

PSYCHIATRIE ITINERANTE A COTONOU AU BENIN

GANSOU G M²., TOGNIDE CM²., FIOSSI KPADONOU E¹., SALIFOU S¹., EZIN HOUNGBE J¹., AGOSSOU TH¹.

1- Département de santé mentale, Faculté des sciences de la santé, Université d'Abomey Calavi et Centre National Hospitalier et Universitaire HKM, Cotonou, Bénin

2- Département de santé mentale, Faculté des sciences de la santé, Université d'Abomey Calavi et Centre National Hospitalier de Psychiatrie de Cotonou, Bénin

Auteur correspondant : Dr Grégoire Magloire GANSOU, 03 BP 1890 Cotonou Bénin

Email : ggansou@hotmail.com

RÉSUMÉ

Dans le cadre de l'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaire, le département de santé mentale du Bénin a organisé dans trois hôpitaux de Cotonou (Bethesda, Saint Luc, Mènonin), des consultations psychiatriques hebdomadaires au profit des malades mentaux. L'objectif de ce travail est de faire le point des activités menées de 2004 à 2009. L'étude, rétrospective à visée descriptive a concerné 1221 patients. Les résultats montrent que les femmes représentent 57,80% et les hommes 42,20%. La moyenne d'âge des patients est de 32 ans. Les étudiants et les élèves représentent 34,30%. La prise en charge concernait principalement les troubles dépressifs, anxieux et psychotiques qui sont retrouvés dans les proportions respectives de 33,40%, 22,60%, et 17,30%. Les produits utilisés sont ceux qui sont disponibles à nom générique. Les patients traités en ambulatoire représentaient 81,80% et 9,20% ont fait l'objet d'un transfert dans un service spécialisé de psychiatrie. L'évaluation montrait une amélioration tant sur le plan de l'alliance thérapeutique que du suivi du traitement. Cet outil qui vient en complémentarité d'une offre de soins dans un hôpital psychiatrique, permet une bonne compliance thérapeutique et constitue une stratégie de lutte contre la stigmatisation des malades mentaux.

Mots clés : soins, ambulatoire, intégration, bilan

SUMMARY

In the scope of the integration of mental health care into primary health care, the department of mental health of BENIN organized in three hospitals at Cotonou (Bethesda, Saint Luc, Menontin) weekly psychiatric checking in aid of patients. The objective of this work is to make the summary of done activities from 2004 to 2009. The retrospective study at descriptive aim had concerned 1221 patients. The result shows that women represent 57.80 percent and men 42.20 percent. The average age of the patients is 32. Students and pupils represent 34.30 percent. The treatment mostly concerned with depressive, anxious and psychotic disorders which are find respectively in the proportions of 33.40; 22.60 and 17.30 percent. The products used are those available known as generic. The patients treat in ambulatory represented 81.80 percent and 9.20 percent had been transferred in a specialized psychiatric center. The assessment showed improvement not only in the field of therapeutic alliance but also in that of the treatment following-up. This tool that comes in complementary to treatments in psychiatric hospitals favored a therapeutic compliance and constitutes a strategy to fight against the stigmatization of mentally sick persons.

Key words: health care, ambulatory, integration, check-up

INTRODUCTION

L'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaire apparait plus qu'une nécessité dans les pays en voie de développement vu l'insuffisance des professionnels de la santé mentale et du plateau technique de soins. Elle donne la possibilité d'offrir des soins sans qu'il n'y ait ni isolement, ni stigmatisation, ni discrimination [6]. Fort de cela, le département de santé mentale du Bénin a choisi un psychiatre pour assurer des consultations itinérantes dans trois hôpitaux confessionnels de Cotonou. Il s'agit d'une pratique psychiatrique qui consiste à soigner les malades dans des hôpitaux de leur localité plutôt que de les soigner dans le cadre désocialisant, étrange et effrayant d'un hôpital psychiatrique [2]. Le présent travail se propose de

faire le bilan de cette activité menée sur une période de six ans afin de dégager des perspectives.

