%
	Chômage		76.9%	204	75,3%	119	79,9%

Concernant les antécédents : La majorité du nos patients sont sans antécédents personnels médicaux soit 97% contre 3% qui ont (parmi 4,5% des consultants qui ont). Les antécédents psychiatriques familiaux étaient retrouvés chez 9,1% du nos patients (4,3% père- 4,8% Mère). Avec un taux presque similaire chez les consultants et les hospitalisée avec 9,3% et 9,4% respectivement. Concernant 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% dont le cannabis et le tabac étaient les substances les plus représentées chez les consultants (12,9% et 11,4% respectivement) et les hospitalisés (15,4% et 13,4% respectivement).

L'âge du début de trouble chez la majorité du nos patients c'est avant l'âge du 40 ans soit 88,9% (plus que 50% avant l'âge de 25ans), chez les hospitalisés à 92,6% (dont plus que 50% avant l'âge de 25ans) et chez les consultants à 86,3% (dont plus que 50% avant l'âge de 30ans). L'agitation était le 1^{er} motif de consultation retrouvé à 27,6% suivi par les troubles du comportement à 26,4% chez l'ensemble du nos malades dont l'agressivité était le premier motif d'hospitalisation et les troubles du comportement pour la consultation.

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

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

Trouble psychotique bref avec l'état dépressif caractérisé étaient les pathologies aigue les plus représentées chez nos patients avec un pourcentage égale, soit 33,3%.

L'EDC (Episode Dépressif Caractérisé) représente le diagnostic le plus retrouvé chez les consultants, alors que les diagnostics d'hospitalisations sont représentés majoritairement par le TBP (Trouble Psychotique Bref).

La schizophrénie était la plus représenté chez les maladies chroniques soit 66,2% suivi par les troubles bipolaires type 1 à 25,2%.

La pathologie la plus retenu 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%**.

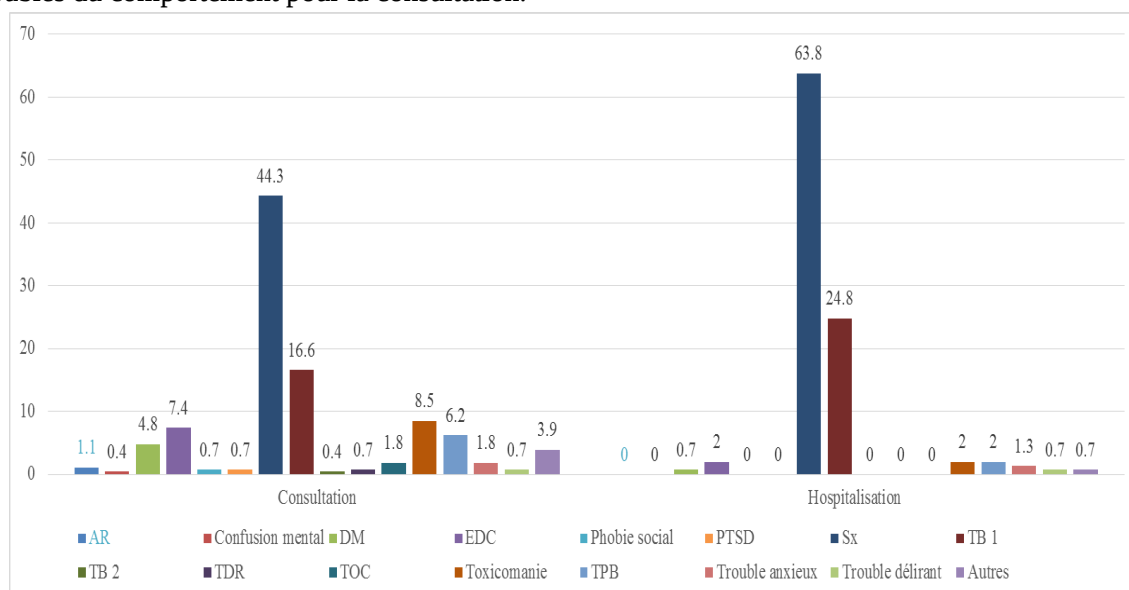


Figure 2: Répartition des morbidités psychiatriques selon les consultations et les hospitalisations à l'EHS de psychiatrie HDEB-Ouargla (2020–2021)

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. Nous avons mené une analyse descriptive des données collectées, nous avons colligé 420 nouveau cas.

Dans notre étude, 65% des cas sont de sexe masculin et 35% sont de sexe féminin, avec une sex-ratio à 1.85. Ce qui concorde avec les données de la littérature ainsi que plusieurs autres études tel que : l'étude de l'EHS ERRAZI à Annaba [13], ils ont retrouvés que 69 % de sexe masculin, Au Mali 83.8% de sexe masculin [14], Au Maroc 77,7% d'hommes [15] et au Burkina Faso 60,0% d'hommes [14].

Ces résultats peuvent être expliqué par la peur des familles 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).

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 [16], 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 [14].

à l'EHS ERRAZI Annaba la majorité des hospitalisations concerne les adultes jeunes entre 25 et 45 ans [13].

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.

Dans notre étude, Le taux de scolarisation est à 98,8%, avec un niveau scolaire moyen est sûr représenté à 54.4%, le niveau primaire (22.8%) et le niveau universitaire (10.9%) étaient sous-représentés et le niveau secondaire à 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 à 42,5%, secondaire à 29% [16]. Au Maroc, les patients ont été scolarisés à 92 % dont 49 % ont fait des études secondaires et 11 % des études supérieures [15].

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% [17].

