HAL
open science

Évaluation d'une formation simplifiée en soins psychiatriques à des agents de santé mentale de première ligne au Bénin et au Togo

Aurore David

▶ To cite this version:

Aurore David. Évaluation d'une formation simplifiée en soins psychiatriques à des agents de santé mentale de première ligne au Bénin et au Togo. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02873339

HAL Id: dumas-02873339
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02873339v1

Submitted on 18 Jun 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE
Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Aurore DAVID
Le 16 Septembre 2019

Evaluation d'une formation simplifiée en soins psychiatriques à des agents de santé mentale de première ligne au Bénin et au Togo.

Directrice de thèse : Professeur Amaria BAGHDADLI

JURY

Président : Mme le Professeur Amaria BAGHDADLI
Assesseurs :
-M. le Professeur Philippe BOULENGER
-Mme le Professeur Diane PURPER OUAKIL
-M. le Docteur William ALARCON
Membre invité : Mme le Docteur Brigitte RIMLINGER

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE
Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Aurore DAVID
Le 16 Septembre 2019

Evaluation d'une formation simplifiée en soins psychiatriques à des agents de santé mentale de première ligne au Bénin et au Togo.

Directrice de thèse : Professeur Amaria BAGHDADLI

JURY

Président : Mme le Professeur Amaria BAGHDADLI
Assesseurs :
-M. le Professeur Philippe BOULENGER
-Mme le Professeur Diane PURPER OUAKIL
-M. le Docteur William ALARCON
Membre invité : Mme le Docteur Brigitte RIMLINGER

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
PELISSIER Jacques
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROSSI Michel
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SEGNARBIEUX François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MARES Pierre
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MAUDELONDE Thierry
MONNIER Louis
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, adictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe
ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olvier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :
COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2ème classe :
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :
LAMBERT Philippe

2ème classe :
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie
MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie
MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe
BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1re classe
BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2ème classe
BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1ère classe
COSTA David

Maîtres de conférence de 2ème classe
FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe
BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale
BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements

Madame le Professeur BAGHDADLI, merci pour la confiance que vous m'avez accordée en acceptant de présider et de diriger ma thèse. Je vous remercie également pour l'accueil au sein de votre équipe à Peyre Plantade, où j'ai déjà beaucoup appris et où j'apprendrai encore, avec je l'espère toujours autant de plaisir.

Monsieur le Professeur BOULENGER, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury, ainsi que de l'intérêt que vous portez à l'association SMAO depuis plusieurs années. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude.

Madame le Professeur PURPER OUAKIL, merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de faire partie de mon jury de thèse ainsi que pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Docteur ALARCON, merci pour la SMAO et pour toutes ces heures de travail acharné pour les patients. Tu as accompagné mes premiers pas en psychiatrie, et tu m'as fait découvrir une aventure à laquelle je n'aurais probablement jamais pris part si je n'avais pas fait ta rencontre. Merci pour tout ce que tu m'as appris et que tu m'apprends encore, pour ton amitié et ton aide précieuse.

Madame le Docteur RIMLINGER, merci d'avoir accepté l'invitation à ce jury. Merci pour ton intérêt et ta participation à la réalisation de cette étude. Ta gentillesse et ta générosité sont de merveilleuses qualités. Merci de t'être jointe aux aventures SMAO, sans quoi, je ne t'aurais jamais connue.

Un grand merci **aux patients**. D'ici ou d'ailleurs, vous me dévoilez à chacune de nos rencontres un peu de votre humanité. Vous me rappelez chaque jour l'une des plus grandes leçons de mon métier : *« La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugace, l'expérience trompeuse, le jugement difficile. »* - Hippocrate.

Au groupe SMAO

Camille, merci pour tes conseils avisés, ta simplicité et ta gentillesse. Avec discrétion, tu fais un travail remarquable pour l'association qui mérite d'être souligné. Les malades ont beaucoup de chance de te croiser sur leurs routes !

Clémence, merci pour ta franchise, ta générosité, ton approche de la vie. Merci pour ton bon sens et ta capacité à toujours aller à l'essentiel!

Emilie, tu es ma toute première « prof SMAO », merci beaucoup pour ta gentillesse, ta patience, et pour le transfert de compétences lors de nos co-consultations sur le terrain!

Philippe, tu m'as accompagné à une thèse, malgré mes frasques dans la rigole de L.J Gregory… Tu es probablement le seul président de CME de France qui accepte que je badigeonne de boue son siège passager pour un Picsou Magazine®… Tu me surprendras toujours !

Merci pour tout ce que vous m'avez tous appris, sur le plan personnel comme professionnel, pour tous ces beaux moments et ces expériences qui font désormais partie de nos vies.

Merci à tous ceux qui ont pu partager au cours de mes différents séjours des parties de l'aventure SMAO (et vous êtes désormais nombreux !). Un merci supplémentaire à Brigitte, Clémence, Grégory, Nathan, Rémi, Simon, … qui ont pris le temps de remplir les questionnaires malgré la charge de travail.

A La Saint Camille de Lellis

Grégoire, merci pour l'ONG SCL. Je n'ai toujours pas la réponse à ta question « qu'est-ce que l'Homme ? », mais en tout cas, je peux te dire que toi, tu en es un sacré spécimen! Merci pour ton investissement et ton amour illimité pour les malades. Tu es atteint d'une des plus belles folies qui puisse exister, celle qui consiste à aider son prochain par tous les moyens possibles, coûte que coûte, chaque jour de ta vie. Accompagné de Léontine, Judicaël, Nicole, José,… vous offrez un espoir aux malades mentaux, et cet espoir n'est désormais « plus si fou que ça ».

Tata Constantine, tu es la magicienne de nos séjours, auxquels tu as donné un nouveau visage. Tu fais un travail extraordinaire, à la hauteur de ta générosité et de ton humilité. Un grand merci pour les malades, et pour nous, car nous serions perdus sans toi!

Pascaline, Johanna, Marie-Francis, Thierry, Justine, Régina, Richard, Guy, Odile, Aude, Agathe, Félicité, Jacques, Lucie, Jacqueline, Andréa, Amadji, Antoine, Céline, Marc, Flavien, Rolande, Félix, Annick, Cécile, Damienne, Isabelle, Jacqueline, Josy, Léopoldine, Mireille, Simona, Valentine, Vicentia, Valdelucia, Estelle, Fabrice, Clémence… Et tous les autres qui font avancer la cause des malades mentaux. Vous êtes le socle, la cheville ouvrière de ce projet. Au quotidien vous êtes aux côtés des patients. Vous faites un travail absolument formidable et indispensable pour des milliers et des milliers de personnes qui seraient condamnées sans vous et votre implication.

A mes proches

Florian. Merci pour tes encouragements, ton honnêteté, ta bienveillance, et pour tous ces petits et grands instants de bonheur partagés. Merci pour ta présence malgré les « pauses insectes et fleurs » et les catastrophes culinaires… Merci de m'avoir fait découvrir tant de belles choses.

Violette, merci pour ta bienveillance, ton amitié, ton intégrité et ton honnêteté sans failles, tu es ma « marraine la bonne fée ». Une amitié où on sait qu'on est toujours là l'une pour l'autre, quoi qu'il arrive, quoi qu'il en coûte, c'est rare. Tu es une perle!

Nadia, du « Wee-skay » de la sortie des cours d'anglais à nos morceaux de rap au milieu du hall de la faculté, tu es toujours là dans les moments où je retrouve ma nature de clown qui s'ignore… Merci pour tous ces éclats de rires et tous ces instants partagés !

A la famille Moussaoui,

Alinounet et Noushasha, de « vœux Mashhad » à « where can i go to the paper », en passant par les célèbres « yellow potatoes »… vous avez survécu à tous nos voyages, à toutes mes idées saugrenues (et j'en ai eues un paquet !), à toutes mes gaffes (et là aussi, j'en ai fait un paquet !) Bravo pour votre résistance !!! Vous êtes prêts à parler l'Auroréen!!! Makie, merci pour ton accueil chaleureux et généreux et pour ton inoubliable Knafe qui me fait rêver.

Chloé, depuis Limoges nous nous supportons, même pendant les périodes de révisions et de vache maigre, c'est dire.... Je ne regrette en aucun cas mon influence sur toi, je t'avais bien dit que plein de gens me suivraient à Montpellier ! Tu es ma coloc (fantôme) préférée!

Aux membres de l' «Adventure girls », vivement les prochaines aventures !

Au « black cat club », **Ansma**, les sables mouvants camarguais sont à l'image de notre relation… Pleins de surprises (parfois bonnes, heureusement). **Clémentine**, la « coloc de l'enfer » n'aurait pas été la même sans toi, avec nos plateaux repas pain/fromage accompagnés de la traditionnelle tisane du soir…

Aux limougeauds (et ex limougeauds) que je n'ai pas encore remercié. **Pierre** et **Marc-Samir**, vous avez été les deux premiers amis que je me suis fait dans notre bien-aimé amphi A. La première année de médecine n'aurait pas été la même sans vous. Merci à **Hélène** pour ta douceur, à **Sarah** pour nos petites discussions, à **Morgane** et **Jennyfer** qui avez, vous aussi choisi la psy. A **Faby** et **Arianne**, pour nos soirées rigolades. Merci à **Laurentine**, **Serge**, **Pacifique**, pour votre gentillesse et votre éternel accueil, et remerciement spécial pour **Chanice** et ses talents de coiffeuse, mes cheveux ne sont plus les mêmes depuis tes interventions !

Laure Hélène, du sauvetage d'Eloi, notre volatile préféré, à nos péripéties nocturnes à Saint-Eloi, nous avons passé 6 mois comme un vieux couple, toujours ensemble, pour le meilleur et pour le pire. Ne change pas !

Ubaidah, tes avis somatiques payés à coup de gâteaux du CHU me manquent… Nous avons beaucoup de chance de pouvoir te compter parmi nos confrères !

Lisa, ma perruche. Tu as été ma meilleure « partageuse d'ordinateur » ! Tes conseils pharmacologiques, nos belles chansons d'antan et nos interventions addictologiques en surchaussures me manquent !

TNM, tes qualités humaines et professionnelles sont hors du commun. Tu es formidable !

A mes collègues et confrères :

Au Pr Guillaume . Merci pour votre accessibilité, vos conseils, et pour l'intérêt porté à ce travail.

Amandine et Aurore, c'est après mon semestre chez vous que je suis (re-) tombée du côté « pédopsychiatrique » de la Force… Merci beaucoup !

Hélène, merci pour ton investissement et ton accessibilité. Tes supervisions « voyage au pays des thés » me manquent. J'attends toujours le thé Matcha!

Radu, merci pour tes conseils et tes enseignements, Hélène, merci pour ton investissement professionnel et ta générosité.

Merci à tous les chefs qui m'ont conseillée, guidée, supervisée pendant mon internat, merci pour tout ce que vous m'avez appris.

Au Dr Picot, qui a accepté de m'apporter son aide dans la partie statistique de ma thèse, et à David pour sa patience et ses explications.

A mes **co-internes**, mes **collègues de promo** (**et des autres promos**) de Montpellier.

Au **« club tarot »** , à mon **coéquipier d'échecs**, et au **« groupe papote »**, vous avez changé le visage de mes midis. Merci à **Mumu** pour ses bon soins à la Coco.

Un grand merci aux équipes d'Uzès, de Thuir, de Narbonne, de Montpellier (Lapeyronie, la Colombière, Saint Eloi, Peyre Plantade). ASH, aides-soignants, infirmiers, éducateurs, psychologues, cadres, secrétaires, assistantes sociales, médecins, enseignants, et tous les autres… Vous avez tous enrichi ma pratique tout au long de mon cursus. Je vous remercie de ce que chacun a pu m'apporter, tout au long de mon internat, humainement et professionnellement. Vous avez tous un rôle important à jouer dans le bon fonctionnement des services de soin. Remerciement spécial **aux équipes du secteur 5, de l'unité F, des urgences de Lap', de Narbonne, de la Villa Saint Georges, de la médecine E, du service ado de PP et du CAMSP,** qui m'ont accueillie et intégrée « comme l'une des leurs ».

A tous ceux qui ont croisé ma route, et qui ont participé, de près ou de loin, à ce que je suis aujourd'hui. Merci à tous ceux qui ont cru en moi, qui m'ont offert leur confiance, une partie de leur vision de la psychiatrie, et qui m'ont permis d'avancer dans mon métier et dans ma vie.

Pour finir, merci **à ma famille**.

« Le peuple […] convaincu que l'oubli et le mépris des droits naturels de l'homme sont les seules causes des malheurs du monde […] a résolu d'exposer […] ces droits sacrés et inaliénables. […]. Le but de la société est le bonheur commun. […]. Tous les hommes sont égaux par la nature […] La liberté est le pouvoir qui appartient à l'homme, de faire tout ce qui ne nuit pas aux droits d'autrui : elle a pour principe , la nature ; pour règle, la justice ; pour sauvegarde, la loi ; sa limite morale est […] Ne fais pas à un autre ce que tu ne veux pas qu'il te soit fait.*[…] L'instruction est le besoin de tous. La société doit favoriser de tout son pouvoir les progrès de la raison publique et mettre l'instruction à la portée de tous ».*

Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, 1789.

« Considérant que la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde, […] que la méconnaissance et le mépris des droits de l'Homme ont conduit à des actes de barbarie qui révoltent la conscience de l'humanité […] les peuples […] se sont déclarés résolus à favoriser le progrès social et à instaurer de meilleures conditions de vie […] tous les individus et tous les organes de la société […] s'efforcent, par l'enseignement et l'éducation, de développer le respect de ces droits et libertés […]. Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. »

Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, 1948.

Table des matières

I. Contexte et revue de la littérature 22

A. Bref rappel de l'histoire de la psychiatrie et de son enseignement 22

1. De l'antiquité aux temps modernes 22

2. Psychiatrie et enseignement de la discipline au XXème siècle 27

3. La psychiatrie, discipline en pleine quête identitaire 35

4. Vers un langage commun et une uniformisation de la discipline 38

B. Etat des lieux de la psychiatrie 46

1. Données épidémiologiques internationales 46

2. La psychiatrie, discipline stigmatisée 57

3. Recommandations de l'OMS pour le développement de la psychiatrie 60

C. ONG Saint Camille de Lellis et association SMAO, exemple d'un partenariat en faveur de la promotion des soins psychiatriques de première ligne 67

1. L'ONG Saint Camille de Lellis, un exemple de développement d'un réseau de soins de première ligne 67

2. La formation SMAO, un exemple de formation psychiatrique simplifiée pour des soins de première ligne : 73

II. Hypothèse et objectifs de l'étude 92

III. Matériels et méthodes de l'enquête 93

A. Schéma de l'étude 93

B. Critères d'inclusion et d'exclusion : 96

C. Analyse statistique 100

IV. Résultats 101

A. Questionnaire cherchant à évaluer la prise en charge des patients 101

1. Population de l'étude : 101

2. Données épidémiologiques des patients consultants dans les centres SCL 104

3. Concordance dans la démarche diagnostique après la formation SMAO 110

4. Concordance dans les thérapeutiques prescrites 118

B. Questionnaire soignant 125

1. Données sociodémographiques 125

2. Représentations de la psychiatrie avant la formation SMAO 126

3. Impact de la formation SMAO sur les soignants 128

V. Discussion 130

A. Etat des lieux de la situation sanitaire en psychiatrie 130

1. Données portant sur la population de patients 130

2. Caractéristiques des agents de santé locaux 135

3. Inaccessibilité des soins psychiatriques 140

4. Maltraitances dans la population de patients psychiatriques 145

B. Formation et transfert de compétences 150

1. Acquisition de compétences diagnostiques 150

2. Transfert de compétences de prescriptions thérapeutiques 156

3. Possibilités de suivi et de réinsertion des malades 161

C. Postulats de la formation SMAO 164

1. Universalité de la clinique des troubles mentaux 164

2. Diffusion des connaissances simplifiée efficiente 171

3. Une formation qui traite des priorités de santé publique 180

VI. Conclusion 185

VII. Bibliographie 187

Abréviations

ATCD : Antécédents

APA : American Psychiatric Association

AUF : Agence Universitaire de la Francophonie

CA : Centre d'Accueil

CAME : Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux

CR : Centre Relai

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNHU : Centre National Hospitalier Universitaire

CIDMEF Conférence Internationale des doyens de la faculté de médecine d'expression française

CIM : Classification internationale des maladies

D : Délire

DIM : Département d'Information Médicale

DS : Dépression Simple

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EBM : Evidence-Based Medicine

ED TB: Episode dépressif du trouble bipolaire

fCFA : Franc de la Communauté Financière Africaine

FMI : Fonds monétaire international

IM: Intra musculaire

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonie

mhGAP: Mental Health Gap Action Programme

MSF : Médecins Sans Frontières

N: Non

O: Oui

OCDE: Organisation de Coopération et de Développement Économiques

OMS: Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation non gouvernementale

ONU: Organisation des nations unies

PC: Psychose chronique

PEC: Prise En Charge

PIB : Produit Intérieur Brut

PNDS: Plan national de Développement Sanitaire

QCM : Questionnaire à Choix Multiples

SCL : Saint Camille de Lellis

SMAO: Santé Mentale en Afrique de l'Ouest

SCZ: Schizophrénie

SMAO : Santé Mentale en Afrique de l'Ouest

TB : Trouble bipolaire

Préambule

Au début de mon internat, en 2015, au fil des rencontres et des échanges, de nombreux éléments ont modifié ma vision de la psychiatrie. En parallèle de mon premier semestre j'ai eu l'occasion de participer à un projet de psychiatrie humanitaire, par le biais de l'association Santé Mentale en Afrique de l'Ouest (SMAO).

L'action principale de la SMAO est la transmission des compétences théoriques et pratiques en psychiatrie à des professionnels de santé paramédicaux. Celle-ci, fondée en 2012 par le Dr W. Alarcon au centre hospitalier psychiatrique Le Mas Careiron (Uzès, France), a pour principal objectif le développement de partenariats de formation avec des acteurs locaux en santé mentale. Son principal partenaire, et cela depuis de nombreuses années, est l'organisation non gouvernementale Saint Camille de Lellis (ONG SCL). Celle-ci a été fondée par le béninois Grégoire Ahongbonon dans les années 1980, avec pour objectif le développement et l'accessibilité des soins psychiatriques à l'ensemble de la population.

Si j'avais déjà entendu parler de missions centrées sur la prise en charge post-traumatique en zones de conflits, je n'avais pas connaissance de l'existence des possibilités de soutien au développement de systèmes de soins en santé mentale. J'ai été profondément séduite par l'idée d'une aide à la mise en place de soins psychiatriques pérennes.

Au cours de mon internat, je me suis rendue 6 fois au Bénin et au Togo, faisant de cette expérience une part importante de ma formation et de ma pratique médicale. J'y ai constaté que l'ONG SCL avait réussi à mettre en place des soins psychiatriques de première ligne. Ces derniers, prodigués par un personnel exclusivement paramédical, sont développés dans une optique d'accessibilité géographique et financière. Ces deux points permettent d'une part la possibilité de recours à la psychiatrie pour tous les malades, mais d'autre part la réintégration des patients au décours des soins dans leurs communautés.

Cette expérience a également contribué à déconstruire une partie de mes propres préjugés. Certes, je m'attendais à intervenir dans un contexte de pauvreté et de moyens sanitaires peu développés, mais j'imaginais ce déficit en partie atténué par la bienveillance de la communauté. Quant aux soins traditionnels, je me les étais représentés comme des remèdes qui, s'ils ne faisaient pas de bien, ne faisaient pas non plus de mal. La réalité du terrain fut bien différente. J'y découvrais les malades psychiatriques attachés à des troncs d'arbres, enchainés, les fers aux pieds, ou errant dans les rues, nus, abandonnés de tous, faute de soins. En Afrique, loin d'occuper une position sacralisée, la maladie mentale reste l'objet de multiples croyances et préjugés, y compris chez les soignants, condamnant la plupart de ceux qui en souffrent à une vie de souffrance et d'exclusion.

Dans un souci de développer un outil de transmission des connaissances simple et rapidement assimilable, les échanges avec le personnel de l'ONG SCL et l'expérience sur le terrain ont permis la réflexion, puis l'élaboration de la fiche et du guide SMAO, à laquelle j'ai eu la chance de participer, sous la supervision du Dr W. Alarcon et du Dr P. Raynaud de Prigny.

Désormais, cette fiche de recueil de symptômes psychiatriques sert de support à la démarche diagnostique et thérapeutique des 7 centres d'hospitalisation et 35 centres de consultations de l'ONG SCL au Bénin et au Togo, et contribue à la prise en charge de plusieurs dizaines de milliers de patients.

I. Contexte et revue de la littérature

A. Bref rappel de l'histoire de la psychiatrie et de son enseignement

1. De l'antiquité aux temps modernes

a) *La « folie », une manifestation de l'expression divine*

- **Avènement de l'écriture**

Dans l'antiquité, les échanges de connaissances inter civilisations vont permettre l'ébauche de la constitution d'un « savoir médical ». Celui-ci sera essentiellement issu d'un mélange de croyances et d'expérimentations par essais/erreurs. La transmission de ces connaissances, initialement orale, va s'étendre à un cercle restreint d'érudits échangeant leurs idées et leurs réflexions. Les « anciens », détenteurs de la connaissance, vont enseigner aux « initiés » qui deviennent disciples, puis maîtres à leur tour. C'est ainsi que les académies grecques sont créées.

Les pathologies psychiatriques sont à l'époque majoritairement reconnus comme des manifestations mystiques ou divines, externalisant l'origine des troubles. Ces derniers appellent ainsi des réponses « thérapeutiques » magico-religieuses de manière quasi-exclusive. C'est avec la notion naissante de « maladie de l'âme » et sa théorie des humeurs qu'Hippocrate apportera un début de différenciation entre causalité sacrée, philosophique et endogène des troubles mentaux (Byl S, 1989). La première « université romaine » verra le jour, peu avant la fin de la chute de l'empire romain à Constantinople, en 425.

- **Intégrisme religieux et monopole des connaissances**

Au Moyen Age, une grande partie des enseignements tomberont dans l'oubli, dans un contexte d'intégrisme religieux et de conflit inter civilisation. La majorité des connaissances de l'occident seront limitées aux institutions religieuses. « La folie », appartenant alors concept du sacré, fait essentiellement appel à des entités démoniaques. La réponse au trouble est alors mystique, cherchant à combattre le « Mal ».

Les principaux progrès de l'époque seront portés par la civilisation arabo-musulmane, qui dans son expansion s'enrichira des connaissances persanes, indiennes et chinoises. Ils développent alors leurs premiers centres d'enseignement spécialisés dans le domaine des sciences (Jacquart, 1972).

b) *Réintroduction du concept de maladie mentale et diffusion du savoir médical*

- **Naissance des universités**

Il faut attendre le XIème siècle pour que l'Europe réinterroge sa politique éducative, avec la création de plusieurs écoles de médecine et d'universités. Celles-ci vont déconstruire petit à petit les limitations drastiques imposées à l'ensemble des connaissances, qui seront dès lors empruntées des diverses époques et cultures. A cette période naissent les groupements d'écoles européennes, offrant un enseignement supérieur rassemblant les connaissances fondamentales de l'époque.

La plupart des pays prospères développent ce type d'écoles. Le rassemblement de multiples savoirs (sciences, arts, droit, théologies…) au sein d'une même structure vont être à l'origine des universités. Celles-ci sont officiellement reconnues par l'église, offrant des diplômes reconnus dans l'ensemble de la Chrétienté. Les universités vont rapidement se doter de bibliothèques afin de pouvoir pallier à la rareté des ouvrages disponibles et développer un travail intellectuel alors très estimé.

Les « maladies de la tête » sont le plus souvent uniquement décrites sur le plan clinique. Les soins à apporter à ces pathologies ne sont pas mentionnés, celles-ci étant alors considérées comme incurables.

- **Remise en question d'une pensée unique**

L'arrivée de la Renaissance avec l'invention de l'imprimerie va permettre la diffusion des connaissances, et favorise la redécouverte des sciences médicales. Cette époque sera marquée, tant sur le plan scientifique que religieux, par la dés-uniformisation de la pensée globale. Ces modifications se circonscriront cependant à un cercle élitiste. A l'image de praticiens comme Vésale ou Paré, des médecins contesteront les pratiques moyenâgeuses concernant les malades, et notamment celles pratiquées sur les patients psychiatriques.

Wier sera l'un des premiers à parler d'une causalité naturelle des troubles mentaux, tout en dénonçant « la chasse aux sorcières des fous ». Les « fous démoniaques » évoluent progressivement vers le statut d'« indigents ». Ce concept comprend alors toutes personnes ne parvenant pas à s'insérer dans la communauté : mendiants, infirmes, criminels, malades ... Ceux-ci feront l'objet de politiques successives associant charité et pratiques d'enfermement, à l'image des hôpitaux européens de l'époque.

- **Reconnaissance des troubles mentaux en tant que maladie**

Petit à petit, l'instruction et la réflexion vont s'étendre à une sphère publique bourgeoise cosmopolite. Des « espaces publics critiques » sont ouverts, avec une volonté de dépasser l'obscurantisme. Dans ce contexte de promotion des connaissances et d'éveil de l'intérêt pour la santé des populations vont apparaître l'épidémiologie et les politiques de santé publique.

Le siècle des lumières verra naitre la volonté de « sortir les fous des chaînes », personnes progressivement reconnues comme « irresponsables de leur mal ». Dans cet esprit, Pinel et Pussin vont entreprendre la classification des maladies mentales selon leurs signes cliniques, donnant ainsi naissance à la psychiatrie. Ils se feront emboîter le pas par Esquirol, initiateur de la psychiatrie institutionnelle et des lois régissant « les asiles ».

Necker définira par la suite ces institutions naissantes comme des lieux de soins faisant eux-mêmes fonction de remède, posant ainsi la question de la curabilité des troubles mentaux. L'institution aura alors pour rôle d'empêcher « *l'aliéné* » de nuire, mais également de le traiter.

Au niveau universitaire, le XVIIIème impulsera un bouleversement des missions de l'université, mettant l'accent sur la nécessité d'y dispenser un enseignement utile et profitable à tous, plutôt que de diplômer des étudiants de statut social élevé sans réelles compétences dans le concret.

c) *Avènement de la psychiatrie moderne*

- **Progrès scientifiques**

Le XIXème siècle sera marqué par des progrès scientifiques majeurs (chimie, biologie, radiologie, génétique…). L'application des méthodes scientifiques va s'étendre à la médecine. En Europe, l'université sera réorganisée sous l'influence napoléonienne.

Les différentes connaissances seront dispensées dans des écoles distinctes, par des Professeurs dont le statut sera reconnu. L'université devient un lieu de collection universelle de connaissances et recherches. L'ensemble de ces modifications s'étendront dans tous les continents, via l'immigration, les missionnaires, les colons…

La conception de la pathologie psychiatrique sera impactée par les théories étiopathogéniques de l'époque, dans lesquelles s'intégreront l'apparition de nouvelles nosographies par des auteurs comme Bleuler ou Kraepelin. Ce dernier va se positionner en postulant pour le caractère organique et universel des troubles mentaux (Roudinesco et Roubaud, 2005), se distinguant ainsi des théories psychanalytiques et psychodynamiques de l'époque.

- **Popularisation de l'instruction**

Cette dynamique de modification drastique du paysage scientifique est sous tendue par d'importants changements sociétaux, politiques et économiques. Dans ce nouvel espace l'instruction et l'alphabétisation sont valorisées et deviennent un possible ascenseur social. La transmission à un large public des « certitudes scientifiquement démontrées » de l'époque se fera par l'intermédiaire de multiples publications de traités.

En psychiatrie, ils seront essentiellement issus des écoles rivales françaises et allemandes. Liant observation et description clinique des troubles mentaux, ils permettront l'affinement de la sémiologie neuropsychiatrique. Chacun d'entre eux porteront un intérêt marqué pour l'étude de la physionomie des « aliénés » et développeront une importante iconographie sur le sujet.

Histoire de la psychiatrie et de son enseignement : en résumé

- Psychologie et psychiatrie, mélange et influence des concepts philosophiques, sociétaux, culturels et médicaux.
- La psychiatrie médicale, une discipline récente impactée par l'environnement dans lequel elle évolue.
- Des connaissances initialement élitiste, qui diffusent dans un second temps.

2. Psychiatrie et enseignement de la discipline au XXème siècle

a) *Influence du contexte sur la discipline psychiatrique*

- **Modifications sociétales majeures**

A partir du XXème siècle, la psychiatrie sera fortement impactée par certaines pratiques extrêmes, commises parfois en son nom. A l'image du surréalisme, on assiste à une véritable « explosion » de courants psychiatriques, tantôt approuvés, tantôt rejetés. Cette volonté de libération vis-à-vis des valeurs et certitudes passées va être à l'origine de la multiplication de nouveaux concepts, dont la diffusion au grand public sera portée par la médiatisation.

- **Modification de la place de l'enseignant**

L'enseignement initialement sélectif se démocratise, et l'accès à une information de masse s'internationalise. Ce processus va s'accélérer avec les progrès des technologies de communications et de médiatisation, sur fond de mondialisation.

Avec l'avènement de la pédagogie, l'enseignement devient un art, une science, et une méthode à transmettre. Il va nécessiter des qualités d'accompagnement du formateur pour l'élève, modifiant ainsi les actions éducatives et des pratiques enseignantes. Les méthodes d'instruction et d'éducation vont se codifier, et modifier le système de transmission des connaissances. Le maître, ancienne cheville ouvrière de la croyance en un progrès social et détenteur du savoir, devient un interlocuteur parmi d'autres dans l'échange de l'information.

- **Modification de la place de l'élève**

L'apprenti n'est plus un « récipient » que l'enseignant remplit. Il devient un élève placé au centre du système éducatif. L'essentiel des enseignements médicaux resteront à l'apanage des universités, et s'étendront progressivement à des organismes et instituts de formations non universitaires à destination de professionnels n'appartenant pas au secteur médical (paramédical, service public…). Cela permettra l'élargissement du public destinataire des connaissances.

- **Modification de la place de l'éducation**

L'information devient accessible à tout un chacun, posant régulièrement la question entre la connaissance et la compétence. La place centrale de l'éducation dans l'ascension sociale comme unique critère est remise en question devant la massification de l'éducation évoluant sur fond de chômage.

L'université contemporaine devient une structure d'enseignement supérieur se voulant accessible à tous (article 13 du pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, adopté par l'Assemblée générale des Nations unies, en 1966). Cependant, l'accès aux études supérieures devient moins investi par les classes populaires, contrastant avec les milieux plus aisés qui tendent à la prolongation des études.

- **Modification de la place du patient**

La place du patient va également être l'objet de modifications. Il peut désormais devenir acteur de ses soins et gagne en droits. Le patient doit être consentant et partie prenante de ses propres soins. Il en vient à pouvoir réinterroger la place du médecin et de ses interventions ou non-intervention. De multiples questionnements éthiques en découleront, dont certains sont toujours d'actualité (refus de soins, abolition partielle ou totale du jugement du patient et respect de ses choix …)

- **Modification des représentations de la psychiatrie en lien avec son histoire**

Bien que la psychiatrie moderne soit dans la majorité des pays développés encadrée de manière stricte, l'image de la discipline qui est véhiculée de nos jours reste imprégnée des pratiques abusives du passé .

Ces abus de la psychiatrie, à l'instar de ceux perpétrés sous l'égide d'autres spécialités, ont été à plusieurs reprises médiatisés. Ils ont notamment pu inspirer l'industrie cinématographique depuis les années 60, avec de nombreux films « à succès » véhiculant une image peu positive de la psychiatrie (*Vol au-dessus d'un nid de coucou*, 1975 ; *Shutter Island*, 2010…).