1. CADRE ET MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type qualitatif à visée descriptive basée sur l'exploitation de dossiers médicaux de patients reçus en consultation psychiatrique de juin 2004 à septembre 2009 dans les trois hôpitaux confessionnels de Cotonou :

- l'hôpital Bethesda qui est une structure confessionnelle d'obédience protestante créée le 19 février 1990 et située à Gbèdjromédé dans le 8ème arrondissement de la commune de Cotonou.
- l'hôpital de Mènonin créé 1996. Il est situé dans le

9ème arrondissement de la commune de Cotonou.
- l'hôpital Saint Luc. Créé en 1990, il est situé dans le 8ème arrondissement de la commune de Cotonou. c'est un hôpital confessionnel d'obédience catholique.

La consultation dans ces différents centres était hebdomadaire

Nous avons retenu de mener l'étude dans les hôpitaux confessionnels de Cotonou compte tenu des soins de qualités qui y sont donnés, du coût réduit des prestations, et de la grande fréquentation de ces milieux.

La population d'étude a été constituée de tous les patients reçus en consultation soit à titre externe ou soit en hospitalisation durant la période de l'étude. L'échantillonnage était non probabiliste et a consisté à consulté tous les dossiers des patients. Ainsi nous avons colligé 440 dossiers de patients à l'hôpital Saint Luc, 378 à l'hôpital Béthesda et 403 à l'hôpital de Mènotin. Au total, 1221 patients étaient concernés. Les données utilisées ont été extraites des dossiers des patients et ont pris en compte les facteurs

sociodémographiques (âge, sexe, profession), les troubles psychiques(troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles psychotiques) et les modalités de prise en charge (traitement ambulatoire, hospitalisation).

Les données collectées ont été saisies et traitées à l'aide des logiciels Microsoft Word office 2007 et Epi info version 6.0. Les autorisations nécessaires ont été obtenues des Directeurs des hôpitaux concernés.

2. RÉSULTATS

2.1. Caractéristiques générales des patients

2.1.1. Age et sexe des patients

Les femmes représentaient 57,8% et les hommes 42,2%.

La moyenne d'âge des patients était de 32 ans avec des extrêmes allant de 6 ans et 85 ans.

