

## ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DE LA DEMENCE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE DE CONAKRY

### EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL ASPECTS OF THE CRAZINESS AT THE DEPARTEMENT OF PSYCHIATRY OF CONAKRY

**SOUMAORO K<sup>1</sup>, DOUKOURE M<sup>2</sup>, KOUA A.M<sup>3</sup>, CONDE S<sup>4</sup>, KONE D<sup>5</sup>**

- 1- Médecin, Service de psychiatrie de l'hôpital national DONKA CHU de Conakry (République de Guinée)
- 2-Maître de Conférences Agrégé en Pédopsychiatrie, Service de psychiatrie de l'hôpital national DONKA CHU de Conakry (République de Guinée)
- 3-Assistant Chef de Clinique en Psychiatrie, 27 BP 529 Abidjan 27, Université de Bouaké, Côte d'Ivoire
- 4- Médecin, Service de psychiatrie de l'hôpital national DONKA CHU de Conakry (République de Guinée)
- 5- Professeur titulaire de psychiatrie, Hôpital psychiatrique de Bingerville, BP 87, Côte d'Ivoire

**Correspondant** : Docteur SOUMAORO Kémo

Service de Psychiatrie de l'hôpital National Donka CHU de Conakry

BP : 5755 Conakry (République de Guinée). *Kesouss01@yahoo.fr*

#### RESUME

La démence constitue l'un des problèmes majeurs de santé publique dans les pays industrialisés ; son diagnostic est complexe, nécessitant une démarche rigoureuse et des compétences multidisciplinaires rendant difficile l'estimation de la prévalence en population générale. Dans cette étude, nous avons cherché à déterminer le taux de prévalence, identifier les principaux symptômes, décrire les principaux types de démence.

**Méthodologie** : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive transversale d'une durée de six ans ayant porté sur 59 dossiers.

**Résultats** : Le sexe féminin a été le plus touché soit 59,3%, la tranche d'âge de 66-70 ans a été la plus atteinte soit 25,4% des cas. Les sans niveaux d'instruction ont été prédominants 67,8% des cas et étaient mariés dans la majorité des cas 86,4%. La symptomatologie décrite dans la littérature a été retrouvée chez nos patients. La démence sénile a été le type de démence le plus rencontré soit 69,5%.

**Conclusion** : C'est une affection qui concernait le plus les personnes du troisième âge surtout de sexe féminin. La majorité des sujets étaient mariés et sans niveau intellectuel. Ils ont été dans la majorité des cas vus tardivement et leur prise en charge était faite en ambulatoire. Une enquête en population générale serait nécessaire pour mesurer l'ampleur des états démentiels.

**Mots clés** : Démence, Épidémiologie, Clinique, Conakry

#### SUMMARY

*The craziness constitutes one of the major problems of public health in the industrialized countries; its diagnosis is complex, requiring a rigorous gait and of the multidisciplinary expertises making difficult the evaluation of the prevalence in general population. In this survey, we tried to determine the rate of prevalence, to identify the main symptoms, to describe the main types of craziness.*

**Methodology**: *It was about a survey retrospective descriptive transversal of one length of six years having carried on 59 files.*

**Results**: *The female sex was the more touched either 59,3%, the age group of 66-70 years was the were able to reached is 25,4% of the cases. The without levels of instruction were the most predominant 67,8% of the cases and were married in the majority of the cases 86,4%. The symptomatology described in the literature has been recovered among our patients. The senile craziness was the type of craziness the more met either 69, 5%.*

**Conclusion**: *It is an affection that especially concerned the more people of the third age of feminine sex. The majority of the topics was married and without intellectual level. They were in the majority of the cases seen late and their hold in charge was made in ambulatory. An investigation in general population would be necessary to measure the size of the insane states.*

*Key-words: Craziness, Epidemiology, Clinic, Conakry.*

## INTRODUCTION

La démence est classiquement définie comme un état d'affaiblissement intellectuel global, acquis, progressif, d'évolution chronique<sup>5</sup>.

On oppose les états démentiels dégénératifs, en apparence primitifs, incurables, qui regroupent les démences préséniles (maladie d'Alzheimer, la maladie de Pick, la maladie de Creutz FeldtJacob), la démence sénile et la démence artériopathique, aux démences secondaires dues à des affections diverses (la leuco encéphalite sclérosante subaiguë, l'hydrocéphalie à pression normale ; la paralysie générale d'origine syphilitique, la démence alcoolique, la démence post-traumatique) dont certaines sont accessibles à une thérapeutique curative à visée étiologique.

