

LES ACCES MANIAQUES AU CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DU BORGOU (BENIN) : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET ITINERAIRE THERAPEUTIQUE

*THE MANIAC ACCESS AT THE DEPARTMENTAL HOSPITABLE CENTER OF
BORGOU (BENIN): EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS AND THERAPEUTIC ITINERARY*

TOGNON TCHEGNONSI F, DJIDONOU A, HOUINOU EBO B, GANDAHO P, KONE D.

Unité de Formation et de Recherche de Psychiatrie, Université de Parakou

Correspondance : Dr TOGNON Tchegnonsi F, tognonfrancis@yahoo.fr

RÉSUMÉ

L'absence de données dans notre pays sur l'accès maniaque considéré comme l'une des dix maladies les plus coûteuses et invalidantes (OMS) justifie le présent travail qui avait pour but d'en étudier les aspects épidémiologiques et l'itinéraire des sujets qui en souffrent dans le service de psychiatrie du Centre Hospitalier Départemental du Borgou (CHD B).

Il s'agissait d'une étude descriptive, rétrospective ayant consisté en un recensement exhaustif des patients présentant un épisode maniaque, recensés du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2009 et prospective du 1^{er} janvier 2010 au 31 mai 2011.

Elle a porté sur 54 patients avec une prévalence hospitalière de 2,5% et un sexe-ratio de 1,5. La maladie touche les sujets jeunes de 14 à 35 ans (74%), élèves ou étudiants (37%). L'insomnie est le 1^{er} motif de consultation (38,9%). Les conflits familiaux (24%) sont le 1^{er} facteur déclenchant.

Il s'impose une bonne sensibilisation de la population au sujet de l'accès maniaque afin d'améliorer la prise en charge des patients.

Mots-clés : Accès maniaque - Prévalence - Itinéraire - Sensibilisation- Bénin

SUMMARY

The absence of data on the maniac access considered like one the ten illnesses more expensive and invalidating (WHO) justifies the present work that has for aim to study its epidemiological and clinical aspects in the service of psychiatry of the Departmental Hospitable Center of the Borgou (CHD B).

It is about a descriptive survey, retrospective having consisted in an exhaustive census of the patients presenting a maniac episode, recruited of consecutive way of January 1st, 2003 to December 31, 2009 and forecasting of January 1st, 2010 to May 31, 2011.

It was about 54 patients with a hospitable prevalence of 2.5% and a sex ratio of 1.5. The illness touches the young people of 14 to 35 years (74%), pupils either student (37%). The insomnia is the 1st motive of consultation (38.9%). The domestic conflicts (24%) are the 1st factor triggering. The sociocultural representations of the illness drive the relation to solicit other therapeutic circuits before addressing to the service of psychiatry.

A good sensitization of the population about the maniac access in order to improve the responsibility of the patients is necessary.

Key words: Maniac access - Prevalence - Benin

INTRODUCTION

La santé mentale suscite aujourd'hui beaucoup d'engouement dans le monde scientifique. Ces vingt dernières années, on a assisté à l'essor d'un vaste champ de recherche, ainsi qu'à l'émergence de programmes de soins spécialisés dont l'efficacité est maintenant établie¹. Alors que l'intérêt essentiel s'est porté sur la schizophrénie, plusieurs arguments suggèrent aujourd'hui la nécessité de pareils développements à propos d'autres pathologies psychiatriques, en particulier celui des troubles de l'humeur.

Les études réalisées sur ces troubles sont beaucoup plus axées sur la dépression accordant un intérêt moindre à la manie².

En France, le nombre total d'épisodes maniaques survenant chaque année est évalué à 265000 et selon les données de l'hôpital Sainte-Anne de Paris³, pour l'année 1999, 63% des épisodes de manie ont motivé une hospitalisation.

Au cours d'une étude transversale réalisée en 2005 au Mali, portant sur 3691 patients reçus dans le service de psychiatrie du CHU du point G à Bamako, Menet⁴ a trouvé 154 patients qui ont présenté un accès maniaque soit 4,2% et 51 qui ont présenté un trouble bipolaire soit 1,4%.

En Tunisie, Douki et al.⁵ ont rapporté qu'au cours de l'évolution d'un trouble bipolaire, on observe 4,9 épisodes maniaques et 1,7 épisode dépressif. Selon ces auteurs, sur 106 patients bipolaires hospitalisés en Tunisie entre juin 2003 et mai 2004, 96% l'ont été pour manie et 5% pour dépression.