- **Modification du rôle de la recherche**

Les 2 guerres mondiales ont donné lieu à d'importantes innovations technologiques, aux capacités destructrices parfois effrayantes. Au décours de ces évènements, les états n'assoient plus leur puissance uniquement par la richesse ou par l'importance de leur population, mais passent par le biais de la recherche et de l'avancée technologique. Ils poussent ainsi leurs universités respectives à être « utiles au développement du pays ».

Sur l'impulsion du modèle américain, pays qui actuellement présente le niveau technologique le plus élevé, la plupart des états vont investir dans le développement et la valorisation de l'enseignement, pour se rapprocher de la « frontière technologique » (c'est-à-dire le niveau technologique des États-Unis). Le monde universitaire se présente dès lors comme un outil de concurrence, dans une logique de progrès.

- **Tendance à la surspécialisation**

La masse de connaissances devient de plus en plus importante et fait appel à une technicité et une complexité de plus en plus importantes. La majorité des professions, y compris les disciplines médicales, redécoupent leurs spécialités en domaines de compétences de plus en plus précis et distinct. La psychiatrie n'échappera pas à cette évolution. Elle va se détacher des autres spécialités, notamment de la neurologie, à partir de 1968, pour devenir une entité médicale à part entière.

L'enseignement des troubles mentaux, reconnu en tant que spécialité, devient l'objet d'un cursus spécifique. Vont découler de l'étude commune des pathologies psychiatriques générales de nombreuses surspécialisations transdisciplinaires, à l'image de l'addictologie, de la gérontopsychiatrie, la pédopsychiatrie… La spécialisation des filières de soins psychiatriques a bousculé des certitudes sur la manière de dispenser des soins psychiatriques.

Si la surqualification semble avoir permis une amélioration sur plusieurs domaines attenant à la discipline médicale (diminution des contentions, développement de la recherche et des avancées scientifiques…), plusieurs problématiques découlent de cette évolution. Celle-ci impose le développement de nouveaux modèles de soins, parfois sous la pression d'un regroupement de patients difficiles.

Certaines unités s'en trouvent marginalisées, notamment celles prenant en charge les pathologies les plus sévères et invalidantes (Micoulaud-Franchi, 2014). De même, certains troubles vont connaitre une amélioration de leurs prises en charge, parfois au détriment d'autres qui seront plus stigmatisées (Rouillon, F., 2012).

b) *Une multiplicité des idéologies et des courants psychiatriques*

- **L'analyse de processus mnésiques et comportementaux**

Portée par Freud et Lacan, la psychanalyse part du postulat que les idées qui se présentent à l'esprit ou les actes ne sont pas arbitraires. Ils auraient un sens, une cause que l'exploration de *l'inconscient* permet de mettre à jour. Le libre arbitre et la volonté sont alors remis en question. Cette approche trouvera dans les conflits de l'enfance l'explication pour une partie des troubles. La cause des désordres psychologiques résulterait d'éléments traumatiques refoulés par l'individu qui se retrouve prisonnier des expressions de son inconscient.

Ces théories se présenteront de manière inflexible face aux avancées scientifiques de son époque, L'analyse prendra également une autre forme avec le courant phénoménologique, où elle portera volontiers son intérêt sur le rapport du malade à son environnement et à autrui.

- **« Le fou », conséquence de « la dictature sociale »**

Certaines théories, à l'image des courants antipsychiatriques dans les années 1960, vont suggérer que la maladie mentale serait une désignation inventée par « *le système* », une construction sociale (Foucault, 2007). Le « fou » incarne alors les projections sociales, politiques et culturelles de l'environnement dans lesquelles il évolue. On retrouve l'hypothèse de l'externalisation de la cause de la « folie ». La limite entre le normal et le pathologique s'en trouve floutée, et la distinction entre le refus d'appartenance à la conduite imposée par la société la « maladie mentale » s'en trouve complexifiée.

D'autres postuleront pour le caractère potentiellement pathologique d'une société, rendant ainsi impossible le jugement de l'adaptation ou l'inadaptation d'un individu à une société comme l'élément déterminant de la « *normalité* » (Devereux et al., 1983).

- **Psychopathologie générale**

L'organo-dynamisme des troubles psychiques est mis au premier plan par des praticiens comme H. Ey ou Kretschmer. Ils suggèrent la séparation entre certains désordres mentaux réactionnels à un évènement vécu en continuité avec l'histoire du patient, et des processus pathologiques en rupture avec celle-ci.

L'établissement des liens de continuité entre trouble psychique et trouble de la personnalité du caractère apportera une nouvelle façon d'appréhender et de classifier les affections psychiatriques.

- **Biologie et progrès de la pharmacologie**

La découverte des neuroleptiques en 1952 (chlorpromazine - LARGACTIL®) par Delay et Deniker, ainsi que l'utilisation des premiers thymorégulateurs, vont permettre et accompagner la désinstitutionalisation de nombreux malades. En découle la réorganisation de la psychiatrie avec la naissance du secteur, ainsi que la promotion de l'intégration des patients psychiatriques. S'amorce alors le démantèlement de l'hospitalocentrisme.

Ces avancées vont déboucher sur l'avènement de la neurobiologie avec l'hypothèse des origines biochimiques des troubles mentaux, orientant la recherche fondamentale et les progrès en termes de médication. La psychiatrie se remédicalise tant dans sa pratique clinique que dans son enseignement.

- **Approches cognitivistes**

Se basant sur l'hypothèse que la pensée est un processus de traitement de l'information, ce courant s'intéresse aux interactions du patient avec l'environnement.

Cette discipline s'oriente préférentiellement vers le trouble actuellement présenté par le patient. Elle vise à l'apprentissage de schémas de pensées positives, effaçant les croyances inadaptées développées par le patient dans son appréhension de lui-même et du monde qui l'entoure. Elle propose ainsi d'influer sur les raisonnements, les prises de décisions, les résolutions de problèmes, la programmation des pensées et des actes.

- **Spécificité culturelle des troubles mentaux**

-De la colonisation à l'indépendance

Face à l'existence des troubles mentaux au sein des empires coloniaux, chez les colons comme chez les colonisés (Collignon, 2010), les autorités sanitaires de l'époque vont œuvrer dans la construction de structures pour la prise en charge psychiatrique. Ces dernières, développées de manière très inégales, vont être calquées sur le modèle occidental. Il faudra attendre la fin de la seconde guerre mondiale et la naissance des mouvements indépendantistes pour entrevoir les premiers projets d'hôpitaux psychiatriques « africains ». Les premiers médecins africains neuropsychiatres de l'hôpital de Dakar apparaissent quant à eux à partir de 1951.

L'hôpital de Fann, qui ouvre ses portes en 1956, va être le lieu du développement de prises en charges intégrant les thérapeutiques traditionnelles dans les soins psychiatriques. Le choix se portera vers la non superposition des nosographies psychiatriques occidentales aux troubles psychiques des populations locales. Cette orientation naitra dans un contexte d'opposition à la psychiatrie coloniale, sous-tendue par des préjugés raciaux et discriminants. La psychiatrie africaine va ainsi progressivement se développer sur fond de revendications indépendantistes et africanistes.

-Un intérêt centré sur l'identité culturelle

Dans une dynamique culturaliste teintée de revendications identitaires post coloniales déboucheront les courants ethno psychiatriques. L'intérêt porté aux troubles mentaux se fera sous l'angle de ses rapports à une « spécificité culturelle et sociétale traditionnelle ».

L'attribution du caractère socialement construit des troubles induit des principes thérapeutiques basés sur « les pratiques de la culture d'origine » du consultant. L'individu se retrouve ainsi affilié à un « groupe ethnique et culturel originel » (Nathan, 2012) décontextualisé de l'environnement dans lequel il évolue. A l'image de la notion de « désordre ethnique » (Devereux et al., 1983), la maladie mentale devient un ensemble de comportements spécifiques et conformes à un modèle culturel transmis de manière transgénérationnelle.

En occident, les dispositifs de consultation vont avoir tendance à s'organiser sur une approche transversale de la diversité culturelle en réponse aux vagues migratoires massives (conflits, motivations économiques…). Dans l'idée de la construction d'un lien entre la culture et le psychisme, certains psychiatres, à l'image de Moro ou de Baubet, vont orienter leur travail sur les possibilités d'échanges, d'intrications culturelles. Ils prennent en compte l'individu en fonction de ses rapports au monde et aux autres, univers qui peuvent d'une part se rencontrer, et d'autre part évoluer.

-Un développement de la psychiatrie en Afrique de l'Ouest qui peine à s'amorcer

Les élans post indépendantistes s'étant rapidement essoufflés, la majorité des infrastructures psychiatriques ont été laissées « en l'état. Le manque de moyens n'a pas permis le développement de nouvelles structures. Les référentiels médicaux psychiatriques restent essentiellement sous une influence majeure de la psychanalyse et de l'ethnopsychiatrie. Ces dernières seront l'objet de la majorité des études et des publications en ce qui concerne la discipline psychiatrique locale.

Les nouvelles thérapeutiques étant peu disponibles sur le terrain, l'expérience des médecins psychiatres reste relativement cloisonnée, et n'a que peu permis l'émergence d'innovations en psychiatrie, d'autant plus que ces territoires sont souvent désertés par la profession. Malgré l'ouverture Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS), permettant l'ouverture aux contributions financières internationales, peu de moyens sont alloués au développement de services de santé de proximité, notamment en psychiatrie.

Les progrès dans le domaine de la santé mentale en occident, ainsi que les outils qui y sont utilisés, ne seront que peu transmis et peu applicables dans la pratique quotidienne d'un bon nombre de ces pays.

- **Recherche et critériologie**

Loin du progrès technologique qu'ont pu connaitre les autres spécialités, la psychiatrie reste l'une des seules disciplines médicales reposant de manière presque intégrale sur la clinique. Les avancées dans les sciences du neurodéveloppement, bien qu'importantes, ne retrouvent encore que peu d'applicabilité sur le terrain.

Dans les années 1950, dans un souci d'harmonisation des pratiques et de trouver un langage scientifique commun pour développer la recherche, est née la volonté de création d'outils « indépendants de toutes théories » permettant une cohérence diagnostique universelle.

Cela va se traduire par la présence de la succession des classifications et de questionnaires traitant des troubles mentaux. Ils portent en eux l'ambition d'établir les critères des standards du normal et du pathologique de manière uniformisée. S'y intègre également les principes de l'Evidence-Based Medecine, ou médecine fondée sur les preuves.

La critériologie devient incontournable à partir des années 1980, apportant une nosographie psychiatrique internationale. Elle se fonde sur une approche descriptive en se basant sur des données statistiques, sur laquelle viendront s'aligner la grande majorité des praticiens. Ce courant composera pour la grande majorité la base de l'enseignement en psychiatrie médicale.

Modifications de la société et de la psychiatrie au XXème siècle : en résumé

- Modifications des places de l'enseignant, de l'élève, du médecin et du patient.
- Médiatisation et diffusion à un large public de l'information.
- Attribution d'une place importante à la recherche.
- Tendance à la surspécialisation et à une modification des pratiques.
- Multiplicité de courants psychiatriques.
- Influence de l'ethnopsychiatrie en Afrique de l'Ouest.

3. La psychiatrie, discipline en pleine quête identitaire

- **De la maladie mentale à la santé mentale**

La spécialité peine à s'auto définir et à se positionner clairement quant à ces domaines d'actions étant donné l'absence de consensus en ce qui la concerne. Si on prend la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) des troubles mentaux, ceux-ci sont un *« regroupement d'un vaste ensemble de problèmes, dont les symptômes diffèrent, mais qui se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux »*.

L'American Psychiatric Association (APA), elle, le définit comme *« 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 »* …

Il ne s'agit que de deux illustrations de la multitude de notions plus ou moins nuancées, difficiles à conceptualiser ce qui appartient au « normal » de ce qui est du ressort de « la pathologie ». L'une des spécificités de la profession est ainsi de ne pas s'être clairement définie, à l'instar de l'ensemble des autres spécialités du corps médical (neurologie, pneumologie, oncologie…). La notion de « trouble » renvoie à l'éventualité de la non organicité de celui-ci. Le trouble mental étend ainsi ses champs autours de domaines très larges où la réponse médicale seule semble pouvoir être prise à défaut.

La psychiatrie, comme toute autre discipline médicale, ne peut être exercée en l'absence de prise en compte du patient en tant que sujet dans sa complexité et dans son cadre de vie. Elle semble cependant en difficulté pour en extraire de manière claire une définition de ce qui appartiendra « au pathologique » et ainsi à y établir clairement ses domaines d'action.

Dans une volonté d'intégration et de prise en compte de la multiplicité des facteurs impactant les potentielles affections du psychisme, la discipline psychiatrique prodigue des soins en réponse aux problématiques d'une « santé mentale » dépassant de très loin la simple organicité des troubles et sous entendant des compétences de l'ordre de l'interdisciplinarité. Le cadre d'action du psychiatre, du psychologue, du psychanalyste, et de l'ensemble « des soignants du psychisme » s'en trouve difficile à délimiter, mélangeant les rôles et l'importance de chacun.

- **Modalités d'appréhension des pathologies et des thérapeutiques**

Les modalités d'approche décisionnelles médicales, diagnostiques et thérapeutiques, s'articulent selon plusieurs principes :

-La démarche décisionnelle implique une lecture médicale et sémiologique, un abord psychopathologique et une analyse du contexte. Elle peut faire appel à des compétences de thérapeutes pouvant être de l'ordre du médecin, du psychologue, du personnel de proximité, des services sociaux…

-Une stratégie thérapeutique dont les interventions s'inscrivent dans les mêmes registres que les différents abords cliniques, c'est-à-dire dans les dimensions médicales (prescriptions…), psychopathologiques (psychothérapeutiques…) et environnementales (implication des proches …). Le médecin psychiatre doit pouvoir hiérarchiser ses niveaux d'intervention en fonction de la situation qui lui est présentée, et s'ajuster continuellement.

-L'établissement du diagnostic en psychiatrie, cherchant à s'inscrire dans une nosographie, ne détermine pas une prise en charge. En effet, à l'instar de ce qui est promu pour la médecine somatique, les psychiatres ne possèdent que peu de consensus professionnels. Dénotant de la tendance à la standardisation des conduites à tenir devant des situations cliniques conditionnées par le diagnostic, la discipline psychiatrique reste parfois floue, tant sur la réalisation du dit diagnostic que des prises en charges proposées.

La multiplicité des grilles de lecture du praticien, force de diversité, peut ainsi se trouver être une grande source de confusion et de difficulté qui peut parfois entrainer des réponses inadaptées ou insuffisantes.

- **Une spécialité au champ très vaste**

La psychiatrie présente une responsabilité spécifique de santé publique vis-à-vis de la communauté dans laquelle celle-ci évolue. Cependant, sa tendance à l'affirmation d'un statut « à part entière » l'entrave parfois dans son propre développement en tant que spécialité médicale . Elle englobe un groupe plus restreint de problématiques du psychisme dont le public cible à prioriser et dont les compétences clefs à développer pour les prendre en charge ne sont pas encore clairs.

Celles-ci s'expriment parfois plus en lien avec des « symptômes sociétaux » de type « troubles du comportement » ou « moindre productivité de l'individu » que par une « symptomatologie psychiatrique » dont la caractéristique et la gravité du trouble sont difficilement pointées.

Avoir une réflexion critique sur sa propre pratique et sur l'organisation des soins en santé mentale Le psychiatre font partie des missions qui incombent au médecin psychiatre. Celles-ci permettent l'évaluation de l'ensemble des processus des soins à des fins de santé publique et de recherche.

La psychiatrie, une discipline en quête identitaire : en résumé

- La difficile définition de la maladie mentale.
- Des démarches diagnostiques et thérapeutiques peu consensuelles.
- Une responsabilité en terme de santé publique.

4. Vers un langage commun et une uniformisation de la discipline

a) *Critériologie internationale, un outil privilégié de transmission du savoir psychiatrique*

- **Vers un langage commun psychiatrique**

Avec la volonté d'harmonisation de pratiques très diverses et peu codifiées, de nombreuses sociétés ont cherché à se regrouper autour de bases communes, se voulant « athéoriques ». Ceci avait pour objectif de limiter les dérives potentielles de la profession et de lui définir un cadre d'activité précis, mais également une volonté de promotion de la psychiatrie et de la recherche, le domaine étant encore largement inexploré et possédant de nombreuses inconnues. 2 sociétés ont pris le devant de la scène internationale en quelques décennies.

La première, l'OMS, s'est initialement orientée dans une perspective épidémiologique internationale. En cherchant à donner aux gouvernements des orientations et recommandations pour la mise en œuvre et l'amélioration des systèmes publics de santé mentale, elle va publier successivement plusieurs *classifications internationales des maladies* (CIM), dans une perspective volontairement globale de la critériologie qui y est décrite.

La seconde, l'association psychiatrique américaine, à l'initiative du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), a pour ambition l'utilisation d'un manuel dans la pratique clinique pour homogénéiser les orientations diagnostiques des psychiatres et faciliter la recherche. Celui-ci est devenu petit à petit la « boite à outil internationale » pour la définition et l'établissement du diagnostic en psychiatrie.

Ces 2 systèmes qui évoluaient par le passé conjointement, évoluent désormais en parallèle. L'enseignement et la pratique psychiatrique s'en trouvent modifiés.

- **Des outils critériologiques détournés de leur usage initial**

Précédemment ancré dans une démarche clinique étudiant la sémiologie des troubles, l'intérêt se porte désormais sur l'étude des critères d'inclusion ou d'exclusion afin d'affirmer ou d'infirmer la présence d'un trouble. Ces critères, eux, ont été établis sur la base d'une démarche statistique.

Certains de ces critères s'éloignent progressivement d'une observation clinique objective (pour exemple, les critères de temps, souvent difficiles à déterminer de manière objective). S'apparentant parfois aux éléments rapportés par le patient, sa famille, ou aux impressions du clinicien, l'établissement des diagnostics cliniques s'en trouve parfois teintée de subjectivité.

Cette déviance de l'usage du manuel pose la problématique inverse de l'une des motivations pour lequel il a été créé, rediscutant le caractère scientifique et universel de ses propres critères sur lesquels se basent la plupart des diagnostics psychiatriques actuels à l'échelle internationale.

b) *OMS et CIM 10*

- **Un intérêt épidémiologique**

La CIM est actuellement la norme internationale permettant de rendre compte des données de mortalité et de morbidité. Selon l'OMS, qui en est à l'origine, elle *« organise et code les informations sanitaires qui sont utilisées pour les statistiques et l'épidémiologie, la prise en charge des soins, l'allocation des ressources, le suivi et l'évaluation, la recherche, les soins primaires, la prévention et le traitement. Elle contribue à brosser le tableau de la situation sanitaire générale des pays et des populations ».*

L'OMS cherche à cibler comme utilisateurs de la CIM un public très large : *« les médecins, les infirmiers et autres prestataires de soins, les chercheurs, les gestionnaires et les informaticiens du domaine de l'information sanitaire et les responsables du codage, les responsables politiques, les assureurs et les associations de patients »*. Tous les États Membres de l'OMS utilisent la CIM (plus d'une centaine), qui a été traduite en 43 langues.

L'objectif premier de cette classification est de fournir un langage commun pour la notification et le suivi des maladies. L'intérêt épidémiologique permet au monde entier de comparer et d'échanger des données de manière cohérente et normalisée. Actuellement la version utilisée est la CIM10. La CIM11 a été présentée en mai 2019 aux états membres et rentrera en vigueur en 2022.

- **Un descriptif des troubles psychiatriques**

Le descriptif des troubles y est purement clinique, permettant une certaine latitude au clinicien dans l'établissement des diagnostics. Les critères diagnostics mis en avant ne sont pas aussi stricts que dans d'autres classifications. Pour exemple, le clinicien n'est pas soumis à des obligations de temporalité ou d'obligation de présence de critères d'inclusions spécifiques dans l'établissement des diagnostics.

Elle reste cependant complexe et nécessite des compétences et une expérience psychiatrique pour être utilisée. La classification peine ainsi à se mettre au niveau de tous les interlocuteurs ciblés initialement. On peut en effet supposer de la difficulté rencontrée par un soignant novice, ne possédant pas de vocabulaire sémiologique psychiatrique, d'objectiver chez un patient le caractère pathologique que peut revêtir *« une attitude vaniteuse », « euphorique », « une jovialité insouciante », « une fuite des idées »* ou la *« congruence de l'humeur » (Figure 1)*.

Episode maniaque

Toutes les subdivisions de cette catégorie s'appliquent exclusivement à un épisode isolé. Un épisode hypomaniaque ou maniaque survenant chez un sujet ayant présenté un ou plusieurs épisodes affectifs dans le passé (dépressif, hypomaniaque, maniaque, ou mixte) doit conduire à un diagnostic de trouble affectif bipolaire (F31.-).

Inclus: trouble bipolaire, épisode maniaque isolé

Hypomanie

Trouble caractérisé par la présence d'une élévation légère, mais persistante, de l'humeur, de l'énergie et de l'activité, associée habituellement à un sentiment intense de bien-être et d'efficacité physique et psychique. Il existe souvent une augmentation de la sociabilité, du désir de parler, de la familiarité, ou de l'énergie sexuelle et une réduction du besoin de sommeil; ces symptômes ne sont toutefois pas assez marqués pour entraver le fonctionnement professionnel ou pour entraîner un rejet social. L'euphorie et la sociabilité sont parfois remplacées par une irritabilité ou des attitudes vaniteuses ou grossières. Les perturbations de l'humeur et du comportement ne sont pas accompagnées d'hallucinations ou d'idées délirantes.

Manie sans symptômes psychotiques

Présence d'une élévation de l'humeur hors de proportion avec la situation du sujet, pouvant aller d'une jovialité insouciante à une agitation pratiquement incontrôlable. Cette élation s'accompagne d'une augmentation d'énergie, entraînant une hyperactivité, un désir de parler, et une réduction du besoin de sommeil. L'attention ne peut être soutenue et il existe souvent une distractibilité importante. Le sujet présente souvent une augmentation de l'estime de soi avec idées de grandeur et surestimation de ses capacités. La levée des inhibitions sociales normales peut entraîner des conduites imprudentes, déraisonnables, inappropriées ou déplacées.

Manie avec symptômes psychotiques

Présence, associée au tableau clinique décrit en F30.1, d'idées délirantes (habituellement de grandeur) ou d'hallucinations (habituellement à type de voix parlant directement au sujet), ou d'une agitation, d'une activité motrice excessive et d'une fuite des idées d'une gravité telle que le sujet devient incompréhensible ou hors d'état de communiquer normalement.

Manie avec symptômes psychotiques:

- congruents à l'humeur
- non congruents à l'humeur

Stupeur maniaque

Autres épisodes maniaques

Episode maniaque, sans précision

Manie SAI

Figure 1 : Extrait des critères diagnostics de l'épisode maniaque concernant les troubles de l'humeur. Source : CIM 10, 2008

c) *APA et DSM V*

A l'heure actuelle, le DSM est le manuel sur lequel se base de la critériologie diagnostique mondiale, ses révisions devançant désormais celles de la CIM. L'approche DSM semble cependant difficilement transposable à une pratique de terrain.

Ses exigences sur bon nombre de critères la rendent difficile à manier *(Figure 2)*:

-La maitrise du vocabulaire médical nécessite un niveau très élevé de compétences. Il n'est que peu accessible à un personnel soignant élargi (médecins non spécialistes en psychiatrie, infirmiers généraux…), comme le recommande l'OMS dans le but d'assurer la première ligne de soins aux populations.

-Si on prend l'exemple de l'épisode de manie dans le trouble bipolaire de type 1, *« altération marquée du fonctionnement social », « loquacité », « troubles de la pensée formelle »* sont des termes peu parlant pour un public non sensibilisé, et qui sont de surcroît ouverts à une importante subjectivité. On peut également citer les *« conduites sexuelles inconséquentes »*, élément fortement propice aux interprétations en fonction de l'environnement dans laquelle le praticien et le patient évoluent.

-Elle nécessite une bonne compréhension de la langue parlée par le patient et de son « interprétation » par le clinicien, en mettant une place plus importante aux dires rapportés en comparaison à la clinique observable. On peut citer pour exemple la disparition du critère de désorganisation du comportement dans les symptômes clefs de la schizophrénie, qui a été remplacé par le « discours désorganisé ». Pourtant, ce dernier élément est relativement plus difficile à apprécier en pratique clinique que le premier. Dans des pays d' Afrique de l'Ouest, où au sein du même Etat se côtoie de multiples langues, sans traducteurs, avec des soignants peu aguerris en psychiatrie, il semble difficile de baser une réponse médicale sur des éléments uniquement rapportés ou parlés. Ceux-ci ne pourront pas être objectivés en pratique, contrairement à une « clinique de l'observable ».

-L'exigence en terme de critère de temps, marquée dans cette classification, n'est que peu renseignée et renseignable en pratique. En effet, au Bénin et au Togo, en dehors de quelques patients, il est pratiquement impossible de recueillir des renseignements objectifs à caractère temporel concernant les troubles mentaux, de la part du patient ou de son entourage.

Critères d'un épisode de manie

A. Une période nettement délimitée d'au moins 1 semaine (ou n'importe quelle durée si une hospitalisation est nécessaire) d'humeur anormalement élevée, expansive ou irritable et d'augmentation anormale de l'activité ou de l'énergie dirigée vers un but, de façon persistante, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours.

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'énergie ou d'activité accrue, 3 (ou plus) des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents à un niveau significatif et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :

1. Estime de soi exagérée ou idées de grandeur.
2. Besoin réduit de sommeil (p. ex., se sentir reposé après seulement 3 heures de sommeil).
3. Plus grande loquacité que d'habitude ou désir de parler constamment.
4. Fuite des idées ou expérience subjective que les pensées s'emballent.
5. Distractibilité rapportée ou observée (p. ex., l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants).
6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (sociale, professionnelle, scolaire ou sexuelle) ou agitation psychomotrice (activité sans but).
7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex., s'engager dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).

C. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel ou pour nécessite une hospitalisation (afin d'éviter de se nuire à soi-même ou aux autres), ou il y a présence de caractéristiques psychotiques (idées délirantes, hallucinations et trouble de la pensée formelle).

D. L'épisode n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale.

Remarque : Un épisode maniaque qui apparaît au cours d'un traitement antidépresseur, mais persiste, à un niveau qui rencontre les critères, au-delà de l'effet physiologique de ce traitement est considéré comme un épisode maniaque et, par conséquent, justifie un diagnostic de trouble bipolaire I.

Figure 2 : Extrait des critères d'un épisode de manie dans le trouble bipolaire de type 1. Sources : DSM V, 2015

d) *La critériologie face aux besoins en pratique clinique*

- **Une mise à disposition de la pratique clinique quotidienne difficile**

Qu'il s'agisse du DSM ou de la CIM précédemment développés, l'un et l'autre se circonscrivent à une description clinique des troubles. Aucun d'entre eux ne propose d'orientation et de modélisation de prise en charge des pathologies. Pourtant, en pratique, si l'établissement d'un diagnostic semble être un élément majeur et déterminant, il semble relativement peu didactique en l'absence des propositions thérapeutiques qui en découlent.

Ces 2 classifications, en tant que recueil, ne hiérarchisent pas les pathologies psychiatriques, que ce soit sur leur gravité, leur degré d'urgence ou leur représentativité au sein de la population. Des troubles d'impact moindre en termes de morbidité et d'incapacité se présentent ainsi de la même manière que les plus invalidants, entrainant chez le personnel médical et paramédical moins expérimenté une difficulté de mise en relief de la problématique de santé présentée par le patient face auquel il se trouve.

L'amélioration de la prise en charge des malades mentaux à l'échelle internationale ne semble que peu proportionnelle à la propagation de ces outils critériologiques de plus en plus pointus. Force est de constater que plus de la moitié des patients psychiatriques n'ont aucun soin, notamment dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires, mais également que les interventions sont souvent de qualité médiocre ou non fondées sur des données probantes, même lorsque des soins sont disponibles (OMS, 2001).

- **Une formation en inadéquation avec les problématiques de santé publique**

La formation aux molécules thérapeutiques, appartenant aux ouvrages et référentiels en la matière, ne se superpose pas forcément de manière protocolisée ou simplifiée par rapport aux descriptions précédemment faites, et ne tient pas compte de la disponibilité des médications à l'échelle des états et des populations. De plus, ces ouvrages s'intéressent majoritairement aux molécules récentes, avec la meilleure efficacité pour le moins d'effets secondaires, souvent d'un coût élevé du fait de leur arrivée plus récente sur le marché.

Les réalités en termes de médication sont très différentes entre chaque pays, et si les pays développés ont tout intérêt à une formation de pointe sur des molécules plus récentes, qui ont une meilleure balance bénéfice risque, la démarche thérapeutique en termes de santé publique semble totalement différente dans des pays plus pauvres.

La majorité des médications du marché, *a fortiori* les plus récentes, ne permettent pas d'assurer une observance aux patients chroniques du fait d'un trop important coût financier à long, moyen, voire court terme. Il en résulte une formation des soignants orientés vers une dispense de traitements qu'ils ne pourront prescrire qu'aux plus riches du pays, sans tenir compte des nécessités imposées par leur terrain d'exercice.

La psychiatrie s'est diversifiée, sans réelle approche globale ou totale des divers champs de sa pluralité. D'une part, on trouve une consommation de multiples psychothérapies et de multiples substances chimiques comme une automédication, où le patient devient « expert ». De l'autre, un éloignement de l'intérêt et des pratiques portant sur les patients souffrant des troubles les plus sévères, qui induisent par leur nature une capacité moindre à se manifester pour demander des soins.

Vers une tentative d'uniformisation des pratiques : en résumé

- Naissance de la critériologie internationale.
- Vers un langage commun et une uniformisation des pratiques.
- Des classifications complexes d'utilisation et peu intuitives pour un personnel peu expérimenté.
- Des instruments de formation peu adaptés aux moyens mobilisables à l'échelle internationale.
- Une formation en inadéquation avec les priorités de santé publique.

B. Etat des lieux de la psychiatrie

1. Données épidémiologiques internationales

a) *Données globales*

L'OMS a publié en 2001 dans son rapport sur la santé dans le monde des données épidémiologiques mettant en avant l'importance de la pathologie mentale dans les difficultés sanitaires de manière universelle. Elle serait actuellement au 3ème rang mondial des maladies les plus fréquentes (toutes pathologies affectant la santé mentale incluses).

D'après ce document, les troubles mentaux affecteraient environ 450 millions de personnes dans le monde, les rendant ainsi responsables d'environ 14% de la charge mondiale de morbidité et d'environ 15% de perte d'années de vie corrigées de l'incapacité. Parmi les maladies à l'origine de cet impact sanitaire majeur, on retrouve :

- Les troubles dépressifs, qui toucheraient près de 300 millions de personnes, actuellement en quatrième position dans la charge mondiale de morbidité.
- Les troubles bipolaires, qui concerneraient environ 60 millions de personnes.
- La schizophrénie, qui affecterait environ 21 millions de personnes.
- D'autres, comme la démence, la maladie d'alcool, …

La mise en relief de ces éléments ne peut se faire qu'en rendant compte de la précarité des réponses faites à l'étendue de ce problème à l'échelle étatique:

- Plus de 40 % n'ont pas de politique de santé mentale
- Plus de 30 % n'ont pas de programmes spécifiques pour la psychiatrie
- Près de 25 % n'ont pas de législation dans ce domaine.

La charge en morbidité et en incapacité et essentiellement portée par les pays à revenu faible ou intermédiaire, qui cumulent les problématiques sanitaires (maladies infectieuses multiples et non enrayées, paludisme, …) et les difficultés de financement des politiques de santé *(Figure 3)*.