Le diagnostic d'une démence débutante doit être évoqué lorsque après l'âge de cinquante ans, apparaissent puis se développent une désorientation dans le temps ou dans l'espace, des troubles de la mémoire à type d'amnésie, des troubles du comportement (irritabilité, outrage à la pudeur, épisode d'exhibitionnisme et acte agressif dont les motivations sont souvent obscures), l'apparition tardive d'un premier syndrome dépressif, des idées délirantes<sup>5</sup>.

L'addition des déficits des différentes fonctions cognitives fait basculer le sujet dans un processus démentiel lorsque l'adaptation à la vie sociale, professionnelle ou familiale, ainsi que la capacité à gérer sa propre existence sont compromises<sup>2</sup>. Les étiologies sont multiples et variées, elles peuvent être : cardiovasculaires (hypertension artérielle mal équilibrée, fibrillation auriculaire); métaboliques (diabète) ; toxiques (consommation d'alcool ou de certains médicaments, inhalation des solvants) ; infectieuses (encéphalopathie du Sida) ; iatrogènes (conséquence d'une intervention neurochirurgicale (tumoréctomie ou évacuation d'un hématome).

La démence constitue l'un des problèmes majeurs de santé publique dans les pays industrialisés, sa prévalence varie de 5 – 20% selon les études<sup>2</sup>. En France : 500.000 personnes sont atteintes de démence dont 3% parmi les 65-69ans et 30% parmi les plus de 90 ans (dont 15% atteints de maladie d'Alzheimer)<sup>15</sup>. En 1995, le taux de prévalence en Indiana Polis (USA) était de 4,82% et de 2,29% à Ibadan (Nigeria)<sup>16</sup>.

Le diagnostic de la démence est complexe, nécessitant une démarche rigoureuse et des compétences multidisciplinaires rendant difficile l'estimation de la prévalence en population générale.

Elle ne constitue pas une préoccupation dans les pays d'Afrique subsaharienne, confrontés à d'énormes difficultés économiques. La démographie est de plus excentrée vers les sujets de moins de 20 ans. Les phénomènes de la démence semblent donc avoir moins d'ampleur en Afrique que dans les pays européens. Les raisons sont multiples mais il en existe deux principales : clinique (âge) et culturelle<sup>16</sup>.

En Guinée comme dans la majorité des pays africains les données statistiques relatives à la démence sont rares. Les objectifs de ce travail étaient de déterminer le taux de prévalence, identifier les principaux symptômes et décrire les types de démence.

## MATERIEL ET METHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive transversale d'une durée de 6 ans (allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2000 au 31 Décembre 2005) inclusivement.

L'étude a été réalisée au Service de Psychiatrie de l'Hôpital National de Donka du CHU de Conakry, il est le seul centre de référence nationale du pays pour la prise en charge des troubles mentaux et du comportement.

Ont été inclus dans notre étude, les dossiers des patients âgés de 50 ans et plus, hospitalisés ou non pendant la période d'étude où le diagnostic de démence était marqué.

Notre étude a porté sur 59 cas, les sources de collecte de nos données ont été les dossiers individuels des patients, les registres de consultation ; les registres d'hospitalisation ;

## RESULTATS

La fréquence de la démence était de 1,2%. Le sexe féminin a été le touché 59,3% contre 40,7% de sexe masculin avec un sexe ratio Femmes/Hommes égal 1,5 %. Concernant les tranches d'âge celle de 66-70 ans a été la plus atteinte 25,4% des cas. Selon le niveau d'instruction, ce sont les sans niveaux qui étaient les plus représentés 67,8%, suivi du niveau secondaire 13,5%. Quant au statut matrimonial la majorité de nos patients étaient des mariés 86,4% des cas, ensuite venaient les veufs (ves) 13,6%. Le délai entre les premiers signes et la première consultation était comprise entre 1 et 2 ans pour la majorité des patients 49,2% des cas. La symptomatologie décrite dans la littérature a été retrouvée au cours de ce travail (tableau). Concernant la modalité de prise en charge le suivi ambulatoire était la modalité la plus

rencontrée 84,7% des cas, suivi de 15,3% des cas d'hospitalisation.