Au Bénin, aucune étude n'a été faite sur cette préoccupante affection. C'est pour combler ce vide que la présente étude a été initiée. Elle visait à faire un point sur la pathologie en étudiant les différents aspects épidémiologiques et l'itinéraire des patients suivis pour accès maniaque dans le service de psychiatrie du centre hospitalier départemental du Borgou.

I- MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective et prospective qui s'est déroulée dans le service de psychiatrie du Centre Hospitalier Départemental du Borgou (CHD-B), situé dans la ville de Parakou.

L'étude rétrospective a couvert une période allant du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2009.

Les informations ont été recueillies à partir des dossiers des patients chez qui le diagnostic de manie a été posé selon les critères du DSM IV⁶.

Quant à l'étude prospective, elle a été réalisée du 1^{er} janvier 2010 au 31 Mai 2011. Au cours de cette période, des informations relatives à la maladie ont été recueillies auprès des nouveaux et des anciens patients et de leur entourage.

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche de dépouillement préalablement établie.

L'échantillonnage a été exhaustif et la population d'étude est constituée de tous les cas d'épisode maniaque isolé ou entrant dans le cadre d'un trouble bipolaire, hospitalisés ou non durant cette période.

Ont été exclus de l'étude, tous les cas d'épisode maniaque imputable à l'utilisation d'une substance psycho-active ou à un trouble mental organique, ou les patients dont les dossiers sont inexploitable du fait du manque d'information.

Parmi les variables étudiées, la manie était la variable dépendante et les variables indépendantes ont été les caractéristiques sociodémographiques, le motif d'admission, les facteurs déclenchants des troubles, et le premier recours de la famille dans le circuit thérapeutique.

Après le dépouillement, la vérification et la codification des données, la saisie et l'analyse ont été faites dans le logiciel Epi info version 3.5.1.

Le test chi-carré de Pearson a servi à rechercher une éventuelle liaison entre les différents aspects de l'épisode maniaque. Cette liaison est jugée significative pour une valeur de p inférieure à 5%.

Au terme de cette étude, nous avons abouti aux résultats suivants.

II- RÉSULTATS

Du 1^{er} Janvier 2003 au 31 Mai 2011, sur 2157 patients reçus dans le service de psychiatrie du CHD-B, 54 répondaient à nos critères d'inclusion ; ce qui fait une prévalence hospitalière de 2,5%.

2.1. Caractéristiques sociodémographiques Les caractéristiques sociodémographiques de nos patients sont exprimées dans le tableau I.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques

| Tranche d'âge (ans) | N | % |
|---------------------|----|-------|
| 14 -24 | 24 | 44,45 |
| 25 - 35 | 16 | 29,63 |
| 36 - 46 | 6 | 11,11 |
| 47 - 57 | 7 | 12,96 |
| >57 | 1 | 1,85 |
| Total | 54 | 100 |
| Sexe | | |
| Masculin | 33 | 61,1 |
| Féminin | 21 | 38,9 |
| Total | 54 | 100 |
| Profession | | |
| Elève | 20 | 37 |
| Fonctionnaire | 12 | 22,2 |
| Commerçant(e) | 6 | 11,1 |
| Artisan(e) | 5 | 9,2 |
| Ouvrier | 3 | 5,6 |
| Femme au foyer | 3 | 5,6 |
| Cultivateur | 1 | 1,9 |
| Sans profession | 4 | 7,4 |
| Total | 54 | 100 |

II.1.1- Répartition des patients selon l'ethnie

La répartition des patients selon l'ethnie figure dans le tableau n°2.

Tableau II: Répartition selon l'ethnie

| Ethnie | N | % |
|----------------------|----|------|
| Fon et apparentés | 26 | 48,1 |
| Bariba | 13 | 24,1 |
| Yoruba et apparentés | 08 | 14,8 |
| Peuhl | 02 | 03,7 |
| Dendi | 01 | 01,9 |
| Autres* | 04 | 07,4 |
| Total | 54 | 100 |

*Cotocoli, Berba, Ditamari

2.1.2. Répartition selon le type de famille d'origine

Les familles dont sont issus nos patients sont respectivement : famille monogame (50%), famille polygame (37%) et type de famille non précisé (13%).