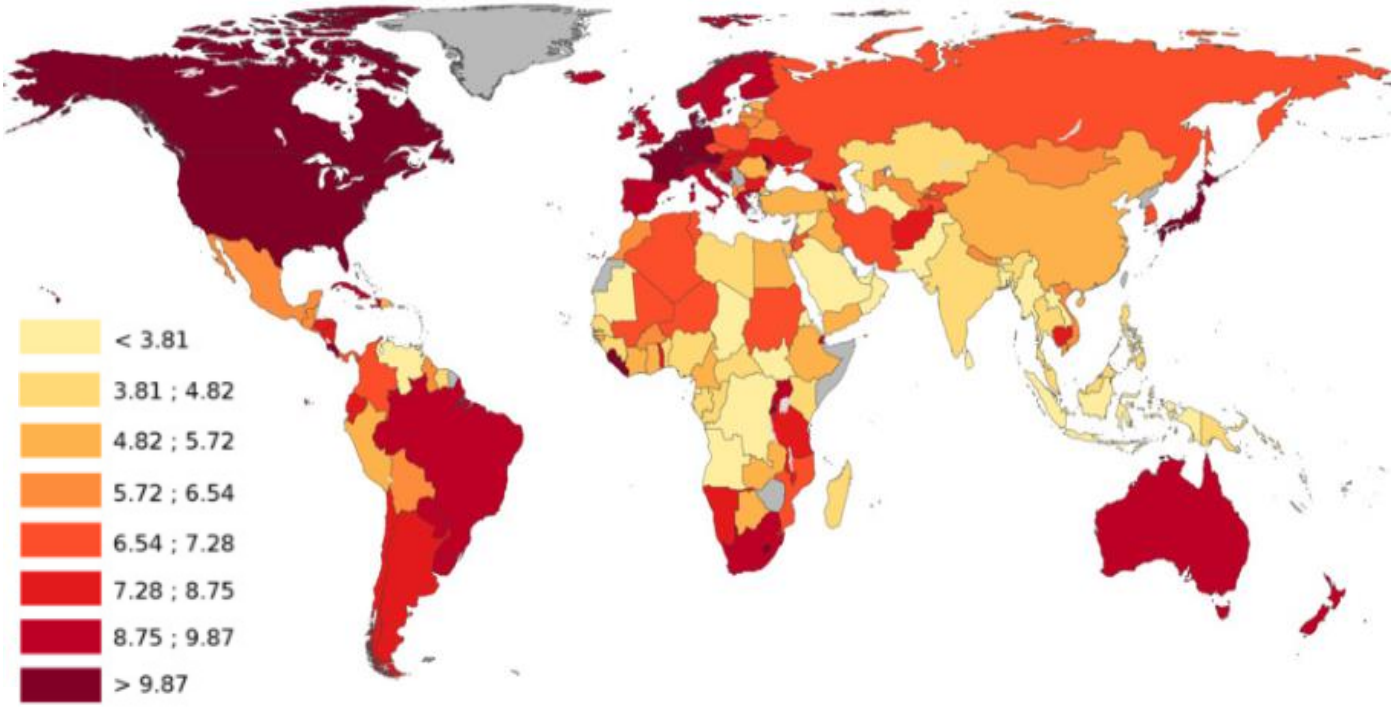


Figure 3 : Dépenses de santé (% du PIB) dans le monde en 2013.Source : Banque mondiale

Toujours selon ce rapport sur la santé dans le monde, concernant la moitié des pays du monde, on compte moins d'1 psychiatre pour 100 000 habitants. ¼ de ces pays ne disposent pas des trois médicaments les plus couramment prescrits pour traiter la schizophrénie, la dépression et l'épilepsie au niveau des soins de santé primaires.

L'OMS estime ainsi qu'à l'échelle mondiale, environs 2/3 des personnes atteintes de maladie mentale ne seront pas pris en charge pour leur pathologie, (environ 35% dans les pays à revenu élevé à plus de 80% dans les pays à revenu faible ou intermédiaire). Cette absence de soins adaptés compromet l'avenir de nombreux malades en augmentant d'une part la gravité, les conséquences et complications leurs maladies, et d'autre part la stigmatisation, l'abandon, l'enchaînement, les maltraitances…

Concernant le Bénin et le Togo, lieu de la réalisation de l'étude, ils font partie des 25 pays les moins avancés au monde *(Figure 4)*, avec un taux de personnes vivant sous le seuil de pauvreté avoisinant les ¾ (Rapport sur le développement humain, 2014).

Figure 4 : Carte des 25 pays les plus pauvres au monde. Source : FMI, 2015

La maladie mentale en quelques chiffres : en résumé

- 3ème pathologie à l'échelle mondiale par sa fréquence avec environ:
    - 14% de la charge mondiale de morbidité.
    - 15% de perte d'années de vie corrigées de l'incapacité.
- Précarité des réponses des états face à l'étendue de la problématique sanitaire.
- 2/3 des malades mentaux ne sont pas pris en charge.
- La moitié des pays du monde comptent moins d'1 psychiatre pour 100 000 habitants.
- Bénin et le Togo, pays où près de ¾ des personnes vivent sous le seuil de pauvreté.

b) *Faiblesse des moyens cliniques*

- **Des moyens humains insuffisants**

Pour assurer le bon fonctionnement d'un système de soin, la quantité de personnel permettant d'assurer les missions et objectifs des programmes de santé définis est essentiel. Cet effort reste cependant difficile à fournir dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires, ne disposant que de très peu de moyens humains, de surcroît en médecine psychiatrique.

Si l'OMS préconise un psychiatre pour 3000 habitants, dans les faits ces préconisations ne sont que peu respectées ("OMS | Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020") :

- La moitié de la population mondiale a moins de 0,5 psychiatres pour 100 000 habitants.
- Le Bénin et le Togo, quant à eux, sont bien en dessous de la moyenne mondiale, avec moins de 0,002 psychiatres par 100 000 habitants *(Figure 5).*

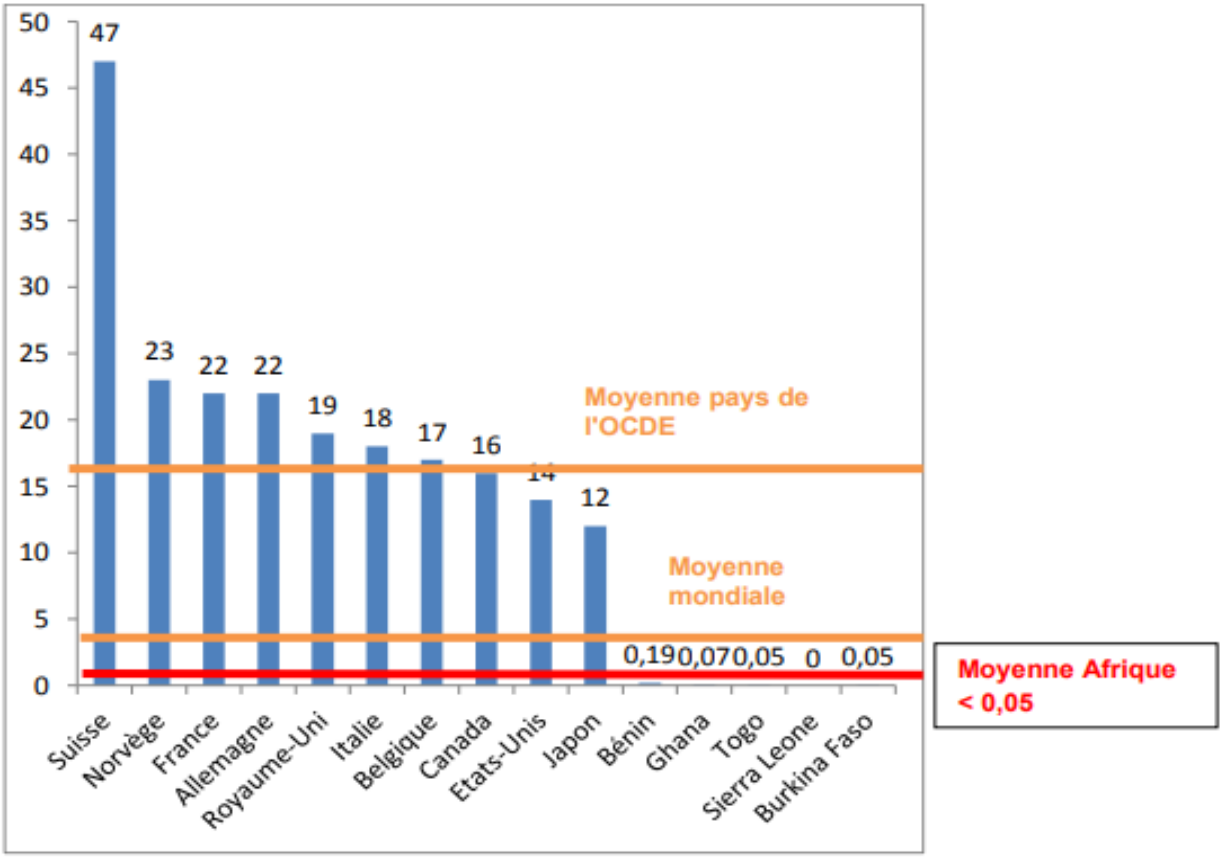


Figure 5 : Nombre de psychiatres pour 100000 habitants en 2015. Source : OCDE

Ce manque d'effectifs ne concerne pas que les médecins et les psychiatres, mais l'ensemble des agents de santé peu nombreux à être formés et à exercer dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Ce phénomène se voit amplifié par le phénomène de « fuite des cerveaux ». En effet, bon nombre de médecins vont être amenés à s'exiler vers des pays plus favorables en terme de conditions de vie, de travail et de rémunération. Il est ainsi estimé que près de dix pays africains ont plus de 40% de leur main-d'œuvre hautement qualifiée hors de leur pays, et près d'un chercheur africain sur deux réside en Europe (Marfouk, 2005). La médecine, toutes spécialités confondues, s'avère fortement touchée par ce phénomène, avec des départs massifs pouvant parfois atteindre plus de la moitié de l'effectif médical formé.

La pénurie de personnel se retrouve également dans l'enseignement. Les pays à revenus faibles ou intermédiaires doivent ainsi fournir un effort budgétaire supplémentaire pour faire venir des experts étrangers et bénéficier ainsi de leurs compétences. Pour l'Afrique, cette somme représente environ 4 milliards de dollars par an en moyenne (Le Brech, 2017).

Dans un contexte où les spécialistes se font rares, un rôle plus important est délégué au personnel infirmier de soins généraux, formés aux arbres décisionnels diagnostiques et thérapeutiques (Patel, 1999). Ceux-ci possèdent un droit de prescription pour certains traitements, reconnus comme fondamentaux pour la santé de la population. Les agents de santé paramédicaux représentent une ressource humaine plus importante en terme de quantité, mais sont également mieux réparti sur l'ensemble du territoire. Si l'on prend l'exemple du Bénin, on y trouve environ 1 infirmier en soins généraux pour moins de 3000 habitants *(Figure 6*), dont la répartition ne se limite pas aux grands pôles urbains.

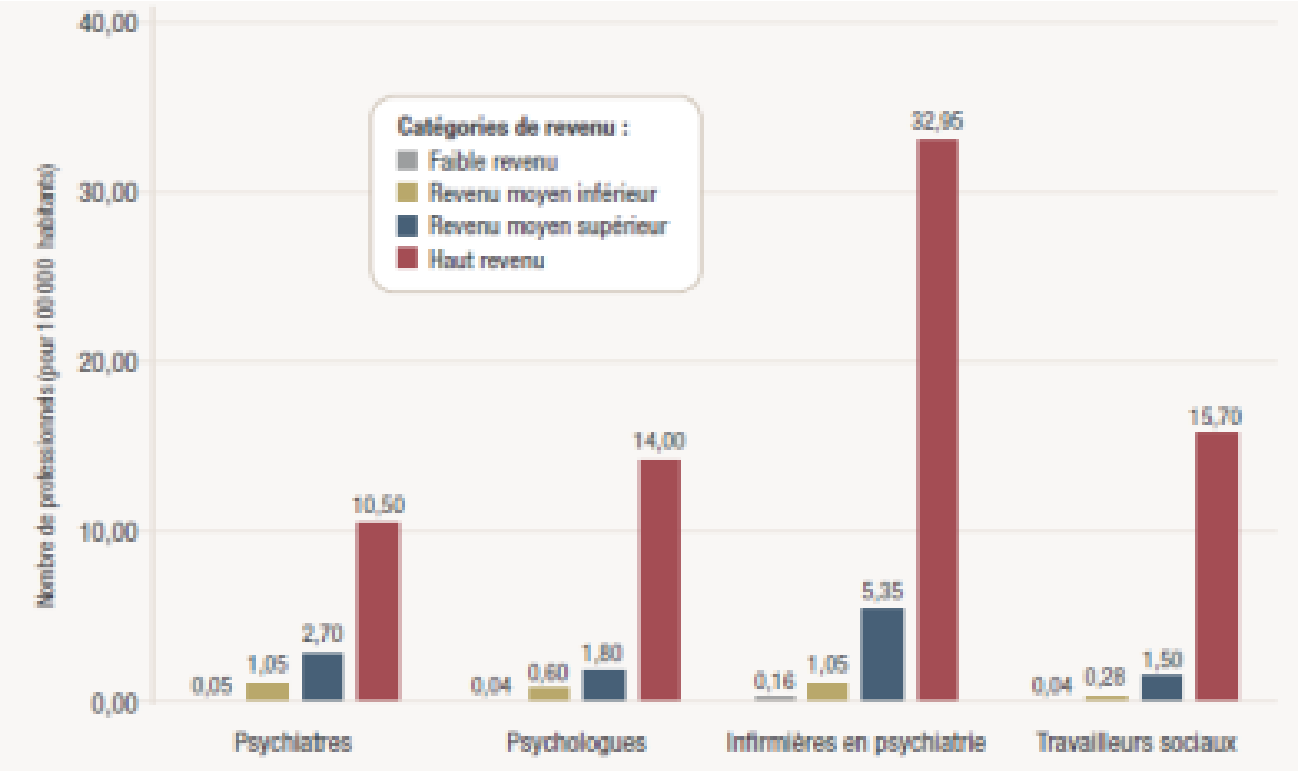


Figure 6 : Ressources humaines affectées aux soins de santé mentale dans les différentes catégories de revenus des pays pour 100000 habitants en 2014. Source : OMS Atlas de la santé mentale 2014.

- **Infrastructures psychiatriques**

En ce début du XXIème siècle, Il est à noter l'importante inégalité de répartition des facultés et universités. Concernant les 2 pays qui font l'objet de l'étude, le Bénin ne possède qu'un centre hospitalo-universitaire (CHU), au sud du pays, jouxtant la capitale. La construction d'un second centre hospitalier est en projet, également à proximité de la capitale. Le Togo, quant à lui, en possède 3. 2 se trouvent dans la capitale. Le 3ème , plus récent, se trouve dans le nord du pays.

Les ressources allouées à la psychiatrie dans ces hôpitaux sont faibles *(Figure 7)*. Le CHU de Lomé Tokoin, dans la capitale togolaise, possède 8 lits de psychiatrie et de psychologie médicale. Le centre national hospitalo-universitaire (CNHU) du Bénin, lui, en possède une vingtaine. En comparaison, la France possède 32 CHU répartis dans l'ensemble de ses régions. Quant à la seule région Ile de France, celle-ci possède plus de 690 lits affiliés au CHU.

Cette faible capacité d'accueil limite grandement l'offre de soins, mais également les rencontres entre les étudiants et les malades potentiellement admis en service, réduisant ainsi les perspectives de formation et d'apprentissage pratique de la clinique.

Quant au reste des infrastructures disponibles pour la psychiatrie, elles sont également en nombre restreint, souvent vétustes, limitant les possibilités d'accès aux soins.

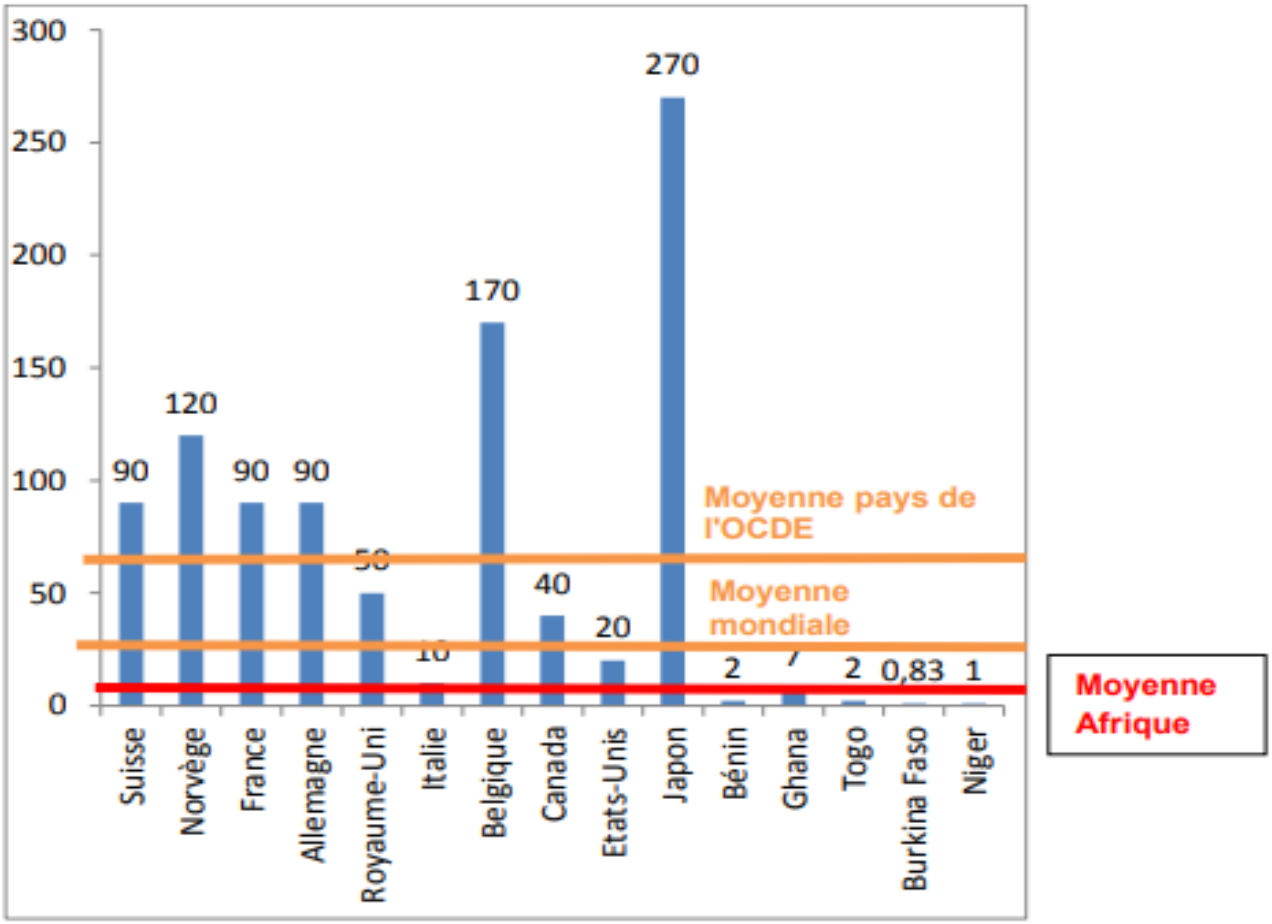


Figure 7 : Nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie pour 100000 habitant par pays en 2015. Source : OCDE

- **Structures de soins primaires**

Les structures de soins primaires représentent un important pourcentage des demandes de soins, puisqu'il est estimé qu'environs ¼ des consultants qui s'y présentent souffrent d'un trouble mental (OMS, 2001). Il n'y aurait d'ailleurs pas de différence de prévalence entre pays développés et pays en voie de développement.

Si l'on prend l'exemple de la France, pays à revenu élevé, qui est également l'un des pays les plus dotés en psychiatres exerçant sur l'ensemble de son territoire, il est estimé que la consultation pour les troubles mentaux en médecine générale oscille entre 15 et 40% de la patientèle. Ces troubles représenteraient ainsi la deuxième raison de recours aux soins chez les généralistes et la première chez les 25 à 60 ans (Gallais, 2014).

Manque de moyens humains et financiers, difficultés d'accès aux soins, absence de thérapeutiques disponibles, stigmatisation, quelle qu'en soit la cause, même lorsque les soins psychiatriques existent et peuvent être pris en charge… Il semble que les patients se tournent essentiellement vers la première ligne de soin, et non chez le spécialiste.

Précarités des moyens alloués à la psychiatrie : en résumé

- Manque de moyens humains :
  - La moitié de la population mondiale a moins de 0,5 psychiatres pour 100 000 habitants.
  - Le Bénin et le Togo disposent de moins de 0,002 psychiatres par 100 000 habitants.
  - Ce phénomène est amplifié par la « fuite des cerveaux ».
- Manque d'infrastructures :
  - Un seul CHU au Bénin, un second est en projet de construction.
  - 3 CHU au Togo
  - Nombre de lits très restreints.
  - Vétusté des infrastructures.
- Structures de soins primaires : des demandes de soins psychiatriques importantes.

c) *Une recherche dominée par les aspects culturels*

- **Faiblesse de la Recherche**

A l'instar de la faiblesse des moyens investis dans le champ sanitaire, on peut faire le constat que l'immense majorité des pays en voie de développement n'investit que très peu dans le domaine de la recherche. Cet écart se creuse concernant la recherche dans des discipline moins attractives en terme de productivité, dont la psychiatrie fait partie. La carte suivante témoigne ainsi de l'immense fossé entre les nations à l'échelle du monde *(Figure 8)*.

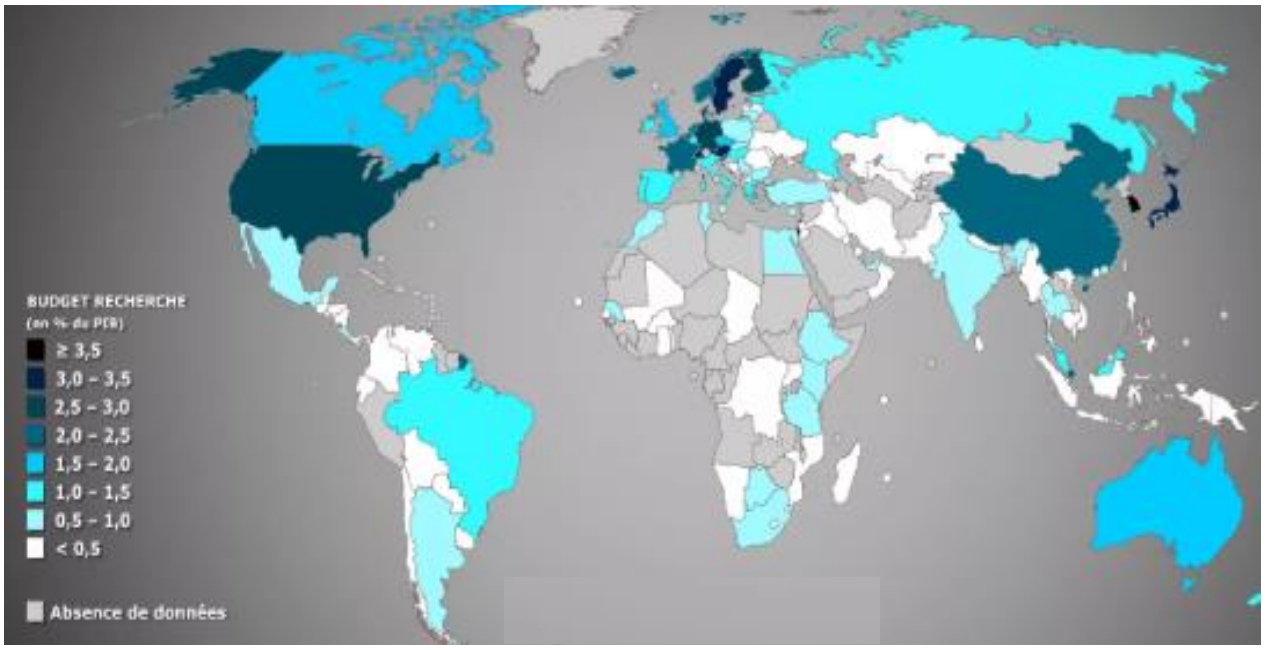


Figure 8 : Carte du monde : dépenses publiques en recherche et développement en 2016 (% du PIB). Source : Atlas sociologique mondial, 2019.

Si on prend l'exemple du Bénin en 2004, environ 70 millions de Francs CFA (soit 106.714 Euros) étaient destinés à la santé mentale, se concentrant sur l'institution ("OMS | Atlas de la santé mentale 2014"). Par comparaison, la France la même année y consacre plusieurs milliards d'euros (secteur social, médicosocial, structures sanitaires ambulatoires et hospitalières…).

- **Des recherches en Afrique de l'Ouest qui se focalisent sur la culture**

Les différentes enquêtes réalisées sur les troubles mentaux dans les pays à faible revenus, notamment en Afrique de l'Ouest, ont pour point de départ l'hypothèse d'une différence culturelle, tant en termes de répartition, que de caractéristiques et de prise en charge. Ce point de vue représente pourtant un frein à l'élaboration de stratégies visant à combler le manque de moyens en santé mentale. En effet, puisqu'il y aurait moins de troubles mentaux en Afrique, qu'ils seraient de meilleur pronostic, il n'y aurait donc que peu d'intérêt à intervenir en termes de médecine dans ces régions.

Comme l'avait souligné le Dr Bergot. C dans sa thèse en 2016, la plupart des articles commandés par les revues internationales aux médecins Ouest-Africains concernent des aspects culturels ou anthropologiques. La psychiatrie africaine ne semble ainsi intéresser la communauté psychiatrique internationale qu'au filtre d'un « exotisme » associant le plus souvent la place supposée meilleure dans la communauté, et la prise en charge des troubles par les médecines traditionnelles.

Dans ce travail préalable portant sur la population béninoise et togolaise, d'autres éléments étaient pointés :

- La culture n'est en rien un facteur de protection.
- La médecine traditionnelle, si elle peut s'avérer utile dans les désordres psychologiques, est inefficace dans les pathologies psychiatriques prioritaires en terme de santé publique.
- Les recours aux médecines alternatives semblent liées à l'absence d'accès aux soins médicaux, puisque lorsque ces soins efficients sont possibles, les familles s'en saisissent et délaissent les autres types de prises en charge, indépendamment de l'ethnie, de la religion et du degré d'urbanité…
- Loin d'être moins fréquente en Afrique, la pathologie psychiatrique y semble tout aussi répandue.

d) *Faiblesse de la formation en psychiatrie des agents de santé locaux*

La formation théorique à la psychiatrie pour le personnel paramédical se résume dans la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne à une dizaine d'heures sur l'ensemble du cursus de formation (WHO country office for Ghana - Annual report 2014, 2015).

L'évolution, engagée depuis quelques années, permettant la reconnaissance du diplôme d'infirmier spécialisé en psychiatrie (statut existant là-bas, *a contrario* de sa disparition sous nos latitudes), permet d'augmenter le nombre d'agents de santé potentiellement mobilisables auprès des malades mentaux. Leur nombre reste cependant bien inférieur aux immenses besoins recensés sur le terrain. Mieux former à la psychiatrie les infirmiers en santé générale est l'une des voies qui peut être entreprise pour pallier au manque de prestataires de soins en santé mentale.

La recherche dominée par les aspects culturels : en résumé

- Faiblesse de la recherche et de la formation en psychiatrie.
- Un intérêt en Afrique de l'Ouest essentiellement porté à la culture.
- La culture et la communauté ne permettent pas les soins des pathologies psychiatriques prioritaires en terme de santé publique.
- Intérêt de la formation des infirmiers généraux.

2. La psychiatrie, discipline stigmatisée

- **Un choix peu entrepris par les étudiants**

La spécialité fait partie des moins attractives. L'ensemble des postes ouverts pour cette spécialité ne sont pas pourvus. Ce manque d'intérêt et d'attractivité se retrouve internationalement *(Figure 9)*. L'image négative que renvoient la psychiatrie et les psychiatres fait écho à la stigmatisation des patients atteints de troubles psychiques Celle-ci, peu étudiée, est pourtant identifiée comme l'une des causes majeures du déclin du recrutement de psychiatres dans de nombreux pays. La spécialité semble être l'une des disciplines les plus stigmatisées par les étudiants en médecine eux-mêmes (Sebbane, 2015), ce qui pourrait expliquer en partie le désintérêt pour la spécialité.

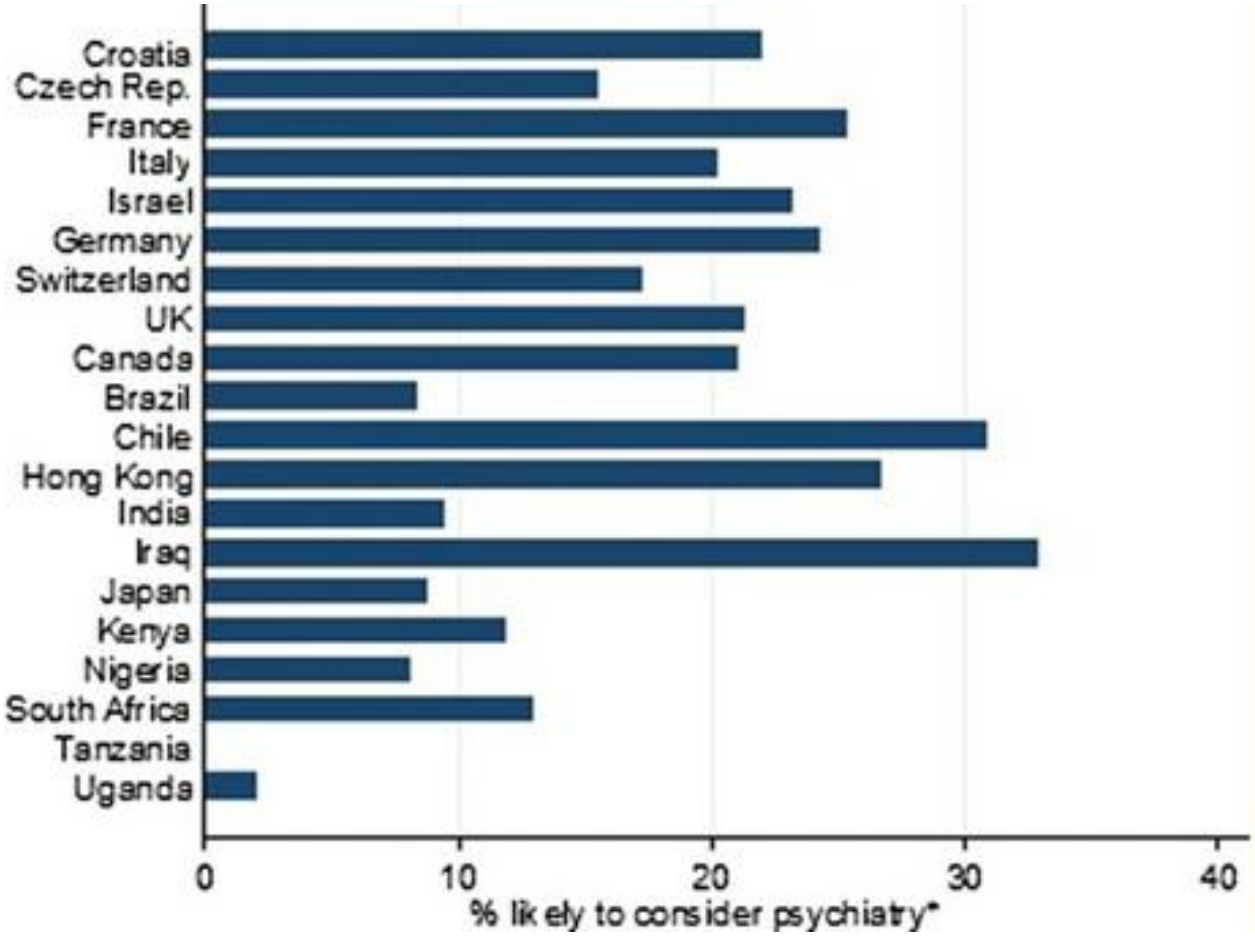


Figure 9 : Pourcentage d'étudiants en médecine qui souhaitent ou qui décident de poursuivre leur carrière en psychiatrie. Source : BMC Med Educ, 2014

Dans certaines études nord-américaines et européennes, il est rapporté l'existence de bon nombre de représentations qui déprécient les psychiatres. Celles-ci sont basées sur des *a priori* comme *« la psychiatrie est contagieuse », « qu'il faut bien être fou soi-même pour s'occuper des fous »*, que les psychiatres sont *« instables sur le plan émotionnel », « confus, complexes et difficiles à comprendre ».* Les études nationales et internationales tendent à confirmer cette tendance à la stigmatisation de la discipline (Stuart et Sartorius, 2015).