**Tableau :** Répartition des patients selon la symptomatologie

Symptomatologie	N	%
Trouble de la mémoire	59	100
Troubles de l'idéation et de l'attention	59	100
Troubles du jugement et du raisonnement	59	100
Trouble de la psychomotricité	59	100
Troubles du calcul	59	100
Perturbation de l'affectivité	57	96,6
Troubles de l'orientation temporelle et/ou spatiale	56	94,9
Difficulté d'adaptation à la situation de l'entretien	47	79,6
Trouble de langage	39	66,1
Troubles de la praxie	31	52,5
Troubles gnosiques	18	30,5
Troubles de l'écriture	14	23,7

## DISCUSSION

Durant la période d'étude 4914 patients ont été reçus dans le service, parmi lesquels 59 cas de démence ont été diagnostiqués avec une fréquence hospitalière de 1,2%. Cette fréquence est nettement inférieure à celle rapportée par Pariente et al.<sup>12</sup> en France chez 101 patients déments : 71,6% ; aux Etats-Unis, Graves et al.<sup>6</sup> ont rapporté 66% de cas de démence chez des patients vivant en institution.

Dans notre étude, cette faible fréquence pourrait s'expliquer par le fait que les troubles de la mémoire chez les personnes du troisième âge sont généralement considérés dans notre société comme étant un phénomène normal et très souvent gérés dans le milieu familial. C'est souvent ceux qui développent des troubles du comportement qui font l'objet d'une consultation psychiatrique. Nous avons constaté une prédominance féminine 59,3% de cas contre 40,7% de sexe masculin avec un sex-ratio de 1,5 femme pour un homme. Cette prédominance féminine a été noté par d'autres auteurs<sup>1,4</sup>. Cette prédominance féminine s'explique par le fait que le sexe féminin constitue un facteur de risque dans la survenue

de la démence à cause de la baisse du taux des hormones (œstrogènes) qui ont à la fois des effets neurotrophiques et neuroprotecteurs<sup>7,11</sup>.

Les tranches d'âge de 56-60 ans, 66-70 ans et 71-75 ans étaient les plus touchés avec respectivement 15,3%, 26,42%, 23,72%. Prevot et al. ont trouvé en France dans leur étude portant sur 354.000 cas de démence diagnostiqués, les fréquences respectives de 0,51% dans la tranche de 65-69 ans, 1,56% dans la tranche de 75-79 ans<sup>13</sup>. La prédominance au niveau de ces différentes tranches d'âge était justifiée par le fait que la survenue des cas de démence présénile est fréquente et la démence sénile survient de façon quasi constante chez le sujet âgé.

Dans ce travail, tous les niveaux d'instruction ont été touchés avec une prédominance des sans niveaux d'instruction soit 67,8% des cas, suivi du niveau secondaire, du niveau supérieur et du niveau primaire avec respectivement 13,8% , 10,2% et 8,5%. Le taux élevé des sans niveaux pourrait s'expliquer par le fait que selon les résultats du recensement général de la population et de l'habitat en 1996, 89% de la population étaient sans niveau d'instruction<sup>14</sup>. Selon plusieurs auteurs le bas niveau d'instruction constitue un facteur de risque de démence par manque de réserve cognitive<sup>3,8,10</sup>.

Nous avons noté au cours de notre étude que 86,4% de nos patients étaient mariés, suivi de 13,6% de veuf (s) ve (s) et l'absence des célibataires, divorcés/séparés. Cette prédominance des mariés s'expliquerait par le fait qu'en 1996, 63% de la population étaient des mariés et il est rare de trouver des personnes d'âges avancés célibataires<sup>14</sup>.

Toute la symptomatologie classique a été retrouvée. Cependant nous avons constaté chez la totalité des cas certains symptômes: les troubles de mémoires, les troubles de l'idéalisation et de l'attention étaient les signes les plus prédominants soit 100% des cas, ensuite venaient les difficultés d'adaptation à la situation de l'entretien ; les troubles de l'orientation temporo spatiale, les troubles de langage. Ce constat rejoint celui de la littérature<sup>9,10</sup>. La majorité des cas de démence de notre étude avait une évolution comprise entre 1 et 2 ans avant la première consultation soit 49,15%, suivit ceux qui avaient une évolution inférieure à 1 an soit 22,0% et ceux qui avaient une évolution comprise entre 3 et 5 ans représenteraient 11,9% des cas.