II.1.3- Répartition selon la situation matrimoniale

La répartition des patients selon leur situation matrimoniale est rapportée dans le tableau n°3.

Tableau III: Répartition selon la situation matrimoniale

| situation matrimoniale | N | % |
|------------------------|----|------|
| Célibataire | 31 | 57,4 |
| Marié(e) | 17 | 31,4 |
| Divorcé(e) | 04 | 7,4 |
| Union libre | 01 | 1,9 |
| Non précisé | 01 | 1,9 |
| Total | 54 | 100 |

II.1.4. Répartition selon la religion

Parmi nos patients, 75,9% pratiquent la religion chrétienne, 16,7% la religion musulmane et 7,4% la religion traditionnelle.

II.2. Données anamnestiques et itinéraire thérapeutique

Les données anamnestiques sont représentées par le mode d'admission, les facteurs déclenchants, les principaux motifs de consultation et l'itinéraire thérapeutique.

II.2.1. Répartition selon le mode d'admission

Parmi les patients reçus dans le service, 51 étaient venus accompagnés et 3 étaient venus seuls.

II.2.2- Répartition des patients selon le type de facteurs déclenchants

Les facteurs supposés ayant déclenché la crise ont été retrouvés chez 25 patients. Leur répartition figure dans le tableau IV.

Tableau IV : Répartition selon les facteurs déclenchants

| Facteurs déclenchants | N | % |
|------------------------|----|------|
| Conflit familial | 10 | 40,0 |
| Arrêt du traitement | 5 | 20,0 |
| Décès d'un proche | 4 | 16,0 |
| Déception sentimentale | 3 | 12,0 |
| Conflit professionnel | 1 | 4,0 |
| Mésentente conjugale | 1 | 4,0 |
| Problème financier | 1 | 4,0 |
| Total | 25 | 100 |

II.2.3- Répartition des patients selon les principaux motifs de consultation

La répartition des patients selon les principaux motifs de consultation a été rapportée dans le tableau n°5.

Tableau V: Répartition selon les principaux motifs de consultation

| motifs de consultation | N | % |
|-------------------------------|----------|----------|
| Insomnie | 21 | 38,9 |
| Agitation | 11 | 20,4 |
| Logorrhée | 09 | 16,7 |
| Agressivité | 08 | 14,8 |
| Délire | 05 | 9,2 |
| Total | 54 | 100 |

II.2.4 - Répartition des patients selon l'itinéraire thérapeutique suivi

L'itinéraire thérapeutique suivi par les patients figure dans le tableau VI.

Tableau VI: Répartition des patients selon l'itinéraire thérapeutique suivi

| itinéraire thérapeutique | N | % |
|---------------------------------|----------|----------|
| Traitement médical | 21 | 38,9 |
| Traitement traditionnel | 17 | 31,5 |
| Traitement religieux | 05 | 9,3 |
| Non précisé | 11 | 20,3 |
| Total | 54 | 100 |

L'itinéraire non conventionnel (traditionnel et religieux) a été suivi par 40, 8% de nos patients.

Dans le service, 18,2% des patients sont sortis contre avis médical et 18,2% se sont évadés.

II.2.5- Mode de prise en charge

Plus de la moitié de nos patients (61,1%) ont été hospitalisés et la durée moyenne du séjour en hospitalisation est de 7 jours avec des extrêmes allant de 1 à 32 jours.

II.2.6- Type de traitement

Le traitement médical a été choisi par 75% de l'entourage comme étant le plus adapté. Le traitement traditionnel a été choisi par 16,7% les patients et leur entourage et 8,3% des patients ont associé le traitement traditionnel et le traitement médical.

III- DISCUSSION

Cette étude est la première du genre à se dérouler dans notre pays. Elle nous a permis de recenser sur 2157 patients admis dans le service, 54 maniaques soit une prévalence hospitalière de 2,5%.

Cette prévalence reste en accord avec celle de M. de ZELICOURT et Coll.⁷ qui, en France dans une étude multicentrique ont trouvé une prévalence de 0,3 à 3% pour le trouble bipolaire de type I en population générale. MOUANGA et Coll⁸ quant à eux, ont trouvé au Congo- Brazzaville une prévalence supérieure à la nôtre (4,2%).

Les résultats auxquels nous avons abouti semblent donc s'écarter de toute généralisation abusive.