- **Regard du personnel paramédical sur l'exercice de la psychiatrie**

La ré-implication d'infirmiers généraux dans l'exercice des patients psychiatriques est un phénomène assez récent en Europe, puisque par le passé, il était nécessaire de se spécialiser en psychiatrie afin d'accéder aux postes prenant en charge les malades mentaux. Cette « nécessité de spécialisation » est encore valable dans de nombreux pays, où il existe le grade « d'infirmier spécialisé en psychiatrie ». Cette discipline est d'ailleurs l'une des rares en médecine à posséder/ avoir possédé dans le cursus de formation paramédical un statut de formation complémentaire, nécessaire dans l'exercice et la prise de fonctions.

A l'image des préjugés dans le monde médical, ceux du monde paramédical véhiculent des représentations majoritairement négatives, où les malades mentaux inspireraient des sentiments tels que « l'étrangeté », la « peur », la « curiosité », l'« échec », la « violence » (Chevallier, 2007). Beaucoup d'agents paramédicaux semblent voir cette discipline comme un lieu de « perte des savoirs techniques ». Si la présence de sensation « de perte » est présente, la notion de « gain » de compétences dans l'alliance thérapeutique y est exprimé. Cependant, l'empathie, la sémiologie et l'échange ne sont que peu rapportés.

Les éléments précédemment décrits laissent interrogatifs quant à la formation et la transmission des compétences au personnel paramédical. Orientation préférentielle de la formation vers la qualité technique plutôt que vers la qualité humaine, profils des prétendants au poste d'infirmier recherchant moins de développement de leurs capacités relationnelles au profit de pratiques plus manuelles et protocolisées ? De nombreuses hypothèses peuvent être formulées face à ce constat.

Persistance de la stigmatisation de la spécialité : en résumé

- Une discipline peu convoitée par le personnel soignant.
- Des préjugés portant atteinte aux professionnels de santé mentale et aux malades.
- Une vision dépréciative de la psychiatrie véhiculée par les professionnels de santé eux-mêmes.
- Une ré-implication progressive de l'ensemble du personnel paramédical dans les soins psychiatriques.

3. Recommandations de l'OMS pour le développement de la psychiatrie

a) *Vers le développement d'une psychiatrie communautaire*

- **Constats**

Comme nous l'avons déjà évoqué, les soins psychiatriques doivent faire face à une problématique multiple:

- Faiblesse quantitative de l'offre de soins en psychiatrie.
- Faiblesse qualitative en psychiatrie des agents de santé généraux.
- Mauvaise répartition des ressources, concentrée dans les grandes villes.
- Hospitalo-centrisme coûteux et peu efficace : La plupart des gouvernements ont investi une grande part du budget de la Santé dans les grands établissements hospitaliers nationaux. Cette répartition des moyens s'avère cependant inadaptée, isolant bon nombre de patients, pour un coût sociétal bien supérieur à celui d'une prise en charge communautaire (OMS, 2008).

- **Favoriser une prise en charge communautaire**

L'intégration des soins de santé mentale dans les services de soins primaires est relativement peu coûteuse (Chisholm et al., 2007).

Plutôt que de poursuivre l'attribution des moyens vers les institutions hospitalières, coûteuses en personnel et en budget, pour des résultats peu satisfaisants dans le champ de la réinsertion des malades, l'OMS préconise de développer les moyens vers des services d'hospitalisation de courte durée, voire de soins ambulatoires, insérés dans des hôpitaux généraux (« de zone ») et des structures de soins primaires, disposés en première ligne à proximité des populations. Le but est de favoriser une intervention précoce, tout en maintenant les individus insérés dans leur communauté, permettant leur autonomie et davantage de respect de leurs droits fondamentaux (OMS | Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020). L'OMS propose également de faire participer activement les personnes atteintes de troubles mentaux, ainsi que les "dispensateurs de soins informels", à savoir les familles, les chefs religieux, les tradipraticiens, les enseignants…

- **Mieux former les agents de soins généraux à la santé mentale**

Les agents de santé en soins généraux devraient être en mesure d'assurer une prise en charge de première ligne, et d'orienter si nécessaire vers des soins spécialisés.

L'intégration des soins de santé mentale dans les programmes de soins généraux est une occasion d'informer et de former les agents. Des heures de cours en santé mentale doivent pour cela être insérées dans leur formation initiale, et complétées par des formations de terrain, en particulier dans les structures non spécialisées.

Cependant, ces prérequis nécessitent l'adaptation des enseignements ainsi que des modalités de transmission des connaissances dont les soignants puissent se saisir et mettre en pratique.

b) *mh-GAP: Outil diagnostique et thérapeutique*

- **Mise en place d'arbres décisionnels simplifiés**

L'idée de la nécessité d'une action urgente afin de promouvoir la santé de tous les peuples du monde et de l'importance des soins de santé primaire a été réaffirmée lors de la conférence de Alma Ata en 1978. Dans un objectif d'intervention et de lutte contre les troubles mentaux dans les structures non spécialisées et pour tenter d'améliorer la condition des personnes souffrant de maladie mentale, l'OMS a lancé un programme d'action *« Combler les lacunes en santé mentale* » (mhGAP , publié en 2008). Celui-ci est mis à disposition, à l'intention des pays à revenu faible ou intermédiaire. L'idée maîtresse de ce programme est la possibilité de recevoir des soins psychiatriques via les prestataires de soins de santé de première ligne.

S'éloignant du DSM, le mh-GAP se veut plus pratique, et replace l'observation clinique des principales pathologies au centre de ses arbres décisionnels diagnostiques et thérapeutiques. Les pathologies sélectionnées dans le manuel sont les plus fréquentes, les plus sévères en terme de morbidité et d'incapacité, et celles possédant un traitement efficace.

Parmi ces pathologies on retrouve les pathologies psychiatriques prioritaires en terme de santé publique comme la bipolarité, la dépression, la schizophrénie, mais également l'épilepsie, la maladie d'alcool… Cet outil propose ainsi une hiérarchisation des pathologies psychiatriques, des urgences à traiter et des soins à dispenser.

A l'image de la CIM10, le mh-GAP ne présente pas « d'obligation de critères » dans l'établissement de diagnostic, mais cherche à inculquer une « idée généraliste » des symptômes clefs à rechercher pour établir un diagnostic clinique *(Figure 10)*.

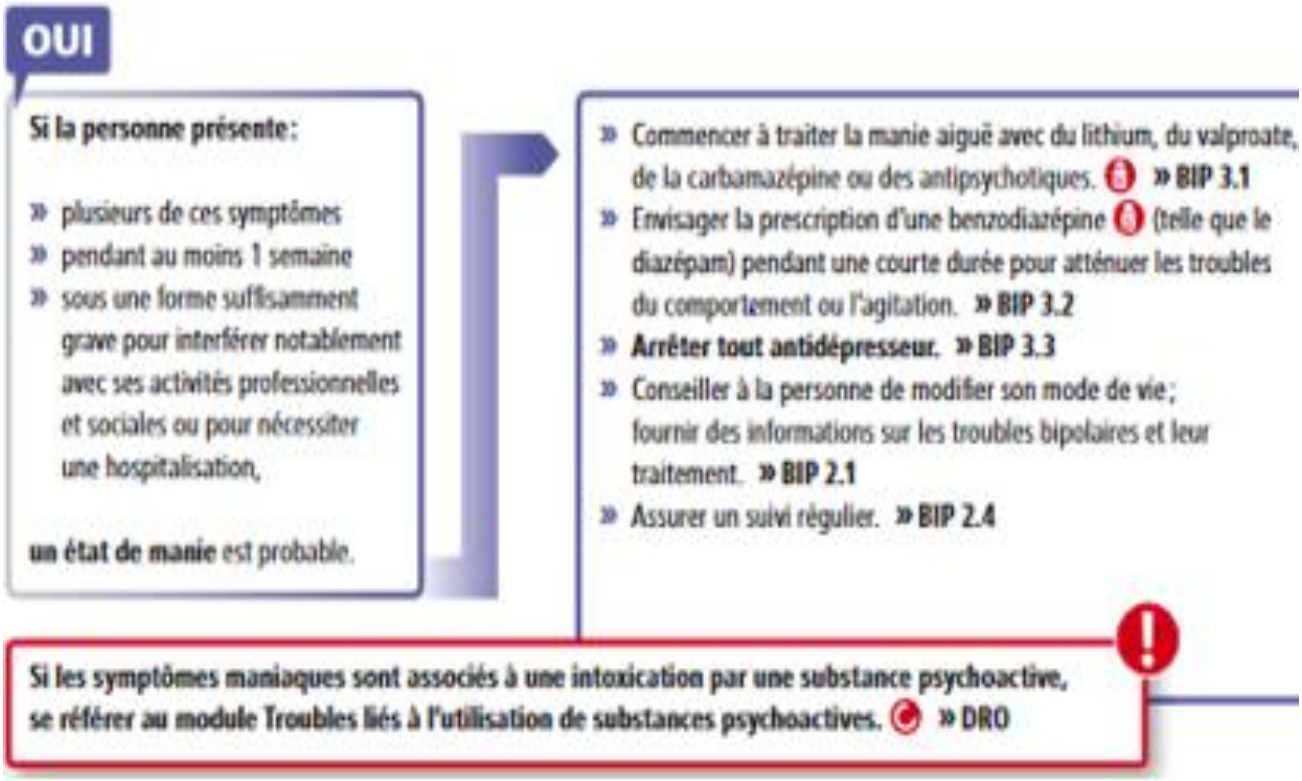


Figure 10 : Extrait du mh-GAP -- guide d'évaluation et de prise en charge de l'épisode maniaque. Source : OMS, 2011

- **Formation aux thérapeutiques**

Une des problématiques majeures reste la disponibilité des médicaments sur les territoires. Concernant les molécules récentes, elles font l'objet de ruptures de stock régulièrement et parfois ne sont pas commercialisées dans le pays. Lorsqu'elles le sont, leur prix est trop élevé pour être accessible à des pays à revenus faibles à intermédiaires.

L'OMS a donc établi une liste de médicaments dits essentiels depuis la fin des années 70. L'objectif de cette liste est d'établir un recueil des molécules principales et indispensables afin de garantir leur disponibilité dans « l'ensemble du système de santé, en quantité suffisante, et sous des formes galéniques qui conviennent ».

Ces molécules ont été sélectionnées sur les critères suivants :

- Capacité à faire face à la grande majorité des pathologies.
- Faible coût de production.
- Bon rapport de la balance bénéfice/risque et cout/efficacité.

Les molécules essentielles en psychiatrie définies par l'OMS sont peu nombreuses, en rapport avec les autres spécialités, puisqu'on retrouve (OMS, 2017) :

- Des Neuroleptiques : la Chlopromazine - LARGACTIL®, la Fluphénazine décanoate - MODECATE®, l'Halopéridol - HALDOL® et la Rispéridone - RISPERDAL®.
- Des Thymo-Régulateurs : l'Acide valproïque - DEPAKINE®, la Carbamazépine - TEGRETOL®, le Carbonate de lithium.
- Des Antidépresseurs : l'Amitriptyline - LAROXYL®, la Fluoxétine - PROZAC®, la Clomipramine - ANAFRANIL®.
- Un anxiolytique : le Diazépam - VALIUM®.

Concernant le Bénin ou du Togo, l'accès à ces molécules reste difficile, notamment pour les plus récentes comme la fluoxétine, la rispéridone ou l'acide valproïque, qui sont régulièrement en rupture de stock du fait des difficultés de maitrise de l'approvisionnement. Cette discontinuité est relativement problématique quand il s'agit de stabiliser des maladies psychiatriques chroniques nécessitant des prises quotidiennes.

Le prix de ces traitements, même lorsqu'ils sont disponibles, reste très élevé, et représente souvent un coût trop important au quotidien. Ce prix se rajoute à celui de la consultation, du transport jusqu'au soignant le plus proche….

Ces pays, qui possèdent de faibles systèmes de protection sociale, laissent à la charge des familles la quasi-totalité des frais en lien avec la maladie. Si on prend l'exemple du Togo, les dépenses de santé sont assurées à environ 60% par des financements privés, dont plus de 50% à charge des ménages. L'Etat prend en charge approximativement 22 % des dépenses, le reste étant assuré par des partenaires internationaux (Comité National de Promotion de la Protection Sociale, 2015).

Dans ce contexte s'est développé en Afrique de l'Ouest un marché de médicaments de contrebande, revendus à moindre coût, dont la qualité et la sécurité ne sont pas garanties. L'autre écueil de de ce manque d'accès à des médications pérennes est la corruption. Bien que l'impact réel de celle-ci est difficile à mesurer, la revente et le détournement de produits pharmaceutiques semblent s'exercer à une fréquence non négligeable.

c) *Des choix de terrain qui peinent à rencontrer les préconisations de l'OMS*

- **Des actions d'aides internationales en « one shot »**

Les ONG internationales proposent pour la plupart des projets de prise en charge du traumatisme, en « one shot », sans action menée à long terme en santé mentale.

Pour exemple, l'ONG Médecins Sans Frontières (MSF), pionnière dans le domaine de la santé humanitaire, met en place des psychothérapies de courte ou moyenne durée. Celles-ci ciblent essentiellement les *« troubles psycho-traumatiques »*, les *« troubles anxieux »*, les « *troubles dépressifs* », ainsi que les personnes atteintes de « *maladie chronique* » (tuberculose ou VIH/SIDA), *« fragilisées par la découverte de leur maladie et par les bouleversements physiques et psychologiques auxquels la maladie les confronte* » (Médecins Sans Frontières).

De même, l'organisation Médecins du Monde met en œuvre des actions dans 4 domaines prioritaires : *« - le soin aux migrants et déplacés, - la promotion de la santé sexuelle et reproductive, - la lutte contre le VIH, - et la gestion de crises et conflits ».* Les missions relèvent donc, là aussi, essentiellement du domaine psychologique.

Les aides et interventions internationales semblent ainsi délaisser les pratiques médicales autour des pathologies neuropsychiatriques chroniques et leurs prises en charge (schizophrénie, trouble de l'humeur, troubles du neurodéveloppement, épilepsie, addictions…). Actuellement. aucune politique n'est durablement mise en œuvre ou ne s'axe sur une transmission de connaissances pratiques utilisables au long cours sur le terrain. De même, la défense des droits de ces malades, régulièrement bafoués, ne semble pas être actuellement une problématique très investie.

Ces orientations sont le reflet des priorités de la communauté scientifique internationale, du fait de l'action combinée des acteurs sanitaires et associatifs du domaine, déployant préférentiellement les moyens dans le domaine des maladies infectieuses, et notamment du VIH. La recherche en santé mentale est à l'heure actuelle peu valorisée sur le plan international, et semble de ce fait désinvestie par ses spécialistes, au profit d'autres disciplines.

- **Psychiatrie intégrative**

Dans des régions comme l'Afrique de l'Ouest, les organismes supranationaux encouragent le développement d'une offre de soins commune avec les médecines traditionnelles pour combler les lacunes importantes dans les prestations de services en santé mentale (Thirthalli et al., 2016).

Tandis que peu de structures s'engagent dans une réelle collaboration, les acteurs de la psychiatrie publique en Afrique de l'Ouest ont un discours favorable à l'intégration des tradithérapies dans les soins psychiatriques « classiques », arguant parfois une position ambiguë sur le sujet. On peut en effet constater que dans la population, les représentations de la pathologie psychiatrique restent dominées par les étiologies mystiques ou d'envoûtement. « *En ce qui concerne la psychiatrie, les troubles psycho-comportementaux observés chez les patients sont attribués aux attaques des sorciers* » (Tabo, 2008).

L'externalisation de la cause reste ainsi dans ces pays le schéma explicatif dominant, et les psychiatres intègrent dans leur pratique et leur discours des éléments appartenant aux représentations traditionnelles. Si cet amalgame complexe de multiples théories peut déboucher sur des initiatives novatrices, à l'image de la collaboration étroite entre tradithérapeutes et soignants en santé mentale, cela peut également contribuer au renforcement de courants identitaires très défavorables aux patients les plus malades. Pour exemple, des psychiatres nigérians et sud-africains, bien qu'ils aient repéré des dérives majeures dans certaines structures de médecines traditionnelles et religieuses, qui de surcroît ne procurent pas de soins adaptés, invitent les systèmes médicaux « conventionnels » à collaborer avec les systèmes dits complémentaires (Gureje et al., 2015).

Sous prétexte qu'une forte proportion de personnes adhèrent au modèle explicatif traditionnel, beaucoup de psychiatres laissent une place aux thérapeutes traditionnels dans les prises en charge en santé mentale, parfois les y intégrant activement.

Recommandations de l'OMS en terme de santé mentale: en résumé

- OMS, ses principales orientations :
    - Réorienter les moyens alloués à la santé mentale vers les soins communautaires.
    - Former les agents de santé généraux aux soins de première ligne.
    - Elaboration d' un guide de formation destiné aux agents de santé communautaires, avec :
        - Des arbres décisionnels simplifiés pour l'aide au diagnostic.
        - Une liste de médicaments essentiels efficaces et plus accessibles.
- En pratique :
    - Une formation difficilement applicable sur le terrain.
    - Des aides internationales majoritairement en « one shot ».
    - Des propositions d'intégration aux systèmes médicaux « conventionnels » des systèmes traditionnels et alternatifs.

C. ONG Saint Camille de Lellis et association SMAO, exemple d'un partenariat en faveur de la promotion des soins psychiatriques de première ligne

1. L'ONG Saint Camille de Lellis, un exemple de développement d'un réseau de soins de première ligne

a) *Un maillage territorial à l'échelle de 2 états*

Initialement au Bénin, puis au Togo depuis quelques années, l'ONG SCL s'est considérablement développée afin de renforcer le maillage territorial des soins psychiatriques qu'elle propose. Son action initiale était d'apporter assistance aux malades mentaux errants pour leur besoins primaires (nourriture, hygiène…). Très rapidement a émergé la nécessité de penser et d'organiser les soins psychiatriques et d'apporter des soins à l'ensemble de la population, devant la faiblesse des structures de soins dans le pays.

Son expansion s'est faite sur ses propres fonds, en marge de la psychiatrie publique. L'ONG étant d'obédience catholique, elle a pu bénéficier à ce titre d'un appui important de l'Eglise dans ces deux pays. A partir des années 2000, les premiers centres ont été ouverts afin de recevoir les patients psychiatriques et de leur prodiguer des soins.. La construction des centres d'hospitalisation a été rendue possible grâce aux dons de plusieurs bailleurs internationaux (ONG canadiennes, françaises, italiennes, espagnoles…) et du Vatican, qui a par exemple a financé le centre d'hospitalisation de Sokodé au Togo.

- Des **« centres d'accueils »**

Fondé sur un modèle hospitalier, ils proposent un service d'hospitalisation, et peuvent accueillir à temps complet les malades mentaux (200 places environ) et organiser des consultations de suivi à la sortie d'hospitalisation.

Ils sont aux nombre de 4 au Bénin :

- Zone Sud : Avrankou-Porto Novo et Tokan-Cotonou.
- Zone Centre : Bohicon.
- Zone Nord : Djougou.

On en compte 3 au Togo :

- Zone Sud : Zooti.
- Zone Ouest Kpalimé.
- Zone Nord : Sokodé.

- **Des « centres relais »**

Très rapidement, la question de l'accessibilité géographique des soins s'est posée pour de nombreux patients et familles, habitant trop loin des centres d'accueil pour maintenir un suivi régulier. La distance et le coût généré par celle-ci a été source de nombreuses ruptures de traitement et rechutes. Bien que répartis dans différentes régions du Bénin, les 4 Centres d'Accueil restent difficiles d'accès à une grande partie de la population béninoise.

Dans une volonté d'aller vers les lieux où vivent les malades, le programme des Centres Relais s'est développé à partir de 2012. L'idée maîtresse de ce programme est de proposer des soins au plus près de la communauté, afin d'optimiser la continuité de la prise en charge, et de lutter contre la désinsertion des malades mentaux.

L'ONG SCL, dans le cadre de son partenariat avec l'association SMAO, a fait le choix d'amener une qualification psychiatrique à ces soignants qui en étaient pour la plupart dépourvue, afin d'augmenter les compétences des agents de santé en psychiatrie et de pouvoir développer ses actions.

Ce programme se rapproche en termes d'organisation du principe de sectorisation, né dans la France d'après-guerre, Il reprend également deux des principaux axes du programme OMS pour la santé mentale :

- Les soins des patients dans leur communauté.
- Une qualification psychiatrique à des structures de soins généraux en première ligne.

Afin de développer de nouvelles structures de soins à travers l'ensemble du territoire, l'ONG SCL s'est s'appuyée sur le réseau des congrégations catholiques. Ces dernières disposent dans tout le pays de dispensaires de soins en santé générale tenus par des infirmiers. Ces lieux sont en général bien repérés par la population locale qui consulte pour les problématiques somatiques.

Ce réseau s'est étendu en quelques années à la majorité du territoire béninois, et poursuit aujourd'hui son extension au Togo *(Figure 11)*. A ce jour, plus de 34 000 personnes (données de 2018) ont bénéficié des soins prodigués par l'ONG. Bon nombre de ces patients ont pu retourner dans leurs familles, reprendre leurs activités, et devenir eux même des promoteurs des soins en santé mentale.

- **Réhabilitation des patients**

Très rapidement, il est apparu aux responsables de l'ONG SCL qu'il était important de proposer des lieux de réhabilitation pour certains patients stabilisés. A ce jour, 3 centres de réhabilitation fonctionnent au Bénin, un quatrième est en voie de construction. Ces centres où l'on pratique différent métiers (boulangerie, agriculture, teinte de tissus…) sont situés à proximité des centres d'accueil.

La majorité du personnel des centres de l'ONG SCL est composée d'anciens malades stabilisés et réhabilités, qui vivent et travaillent sur place. Ils occupent des fonctions dans tous les domaines : logistique (cuisine, entretien, mécanique…), gestion (direction des centres, …), soins (infirmiers, aides-soignants). L'ONG SCL a financé les études pour plusieurs d'entre eux.

Figure 11 : Cartographie de la répartition des centres de l'ONG Saint Camille de Lellis sur l'ensemble du territoire béninois et togolais en 2019

- **Principales orientations de l'ONG SCL**

Si à ses débuts, l'ONG SCL a eu pour ambition d'œuvrer dans une dynamique de charité (recueillir les malades des rues, les laver, les nourrir…), elle a dû rapidement monter en compétences et prendre en charge les soins, notamment pour améliorer la condition des patients délirants et agités.

Faute de pouvoir amener ces patients à la consultation publique (non reçus du fait de leur insolvabilité), le fondateur de l'ONG, touchés par la cause de ces « *oubliés*», s'est mis en lien avec des psychiatres,. Par expérience et empirisme, les équipes de la SCL ont progressivement acquis des compétences dans les domaines cliniques et thérapeutiques, et ont embauché des infirmiers afin de professionnaliser et de parfaire les pratiques déjà existantes. Au Bénin et au Togo, la délégation des soins psychiatriques de première ligne qui leur est donnée (prescription et renouvellement de médicaments, …), permet l'élargissement du maillage territorial d'offre de soins. A ce jour, tous les centres d'accueil de l'ONG SCL sont ainsi dirigés par un infirmier chef soutenu par un ou deux autres infirmiers et des aides-soignants.

Pour l'instant, l'ONG ne possède aucun médecin psychiatre salarié. Les Centres d'Accueils béninois sont inspectés une fois par an par une commission du ministère de la santé dirigée par des psychiatres universitaires. Cette inspection a pour but d'évaluer le niveau des diagnostics et des thérapeutiques mis en place par les infirmiers des centres.

- **Financement des soins et tarif prodigués par l'ONG SCL**

La somme demandée aux patients pour assurer les consultations et la délivrance des traitements pour le mois repose sur un tarif forfaitaire. Ce prix est identique pour tous les patients, quel que soit la pathologie, le nombre de traitements prescrits ou la durée des hospitalisations lorsque celles-ci sont nécessaires. Le reste des financements nécessaires au fonctionnement de l'ONG est obtenu par des dons privés, nationaux et internationaux.

Comparativement aux autres lieux de soins, ces prix sont excessivement bas : de l'ordre de 3 euros par mois, soit environ 2000 fCFA (Franc de la Communauté Financière Africaine) pour les consultations et le traitement mensuel. Ils sont de l'ordre de 7,5 euros (5000 fCFA) pour une hospitalisation et les traitements utilisés au cours de celle-ci. Ce faible coût permet aux patients de poursuivre leurs traitements au long court. Pour ceux qui ne peuvent pas payer ce minimum, les soins sont parfois délivrés gratuitement.

Les prix des prestataires étatiques de soins sont beaucoup plus élevés. On estime la consultation avec un médecin spécialiste au CNHU de Cotonou à un prix affiché en 2019 à 5000 fCFA (7,5 euros). Concernant les traitements, d'après le catalogue des prix de cession de la CAME (Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux, au Bénin) de 2019, le prix d'un traitement générique quotidien revient en moyenne à 10% du salaire minimum journalier. Pour rappel, le revenu mensuel brut par habitant en 2016 était estimé par la Banque mondiale à un peu plus de 40000 fCFA (approximativement 65 euros), avec environ 1/3 de béninois vivant en dessous du seuil de pauvreté en milieu urbain. En milieu rural, presque tous les béninois sont en dessous du seuil de pauvreté, beaucoup ayant une économie uniquement subsidiaire .

ONG SCL et développement d'un réseau de soins psychiatriques de première ligne : en résumé

- Une offre de soins ambulatoire et hospitalière.
- Un important maillage territorial.
- Une accessibilité financière et géographique.
- Un modèle pour répondre aux besoins primaires de la population psychiatrique.

2. La formation SMAO, un exemple de formation psychiatrique simplifiée pour des soins de première ligne :

a) *Naissance de la collaboration entre l'ONG SCL et la SMAO*

- **Bilan initial**

La SMAO est une association à but non lucratif essentiellement constituée d'internes et de médecins psychiatres. Elle a pour principales missions la formation en psychiatrie des agents de santé de première ligne~~,~~ et un appui dans le développement des systèmes de soins. Ponctuellement, elle apporte également une aide financière en soutien à certains projets (financement d'un bâtiment, …).

La première étape de la collaboration entre l'ONG SCL et la SMAO a duré trois ans. Plusieurs séjours sur le terrain pendant cette période ont permis d'avoir une connaissance du terrain, du fonctionnement de l'ONG SCL. Ces différents voyages ont permis dresser un bilan initial de la situation afin d'élaborer un programme de formation aux agents de santé.

L'état des lieux dressé par SMAO concernant l'ONG SCL relevait :

Points positifs :

- L'ONG est bien repérée par les populations comme un lieu de soins psychiatriques.
- Une organisation de suivis des patients repose sur un mode se rapprochant des CMP
- Une grande réactivité et capacité à faire diffuser des changements.
- Un véritable savoir-faire dans l'abord et la prise en charge des malades psychiatriques.
- Une accessibilité financière et une modicité des soins, gratuits pour les malades des rues et les indigents.
- Des protocoles thérapeutiques d'urgence opérants.
- Des prises en charge au long cours des psychoses chroniques et des épilepsies satisfaisantes.
- Une place donnée aux malades rétablis au sein de l'institution.
- Une lutte continue contre les préjugés et croyances entourant la maladie mentale.
- Une réelle volonté et une implication à toute épreuve auprès des patients psychiatriques.

Points à améliorer :

- Une absence de référentiel théorique clairement identifié.
- Un défaut d'harmonisation des dossiers entre les différents centres.
- Des difficultés dans le repérage des diagnostics, et des concepts de « Dépression », de « Trouble bipolaire », et de « schizophrénie » mal établis par les soignants.
- Une accessibilité géographique à parfaire.
- Une absence de solutions d'aval pour les malades les plus sévères, ou les plus isolés socialement.

- **Référentiel théorique de départ**

Aucun référentiel diagnostic n'était clairement identifié au sein de l'ONG SCL pour le repérage et le diagnostic des troubles mentaux. Un vocabulaire sémiologique complexe était utilisé de manière peu cohérente, que ce soit sur le plan clinique ou dans la démarche thérapeutique. Pour exemple, une très grande partie des observations relevaient des descriptions sémiologiques de type « *hallucinations visuelles*», «*paranoïaque* », « *hystérie* », …. qui étaient utilisées de manière parfois abusive et non justifiée.

Les terminologies étant différentes entre chaque soignant et entre chaque centre. En l'absence d'un langage commun, la compréhension de la pathologie du patient en était parfois fortement affectée, notamment lorsque celui-ci sortait d'hospitalisation d'un centre d'accueil pour partir en consultation dans un centre relais. L'expression par un patient d'une plainte de type « *je vois les ancêtres la nuit* », pouvait être interprétée, en fonction des soignants, comme une hallucination, un cauchemar, ou de simples préoccupations…

Il a fallu ainsi aux membres de SMAO et de la SCL de nombreux échanges pour repérer quels étaient les points communs et les différences dans l'interprétation des signes cliniques observables et de la parole des patients et de leur famille. Comme nous le verrons ultérieurement, la construction de l'outil commun (Fiche SMAO) a nécessité plusieurs tentatives, et des améliorations successives pour aboutir en 2018, à une fiche qui semble satisfaire l'ensemble des intervenants de terrain, et dont l'évaluation est l'objet central de ce travail de thèse.

b) *Mise en place de la formation SMAO*

- **Plan d'action**

Une fois l'état des lieux réalisé, un plan d'action a été rédigé avec la mise en place d'un programme de formation sur 5 ans (2015-2020), après validation par la direction de l'ONG SCL.

Objectifs du plan d'action:

- Accompagnement par la SMAO du programme des Centres Relais.
- Doter l'ONG SCL d'un référentiel théorique commun standardisé :
    - Fiche de recueil diagnostique (Fiche SMAO).
    - Guide clinique thérapeutique SCL-SMAO.
- Etablir des catégories diagnostiques simplifiées afin de :
    - Mieux repérer la Dépression.
    - Intégrer le concept de Trouble Bipolaire.
    - Améliorer la capacité de discrimination entre les différents troubles mentaux.
    - Améliorer les prescriptions au long cours.
- Mettre en place une formation théorique annuelle.
- Structurer la formation pratique (co-consultations).
- Mettre en place un groupe Whats App® de formation continue.

c) *Mise en place de la formation SMAO*

- **Modèle organisationnel de la formation aux agents de santé mentale de l'ONG**

La formation est donnée à l'ensemble des soignants de l'ONG SCL. Celle-ci a débuté en 2015, et depuis se déroule annuellement. L'un des principaux objectifs de cet enseignement est d'homogénéiser les pratiques au sein de chacun des centres, et de donner à chaque soignant une base et des compétences théoriques et pratiques psychiatriques.

Le public ciblé par la formation est l'ensemble des soignants de la SCL travaillant dans les centres béninois et togolais. Ce sont tous des infirmiers diplômés d'état ayant reçu un enseignement en soins généraux. Aucun n'a la spécialisation en soins infirmiers psychiatriques, qui existe encore en Afrique de l'Ouest, *a contrario* de la France, et qui requiert 2 années d'études supplémentaires.