Les résultats peuvent être expliqué par le handicap intellectuel quelle engendré la maladie mentale qui entraine souvent un fléchissement scolaire qui peut empêcher la poursuite des études.

Les célibataires constituaient la catégorie la plus touchée à 69.1%. Ce résultat rejoint celui trouvé à Bejaia ou 72% des patients étaient célibataire[43] et au Maroc avec une fréquence des célibataires à 80,0 % [15]. Au Mali, la majorité était des célibataires avec plus de 50% [14].

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

La population des sans profession était plus représentée soit 76,9%. Ce qui concorde avec la littérature ou plusieurs ouvrages qualifient la schizophrénie une maladie invalidante [18], [19].

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% [16] . Dans l'étude en France 2003 [20], 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.

Les antécédents médicaux (HTA, diabète) sont présents uniquement 3.1% du nos patients alors que dans l'étude du CHU de Bejaia ont trouvés

que 39.16% des patients ont HTA et diabète[16].

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

Dans notre étude, 9.1% des patients ont des antécédents familiaux psychiatriques (père/mère) alors que dans l'étude au Mali [14], 48.1% des patients ont des antécédents familiaux psychiatriques.

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

Concernant les habitudes toxiques, nos résultats ont montré que la consommation du cannabis à 13.3%, Tabac à 12.8%, Psychotropes à 10.7% et Alcool à 6.5%. À Bejaia la consommation de tabac était la plus élevés à 38,4%, l'alcool à 20,9%, le cannabis à 17,2% [16]. Dans l'étude au Mali [14], 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 [15], 68 % des hommes consomment régulièrement du cannabis.

L'usage des drogues est fréquent dans la population des personnes souffrantes du troubles mentaux [21], [22]. Le tabac était le produit le plus consommé suivi du cannabis et de l'alcool. Ces produits sont reconnus pour leurs effets anxiolytiques [23], [24].

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.

70,9% de nos patients viennent accompagnés par leur famille, 17.1% orienté par leur médecin traitant et 06% pour HO (hospitalisation d'office) et ou le patient lui-même.

Dans l'étude au Mali [14], la demande d'hospitalisation venait de la famille dans 87,5%.

Dans l'étude au CHU Bejaia [16], 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. A CHU de

Constantine [25], 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 [26]. Dans l'étude au CHU Annaba 2014 [13], L'agressivité de ces patients explique le mode d'hospitalisation dominé par l'hospitalisation à la demande d'un tiers (83,78 %). Dans certain cas, l'atteinte à la sûreté des citoyens et les troubles de l'ordre publique justifie 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.

Nous avons retrouvé que l'agitation et IPM (instabilité psychomotrice) 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 à 44,3%. Dans l'étude menée à l'EHS ERRAZI à Annaba [26] à retrouver que l'agitation était le motif le plus fréquent de consultation. Dans une étude menée à Constantine [25] ou ils objectivent que l'agitation est également le motif le plus fréquent de consultation. Cependant à Bejaia, on retrouvait que l'anxiété était le motif la plus représentée soit 62,2% [16]. L'agitation, l'agressivité et l'instabilité oblige l'entourage du patient au recoure à la psychiatrie.

Les pathologies aigue ne représentent que 18% dont les troubles psychotiques brefs avec l'état dépressif caractérisé étaient les plus représentés chez les patients à 33.3% pour chacun. L'étude au CHU de Bejaia, retrouvait que le trouble dépressif était la pathologie aigue la plus retrouvé à 52.5% [16]. L'étude au Mali retrouvait que le troubles psychotiques bref (TPB) était la plus fréquente parmi les maladies aigues à 15,7% [14]. 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 % présentait des psychoses aiguës [8].

Ces résultats peuvent être expliqués par le recours au traitement traditionnel au début (Rokia, Charlatan,...) par rapport au recours à la psychiatrie.

Les pathologies chroniques sont les plus fréquentes avec un pourcentage de 82% dont la schizophrénie était la plus représentée chez nos malades à 66.2%. ce qui concorde avec plusieurs études à savoir : l'étude au CHU de Bejaia, retrouvait que la schizophrénie était la plus fréquente à 65.3% [16]. L'étude au Mali retrouvait que la schizophrénie était la plus fréquente à 41,2% [14]. 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.

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 [27]. L'étude de Mali retrouvait que la schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants constituaient le groupe diagnostique le plus retrouvé à 67,8% [14]. Au CHU de Bejaia [16], 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 [15] 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 [20] 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.

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

Conclusion :

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.

Nous avons recruté une série de 420 patients, on a retrouvé une prédominance masculine à 65% avec sex-ratio de 1,85, les célibataires sont majoritaires à 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, le pourcentage des chômeurs 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. Les antécédents psychiatriques familiaux étaient retrouvés chez 9,1%, concernant 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%. Les motifs de consultations les plus rapportés l'agitation 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) et les diagnostics les plus retrouvés étaient la schizophrénie à 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).

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 formes graves et compliquées 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. En 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.

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/09-02-2020-02-53%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. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx), (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>, consulté le 14 mai 2022).”.
 12. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic’s impact. Geneva: World Health Organization; 2022”.
 13. 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”.
 14. 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”.
 15. 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”.
 16. 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.
 17. 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.
 18. Llorca P-M. Schizophrénie et prévention. VST-Vie sociale et traitement. 2007;94(2):47-52”.
 19. 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”.
 20. 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”.
 21. 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”.
 22. 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”.
 23. Mitchell JE, Dahlgren LA. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J psychiatry*. 1986 Aug;143(8):993–7”.

24. 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.”.
25. 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)”.
26. 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.”.
27. Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. *Ann Med Psychol*. Fév 2008 ;166(1):63 70”.