2.1.2. Profession

Les différentes professions sont représentées sur la figure 1

Les différentes professions sont représentées sur la figure 1

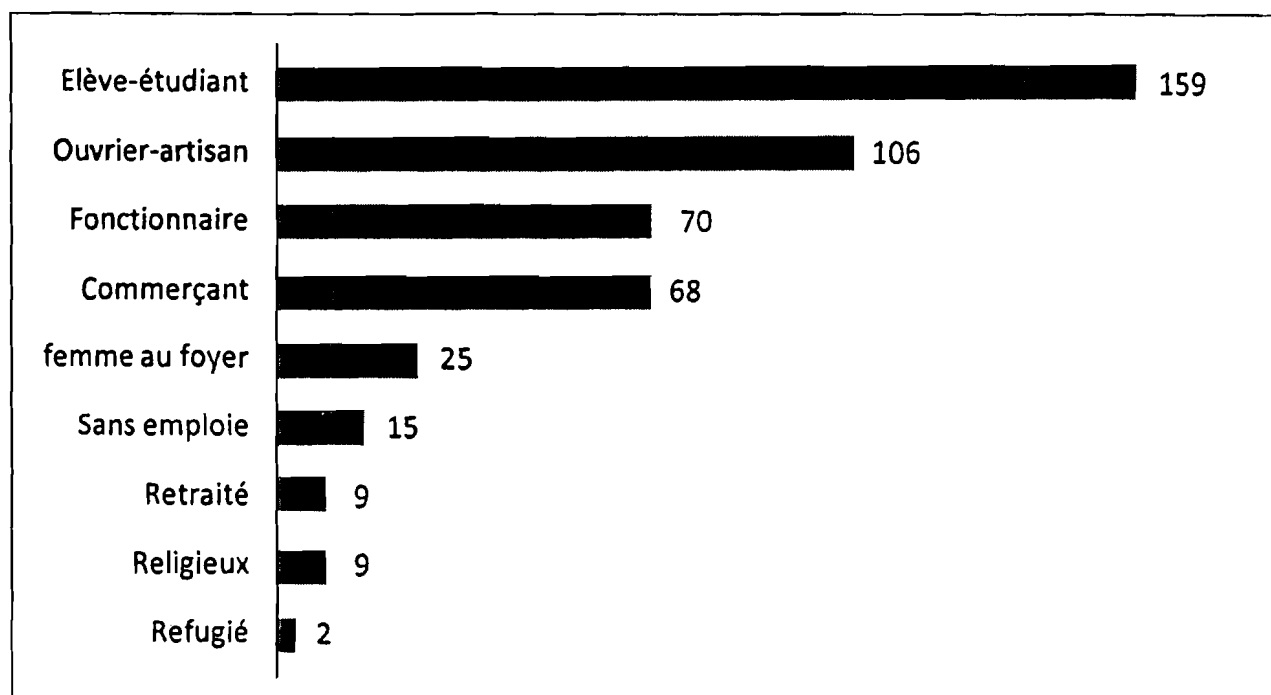


Figure n°1 : Répartition des patients selon leur profession

2.2. Les hôpitaux de prise en charge

La figure 2 montre que les patients sont reçus dans les trois hôpitaux à proportion quasi égale