Cette formation se déroule en 2 temps, une première partie théorique, une seconde pratique. Le coût de l'ensemble de ces enseignements, comprenant la location de la salle, les déplacements sur place, les frais sur place des volontaires, les impressions des fiches, les frais de venue et de restauration des agents de la SCL assistant à la formation, s'effectue sur un budget moyen qui se situe entre 10 000 et 13 000 euros par an.

- **La formation théorique :**

Ce temps réunit l'ensemble du personnel soignant de l'ONG sur une journée chaque année. Cela permet d'assurer la formation continue pour l'ensemble du personnel, mais également de rencontrer l'ensemble des acteurs participant aux soins des malades pris en charge dans l'ONG. Ceux-ci sont souvent très éloignés les uns des autres, et n'ont que peu d'occasions de se retrouver et de discuter de leurs objectifs communs et de leur travail en réseau.

-Cours magistraux :

La première partie de la journée se présente sous forme de cours magistral, avec un support visuel rétroprojeté à l'ensemble de la salle. A cette occasion, les formateurs de SMAO, médecins psychiatres, reprennent la bonne compréhension et utilisation du guide que nous détaillerons ci-après : repérage des symptômes clefs permettant une démarche diagnostique, utilisation des protocoles de traitement…

Ce temps est également dédié à reprendre la méthode d'utilisation de la fiche diagnostique, afin de simplifier la démarche diagnostique des soignants. Des cas cliniques sous forme de questionnaire à choix multiples (QCM) sont proposés à l'ensemble des soignants, afin de s'assurer de leur bonne compréhension des enseignements.

-Cas cliniques et échanges de pratiques :

Lors de la deuxième partie de la formation, les soignants de l'ONG sont séparés en deux groupes.

Le premier est constitué des soignants les plus anciens et les plus expérimentés dans les soins psychiatriques. Ils se concentrent ainsi sur des problématiques psychiatriques plus complexes, comme les questionnements autour des comorbidités, de situations cliniques difficiles, etc….

Le deuxième groupe concerne les agents de santé plus novices. Il y est repris de manière plus individualisée et approfondie la compréhension et l'utilisation de la fiche diagnostique et du guide, les points importants à repérer, les attitudes à adopter auprès des malades ...

- **Formation pratique**

Celle-ci consiste en des co-consultations sur le terrain, à un rythme moyen de trois à quatre fois par an. Elles sont effectuées par des équipes de psychiatres et internes de psychiatrie volontaires, venus de toute la France.

Chaque équipe de formation est dirigée par un formateur expérimenté se rendant très régulièrement au Bénin et au Togo, qui connait bien le terrain et maîtrise la fiche SMAO. C'est ce formateur expérimenté qui co-consulte avec l'infirmière du Centre-Relais. Il assure également l'encadrement des autres volontaires SMAO se rendant pour les premières fois dans le pays. L'ensemble des psychiatres et internes en psychiatrie qui participent aux séjours reçoivent tous une formation préalable à l'utilisation de la fiche et du guide SMAO.

Pendant la durée des entretiens de la journée de formation pratique, un formateur reste auprès de l'infirmier recevant les patients. Sa mission première est de s'assurer de la compréhension de la fiche et de la bonne utilisation du guide. Le rôle principal du psychiatre SMAO n'est pas d'être le médecin des patients, mais plutôt d'être le formateur de l'infirmier. Pour autant, les passages réguliers permettent de superviser les dossiers, de voir et revoir les cas difficiles, ou ceux qui ont posé question à l'infirmier du centre. A la fin de la journée de consultations, sont repris avec l'infirmier les points forts de ses prises en charge, ainsi que ceux qui méritent d'être consolidés.

Ces journées sont souvent denses en raison du nombre important de consultations. Certains centres reçoivent en effet plus de 200 patients en une journée uniquement pour la consultation psychiatrique. Chaque Centre d'Accueil et Centre Relais sera visité au moins une fois par an par les formateurs de SMAO.

- **Formation continue Whats App**

Un groupe Whats App a également été créé, comprenant l'ensemble des agents de santé de l'ONG SCL ainsi que les formateurs SMAO expérimentés *(Figure 12)*. Chaque soignant peut ainsi à tout moment demander de l'aide, poser des questions, faire part de la problématique d'un de ses patients. Ainsi l'ensemble des soignants ont accès à la réponse faite, et peuvent participer aux échanges au sein du groupe. Il voit naitre des questionnements de plus en plus complexes sur les pathologies mentales, témoin du gain d'expérience et de l'avancée dans la réflexion des soignants vis-à-vis des troubles mentaux.

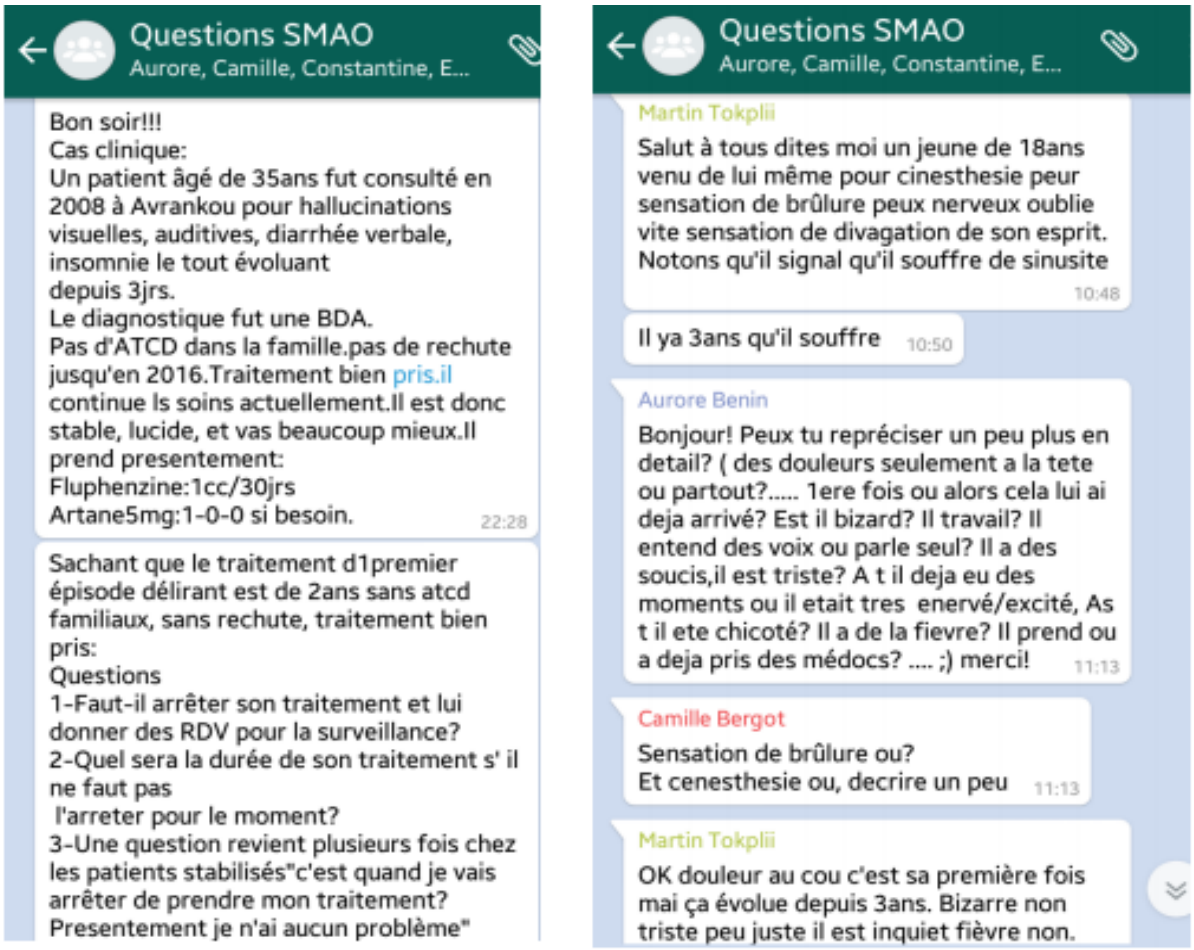


Figure 12 : Exemple d'échanges au sein du groupe « Questions SMAO » entre des formateurs SMAO et des soignants de l'ONG SCL

Une formation en psychiatrie simplifiée, exemple de la formation SMAO, en résumé :

- Un état des lieux communs préalable entre l'ONG SCL et la SMAO.
- Création de la fiche et du guide SMAO :
  - Mise en place d'un référentiel théorique commun.
  - Utilisation de catégories diagnostiques simplifiées.
  - Harmonisation des pratiques.
- Formations SMAO à destination des infirmiers SCL (CA et CR) :
  - Une formation théorique brève.
  - Une formation pratique régulière via des co-consultations.
  - Une formation continue accessible à tous.

d) *Contenu des supports d'enseignements : la fiche SMAO et son guide pratique*

- **Informations générales sur l'outil**

-Fiche SMAO

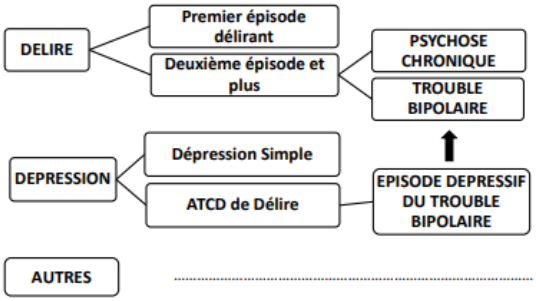
La fiche SMAO est un outil simplifié de recueil de données psychiatriques. Elle se veut être facile d'utilisation, reproductible, fiable, sensible et spécifique dans la détection et la discrimination des pathologies psychiatriques chroniques et sévères prioritaires en termes de santé publique. Revue plusieurs fois, elle s'axe sur les symptômes cliniques cardinaux communs retrouvés dans chacune des pathologies explorées, tout en s'adaptant aux spécificités et expressions locales.

-Guide en soins psychiatriques primaires SMAO

Le guide pratique en soins primaires psychiatrique est la notice explicative pour l'utilisation de la fiche diagnostique. La première version de celui-ci a été créée en 2014. C'est une base d'enseignement simplifié s'adressant à un public de soignants paramédicaux de première ligne. Il est constitué d'une 30aine de diapositives résumant les points essentiels de chaque diagnostic utilisé, ainsi que des protocoles de prise en charge thérapeutique à appliquer selon chaque diagnostic. Il utilise les thérapeutiques accessibles sur le terrain afin de permettre l'accès aux soins au plus grand nombre.

Le guide cible les populations souffrant de pathologies psychiatriques sévères et chroniques. Celui-ci a été à plusieurs reprises modifié en fonction des remarques et observations faites sur le terrain. Il s'agit d'un support dans l'utilisation de la fiche et d' une aide à l'orientation diagnostique et thérapeutique *(Figure 13)*.

Hypothèse Diagnostique (Entourez votre Diagnostic)



La patiente est enceinte OU allaite un bébé : **O / N**

A déjà fait des allergies à des médicaments : O / N (lequel .....)

TRAITEMENT **que vous prescrivez :** *Voir obligatoirement Fiche Protocole*
Attention au poids et à l'âge (ajustez les doses !)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS PSYCHIATRIE (V.2018)

N° DOSSIER : .....

Nom et Prénoms .....

Fils de .....

Et de .....

Entrée le .....

Domicile .....Région.....

Age.....Sexe.....Ethnie.....Religion.....

Profession .....Situation.....

Personne à prévenir en cas de besoin.....

Contexte de la consultation

Il est venu seul à la consultation : **O / N**
Il ne voulait pas venir, c'est son entourage qui l'a forcé à venir : **O / N**
Il arrive attaché ou menotté : **O / N**

Poids..... **Température**.....**TA**.....

Fait actuellement OU A déjà fait (ENTOUREZ **O** SI C'EST OUI ET **N** SI C'EST NON)

A déjà été enchaîné, chicoté, ou bastonné **O / N**

Parle en désordre : **O / N**

Fait des choses bizarres **O / N**

Prend la voie, part en brousse **O / N**

Collecte les objets, les vêtements ou les déchets **O / N**

Très sale **O / N**

Se met nu **O / N**

Rit tout seul **O / N**

Parle ou répond à des gens qui n'existent pas **O / N**

Insulte ou frappe **O / N**

Parle beaucoup **O / N**

Fait beaucoup de va et vient **O / N**

Pense qu'il est très important, se prend pour Dieu ou le président par exemple **O / N**

Refuse de s'alimenter **O / N**

Ne dort pas et ne tient pas en place la nuit **O / N**

Pas en joie ou pleure **O / N**

A du mal à s'endormir ou se réveille souvent car pense beaucoup aux soucis **O / N**

Moins d'envie de faire ce qu'il aime d'habitude **O / N**

Pense au suicide ou a déjà essayé de se tuer **O / N**

Très inquiet, beaucoup de peurs, stressé **O / N**

Se plaint beaucoup de douleurs dans le corps **O / N**

Sent des insectes ou des fourmillements ou quelque chose qui bouge dans le corps **O / N**

Sent le feu, ou l'électricité, ou du froid dans le corps **O / N**

Pense que quelqu'un lui en veut (famille ou voisin) **O / N**

Autres signes que vous observez :

A quel âge il a été malade pour la première fois : .....

☐ **Premier Episode** (malade depuis moins de 2 ans)

☐ **Rechute** (la maladie part et revient OU est malade depuis plus de 2 ans)

Si c'est une rechute, entre les rechutes :

- Le patient s'est totalement retrouvé, a retravaillé et fait ses activités quotidiennes **O / N**
- Le patient est resté « bizarre » **O / N**

Autres antécédents personnel et familiaux

La maladie mentale existe dans la famille **O / N**

Le patient souffre-t-il d'autres maladies ? .....

Le patient a déjà eu un coma (après un choc sur la tête ou une fièvre...) **O / N**

Le patient consomme des drogues **O / N** (laquelle .....)

Le patient consomme beaucoup d'alcool **O / N**

Est-ce qu'il s'est passé quelque chose dans la famille, l'entourage ou au travail lorsque la maladie a débuté (deuil, séparation, conflit) ?

.....

.....

Figure 13 : Fiche SMAO de renseignements psychiatriques et d'aide au diagnostic clinique et d'orientation à la prise en charge des malades mentaux.

- **Recueil des données du patient et contexte de la consultation**

La première partie de l'outil est consacrée au recueil des données personnelles (identité, âge, adresse, personne à prévenir en cas de besoin...).

La prise en compte du contexte de consultation est demandée. Celui-ci oriente souvent sur la pathologie sous-jacente présentée par le patient. En effet, un patient enchainé sera probablement un patient délirant et agité, contrairement à un patient venant seul de son propre gré *(Figure 14)*. Cette simple observation aide souvent les soignants à orienter leur examen clinique et leur diagnostic.

Contexte de la consultation

Il est venu seul à la consultation : **O / N**
Il ne voulait pas venir, c'est son entourage qui l'a forcé à venir : **O / N**
Il arrive attaché ou menotté : **O / N**

Figure 14 : Extrait de la fiche SMAO traitant du contexte de la consultation

Pour chaque patient un recueil des constantes est attendu (poids, température, tension artérielle…), afin de pouvoir éliminer des pathologies non psychiatriques (étiologie infectieuse…).

Les ATCD médicaux, chirurgicaux, obstétriques et traumatiques sont également recherchés.

- **Recueil des signes cliniques et démarche diagnostique**

-Recueil sémiologique par colonnes

La première partie de la fiche SMAO est constituée d'un recueil de signes cliniques classés en 2 colonnes. La première regroupe des signes de délire, la deuxième ceux de dépression.

Les soignants doivent entourer à l'aide de leurs observations et de l'interrogatoire du patient et/ou de sa famille si Oui (O) ou Non (N) la personne en consultation présente ou a présenté les divers symptômes de la liste. Les différents symptômes constituant la fiche ont été sélectionnés au cours des consultations sur le terrain et des échanges avec les soignants de l'ONG SCL.

Ce choix a été fonction de l'ensemble des signes cliniques présentés à l'identique par les patients consultant de manière empirique, s'appuyant sur les critères cliniques précédemment utilisés en psychiatrie à des fins diagnostiques. Chaque item a été intégré dans la fiche s'il se démarquait pour son apport clinique, sa pertinence, sa sensibilité et sa spécificité pour les pathologies ciblées.

L'intégralité des 2 colonnes doit être remplies dans la mesure du possible. Cette partie est présentée sous forme de colonne afin de classer d'un côté les signes cliniques évocateurs de délire, de l'autre ceux de la dépression.

-La colonne « délire »

La première colonne représente l'ensemble des signes objectivables dans la clinique du délire. Pour exemple, on y retrouve des signes de délire « parle ou répond à des gens qui n'existent pas », « se prend pour dieu », des signes de désorganisation « collecte les déchets »... Les 4 premiers items présents dans l'encadré sont des items « très spécifiques du délire » *(Figure 15).*

A déjà été enchaîné, chicoté, ou bastonné **O / N**

Parle en désordre : **O / N**

Fait des choses bizarres **O / N**

Prend la voie, part en brousse **O / N**

Figure 15 : Extrait de la fiche SMAO, encadré représentant 4 informations à recueillir très spécifique de la présence d'un trouble délirant

-La colonne « dépression »

La deuxième colonne, permet le recueil diagnostic des signes de dépression. Pour exemple, on y retrouve les éléments de tristesse de l'humeur « pleure beaucoup », « pense beaucoup aux soucis », les idées suicidaires, …

Cette colonne prend en compte à la fois les symptômes communs de dépression en association aux spécificités d'expressions cliniques locales, notamment pour les 4 derniers items *(Figure 16).*

Se plaint beaucoup de douleurs dans le corps **O / N**

Sent des insectes ou des fourmillements ou quelque chose qui bouge dans le corps **O / N**

Sent le feu, ou l'électricité, ou du froid dans le corps **O / N**

Pense que quelqu'un lui en veut (famille ou voisin) **O / N**

Figure 16 : Extrait de la fiche SMAO : Items correspondant à des expressions symptomatiques de la dépression avec une connotation culturelle retrouvée communément en pratique clinique chez la population Béninoise et Togolaise.

-Discrimination entre délire et dépression

La partie de l'outil diagnostic permettant la discrimination entre le délire et la dépression est probablement celle qui a le plus été modifiée au cours des années. Les principaux éléments médicaux des pathologies délirantes et dépressives communs aux populations, présents ou absents, y sont répertoriés et organisés par colonnes *(Figure 17).*

Pour pouvoir poser le diagnostic de délire, il faut avoir obtenus beaucoup de « OUI » dans la première colonne. *A contrario*, si l'on obtient beaucoup de « OUI » dans la deuxième colonne, alors on s'orientera vers un diagnostic de dépression. Dans le cas où l'on obtient beaucoup de « OUI » dans les 2 colonnes, il est considéré que la présence de symptômes du délire atteste d'une pathologie délirante sous-jacente, peu importe les réponses faites dans la colonne B.

De même, la présence de 3 « OUI » ou plus dans l'encadré présent au début de la colonne délire orientera systématiquement vers une pathologie délirante, comme cela est illustré par la figure 15, se trouvant sur la page précédente.

Fait actuellement OU A déjà fait (ENTOUREZ **O** SI C'EST OUI ET **N** SI C'EST NON)

A déjà été enchaîné, chicoté, ou bastonné **O / N**

Parle en désordre : **O / N**

Fait des choses bizarres **O / N**

Prend la voie, part en brousse **O / N**

Collecte les objets, les vêtements ou les déchets **O / N**

Très sale **O / N**

Se met nu **O / N**

Rit tout seul **O / N**

Parle ou répond à des gens qui n'existent pas **O / N**

Insulte ou frappe **O / N**

Parle beaucoup **O / N**

Fait beaucoup de va et vient **O / N**

Pense qu'il est très important, se prend pour Dieu ou le président par exemple **O / N**

Refuse de s'alimenter **O / N**

Ne dort pas et ne tient pas en place la nuit **O / N**

Pas en joie ou pleure **O / N**

A du mal à s'endormir ou se réveille souvent car pense beaucoup aux soucis **O / N**

Moins d'envie de faire ce qu'il aime d'habitude **O / N**

Pense au suicide ou a déjà essayé de se tuer **O / N**

Très inquiet, beaucoup de peurs, stressé **O / N**

Se plaint beaucoup de douleurs dans le corps **O / N**

Sent des insectes ou des fourmillements ou quelque chose qui bouge dans le corps **O / N**

Sent le feu, ou l'électricité, ou du froid dans le corps **O / N**

Pense que quelqu'un lui en veut (famille ou voisin) **O / N**

Autres signes que vous observez :

Figure 17 : Extrait du guide SMAO : notice explicative des colonnes permettant le recueil des signes cliniques ayant été présentés par le patient permettant la discrimination entre délires et dépression.

-Recherche des ATCD en cas de diagnostic de « dépression »

Lorsque le diagnostic de dépression est posé, il est demandé aux soignants de bien vérifier l'existence d'antécédents de troubles psychiatriques.

Si le patient déprimé a présenté par le passé des symptômes de la première colonne, *a fortiori* si ceux-ci se trouvent dans l'encadré initiant la première colonne, on s'oriente alors vers une pathologie délirante.

Si le patient n'a jamais présenté les symptômes de la colonne A qui recherche les signes du délire, alors on s'orientera vers le diagnostic de dépression simple.

- **Recherche et évaluation des antécédents d'épisodes de maladie mentale**

L'intérêt de cette partie est de connaitre la durée d'évolution de la maladie. Concernant les épisodes délirant, il s'agit de pouvoir déterminer si le patient connait son premier épisode, ou si celui-ci a déjà connu plusieurs rechutes de sa pathologie psychiatrique. Cette recherche de l'existence d'épisodes antérieurs permet d'orienter le diagnostic soit vers un premier épisode isolé, soit vers une pathologie d'évolution plus chronique *(Figure 18).*

A quel âge il a été malade pour la première fois : .....

☐ **Premier Episode** (malade depuis moins de 2 ans)

☐ **Rechute** (la maladie part et revient OU est malade depuis plus de 2 ans)

Figure 18 : extrait de la fiche SMAO : Items correspondant à la recherche des ATCD psychiatriques du patient et au mode d'évolution de la maladie

L'exploration de la situation des patients entre les rechutes et l'existence de périodes d'intercurrence est également recherchée *(Figure 19)*.

Le diagnostic sera ainsi plus aisément orienté vers un trouble de l'humeur de type bipolarité si le patient présente des intervalles de pathologies asymptomatiques, avec un fonctionnement antérieur identique à celui présenté avant le début des troubles .

Le diagnostic de psychose chronique, quant à lui, sera plus volontiers suspecté en l'absence d'intervalles sains ou en l'absence de restauration complète du patient, ou en présence de symptômes résiduels.

Si c'est une rechute, entre les rechutes :

- Le patient s'est totalement retrouvé, a retravaillé et fait ses activités quotidiennes O / N
- Le patient est resté « bizarre » O / N

Figure 19 : extrait de la fiche SMAO : Items correspondant à la recherche du niveau de fonctionnement du patient pendant les intervalles libres de la maladie mentale délirante d'évolution chronique

- **Formulation des hypothèses diagnostiques**

Un arbre décisionnel est proposé au dos de la fiche de renseignements psychiatriques, auquel on peut répondre à partir des données précédemment recueillies *(Figure 20)*.

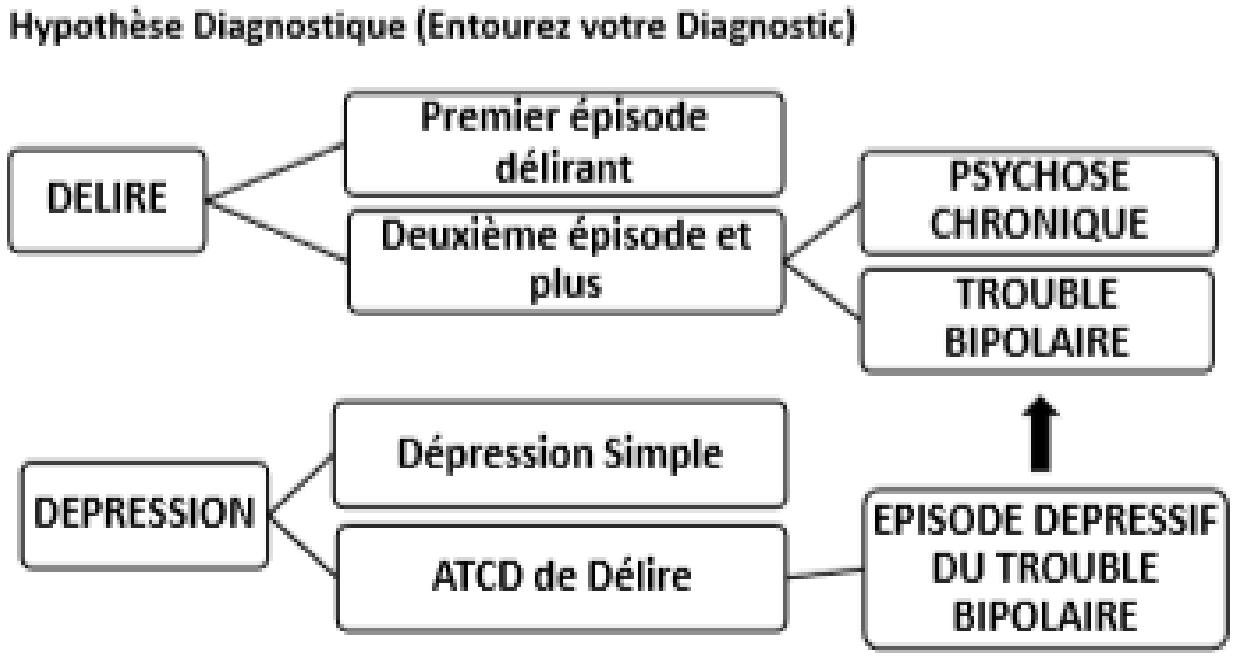


Figure 20 : extrait de la fiche SMAO : Arbre décisionnel des diagnostics psychiatriques de première ligne en soins primaires

Démarche clinique et arbre décisionnel : en résumé

- Une démarche simplifiée par un recueil de symptômes sous forme d'un questionnaire systématisée.
- Un repérage facilité des grandes entités pathologiques psychiatriques.
- Une recherche des ATCD et des facteurs pouvant influencer la clinique.
- Un arbre décisionnel très simplifié afin de limiter les potentielles erreurs diagnostiques graves pouvant impacter les prises en charges proposées au décours.

- **Application de protocoles thérapeutiques**

-Choix des traitements médicamenteux utilisés

En fonction de la pathologie ciblée, plusieurs protocoles ont été préétablis. Ils ont été rédigés avec le souci d'utiliser des médicaments disponibles sur le terrain, afin de pouvoir proposer des soins de base standardisés cohérents.

Le choix s'est porté sur les molécules accessibles financièrement et disponibles de manière pérenne sur le territoire. Ils font partie des molécules essentielles figurant sur le catalogue de l'OMS.

Au total, l'ONG Saint Camille de Lellis utilise 6 traitements pour la psychiatrie :

- 3 neuroleptiques : halopéridol - HALDOL®, chlorpromazine - LARGACTIL® et fluphénazine décanoate - MODECATE® (neuroleptique retard injectable).
- 1 correcteur anticholinergique : trihexyphénidyle - ARTANE®
- 1 antidépresseur : amitriptyline - LAROXYL®
- 1 thymorégulateur : carbamazépine - TEGRETOL® (également utilisé comme antiépileptique).

-Traitement du « délire »

Les soignants sont formés à délivrer de manière protocolisée les neuroleptiques ainsi que le correcteur anticholinergique.

Pour chacune des pathologies délirantes sont expliquées les différentes possibilités de maniement des molécules utilisées *(Figure 21)*. Le protocole thérapeutique permet, au décours des épisodes de décompensation aiguë de la pathologie délirante, de moduler les traitements en fonction de l'état ou de la pathologie du patient.

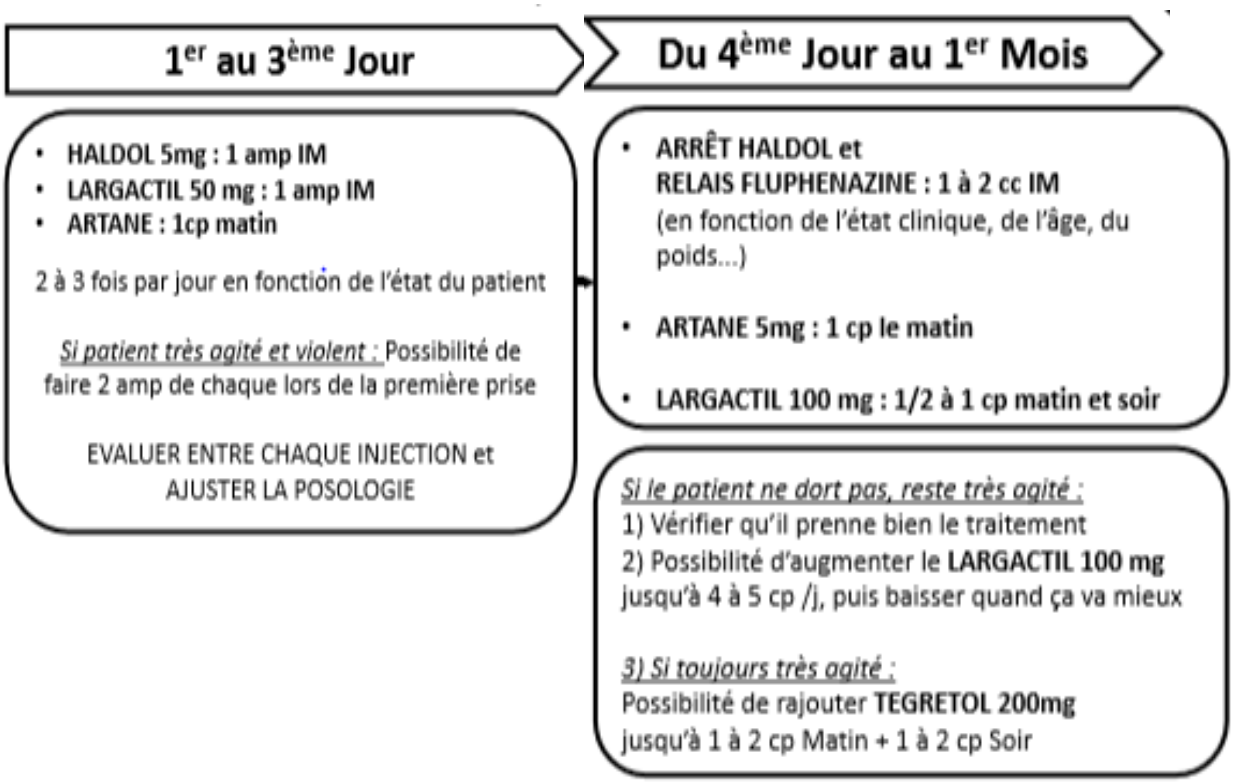


Figure 21 : extrait du guide clinique et thérapeutique concernant le protocole « de crise » du délire

-Traitement de l'épisode dépressif

De même que pour l'épisode délirant, la formation détaille les modalités d'utilisation des molécules agissant sur les troubles de l'humeur, ainsi que de leur utilisation en fonction de la pathologie psychiatrique du patient (dépression simple versus épisode dépressif du trouble bipolaire.)

-Surveillance des traitements et effets secondaires

Des conseils de surveillance des médicaments prescrits ainsi que des principaux effets secondaires potentiels sont donnés et exposés dans le guide afin d'y sensibiliser les soignants *(Figure 22)*.