Le taux élevé des patients dont l'évolution était comprise entre 1 à 2 ans pourrait s'expliquer

par la survenue des troubles instinctuels à type d'insomnie, de l'instabilité psychomotrice, l'agressivité que l'entourage n'arrive souvent pas à gérer. Nous avons constaté que l'hospitalisation a été la modalité de prise en charge la moins utilisée soit 15,25% des cas contre 84,75% des cas de suivi en ambulatoire.

Ce taux de suivie en ambulatoire était certainement dû au fait que le service de psychiatrie de l'Hôpital National Donka n'est pas adapté à la prise en charge hospitalière des états démentiels ; mais aussi à l'influence de la culture qui favorise le maintien à domicile.

Il est souhaitable de maintenir un démentiel dans son environnement habituel pour éviter les nouvelles difficultés d'adaptation.

## CONCLUSION

Cette étude rétrospective transversale n'a pas permis certes de ressortir tous les aspects liés à la Démence. Cependant elle nous a permis de constater que la Démence représentait 1,2% des fréquentations du service. C'est une affection qui concernait le plus les personnes du troisième âge surtout de sexe féminin. La majorité des sujets étaient mariés et sans niveau intellectuel. Ils ont été dans la majorité des cas vus tardivement et leur prise en charge était faite en ambulatoire.

Une enquête en population générale serait nécessaire pour mesurer l'ampleur des états démentiels.

## REFERENCES

- 1-AURIA GOMBES : Facteur de risque, la démence de demain se prépare - t- elle dès aujourd'hui ? la lettre du neurologue, CHU Bordeaux 2004;8,9:5-7.
- 2-COTILLEAU I ET COLL : Démence de sujet âgé et rééducation. Kinésithérapie scientifique 2004;449:18-19.
- 3-DARTIGUES J.I ; GAGNON.M ; MICHEL.P ET al. : Le programme de recherche PAQUID sur l'épidémiologie de la démence. Méthodologie et résultats initiaux. Rev. Neurol 1991;147:225-30.
- 4-DUBOIS MF ; HEBERT.R ; THE INCIDENCE OF VASCULAR DEMENTIA IN CANADA : A comparison with Europe and East Assia. Neuro epidemiology 2001;20: 179-87.
- 5-GUELFY J.D. : psychiatrie de l'adulte 1985, Paris, ellipses, 464 p.
- 6-GRAVES ET COLL : Prevalence of dementia and its subtypes in the japanese American population of king county. Washington state. AMJ Epidemiol 1996;144:760-71.

- 7-KAWAS C, RESNICK S, MORRISON A, et AL: A prospective study of oestrogen replacement therapy and the risk of developing ALZHEIMER disease : The Baltimore longitudinal study of aging. Neurology 1997;48:1517-21.
- 8-LAFONTS, BARBERGER GP, SOURGEN C, DARTIGUES JF. Relation entre performances cognitives globales et dépendance évaluée par la grille AGGIR Rev. Epidemiol Santé Publique 1999;41:7-17.
- 9-LETENNEUR L, DEQUAE L; JACQMIN H, NUISSE J, DECAMPS A, GATEAU P. Prévalence de la démence en gironde (France). Rev. Epidemiol Santé Publique 1993 ; Vol 41, pages : 139-45.
- 10-ONEN F. Prise en charge des troubles psycho comportementaux des sujets déments. N.P.G. 2002;10:20-23.
- 11-PAGANINI-HIIL A, HENDERSON VW. Estrogen deficiency and risk of ALZHEIMER'S disease in women. Am J Epidemiol 1994;140:256-61.
12. PARIENTE A. ET COLL : Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées : Données réactualisées de la cohorte PAQUID. Dementiae, Paris, 2005, N°13 : 86-92
- 13-PREVOST P : La place de la démence dans la population nationale à partir des données de l'assurance maladie, Réadaptation, Paris, 2004 ; 511 : 26-8.
- 14-RECENSEMENT GENERALE DE LA POPULATION ET DE L'HABITAT : Etat de la population -1996, Décret/ 95/RIO PRG/SGG du Juin 1993.
- 15-ROUSSEAU T. Bilan du patient suspecté de démence. Rééducation Orthophonique, Paris, Décembre 2002, 212 (40) : 127-34.
- 16-TABO A., NUBUKPO P., CLEMONT J.P., THOMAS P: Etat actuel des connaissances sur la démence en Afrique Subsaharienne. La Revue de gériatrie 2003;28,10