III.1- Profil sociodémographique

III.1.1- Age

L'âge des patients est compris entre 14 et 60 ans avec une moyenne de 29,09 ans. Il s'agit de sujets jeunes adultes ; en effet, 74% des patients se trouvent dans la tranche d'âge de 14 à 35 ans. La prédominance de sujets jeunes se retrouve aussi dans les études de DOUKI S⁵ en Tunisie dont les résultats donnent un épisode inaugural antérieur à 25 ans chez 60% des patients et avant 20 ans chez 30%. Le début souvent précoce de la maladie pourrait expliquer cette forte représentativité des sujets jeunes dans notre série.

III.1.2- Sexe

Nous avons trouvé un sexe ratio de 1,5 en faveur des hommes ce qui est parfaitement en accord avec les résultats de DAKHLAOUI et coll.⁹ qui ont trouvé aussi un sexe ratio de 1,5 en faveur des hommes.

III.1.3- Statut marital

Les célibataires sont majoritaires dans notre série (57,4%). Ce constat a été aussi fait par DAKHLAOUI et coll⁹ en Tunisie. Ceci pourrait s'expliquer par, le jeune âge de la majorité des patients qui sont encore des élèves ou étudiants (P=0,0018), le début précoce et le caractère chronique et invalidant de la maladie.

III.1.4- Profession

La majorité des patients, soit 87% ont une activité professionnelle. Les autres sont sans activité professionnelle (13%) mais pas forcément sans revenu (femme au foyer). Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce constat :

- Le début précoce de la maladie qui fait que la majorité des patients sont jeunes, donc en âge scolaire.

- Les études constituent des facteurs de stress qui peuvent contribuer à l'éclosion de la pathologie.

III.1.5- Religion

Les croyances religieuses sont un moyen de gestion du stress pour de nombreuses personnes. Dans notre étude, tous les patients sont inscrits dans un système de croyance. Mais on remarque une forte représentativité des chrétiens (75,9%), suivis des musulmans (16,7%). Malgré que nous soyons dans une ville à forte obédience musulmane, dans notre étude, il y a une importante représentativité des chrétiens. Ce fait est dû d'une part à une faible fréquentation du service de psychiatrie par les musulmans et d'autre part par la multiplication des nouvelles religions chrétiennes. Dans une étude évaluant la relation entre la fréquence des activités religieuses, la force des croyances spirituelles et le trouble bipolaire en Nouvelle-Zélande, MITCHELL et Coll¹⁰ ont remarqué que sur 84 patients souffrant d'un trouble bipolaire, 66 (soit 78% environ) avaient de fortes croyances religieuses ou spirituelles. Le christianisme et l'islam sont des religions dans lesquelles, parmi les activités religieuses, les prières et surtout les prières de groupe occupent une place prépondérante. Cette pratique et ces taux observés dans notre étude viennent appuyer la théorie d'ELLISON et LEVIN¹¹ qui trouvent que les participations religieuses chez les patients bipolaires, peuvent leur donner un sentiment de sens et de cohérence qui contrecarrent leur stress et les aident à y faire face. Elles leur offrent aussi un réseau de personnes aux vues similaires qui peuvent leur servir de ressources sociales et favoriser chez eux, le développement des ressources psychologiques, y compris leur estime de soi et leur sentiment de valeur personnelle.

III.2- Données anamnestiques

III.2.1- Facteurs déclenchants

Nous avons constaté au terme de notre étude que dans 46,3% des cas, la notion de facteurs déclenchants a été signalée et les conflits familiaux constituent majoritairement les facteurs psychosociaux stressants contemporains à l'apparition des accès. Ils représentent 24%, alors que les arrêts de traitement représentent 20%.

En raison d'une représentation non négligeable (37% avec n=20) des familles polygamiques dans notre échantillon, on pourrait alors comprendre la présence d'un taux élevé de conflit familial ayant précédé la majorité des accès. Ces conflits, qu'ils soient aigus ou chroniques favorisent l'apparition des accès sur des personnalités déjà en équilibre précaire. Ils sont une source permanente

d'épreuve psychologique pour l'être humain.

III.2.2- L'itinéraire thérapeutique

Devant les accès, 40,8 % des patients de notre série sont passés par un itinéraire non conventionnel avant d'être conduits en psychiatrie. Cette attitude des familles de nos patients cadre bien avec les croyances populaires de nos cultures qui trouvent que la maladie mentale relève de la tradition ou de la religion.