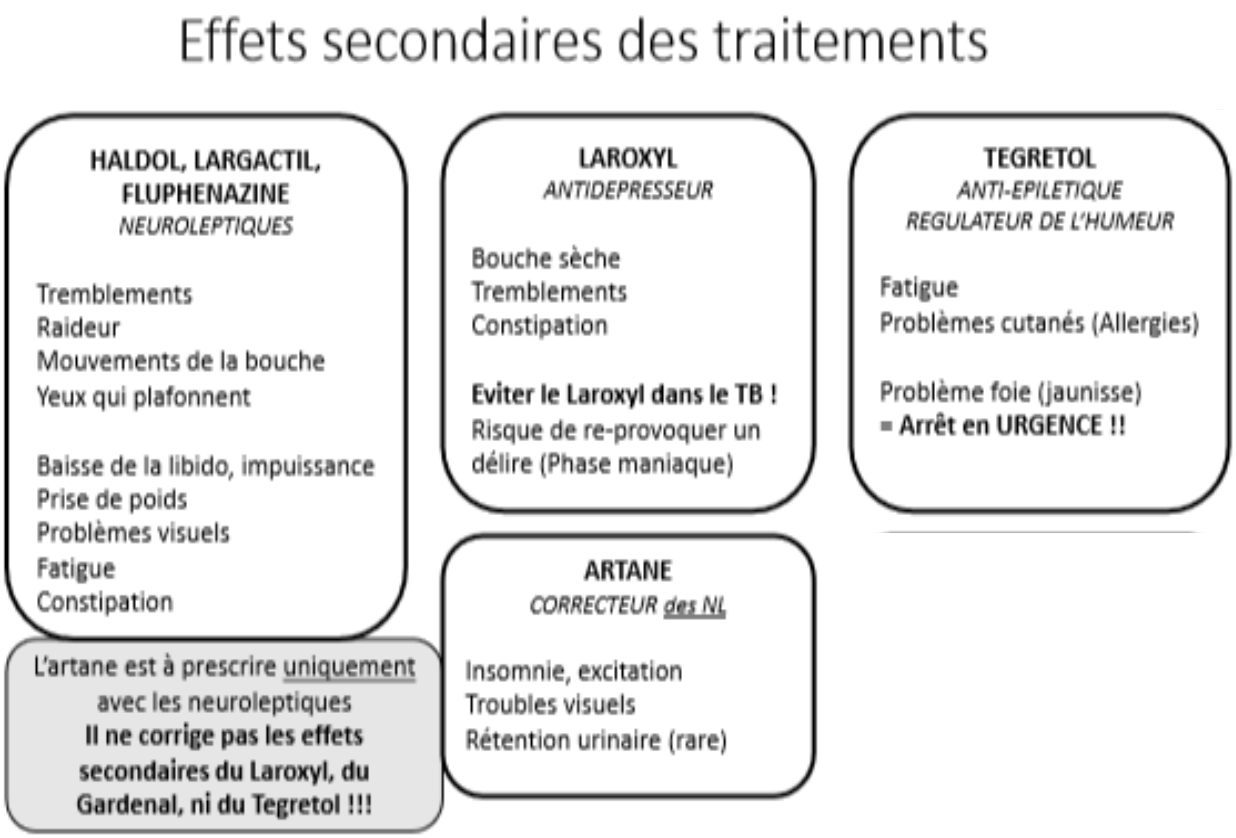


Figure 22 Extrait du guide SMAO traitant des effets secondaire des molécules utilises à l'ONG dans les troubles psychiatriques

Thérapeutiques prescrites à l'ONG : en résumé

- Une démarche médicamenteuse simplifiée et protocolisée par diagnostics.
- Un faible nombre de molécules utilisées, appartenant aux médicaments essentielles de l'OMS.
- Une surveillance clinique des principaux effets secondaires.

II. Hypothèse et objectifs de l'étude

- **Hypothèse**

L'utilisation d'une formation simplifiée permet l'apport de compétences cliniques et thérapeutiques en adéquation avec les besoins sanitaires de la population pour les soins psychiatriques de première ligne.

- **Objectifs**

-L'objectif principal de cette étude est l'évaluation de la fiche SMAO, utilisée comme outil de formation simplifiée en soins psychiatriques, lors des enseignements dispensées par l'association SMAO à destination des agents de santé mentale de première ligne de l'ONG SCL au Bénin et au Togo. L'une des principales données étudiées est la concordance diagnostique et thérapeutique entre les formateurs (médecins psychiatres de l'association SMAO) et les agents de santé mentale de première ligne.

-Les objectifs secondaires de cette étude sont de décrire :

- La population consultant dans les centres de l'ONG SCL au Bénin et au Togo.
- Les représentations vis-à-vis de la maladie mentale rapportées par les soignants avant et après la formation par la SMAO.
- Les raisons ayant amené les soignants à travailler auprès des malades mentaux.
- Le taux de maltraitance lié à la pathologie psychiatrique avant et après la prise en charge psychiatrique.

III. Matériels et méthodes de l'enquête

A. Schéma de l'étude

L'enquête a été menée lors d'un séjour de formation SMAO, entre le 20 Octobre et le 3 Novembre 2018, sur les centres béninois et togolais visités par l'association. La formation a été conduite par une équipe composée de 2 psychiatres, 3 internes en psychiatrie (dont je fais partie) et 1 externe en médecine.

L'ensemble des données a été collecté par différentes méthodes, prenant en compte des données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Ce sont les psychiatres formateurs présents lors du séjour qui ont recueilli l'ensemble des informations concernant les questionnaires de l'étude. Ils avaient tous reçu une formation brève concernant les enseignements et les compétences à transmettre aux agents locaux, ainsi que des recommandations standardisées pour collecter les différentes informations nécessaires au bon déroulement de l'étude.

- **Questionnaire portant sur les concordances diagnostiques et thérapeutiques brutes entre soignants de la SCL et formateurs SMAO**

Afin de répondre à la question posée et d'évaluer l'efficacité de la fiche SMAO comme outil de formation simplifiée, cette étude observationnelle descriptive transversale a été conduite dans 14 centres répartis sur l'ensemble du territoire béninois et togolais *(Figure 23).* Ces centres, qui appartiennent à l'ONG SCL, comportent 11 centres relais (consultations) et 3 centres d'accueils (hospitalisation et consultations).

Le « **questionnaire patient** », permettait lors des co-consultations, de recueillir les informations sur les patients qui consultaient pour la maladie mentale, et d'évaluer les réponses diagnostiques et thérapeutiques des soignants.

Les agents de santé mentale menaient la consultation et remplissaient la « fiche SMAO » comme à leur habitude; le formateur notait ses éventuelles corrections dans un second temps, afin de ne pas influencer les résultats.

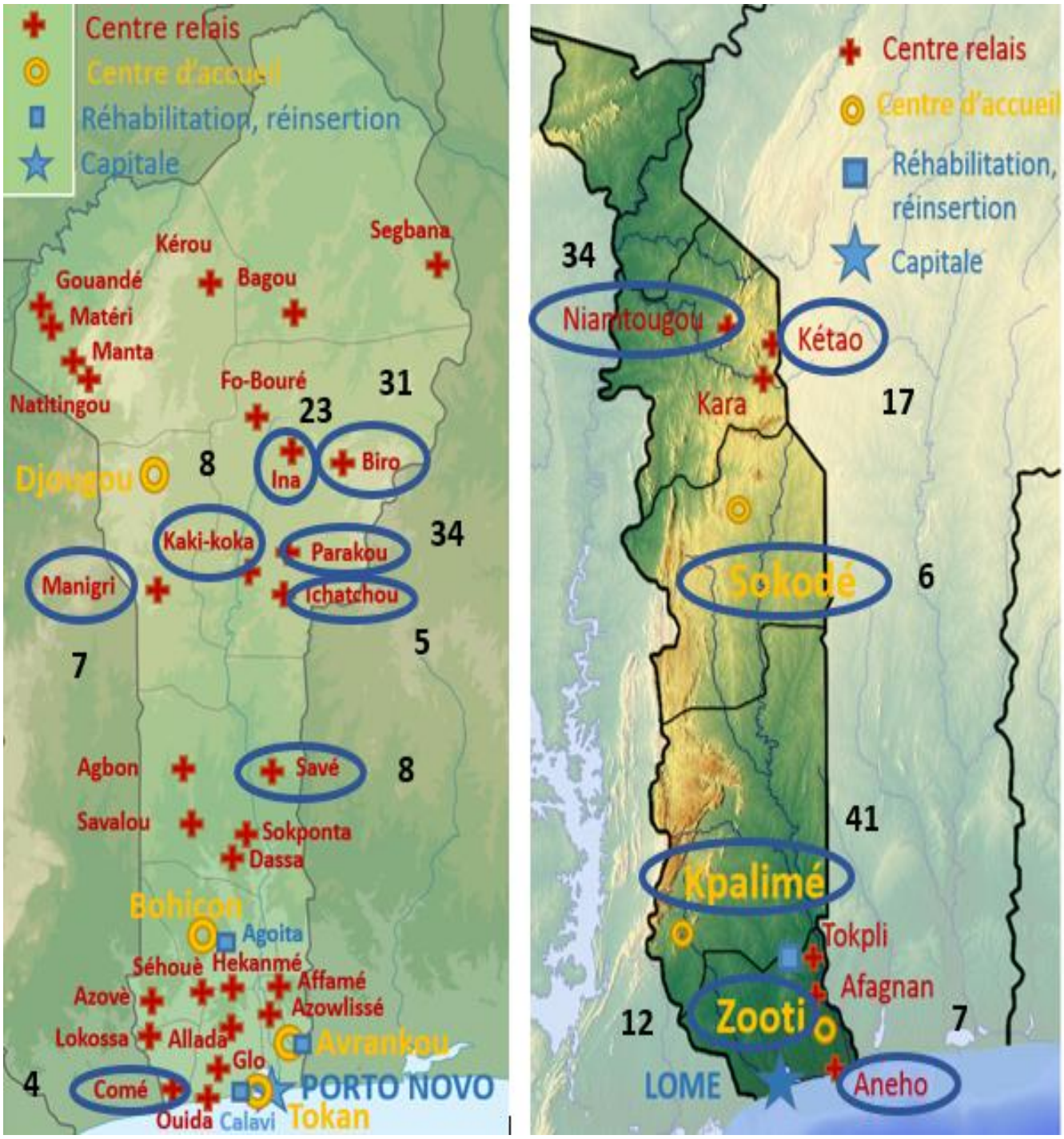


Figure 23 : Carte représentant le nombre de questionnaires réalisés pendant l'étude portant sur les concordances diagnostiques et thérapeutiques entre formateurs SMAO et soignants de l'ONG

- **Questionnaire portant sur les ressentis et les représentations des soignants vis-à-vis des malades mentaux et de la formation reçue en psychiatrie**

L'évaluation a porté sur 11 centres béninois et togolais, soit 3 centres d'accueil et 8 centres relais. Sur chaque centre, un à deux soignants ont rempli le questionnaire soignant *(Figure 24)*.

Le « **questionnaire agent** » permet de renseigner le vécu des formations et les représentations des soignants vis-à-vis de la maladie mentale. Il a été passé à chaque fin de journée par les soignants ayant effectué les co-consultations, sous forme d'interview. L'examinateur qui prenait note des réponses. Celles-ci ont été anonymisées dans un second temps.

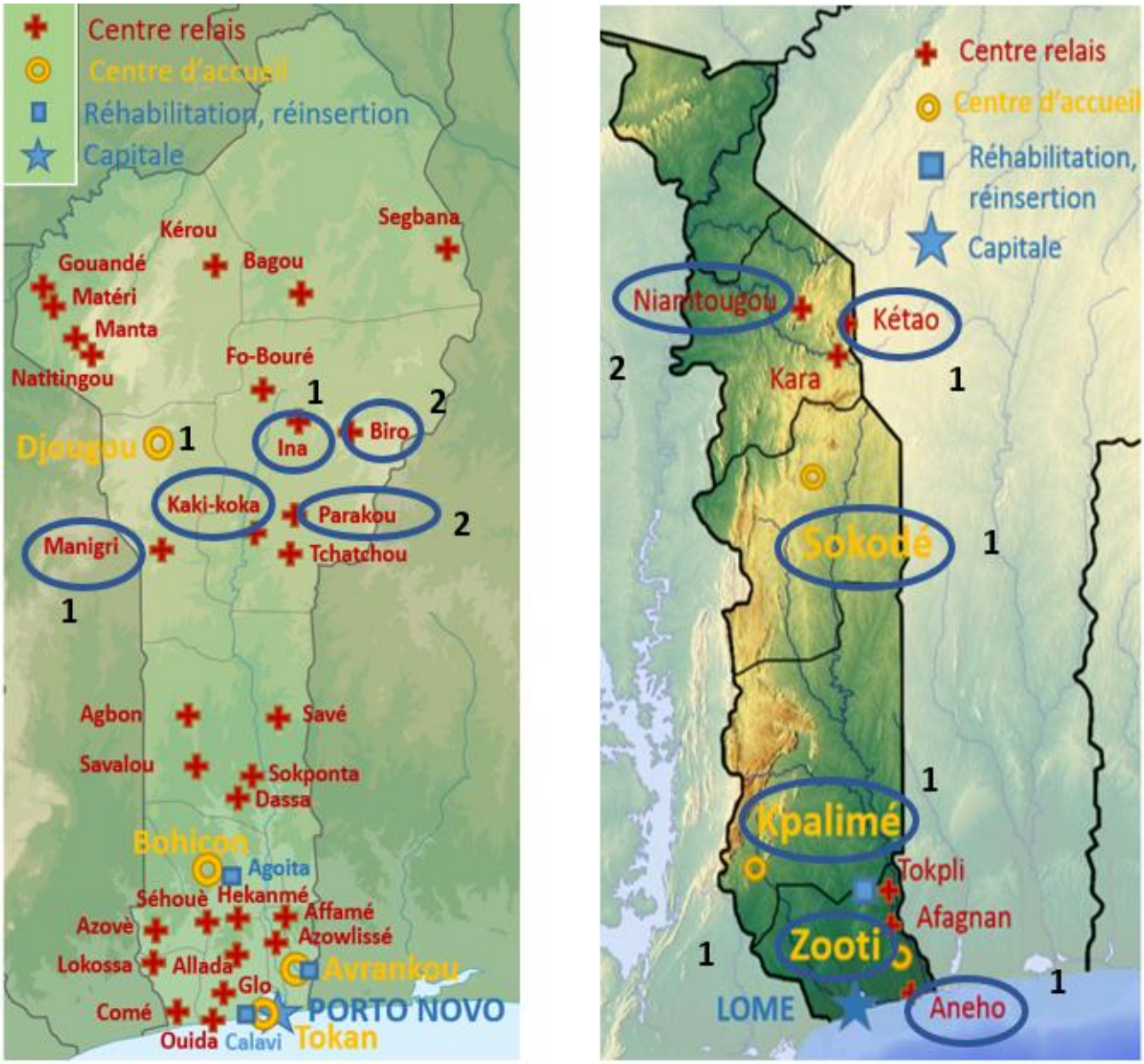


Figure 24 : Cartes représentant la répartition des soignants interrogés par centres visités durant le séjour

B. Critères d'inclusion et d'exclusion :

- **Questionnaire évaluant les prises en charge des patients**

Les sujets ont été inclus au cours des entretiens menés dans l'ensemble de ces centres, répartis sur tout le territoire béninois et togolais. Les « fiche SMAO » devaient avoir été remplies au cours des co-consultations qui se sont tenues lors du séjour de formation. Celles-ci devaient être menées par un binôme « agent de santé travaillant à l'ONG SCL - formateur SMAO ». Les réponses spontanées des agents de santé mentale réalisant les entretiens étaient cotées, et les corrections éventuelles et modifications portées par le formateur étaient réalisées après la cotation du soignant afin de ne pas influencer les résultats *(Figure 25)*.

-Critères d'inclusion

La population étudiée correspond aux patients majeurs, âgés de 18 à 65 ans, consultant pour un trouble psychiatrique, pour lesquels la fiche d'observation SMAO a été utilisée. Ces patients pouvaient consulter pour la première fois, auquel cas « la fiche SMAO » était complétée pour la première fois. D'autres patients étaient déjà suivis dans les centres SCL, et il a été rajouté une nouvelle « fiche SMAO » au dossier déjà existant.

-Critères d'exclusion

N'ont pas été prises en compte dans les analyses statistiques les « fiches SMAO » :

-Remplies pour des patients mal orientés (consultations pour des troubles somatiques, diagnostiqués au cours du remplissage de la fiche).

-Remplies pour des patients consultant pour des troubles neurologiques ou neurodégénératifs (épilepsie, démence…)

-Les dossiers trop anciens, incomplets ou illisibles.

-Les patients qui n'ont pas bénéficié de la fiche SMAO pour leur prise en charge.

Les données ont été recueillies par le biais d'un questionnaire prenant en compte des données cliniques et thérapeutiques.

TRAITEMENT

Etes-vous d'accord avec la prescription du consultant :

☐ Oui ☐ Non

SI VOUS N'ETES PAS D'ACCORD AVEC LE TRAITEMENT PRESCRIT PAR LE CONSULTANT…

L'erreur porte sur :

☐ La classe de médicament choisi :
- ☐ Neuroleptique / Antidépresseur
- ☐ Autre :……

☐ La quantité de médicaments : ……

DEPUIS LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE (patients suivis)

Durée depuis le début de la PEC psychiatrie :

☐ <3mois
☐ [3-6mois]
☐ [6 mois– 1 an]
☐ [1 – 3 ans]
☐ > 3 ans

Fréquence moyenne du suivi :

☐ Tous les mois ou moins
☐ [1 à 3 mois]
☐ > tous les 3 mois

Le patient a subit des maltraitances depuis le début de sa prise en charge à cause de la maladie mentale :

☐ Oui
contexte :……
☐ Non

-Questionnaire patient-

INFORMATIONS GENERALES AVANT LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

1er contact avec la psychiatrie :

☐ Oui
☐ Non

ATCD de Maltraitances:

☐ Chicottage et/ ou bastonnage
☐ Enchainement
☐ Abandon

Durée d'évolution du trouble avant le premier contact avec la psychiatrie :

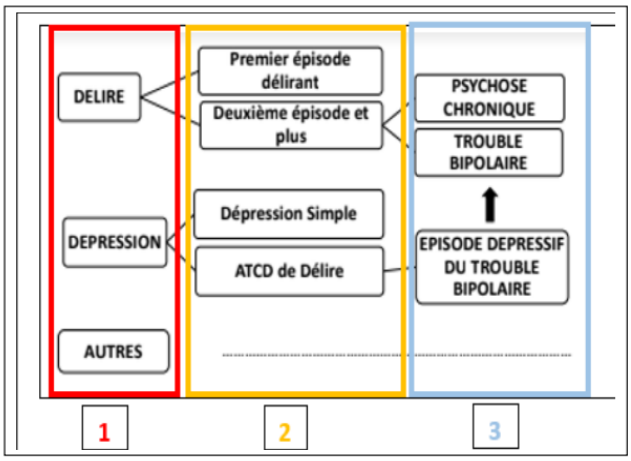
☐ <1mois
☐ [1 mois -1an]
☐ [1-3 ans]
☐ [3-5 ans]
☐ [5-10 ans]
☐ > 10 ans

Méthodes de soins utilisées avant la prise en charge actuelle:

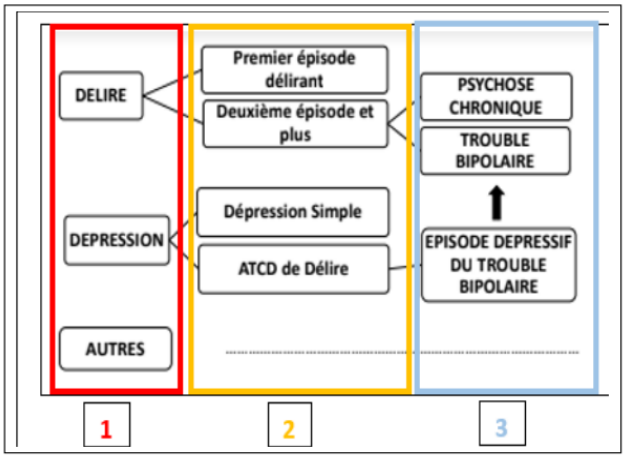
☐ Psychiatrie
☐ Tradithérapies
☐ Centres de prière
☐ Autre : ……

DIAGNOSTIC

PARTIE CONSULTANT : diagnostic posé



PARTIE FORMATEUR : diagnostic posé



Selon vous, la fiche de recueil de symptômes a-t-elle été bien remplie :

☐ Oui
☐ Non

Si les diagnostics sont différents, selon vous, qu'est ce qui a induit le consultant en erreur :

……
……

Figure 25 : Questionnaire de l'étude visant à évaluer lors des co-consultations les compétences cliniques diagnostiques et thérapeutiques des soignants de l'ONG SCL

- **Questionnaire agent consultant**

Le questionnaire utilisé vise à prendre connaissance de leurs ressenti vis-à-vis de leur formation psychiatrique et des représentations sur la maladie mentale *(Figure 26)*.

Chaque agent de santé locale est inclus s'il a co-consulté avec les formateurs SMAO durant le séjour, et s'il a utilisé les fiches diagnostiques SMAO.

Les critères d'exclusion sont l'absence de participation à ces co-consultations, ou la non utilisation de la fiche en tant qu'outil diagnostic.

CE QUE VOUS PENSEZ DE LA MALADIE MENTALE…

AVANT LA FORMATION SMAO

Ils font peur	O / N
Ils sont contagieux	O / N
C'est un envoutement/mauvais sort …	O / N
C'est une maladie	O / N
On peut les soigner Si oui, comment : ……	O / N
On peut les aider : Si oui, comment:……	O / N
Autre :……	

APRES LA FORMATION SMAO

Ils font peur	O / N
Ils sont contagieux	O / N
C'est un envoutement/mauvais sort …	O / N
C'est une maladie	O / N
On peut les soigner Si oui, comment : ……	O / N
On peut les aider : Si oui, comment:……	O / N
Autre :……	

-Questionnaire consultant-

INFORMATIONS GENERALES

PROFESSION :

- ☐ Infirmier
- ☐ Autre : ……

LIEU D'EXERCICE

- ☐ Ville
- ☐ Campagne

TYPE DE CENTRE

- ☐ Centre relai
- ☐ Centre d'accueil
- ☐ Autres activités (hors psychiatrie): ……

DES PERSONNES VIENNENT VOUS CONSULTER POUR LA MALADIE MENTALE :

- ☐ Tous les jours
- ☐ Plusieurs fois par semaine
- ☐ 1 fois par semaine
- ☐ Moins d' 1 fois par semaine

POUR QUELLES RAISONS AVEZ-VOUS SOUHAITEZ AU DEBUT TRAVAILLER AUPRES DES MALADES MENTAUX ?

- ☐ Par obligation
- ☐ Par intérêt pour la profession
- ☐ Pour raison financière
- ☐ Le sort de ces personnes vous a touché personnellement
- ☐ Autre :……

QUESTIONS CONCERNANT LA FORMATION EN SANTE MENTALE

AVANT LA FORMATION SMAO

APRES LA FORMATION SMAO

AVIEZ VOUS EU UNE FORMATION EN PSYCHIATRIE ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

SI VOUS AVIEZ RECU UNE FORMATION EN PSYCHIATRIE

DUREE DE LA FORMATION :

- ☐ Quelques heures
- ☐ Quelques jours
- ☐ Quelques semaines ou plus

CONTENU DE LA FORMATION :

- ☐ Théorique
- ☐ Pratique (stage….)

AVIEZ VOUS EU L'IMPRESSION DE COMPRENDRE LA FORMATION :

- ☐ Oui
- ☐ Non

NOMBRE DE FORMATIONS A LA FICHE SMAO :

THEORIQUE :

- ☐ Jamais
- ☐ 1 fois
- ☐ 2 fois ou plus

PRATIQUE :

- ☐ Jamais
- ☐ 1 fois
- ☐ 2 fois ou plus

APRES VOTRE FORMATION, VOUS SENTIEZ VOUS CAPABLE DE PRENDRE EN CHARGE DES MALADES MENTAUX :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si non, pourquoi :……
……

APRES VOTRE FORMATION, VOUS SENTIEZ VOUS CAPABLE DE PRENDRE EN CHARGE DES MALADES MENTAUX :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si non, pourquoi :……
……

Figure 26 : Questionnaire visant à récolter les informations sur les représentations des soignants sur la maladie mentale ainsi que sur leurs ressentis sur la formation qu'ils ont pu recevoir en psychiatrie.

C. Analyse statistique

L'ensemble des données collectées sur le terrain, en format papier, ont été saisies au décours du voyage (fichier Excel®).

Le rapport d'analyse statistique a été réalisé avec l'aide du service du Département d'Information Médicale (DIM) du CHU de Montpellier. Le logiciel *SAS* a été utilisé afin de réaliser les analyses de données.

- Concernant les résultats exposés dans l'étude :

- Les variables qualitatives seront présentées avec leurs effectifs et pourcentages associés.
- Les analyses univariées entre les différentes variables qualitatives seront représentées avec leurs effectifs et pourcentage de ligne associés.
- Les comparaisons des pourcentages obtenus entre les réponses apportées par les formateurs et celles des soignants de l'ONG seront représentées en termes de concordance brute.
- L'association entres variables qualitatives a été étudiée par les tests de chi2.

IV. Résultats

Les résultats de l'enquête décrivent la population consultant au sein des centres de l'ONG SCL, ainsi que le transfert de compétences en psychiatrie réalisé auprès de ses agents de santé, via la fiche SMAO. Enfin, ils décrivent les représentations des agents au sujet de la maladie mentale, avant et après avoir reçu la formation simplifiée.

A. Questionnaire cherchant à évaluer la prise en charge des patients

1. Population de l'étude :

Parmi les 1173 patients qui ont été reçus en consultation pendant le séjour sur les divers centres *(Figure 27)*, 936 personnes n'ont pas été incluses dans l'étude. Parmi eux on retrouve essentiellement les enfants, les patients épileptiques, ou ceux présentant une pathologie addictive ou neurodégénérative. Certains malades avaient un suivi trop ancien pour que la fiche SMAO, qui n'a que quelques années, ne soit utilisée (dossiers non contributifs, peu renseignés, illisibles, …) .

Des données ont été récoltées à partir de 237 questionnaires remplis par les binômes agents de santé SCL – formateurs SMAO au cours des co-consultations. Sur ces 237 questionnaires, 3 ont dû être exclus, 1 étant rendu accidentellement illisible, et 2 questionnaires remplis étant très incomplets *(Figure 28).*

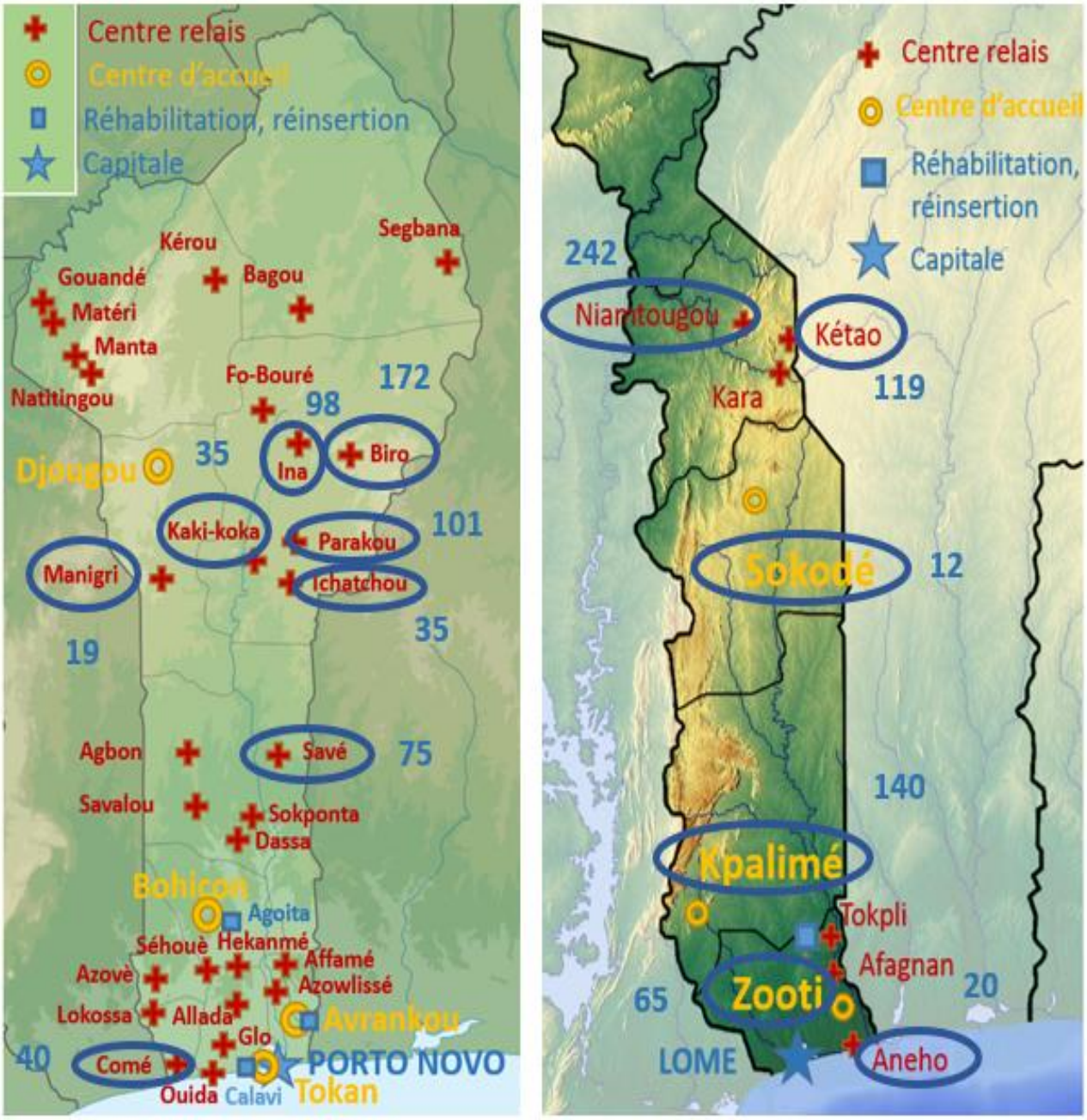


Figure 27: Cartographie des centres visités et le nombre de patients reçus lors du séjour de l'équipe de formation SMAO, du 20 Octobre au 3 Novembre 2018

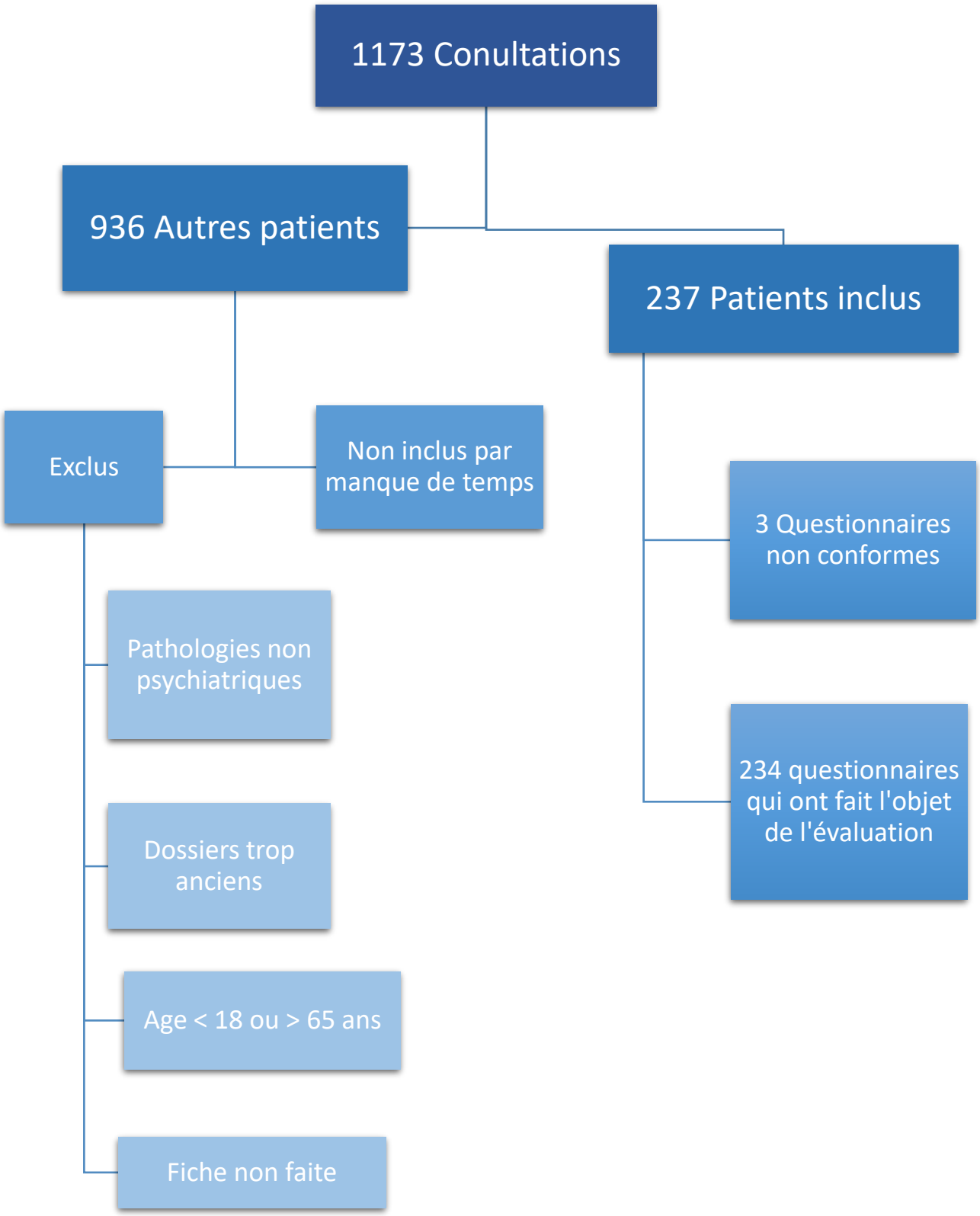


Figure 28 : Diagramme de flux – Sélection et devenirs des patients

2. Données épidémiologiques des patients consultants dans les centres SCL

Les données sont exposées dans le tableau 1.