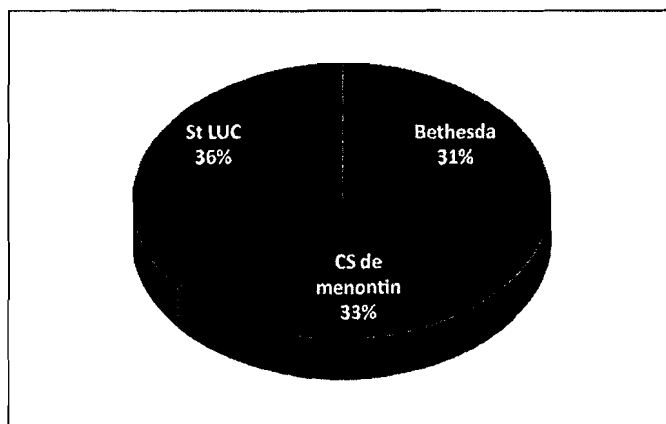


Figure n°2 : Répartition des patients par hôpital de prise en charge

2.2.1. Les patients de Bethesda

Le pic des patients reçus à Bethesda était atteint en 2005

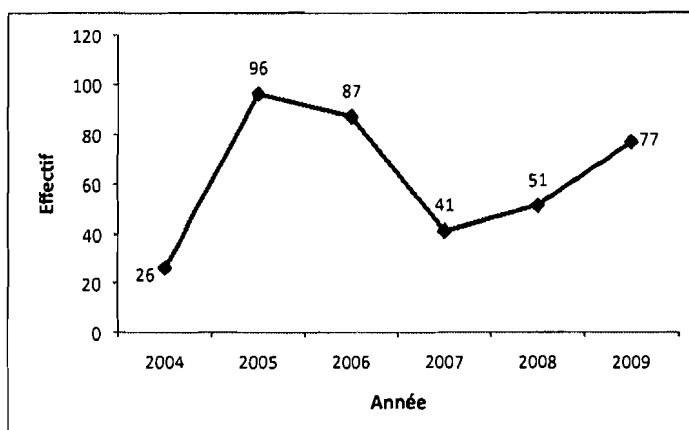


Figure n°3 : Répartition des patients reçus à Bethesda

2.2.2. Les patients de Mènontin

Le pic des patients reçus à l'hôpital de Mènontin était atteint en 2004

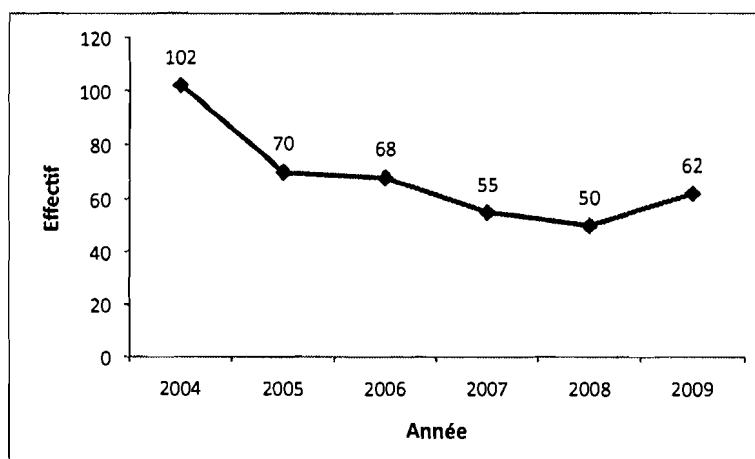


Figure n°4 : Répartition des patients reçus à Mènontin

2.2.3. Les patients de l'hôpital Saint Luc

Le pic des patients reçus à l'hôpital St LUC était atteint en 2005

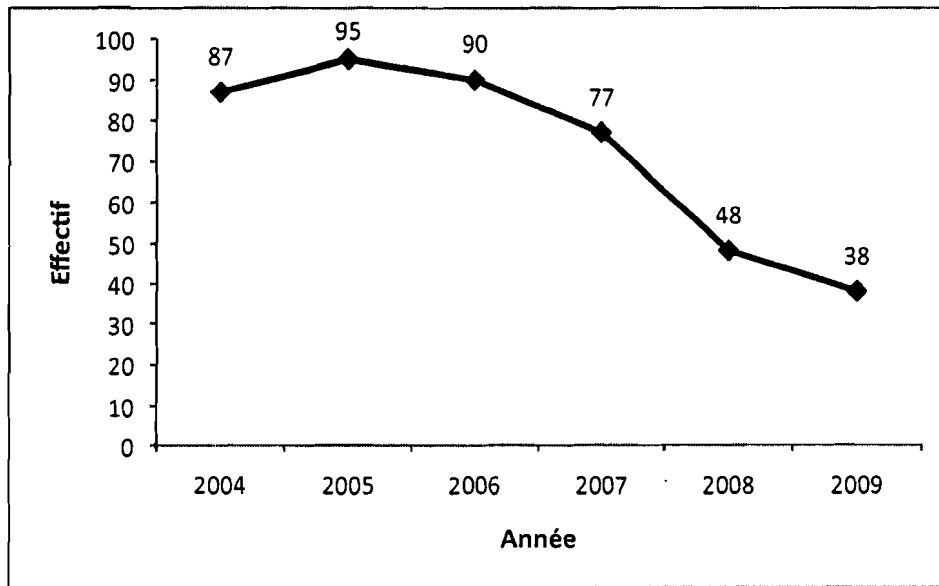


Figure n°5 : Répartition des patients reçus à l'hôpital St LUC

2.2.4. Les patients des trois hôpitaux réunis

L'année 2005 a connu plus de patients que les autres années

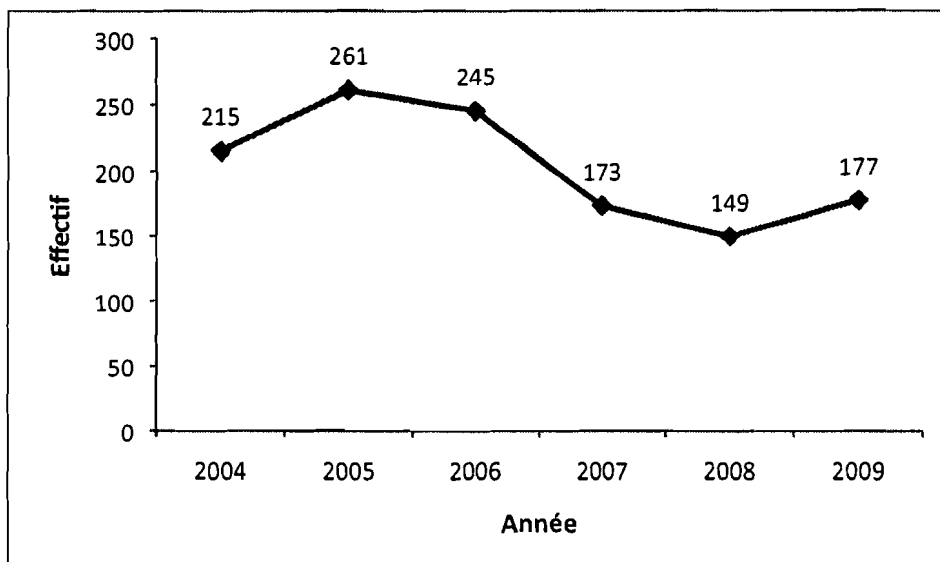


Figure n°6 : Répartition des patients des trois hôpitaux réunis

2.3. Pathologies et modalités de prise en charge

2.3.1. Pathologies

Tableau I : Répartition selon l'affection mentale

	Effectif	Pourcentage (%)
Troubles de l'humeur	459	36,93
Troubles anxieux	276	22,60
Troubles psychotiques	190	15,56
Affections organiques ayant des manifestations psychiatriques	140	11,46
Epilepsie	34	2,78
Troubles de la personnalité	21	1,71
Conduites addictives	15	1,22
Retard mental	12	0,98
Enurésie	06	0,49
Crise adolescente	03	0,21
Non précisé	62	5,07
Total	1221	100

2.3.2. Modalités de prise en charge et observance thérapeutique

81,80% des patients ont été traités en ambulatoire contre 9% en hospitalisation. 9,20% ont été transférés dans un service spécialisé de psychiatrie.

Les produits utilisés sont ceux qui sont disponibles sur le marché à nom générique et comprennent les neuroleptiques (chlorpromazine, Halopéridol), les antidépresseurs (amitriptyline), les thymorégulateurs (carbamazépine), les anxiolytiques (diazépam), les antiépileptiques (phénobarbital) et les correcteurs (trihexiphénidyle).

L'observance thérapeutique est bonne chez 81,73% des patients.

3. DISCUSSION

3.1. Intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires

S'il a été possible aux patients de venir consulter dans ces hôpitaux, cela tient au travail de prise en charge médico psychologique hebdomadaire que mène l'équipe de santé mentale du Bénin dans les structures non psychiatriques, à la disponibilité du personnel soignant et à l'accessibilité financière des patients. Ce travail a permis de traiter en 6 ans