Dans notre pratique quotidienne, en dehors d'un contexte d'urgence la plupart des patients sont d'abord vus dans le circuit non conventionnel avant d'être conduits en psychiatrie, généralement après échec du traitement non conventionnel.

III.2.3- Modalités de prise en charge

L'hospitalisation a été nécessaire au moins une fois pour plus de la moitié des patients de notre échantillon (61,1%) et la durée moyenne des hospitalisations est de 7 jours. Ce résultat est proche des 63% d'hospitalisation que de Zelicourt⁷ a trouvé dans sa série. Mais la durée moyenne du séjour de ses patients en hospitalisation est près de cinq (5) fois plus importante que la nôtre. Ce grand écart se justifie par le fait que cette prise en charge constitue un poids économique pour les familles qui sont pour la plupart démunies. Ainsi, pour ne pas avoir à faire face à trop de dépenses, elles commencent par faire pression sur l'équipe soignante, dès que la symptomatologie est un peu émuée, pour leur mise en exeat, ou choisissent de sortir contre avis médical (18,2%) ou de s'évader (18,2%).

III.2.4- Traitement le plus indiqué

Cette étude nous a permis de savoir que la majorité de l'entourage des patients (75%) pense que le traitement conventionnel est le traitement le mieux indiqué pour cette pathologie. Ce fort taux obtenu serait dû au fait que certains, ayant antérieurement fait l'expérience d'un traitement non conventionnel, se seraient rendus compte de ses limites.

Au terme de ce travail nous pouvons tirer la conclusion qui suit.

CONCLUSION

Les approches épidémiologiques et cliniques des accès maniaques ont changé au cours de ces dernières décennies et sont encore en perpétuel remodelage.

Au Bénin, nos connaissances sur la question restent parcellaires. Mais cette étude nous a

permis de savoir que la fréquence de la manie dans le service de psychiatrie du CHD-Borgou n'est pas négligeable.

Cette étude n'a certes pas exploré tous les aspects de cette maladie, mais il est opportun, au vu des connaissances parcellaires que nous avons maintenant, d'étendre l'étude à un plan national.

REFERENCES

- 1-Conus P, Berger G, Theodoridou A, Schneider R, Umbricht D, Michaelis-Conus K et al. Intervention précoce dans les troubles bipolaires. *Forum médical suisse*, 2008 ; 8 :316-319.
- 2-Müller C, Loren J, Eisert M. Etude sur la fréquence d'apparition de la manie. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1968 ; 3 : 133-135.
- 3-Rouillon F. Comorbidités du trouble bipolaire. *L'Encéphale* 2006; 32: 591-593.
- 4-Menet Gacebe YLS. Demande de soins psychiatriques: données épidémiocliniques en milieu hospitalier à l'hôpital du Point G. Thèse de doctorat en Médecine. Bamako : Université de Bamako 2005 ; N°116, 99p.
- 5-Douki S, Ben Zineb S, Nacef F. Le trouble bipolaire dans les pays du Sud. *L'Encéphale* 2005; 31: 53-57.
- 6-DSM IV (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux) 4^e Edition, Paris - Milan - Barcelone ; MASSON, 1995
- 7-De Zélicourt M, Dardennes R, Verdoux H, Gandhi G, Papatheodorou ML, Edgell et al. Le trouble bipolaire I en France: Prévalence des épisodes maniaques et coût des hospitalisations pour ce motif. *L'Encéphale* 2003; 29: 248-253.
- 8-Mouanga AM, Missontsa DA. Profil socio-démographique des patients observés en consultation externe de Psychiatrie au Congo-Brazaville. *Méd Afr Noire* 2005; 52: 279-282.
- 9-Dakhlaoui O, Essafi I, Haffani F. Particularisme clinique du trouble bipolaire: la manie unipolaire à propos d'une étude de patient en Tunisie. *L'Encéphale*, 2008; 34: 337-342.
- 10-Mitchell L, Romans S. Spiritual beliefs in bipolar affective disorder: their relevance for illness management. *J Affect Disord.* 2003; 75: 247-257.
- 11- Ellison C, Levin J. The religion-health connection: evidence, theory, and future directions. *Health Educ Behav* 1998; 25:700-720.