Données épidémiologiques concernant les patients reçus lors de l'enquête			
Variable	**Modalité**		**N (%)**
Premier contact avec la psychiatrie	ONG SCL		191 (81,62)
	Psychiatrie		43 (18,38)
	Total		234 (100)
Autres types de prises en charges antérieurs à la SCL	Tradithérapie, indigénat		128 (54,7)
	Centre de prière		123 (52,6)
	Autre		3 (0,013)
Maltraitances rapportées	Non		94 (40,17)
	Oui	Coups	118 (50,43)
		Enchainement	96 (41,03)
		Abandon	9 (3,85)
		Total	140 (59,83)
	Total		234 (100)
Délai d'évolution de la maladie avant le début des soins	< 1 mois		9 (3,85)
	[1 mois – 1 ans]		49 (20,94)
	[1 an – 3 ans]		32 (13,68)
	[3 ans – 5 ans]		41 (17,52)
	[5 ans – 10 ans]		54 (23,08)
	>10 ans		49 (20,94)

Tableau 1 : Récapitulatif des données épidémiologiques des patients reçus lors de l'enquête à la SCL

- **Répartition géographique**

La répartition des patients entre milieu urbain et rural est globalement homogène (respectivement 55,13% et 44,87%).

- **Parcours de soins**

Concernant l'antériorité de contact avec un psychiatre, il est constaté que la majorité des patients consultants à l'ONG y rencontraient un psychiatre pour la première fois (191 patients parmi les 234 questionnaires analysés, soit 81,62%).

Pour ceux ayant déjà eu recours à des soins pour leur trouble psychiatrique, plus de la moitié avait déjà consulté en tradithérapie (54,7%) ou en centre de prière (52,6%). Seulement 43 patients (18,38%) avaient déjà consulté dans un autre service de psychiatrie pour leur trouble mental *(Figure 29)*. Pour les 3 patients qui ont déclaré avoir eu recours à d'autres structures, il s'agissait de l'église pour 2 patients et d'un centre de soins pour le HIV pour le dernier.

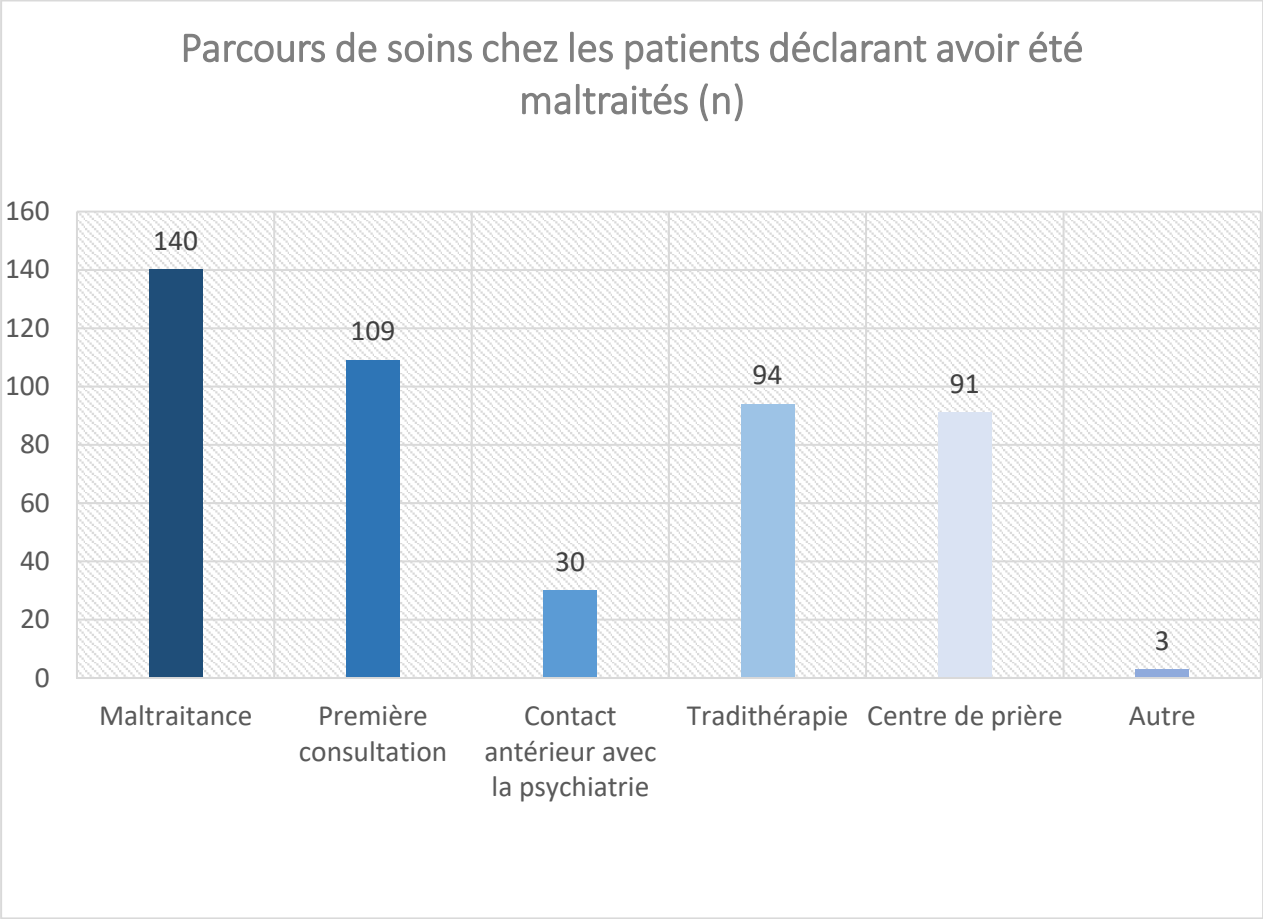


Figure 29 : Parcours de soins antérieur à la consultation à l'ONG des patients déclarant avoir été maltraités (n)

- **Evolution des troubles sans traitement**

Le délai médian entre le déclenchement de la maladie psychiatrique et l'entrée dans les soins psychiatriques se situe entre 3 et 5 ans. Peu de patients dès le début de leur trouble ont bénéficié de thérapeutiques (3,85% des patients déclarent que leur maladie a débuté il y a moins d'un mois). En revanche, plus de 20% des patients ont été malades plus de 10 ans avant le début d'une prise en charge psychiatrique.

Population de l'étude : en résumé

- Une répartition géographique homogène.
- 81,62% des patients consultants à l'ONG n'avaient antérieurement jamais vu de psychiatre.
- Plus de la moitié des patients avaient eu recours aux soins traditionnels et/ou aux centres de prières pour la prise en charge de la maladie mentale.
- Une évolution de la maladie mentale importants de plusieurs années.

- **Maltraitances rapportées** :

Le taux de maltraitances antérieures à la prise en charge au sein de l'ONG relevé dans l'étude est important *(Figure 30)*, puisque 140 patients consultés (59,83%) ont rapporté avoir subi des mauvais traitements : 118 d'entre eux déclarent avoir été violentés physiquement (coups de bâton, de fouet…), 96 déclarent avoir été attachés ou enchainés, et 9 ont été abandonnés par leur communauté. Beaucoup de ces patients ont déclaré avoir été l'objet de plusieurs types de maltraitances différentes.

La plupart des personnes déclarant des maltraitances, consultaient pour la première fois en psychiatrie pour leurs troubles mentaux (110 patients), ou bien avaient eu recours à des tradipraticiens ou aux centres de prières afin de chercher à traiter leurs troubles (respectivement 67,14% et 65%). Beaucoup avaient cumulé plusieurs types de prise en charge. Sur les 43 patients ayant déjà consulté un psychiatre, 30 avaient fait l'objet de mauvais traitements en raison de leur trouble mental.

L'étude met en évidence un lien statistiquement significatif, entre le diagnostic de délire et les maltraitances rapportées, comparativement aux autres pathologies mentales. En effet, 135 (96,43%) des 140 patients ayant déclaré avoir subi des maltraitances avaient un diagnostic de « délire » ($p=0,0004$). Parmi eux, 10 présentaient un diagnostic de « 1er épisode délirant » soit 7,14% ($p=0,0015$). Concernant les patients ayant eu plusieurs épisodes délirants, dans le cadre d'une pathologie psychiatrique chronique, avec décompensations délirantes, 125 déclaraient avoir subi des maltraitances, soit 89,29% ($p<0,0001$).

Des valeurs moins importantes ont été retrouvées dans la population de patients souffrant d'une dépression, où seulement 2 sujets rapportaient des faits de maltraitances .

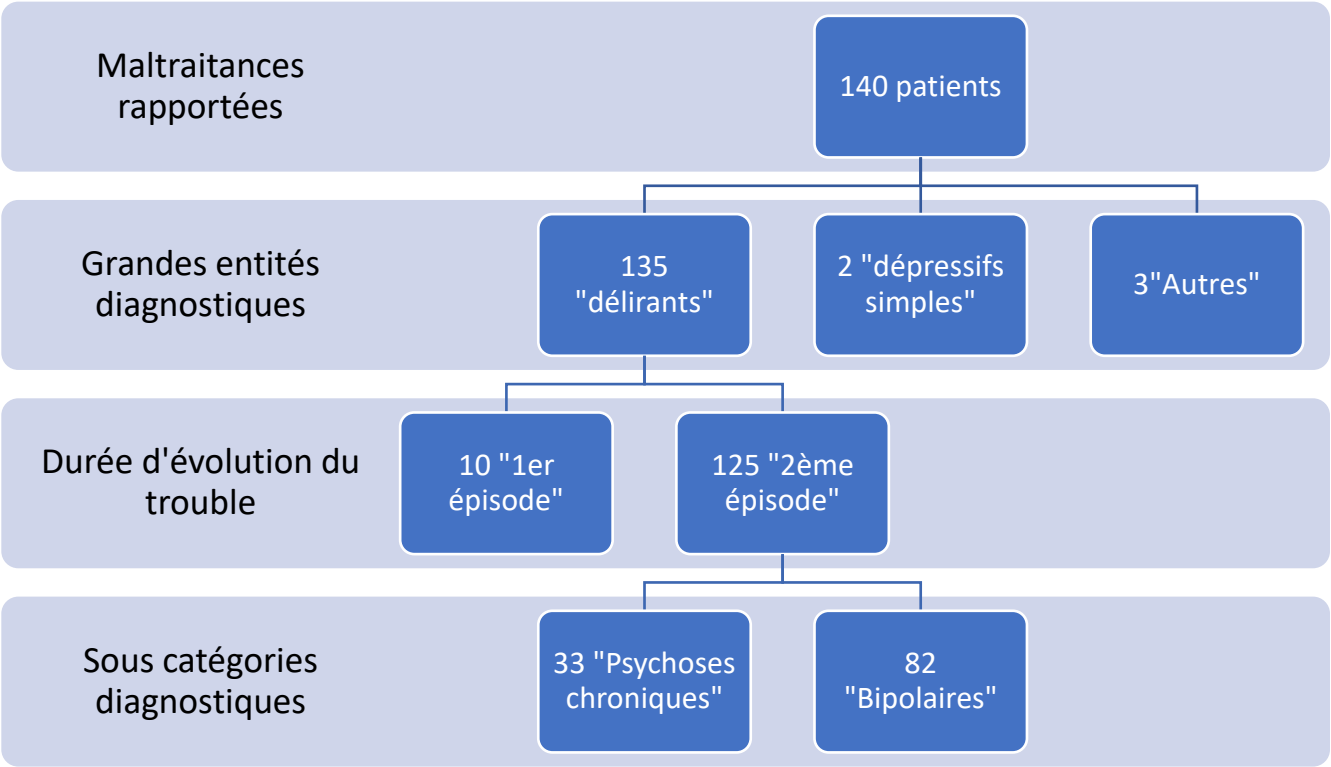


Figure 30 : Schéma explicatif concernant la répartition des antécédents de maltraitances en fonction des pathologies psychiatriques diagnostiquées (par les formateurs SMAO)

Concernant les patients suivis depuis au moins 1 mois à la SCL (N= 225 sur les 234 fiches SMAO remplies), on note une nette régression des maltraitances rapportées , ce taux avoisinant les 5%. Ces violences ont toutes eu lieu dans un contexte de rechute sur arrêt des traitements du patient.

- **Durée des suivis à l'ONG**

Concernant la durée du suivi psychiatrique des patients inclus dans l'enquête, 37 (15,81%) étaient suivis depuis moins de 3 mois, dont 9 qui consultaient l'ONG pour la toute première fois lors de la réalisation de l'étude. 25 (10,68%) entre 3 et 6 mois, 59 (25,21%) entre 6 mois et 1 an, 87 (37,18%) entre 1 an et 3 ans, et 26 (11,11%) depuis plus de 3 ans.

La faible durée de ces suivis s'explique par la prépondérance de patients d'entrée récente dans l'ONG inclus dans l'étude, la fiche SMAO ayant été créée et enseignée par les équipes de SMAO depuis seulement 2018.

Les suivis sont marqués par une certaine régularité, avec 210 (89,74%) des patients suivis au moins une fois par mois à l'ONG. 1 seul était vu moins de tous les 3 mois (0,44%), les 23 autres (9,83%) étant reçus à une fréquence de 2 à 3 mois.

Antécédents de maltraitance et suivis des patients : en résumé

- Un lien établi entre les mauvais traitements et les troubles délirants (p=0,0004).
- Concernant les malades rapportant des maltraitances :
    - 96,43% des 140 patients souffre d'une pathologie délirante.
    - 89,29% présentent une pathologie psychiatrique chronique avec des épisodes délirants (p<0,0001).
- Après la prise en charge à l'ONG, on note une nette régression des maltraitances (environs 5%), dans des contextes de rechute.
- Des patients suivis mensuellement pour la grande majorité.

3. Concordance dans la démarche diagnostique après la formation SMAO

a) *Par catégories de pathologies psychiatriques recherchées*

Pour rappel, la figure 31 montre l'arbre décisionnel de la fiche SMAO, utilisé pour l'établissement des diagnostics des patients reçus en consultation. Pour les besoins de l'étude, le soignant formé pose en premier son hypothèse diagnostique, puis le formateur SMAO pose la sienne. Ces 2 résultats ont été comparés. Les diagnostics posés par les formateurs SMAO ont servi de référence.

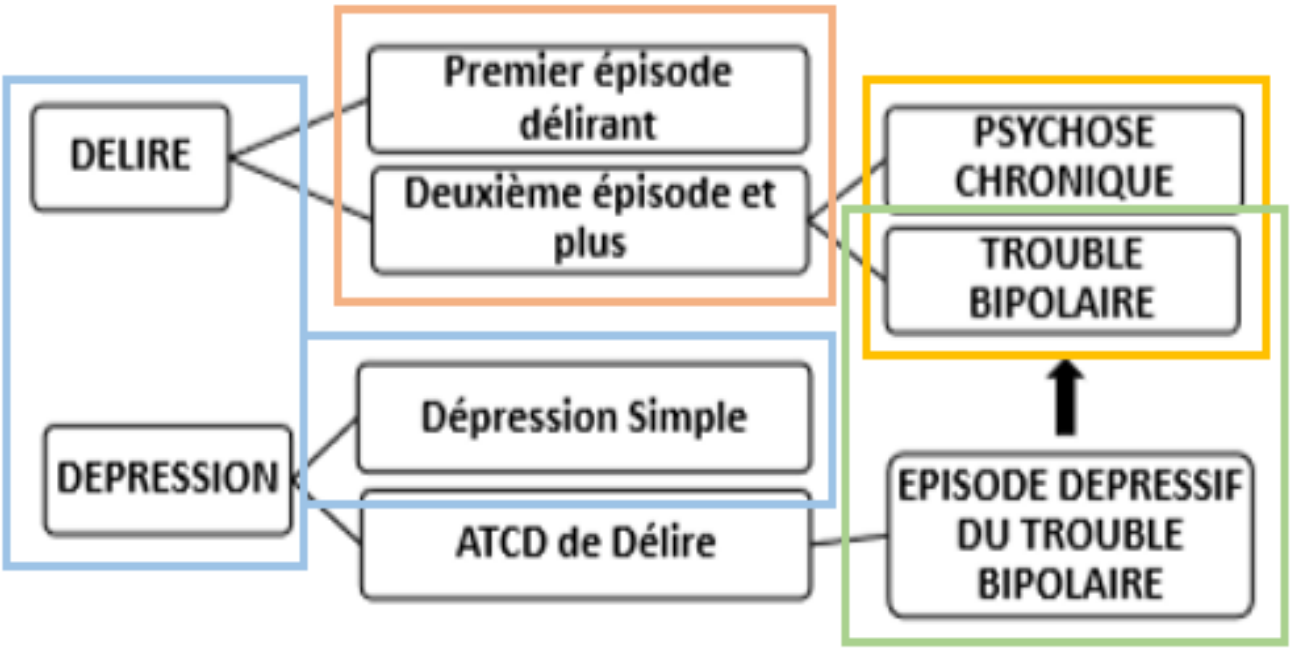


Figure 31 : Schématisation de la démarche décisionnelle et des diagnostics psychiatriques par étapes utilisés par l'ONG Saint Camille de Lellis

- **1ere étape diagnostique** :

L'accord diagnostic concernant la capacité à discriminer un délire d'une dépression et de 94,02%, les diagnostics posés par le formeur SMAO servant de référence *(Tableau 2)*. Les soignants de l'ONG ont retrouvé 206 fois le diagnostic de délire sur les 213 fois posées par le formateur SMAO (96,71%), et 13 fois le diagnostic de dépression sur les 17 fois posé par le formateur SMAO, soit 76,47%.

75% des diagnostics « autres » sont divergents, c 'est à dire qu'ils ne sont pas reconnus comme ne pas être du délire et ne pas être de la dépression de manière identique entre le formateur et l'agent de santé locale.

Entités diagnostiques		**Diagnostic consultant SCL**	**Diagnostic formateur SMAO**	**Diagnostics strictement identiques par pathologies**
		N (%)	N (%)	N (%)
1ere étape diagnostique	Délire	213 (91,03)	213 (91,03)	206 (96.71%)
	Dépression simple	16 (6.84)	17 (7,26)	13 (76.47)
	Autre	4 (1.71)	4 (1,71)	1 (25)
	Diagnostic final manquant	1 (0,004)	0 (0)	0 (0)
	Total	234 (100)	234 (100)	
Accord global 1ere étape diagnostique				220 (94,02)

Tableau 2 : Concordance diagnostique brute entre consultants de l'ONG et formateurs SMAO concernant la 1ere étape diagnostique

- **2eme étape diagnostique :**

L'accord diagnostic concernant la capacité à discriminer un premier d'un deuxième épisode délirant est de 90,14%, les diagnostics posés par le formeur SMAO servant de référence *(Tableau 3).*

Les soignants de l'ONG ont retrouvé 39 fois le diagnostic de 1er épisode délirant sur les 30 posés par le formateur SMAO (86,67%), et 173 fois (90,71%) le diagnostic de 2ème épisode délirant sur les 183 posées par le formateur SMAO.

Entités diagnostiques		Diagnostic consultant SCL	Diagnostic formateur SMAO	Diagnostics strictement identiques par pathologies
		N (%)	N (%)	N (%)
2eme étape diagnostique	1er épisode délirant	39 (16,67)	30 (12,82)	26 (86,67)
	2eme épisode délirant	173 (73,93)	183 (78,21)	166 (90,71)
	Diagnostic final manquant	1 (0,004)	0 (0)	0 (0)
	Total	213	213	
Accord global 2eme étape diagnostique				192 (90,14)

Tableau 3 : Concordance diagnostique brute entre consultants de l'ONG et formateurs SMAO concernant la 2eme étape diagnostique

- **3eme étape diagnostique** :

L'accord diagnostic concernant la capacité à discriminer une psychose chronique d'un trouble bipolaire est porté à 68,07%, c'est-à-dire que 70,34% des diagnostics de trouble bipolaire et 62,5% des diagnostics de psychoses chroniques posés par les soignants de l'ONG sont identiques à ceux posés par le formeur SMAO, qui servent de référence *(Tableau 4)*.

Les soignants de l'ONG ont retrouvé 90 fois le diagnostic de trouble bipolaire sur les 118 fois où il a été posé par le formateur SMAO, et 38 fois le diagnostic de psychose chronique sur les 48 posé par le formateur SMAO (soit respectivement 70,34% et 62,5% de diagnostics concordants).

Entités diagnostiques		**Diagnostic consultant SCL**	**Diagnostic formateur SMAO**	**Diagnostics strictement identiques par pathologies**
		N (%)	N (%)	N (%)
3eme étape diagnostique	Trouble bipolaire	90 (38,46)	118 (50,43)	83 (70,34)
	Psychose chronique / Schizophrénie	38 (16,24)	48 (20,51)	30 (62,5)
	Total	128	166	
Accord global 3eme étape diagnostique				113 (68,07)

Tableau 4 : Concordance diagnostique brute entre consultants de l'ONG et formateurs SMAO concernant la 3eme étape

- **4eme étape diagnostique** :

L'accord diagnostic concernant la capacité à discriminer chez les patients identiquement diagnostiqués bipolaires un épisode actuel dépressif d'un épisode actuel non dépressif est de 67,80%. 71,43% des diagnostics de troubles bipolaires qui ne sont pas dans un épisode actuel dépressif sont identiques à ceux posés par le formateur SMAO. En revanche, seuls 38,46% des troubles bipolaire présentant au moment de l'étude un épisodes dépressifs sont diagnostiqués de manière identique entre les soignants de l'ONG et les formateurs SMAO *(Tableau 5)*.

Les soignants de l'ONG ont retrouvé 83 fois le diagnostic de trouble bipolaire épisode actuel non dépressif sur les 105 fois posées par le formateur SMAO, et 7 fois le diagnostic de psychose chronique sur les 13 fois posé par le formateur SMAO (soit respectivement 71,43% et 38,46% de diagnostics concordants).

Entités diagnostiques		**Diagnostic consultant SCL**	**Diagnostic formateur SMAO**	**Diagnostics strictement identiques par pathologies**
		N (%)	N (%)	N (%)
4eme étape diagnostique	Trouble bipolaire, épisode non dépressif	83 (35,47)	105 (44,87)	75 (71,43)
	Episode dépressif du trouble bipolaire	7 (2,99)	13 (5,56)	5 (38,46)
	Total	90	118	
Accord global 4eme étape diagnostique				80 (67,80)

Tableau 5 : Concordance diagnostique brut entre consultants de l'ONG et formateurs SMAO concernant la 4eme étape diagnostique

Concordance dans la démarche diagnostique des soignants de l'ONG en comparaison aux psychiatres formateurs: en résumé

- Un arbre décisionnel appelant à une réflexion par entités diagnostiques.
- Un accord diagnostic de 94,02% pour discriminer la dépression de la pathologie délirante.
- Un accord diagnostic de 90,14% pour discriminer un épisode délirant unique d'une rechute.
- Un accord diagnostic de 68,07% pour discriminer une psychose chronique d'un trouble bipolaire.
- Un repérage de l'épisode dépressif chez les patients bipolaires à parfaire.
- Des difficultés pour diagnostiquer et prendre en charge les patients porteurs d'une affection psychiatrique qui ne fait pas l'objet de la formation (diagnostics « autres »).

b) *Divergences diagnostiques*

Concernant les entités diagnostiques retrouvées par les agents de santé mentale de la Saint Camille de Lellis et les formateurs de la SMAO, on retrouve comme principaux types de divergences suivants :

- **Entre délire et dépression**

On retrouve 3 fois le diagnostic de « Dépression simple » posé par les consultants de la SCL diagnostiqués délirants par les formateurs SMAO. A l'inverse, on retrouve 4 fois le diagnostic de « dépression simple » posé par les formateurs qui n'a pas été retenu par les consultants de la SCL.

Enfin, on retrouve 7 fois le diagnostic de « délire » posé par les consultants de la SCL qui n'a pas été diagnostiqué par les formateurs, qui ont quant à eux posé le diagnostic « autre ».

- **Nombre d'épisodes et situation du patient entre les rechutes**

Il est retrouvé 12 divergences diagnostiques entre « 1er épisode délirant » et « 2ème épisode délirant ou plus », en raison d'une mauvaise recherche du nombre d'épisodes délirants lors de l'interrogatoire du patient et du recueil des symptômes sur la fiche SMAO.

Par ailleurs, on constate que 33 patients avaient eu un diagnostic de « 2ème épisode délirant ou plus » par les agents de santé mentale de la SCL, sans que le diagnostic final de trouble bipolaire ou de psychose chronique n'ait été posé.

Enfin, le diagnostic de « trouble bipolaire » a été inversé à 4 reprises avec le diagnostic de « trouble psychotique chronique », et inversement à 4 reprises également. Ces erreurs sont liées à une mauvaise exploration des symptômes présentés par les patients entre les rechutes de leur maladie, par le consultant SCL, lors de l'interrogatoire du patient et du recueil des symptômes sur la fiche SMAO.

- **Exploration de la note thymique du patient diagnostiqué bipolaire**

L'épisode dépressif du trouble bipolaire présenté par le patient au moment de l'entretien n'a pas été repéré par les soignants de la SCL par rapport aux formateurs SMAO pour 8 patients, et a été diagnostiqué par les consultants sans être retrouvé par l'examinateur SMAO dans 2 cas.

- **Autres**

Les 7 erreurs portant sur le diagnostic « autres » concernaient des cas difficiles, pour des patients présentant par exemple des pathologies psychiatriques secondaires à des épilepsies, etc….

Principales divergences diagnostiques : en résumé

- Certains effectifs sont réduits et permettent difficilement des extrapolations :
    - Chez les patients dépressifs.
    - Chez les patients bipolaires présentant un épisode dépressif.
- La plupart des diagnostics divergent car les soignants de l'ONG ont stoppé leur démarche à la 2ème étape diagnostique, cette démarche restait cependant pertinente.

4. Concordance dans les thérapeutiques prescrites

Il a été répertorié au cours de l'enquête les prescriptions réalisées par les agents de santé de l'ONG pour les patients inclus, et ces données ont été comparées aux prescriptions qu'aurait faites le psychiatre formateur.

La « concordance brute thérapeutique » signifie que les prescriptions sont intégralement identiques entre le soignant SCL et le formateur, c'est-à-dire en termes de molécules utilisées, de posologie, et de répartition journalière. Ces prescriptions concernent les molécules faisant partie du guide diagnostic et thérapeutique utilisé par l'ONG, que nous avons présenté précédemment, et dont l'utilisation a été protocolisée.

a) *Prescriptions identiques entre le formateur SMAO et le soignant de l'ONG*

- **Concordance dans les prescriptions médicamenteuses**

On retrouve un total de 189 (80,77%) prescriptions médicamenteuses strictement identiques entre les soignants de l'ONG et les psychiatres formateurs, sur les 234 fiches SMAO complétées.

Il n'y a pas de différence significative entre les modalités thérapeutiques entreprises et le type de centres (p= 0,0947), les ATCD de maltraitance (p=0,5332) *(Tableau 6)*.

Variable	Modalités	N	Différences de traitements **N(%)**			p (Chi2)
			Autre	NLP/AD	Non	
Ville ou Campagne	Campagne	105	13 (12.38)	7 (6.67)	85 (80.95)	0.6083
	Ville	129	15 (11.63)	5 (3.88)	109 (84.50)	
Type de centre	Centre Relais	175	22 (12.57)	12 (6.86)	141 (80.57)	0.0947
	Centre d'accueil	59	6 (10.17)	0 (0.00)	53 (89.83)	
Antécédent de maltraitance	Non	94	9 (9.57)	6 (6.38)	79 (84.04)	0.5332
	Oui	140	19 (13.57)	6 (4.29)	115 (82.14)	

Tableau 6 : Variables qualitatives en fonction des modalités de traitement

Le taux de divergence thérapeutique est faible (inférieur à 20%), tous types de différences confondues (posologies, répartition dans la journée, type de molécules…).

Parmi ces prescriptions identiques, 140 (74,07%) patients ont également un diagnostic posé strictement identique entre le formateur SMAO et l'agent de soin de l'ONG. 49 (25,96%) patients traités identiquement ont un diagnostic qui n'est pas strictement identique *(Tableau 7)*.

Il est retrouvé une divergence entre les prescriptions des formateurs et des soignants de l'ONG dans 10,26% des cas. Cette différence de prescription est de 8,97% lorsque ces derniers n'ont pas traité de la même manière malgré un bon diagnostic.

	Traitement identique N(%)	Divergence thérapeutique N(%)	Total N(%)
Diagnostic identique	140 (59.83)	21 (8,97)	161 (68.80)
Divergence diagnostic	49 (20.94)	24 (10,26)	73 (31.20)
Total	189 (80,77)	45 (19,23)	234 (100)

Tableau 7 : Convergences et divergences diagnostique et thérapeutiques entre les agents de santé mentale de la SCL et les formateurs SMAO

- **Concordance thérapeutique dans les situations de divergence diagnostique**

Pour les fiches qui présentent une prescription strictement identique entre le soignant SCL et le formateur SMAO (N=189), on retrouve *(Figure 32)* :

- 5 divergences lorsque la différence diagnostique se situe au niveau de la 1ère étape de l'arbre décisionnel.
- 37 lorsque la divergence diagnostique se situe au niveau de la 2ème étape de l'arbre décisionnel, sans approfondir la recherche des ATCD de délire de la personne, dont 30 lorsque le soignant s'arrête à l'étape 2ème épisode délirant ou plus ».
- 5 lorsque la différence diagnostique se situe au niveau de la 3ème étape de l'arbre décisionnel (choix entre le diagnostic de bipolarité et de psychose chronique).
- 2 lorsque l'épisode dépressif du trouble bipolaire n'a pas été repéré chez les patients bipolaires.