(de 2004 à 2009), 1221 patients et la seule année 2005 a connu le nombre record de 261 patients. TOGNON et al [10] ont recensé à travers des consultations mensuelles 258 patients dans un même travail effectué en 2 ans (2001 et 2002) dans les départements du Zou et du Mono au Bénin. SANOU et al [9] au Burkina Faso ont suivi 117 patients en un an dans l'unité de soins psychiatriques de Dédougou, une structure extrahospitalière. Les résultats de notre étude s'expliquent par l'augmentation du nombre de jours de consultation qui est passé de un à deux voire trois par semaine en fonction de la demande. Nos statistiques circonscrites à Cotonou sont cependant loin de refléter la réalité des besoins, bon nombre de patients psychiatriques ne se présentant pas dans les services de santé. Une étude similaire effectuée par EZIN HOUNGBE et al [3] en 1999 en zone périurbaine de Cotonou avait souligné l'importance de se rapprocher des patients pour leur meilleur suivi. La multiplication de telles pratiques dans diverses localités du Bénin, renforcées par un travail de sensibilisation, d'information et d'éducation de la population, pourrait permettre de combattre les préjugés sur la santé mentale.

3.2. Aspects cliniques

Conformément à la classification du DSM IV [1], les troubles de l'humeur et les troubles anxieux ont été retrouvés dans les proportions de 36,93% et 22,60% des cas. Les troubles psychotiques représentent 18,34% contrairement aux résultats de l'étude de TOGNON et al[10] réalisée dans les départements du Zou /Collines et Mono/Couffo où ils représentent 92,27%. Cette différence de chiffre concernant les troubles psychotiques peut s'expliquer par la période relativement courte de leur étude, les consultations qui sont mensuelles et les symptômes d'allure psychotique à caractère transitoire et épisodique de certains troubles témoignant d'une absence de structuration profonde. Des affections organiques à expression psychiatrique sont retrouvées dans la proportion de 11,46%. Il s'agit notamment de l'hypertension artérielle, de la démence, de la méningite, du diabète, du traumatisme crânien, du VIH. De nombreuses études épidémiologiques ont en effet permis de souligner la fréquence des associations entre troubles mentaux et affections organiques. Un tiers des consultants en médecine générale ressentent une souffrance psychologique et près d'un quart auraient un trouble psychiatrique identifiable [8].

3.3. Aspects thérapeutiques

9% des patients sont suivis en hospitalisation contre 81,80% en ambulatoire. Chez ces derniers, l'observance thérapeutique est bonne et nombreux (81,73%) sont les patients qui respectent les prescriptions et les jours fixés pour les contrôles. Aucun d'eux n'a développé de rechute ayant nécessité une hospitalisation. La chimiothérapie s'appuie sur les médicaments à nom générique et à coût réduit pour faciliter l'accessibilité financière, cette accessibilité étant un facteur important de bonne observance thérapeutique [4]. Notons que les patients sous neuroleptique n'ont pas développé de dyskinésie du fait de l'introduction systématique de correcteur (trihexiphéridyle) dans le traitement. Cette attitude est également prônée par MALAPERT [5]. Les effets secondaires des psychotropes constituent un facteur de mauvaise observance thérapeutique [7].

CONCLUSION

La psychiatrie itinérante pratiquée à Cotonou a donné des résultats encourageants. Elle nous a permis d'avoir un aperçu général sur les principaux troubles psychiatriques et les malades des hôpitaux non psychiatriques. Cette pratique présente l'avantage d'intégrer les soins de santé mentale dans les soins de santé primaire et constitue un important moyen de lutte contre la stigmatisation des malades mentaux. A défaut d'un psychiatre résidant de ces hôpitaux, et

pour une décentralisation de la psychiatrie, Il s'avère indispensable que cette pratique d'assistance des malades mentaux soit étendue à tous les hôpitaux de zones du Bénin.

RÉFÉRENCES

- 1- **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. MINI DSM-IV.** Critères diagnostiques (Washington DC, 1994). Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Masson, Paris, 1996, 384p.
- 2- **COLLIGNON R.** A propos de psychiatrie communautaire en Afrique noire. Les dispositifs villageois d'assistance. Eléments pour un dossier. Psychopathologie Africaine. 1983 ; 19(3):287-328
- 3- **EZIN HOUNGBE J, GANDAHO P, AGOSSOU T, AHYI R. G.** L'expérience béninoise de l'introduction de la composante santé mentale dans les soins de santé primaires en zone périurbaine de Cotonou. Le Bénin Médical, 1999; 12 /13 :132-137
- 4- **LACRO JP, DUNN LBDOLBER CR.** Prevalence of risk factors for medication non adherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. Journal clinical psychiatry, 2002; 63:892-909
- 5- **MALAPERT E, SOTTY C, MOREEL M.** Neuroleptique retard et pratique de secteur. Nervure, 1993 ; (6) 7 : 68-72
- 6- **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ.** Santé mentale. Les ministres appellent à l'action. 54ème Assemblée mondiale de la santé. Genève: OMS, 2001 : 24-39
- 7- **PASSERIEUX C, CAROLI F, GIRAUD-DARO.** Les personnes atteintes de schizophrénie et la rechute. L'encéphale, 2009 ; 35 :586-594
- 8- **ROUILLON F.** Guide pratique de psychiatrie. Masson 2ème édition, Paris, 2005 ; 157p
- 9- **SANOU Z, OUEDRAOGO A, MITELBERG G.** Projet de développement de la santé mentale au Burkina Faso. Psychopathologie Africaine, 1986-1987 ; 21(1) : 19-65
- 10- **TOGNON TCHEGNONSI F, GANDAHO P, AHYI R G.** Psychiatrie itinérante : Expérience du centre médical solidarité d'Abomey. Le Bénin Médical, 2002 ; 22 :28-31.