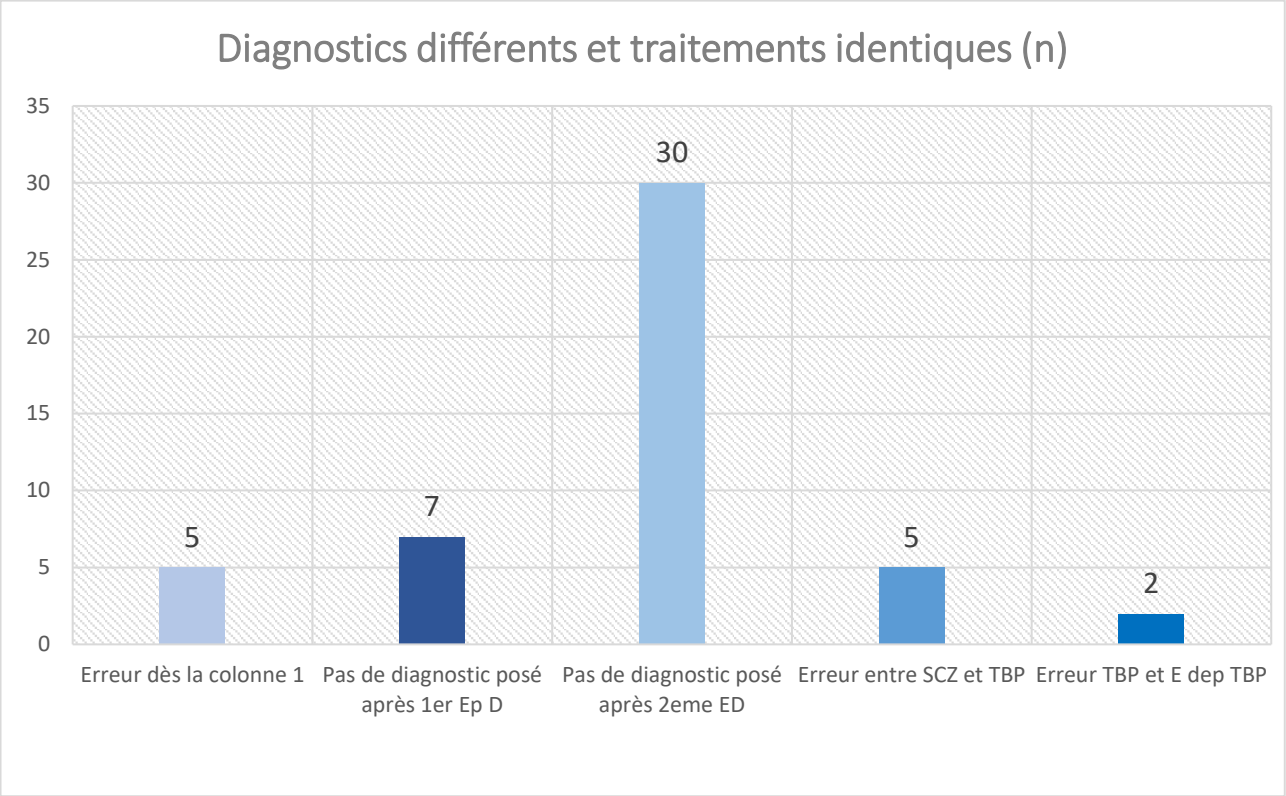


Figure 32 : Traitements identiques chez les patients présentant un diagnostic différent entre les formateurs SMAO et les consultants de la SCL

b) *Divergences thérapeutiques*

Concernant les principales divergences de traitement retrouvées (N = 45 des 234 fiches SMAO complétées), on observe des différences *(Figure 33)*:

- De classes médicamenteuses concernant le traitement de fond (entre neuroleptiques et antidépresseurs) pour 12 prescriptions (26.67% des erreurs thérapeutiques).
- De posologie (en excès ou en insuffisance) pour 15 prescriptions (33.33% des erreurs thérapeutiques).
- Dans les autres différences de traitement, la plus notable est la présence de carbamazépine, qui est retrouvée sur 13 prescriptions faites par les soignants SCL, alors qu'elle est absente des prescriptions du formateur.

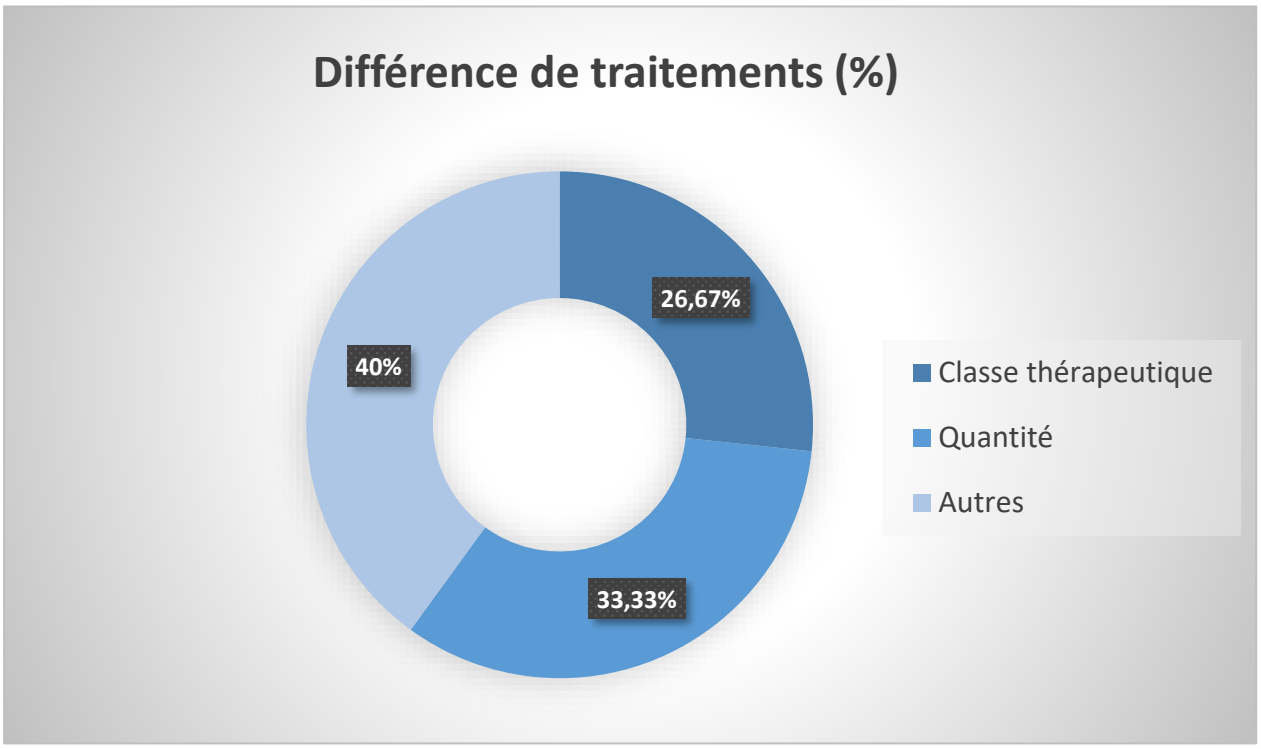


Figure 33 : Différences de prescriptions médicamenteuses repérées entre les agents de santé de la Saint Camille de Lellis et les formateurs SMAO

Concernant les 21 fiches avec un diagnostic identique mais avec des différences de prescription, on retrouve 8 « troubles bipolaires », 6 « psychoses chroniques », 5 « 1er épisode délirant », 1 « dépression simple » et 1 « 2ème épisode délirant ou plus ».

Pour les 24 fiches avec à la fois une différence de diagnostic posé, et de thérapeutique prescrite, on retrouve :

- 4 différences diagnostiques entre la dépression et le délire.
- 7 où les soignants SCL ont diagnostiqué un 1er épisode délirant contrairement au formateur.
- 6 où la démarche diagnostique a été stoppée au 2ème épisode délirant.
- 3 divergences entre les diagnostic de « trouble bipolaire » et d' « épisodes dépressifs du trouble bipolaire ».
- 3 différences diagnostiques entre bipolarité et trouble psychotique chronique.
- 1 fiche sur laquelle le soignant SCL n'avait pas du tout posé de diagnostic.

Concordance brut thérapeutique : en résumé

- 80,77% des prescriptions médicamenteuses sont strictement identiques entre les soignants de l'ONG et les psychiatres formateurs.
- Les diagnostics et les traitements sont majoritairement concordants.
- Lorsque les soignants s'arrêtent au niveau de l'étape de « deuxième épisode délirant et plus », même si le diagnostic final diverge du psychiatre formateur, le traitement proposé est très souvent identique entre soignants et formateurs.
- La plupart des divergences de traitement portent sur les quantités de médications.

c) *La fiche comme outil diagnostic et thérapeutique simple d'utilisation*

La fiche SMAO est correctement remplie par les soignants SCL dans 192 dossiers sur 234 (82,05%). Un « mauvais remplissage » correspond à une fiche où *(Figure 34)* :

- L'ensemble des symptômes à recueillir ne l'ont pas été.
- il n'y a pas de mot d'observation clinique à chaque renouvellement de traitement pour les patients suivis.

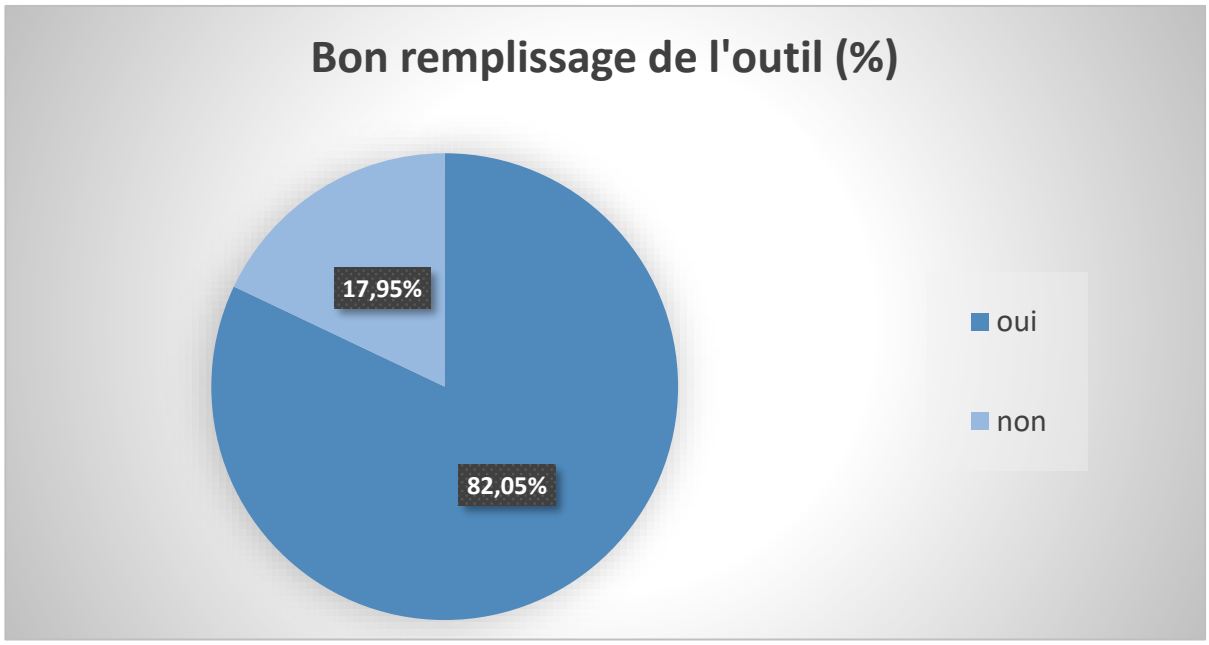


Figure 34 : Quantité de fiches SMAO correctement remplies par les agents de santé de la SCL (en %)

Utilisation de la fiche : en résumé

- 82,05% des fiches sont correctement et intégralement remplies.
- Parmi les fiches considérées comme « remplies de manière inadéquate », il s'agit soit :
    - De symptômes qui n'ont pas été recherchés ou relevés sur la fiche.
    - De défaut d'informations dans les suivis sur la clinique du patient lors des renouvellements de traitements.

B. Questionnaire soignant

1. Données sociodémographiques

- **Personnel interrogé**

Sur les 17 soignants ayant co-consulté avec les formateurs SMAO pendant le séjour, 14 ont pu être interrogés à la fin des journées de travail. Les 3 soignants qui n'ont pas répondu au questionnaire étaient indisponibles à la fin de la journée de travail.

Les soignants interrogés font tous partie de l'ONG Saint Camille de Lellis. Il y a 12 infirmiers et 2 membres du personnel présentant un niveau d'étude inférieur à celui d'infirmier (niveau aide-soignant). 9 d'entre eux exercent en ville et 5 en campagne. 11 agents de santé sont déployés sur des centres relais et 3 sur des centres d'accueil.

- **Organisation des soins psychiatriques sur les centres**

Concernant la fréquence des consultations pour un motif psychiatrique, 6 (42,86%) déclarent en recevoir tous les jours, 7 (50%) plusieurs fois par semaine, 1 (7,14%) moins d'une fois par semaine *(Figure 35)*.

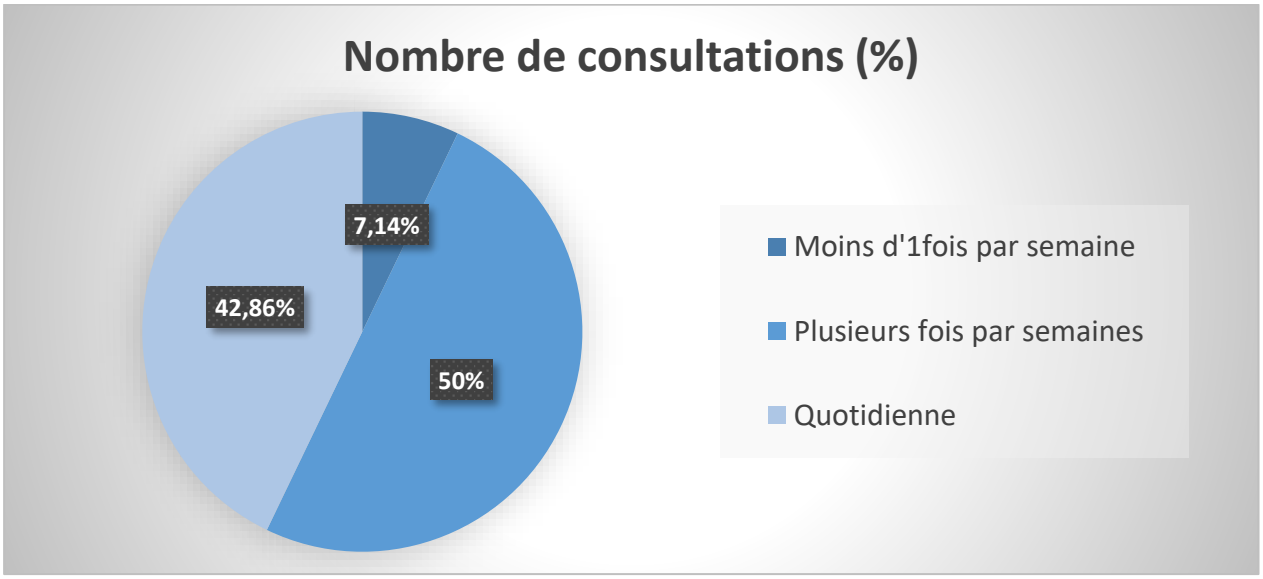


Figure 35 : Fréquence des consultations psychiatriques par agent de santé mentale interrogé pendant l'étude

2. Représentations de la psychiatrie avant la formation SMAO

- **Motivations initiales ayant amené à travailler auprès des malades mentaux :**

Concernant la ou les motivations ayant initialement amené les 14 soignants à travailler auprès des malades mentaux, 7 déclarent que cela leur a été imposé, 5 disent avoir eu un intérêt pour cette profession, 10 ont été touchés par le sort des malades mentaux, et 6 ont d'autres raisons. Parmi ces derniers, 3 ont décidé de s'occuper des patients psychiatriques à la demande des villageois, qui ont exprimé le souhait qu'une action soit faite pour « les fous, ces personnes errantes et enchaînées » *(Figure 36)*. les soignants n'étaient pas contingentés à une seule modalité de réponse.

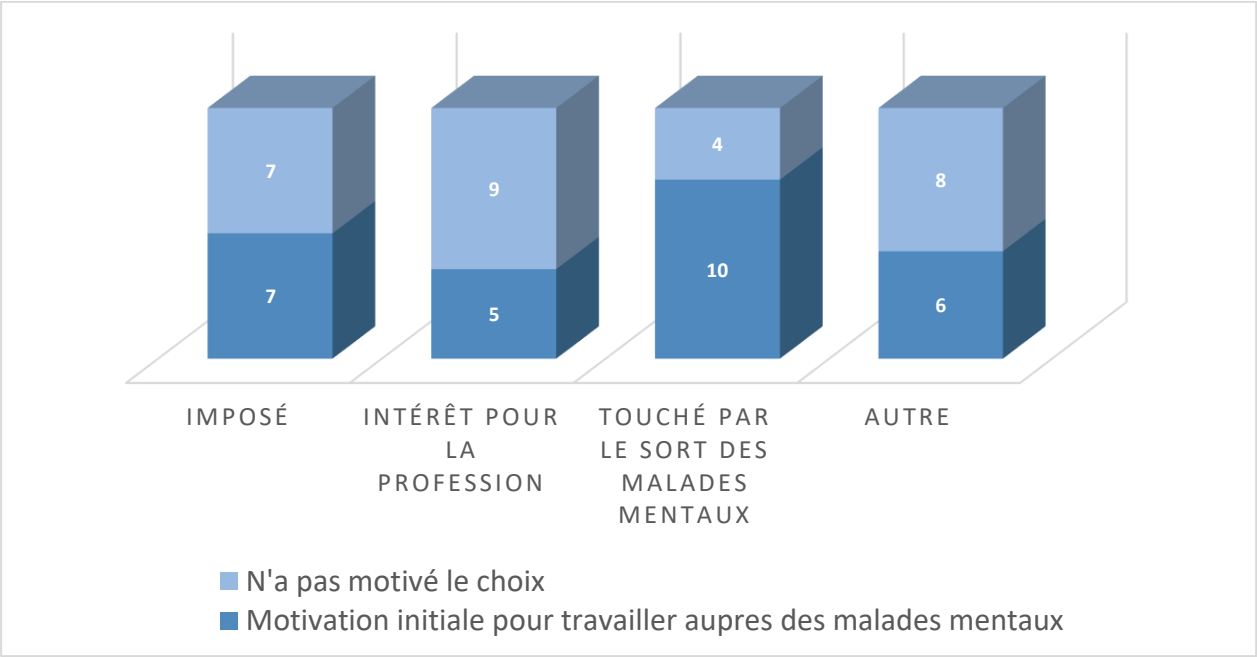


Figure 36: Motivations ayant initialement amené le soignant à travailler auprès des malades mentaux

- **Formation psychiatrique reçue antérieure à celle de la SMAO :**

9 agents déclarent ne pas avoir eu de formation en santé mentale avant celle reçue par la SMAO. Parmi les 5 qui rapportent en avoir eu une (théorique et/ou pratique), la durée de ladite formation avait été de quelques heures pour 1 d'entre eux, de quelques jours pour l'autre, et de plusieurs semaines pour 3 soignants. Sur ces 5 soignants, 1 seul déclare avoir compris le contenu de la formation psychiatrique reçue, et aucun ne se sentait capable de prendre en charge les malades mentaux, en amont de la formation SMAO.

- **Représentations de la maladie mentale antérieure à la formation SMAO :**

L'étude fait apparaitre des préjugés vis-à-vis de la pathologie psychiatrique, antérieurement à la formation SMAO. En effet, sur les 14 personnes interrogées :

- 10 agents ont déclaré qu'ils avaient peur des malades.
- 5 pensaient que c'était une maladie contagieuse.
- 11 pensaient que la maladie pouvait être liée à un envoûtement ou un mauvais sort.
- 2 pensaient qu'il valait mieux mourir que d'avoir la maladie mentale.

Concernant les autres représentations :

- 12 pensaient que la cause pouvait être liée à une maladie.
- 3 pensaient qu'on pouvait soigner la maladie mentale, dont :
    - 1 avec des prédications et la tradithérapie.
    - 1 avec des médicaments.
    - 1 en les accompagnant.
- 10 pensaient qu'on pouvait aider les personnes atteintes de troubles psychiatriques, dont:
    - 5 par de la nourriture et des vêtements.
    - 2 en les accompagnant.
    - 2 en les amenant à l'hôpital.

Les soignants n'étaient pas contingentés à une seule modalité de réponse.

3. Impact de la formation SMAO sur les soignants

- **Formation SMAO reçue par les soignants**

Concernant le nombre de sessions de formation théorique SMAO reçues par les soignants de l'ONG SCL avant l'enquête :

- 2 ne l'ont jamais eue.
- 8 (57,14%) ont participé à 1 seule session.
- 4 ont bénéficié de plus de 2 sessions.

Concernant le nombre de sessions de formations pratiques SMAO reçues par les soignants de l'ONG SCL avant l'enquête :

- 3 ne l'avaient jamais eue.
- 2 ont participé à 1 seule session.
- 9 (64,29%) ont participé à au moins 2 sessions.
-

- **Représentations de la maladie mentale au décours de la formation SMAO**

Les représentations vis-à-vis de la pathologie mentale, exprimées par les soignants interrogés, ont évolué au décours de la formation *(Tableau 8)*:

- Aucun des soignants interrogés ne déclare, après avoir participé à la formation SMAO, avoir peur des malades mentaux.
- Aucun des soignants ne pense qu'il s'agit d'une maladie contagieuse.
- Aucun des soignants ne pense qu'elle est causée par un envoûtement.

De même, au décours de la formation, tous pensent :

- Qu'il s'agit d'une maladie.
- Que l'on peut la soigner avec des médicaments.
- Que l'on peut aider les malades mentaux (en les conseillant, les écoutant, les réinsérant, les accompagnant).

Enfin, 13 soignants sur 14 (92,86%) se sentent capable, après la formation SMAO, de prendre en charge les malades mentaux. Le soignant qui ne s'en sentait pas capable n'avait pas encore reçu sa formation théorique, et il s'agissait de sa première formation pratique.

Représentations de la maladie mentale par les soignants de la SCL				
	Avant la formation SMAO		Après la formation SMAO	
Nombre de soignants concernés	**N**	**%**	**N**	**%**
Peur des malades mentaux	10	71.43	0	0
Contagiosité de la maladie mentale	5	35,71	0	0
Causalité mystique (envoutement, sort…)	11	78.57	0	0
Causalité pouvant être en lien avec une maladie	12	85.71	14	100
La maladie mentale peut se soigner	3	21.43	14	100
On peut aider les malades mentaux	10	78.57	14	100
Sentiment de capacité de prise en charge des malades mentaux	0	0	13	92.86

Tableau 8 : Représentations de la maladie mentale par les soignants de la SCL

Ressenti par les agents de santé de leurs formations en psychiatrie : en résumé

- La psychiatre, des demandes de consultations très régulières.
- L'exercice auprès des malades mentaux, un intérêt porté à cette pratique mais qui a initialement souvent été imposé.
- Une formation initiale qui semble insuffisante :
    - Certains déclarent ne jamais avoir eu de formation en psychiatrie.
    - Des représentations vis-à-vis de la maladie mentale majoritairement teintées de croyances dépréciatives.
- La formation SMAO semble pouvoir rapidement mobiliser les soignants et largement modifier les représentations dont la psychiatrie faisait l'objet.

V. Discussion

A. Etat des lieux de la situation sanitaire en psychiatrie

1. Données portant sur la population de patients

a) *Représentativité des données*

- **Une étude multicentrique touchant différents groupes socioéconomiques et culturels**

Cette étude multicentrique permet un recueil de données au sein d'un large panel de populations très différentes. Les patients ont été inclus aussi bien dans les pôles urbains que ruraux, sur une vaste étendue du territoire béninois et togolais.

Les personnes qui ont consulté pour la maladie mentale pendant la durée de l'enquête proviennent d'horizons très variés. Des consultants de tout mode de vie sont représentés dans cette étude. Comme l'avait démontré C. Bergot dans sa thèse de 2016 portant sur les patients de l'ONG, tous les types de professions, de milieu socio-économique, de culture, de religion et de nationalité sont représentés (certains patients viennent des pays frontaliers afin de se procurer des soins psychiatriques).

De nombreux patients n'ont pas été inclus dans l'étude alors qu'ils correspondaient aux critères d'inclusion. En raison d'un nombre limité de formateurs et de soignants, la fonction d'enseignement et de co-consultation devait être privilégiée en comparaison au temps consacré à la réalisation de l'étude. Certains centres recevant plus de 200 demandes de consultations le jour de notre passage, il devient impossible d'inclure l'ensemble des sujets sans empiéter sur le temps de formation et de travail des agents de santé mentale.

- **Une population cible qui diffère de celle retrouvée dans la majorité des études**

La population de l'étude est également constituée de patients consultants et de patients hospitalisés sur des lieux d'hospitalisation et de consultation.

Les rares données de la littérature traitant des caractéristiques socio-démographiques des patients béninois et togolais portent essentiellement sur les personnes ayant recours aux hospitalisations dans les services de psychiatrie publique. Elles suggèrent une prévalence de citadins dans la population psychiatrique (Nubukpo et al., 2005).

Ces données semblent cependant restreintes aux pôles urbains, aux patients les plus riches, et semblent donc peu représentatives de l'ensemble de la population.

b) *Données portant sur la répartition des troubles mentaux*

- **Surreprésentation des pathologies délirantes**

L'étude retrouve une très forte proportion des patients présentant une pathologie délirante, soit plus des 9/10ème de la population de malades consultants.

La majorité des patients souffrent ici d'un trouble d'évolution chronique. Pour exemple, les troubles psychotiques chroniques représentent près d'1/4 de la population de l'étude, contre des données internationales variant aux alentours de 1 à 2%. Ceci peut s'expliquer par une entrée dans les soins psychiatriques essentiellement dans les situations « de crise », où le fonctionnement et l'intégrité du patient et de sa communauté sont menacés du fait des troubles du comportement.

En raison des difficultés d'accès aux soins, il est probable que les personnes ayant des troubles moins bruyants ou moins envahissants ne consultent pas, que ce soit pour des raisons économiques ou pour éviter la stigmatisation. Cependant, plus d'un patient sur 8 présentait un premier épisode délirant, suggérant la tendance de la population à se saisir de l'offre de soins dès le début des troubles.

- **Sous-représentation des épisodes dépressifs**

On note une proportion de troubles anxiodépressifs très largement inférieure à celle observée dans les pays occidentaux, dans les centres de la psychiatrie publique (50% selon l'OMS). Ces résultats se rapprochent en revanche de ceux obtenus dans l'étude précédente menée dans la population béninoise fréquentant la Saint Camille (8% dans la thèse de C. Bergot, 2016).

Cette faible représentativité des dépressions chez les consultants peut s'expliquer par la symptomatologie moins bruyante de la dépression vis à vis des autres pathologies psychiatriques sévères traitées à l'ONG. Cette pathologie ne présente que très rarement des troubles du comportement menaçant pour les autres (agressivité, agitation, …). De plus, le fonctionnement des personnes non traitées atteintes de dépression persiste globalement, en comparaison à celui d'un patient schizophrène sans traitement par exemple. Les patients et les familles pourraient ainsi être moins enclines à demander des soins dans des affections moins externalisées, qui représentent, malgré les efforts de l'ONG , un investissement financier.

- **Une estimation contrastée de la sévérité des troubles mentaux**

Bon nombre de patients exclus l'étaient car leur dossier était trop ancien, sélectionnant ainsi des demandeurs de consultation moins anciens, potentiellement d'entrée plus récente dans la maladie mentale.

Il est ainsi probable que les patients inclus présentent moins de facteurs de sévérité que les plus anciens. En centre d'accueil, beaucoup de patients anciens dans l'établissement y ont été abandonnés par leurs familles, certains venant de la rue ne sont plus en capacité de retrouver leurs proches…

La fiche SMAO étant assez récente, nous avons moins de recul dans l'évaluation de la poursuite des suivis et de l'observance des traitements depuis la création de l'outil. *A contrario*, au vu des difficultés dont peuvent faire l'objet une consultation dans les soins psychiatriques (investissement financier au long court dans des populations fonctionnant sur une économie parfois subsidiaire, stigmatisation, méconnaissance de l'offre de soin…) il est probable que seuls les patients ayant des troubles avec un retentissement des symptômes au quotidien ne soient emmenés à la consultation, les autres ne consultant probablement pas.

- **Pronostic et retard de prise en charge**

L'idée généralement admise par la communauté internationale est que le pronostic d'une maladie mentale est d'autant plus défavorable qu'elle évolue sur une longue période. De même, il est souvent rapporté que la pathologie psychiatrique en Afrique serait d'évolution subaiguë, et/ou de meilleur pronostic que les mêmes troubles dans les pays développés (Jablenski, 1992).

L'étude met en avant des délais d'évolution des troubles sans traitement importants, avant toute prise en charge. La médiane de retard de prise en charge de notre étude se trouve entre 36 et 50 mois, avec plus de 40% des personnes présentant un retard de prise en charge de plus de 50 mois, dont plus de 20% de malades sans prise en charge depuis plus de 120 mois, c'est-à-dire plus de 10 ans. Ces données correspondent à celles retrouvées dans l'étude de C. Bergot en 2016, menée sur la population consultant à l'ONG.

D'autres auteurs remettent en question l'hypothèse du meilleur pronostic de la maladie mentale dans les pays à revenus faible ou intermédiaires (Patel et al., 2006) (Cohen et al., 2008) (Gureje and Cohen, 2011). La précocité de mise en place d'un traitement semble en effet être un facteur de meilleur pronostic dans la prise en charge des pathologies psychiatriques.

Une revue de la littérature montre également que le retard de traitement est associé à une moindre réponse thérapeutique et un plus faible niveau de rémission fonctionnelle dans les pays à revenus faibles et intermédiaires (Farooq et al., 2009). Un délai prolongé avant une initiation thérapeutique entraîne ainsi une aggravation des troubles. Cette majoration de la pathologie psychiatrique n'est pas sans conséquences, puisque les patients sont alors à plus haut risque d'être l'objet de mauvais traitements, d'abandons…

- **D'autres pathologies prioritaires en termes de santé publique à prendre en compte**

Le choix de limiter les inclusions de l'étude aux adultes a été fait afin d'évaluer de manière plus précise la réalisation des objectifs fixés vis-à-vis de la formation en psychiatrie. Ainsi, l'étude ne retranscrit pas le nombre de patients suivis pour d'autres troubles en lien avec la santé mentale au sein de l'ONG.

Plusieurs problématiques sanitaires neuro psychiatriques non traitées dans cette étude font actuellement l'objet d'une demande en soins importante à l'ONG SCL:

-L'épilepsie, qui touchait selon l'étude épidémiologique sur l'ONG près de 32% des consultants (C. Bergot. 2016). Ces données vont dans le sens de l'OMS, lorsqu'elle évoque une prévalence plus forte de l'épilepsie au Bénin et au Togo que dans les pays développés. La maladie épileptique figure d'ailleurs parmi les pathologies prioritaires en termes de santé publique (OMS. 2001).

-La part des enfants dans les consultations de l'ONG. Souffrant d'épilepsie, de troubles du neurodéveloppement, d'infirmité, de syndromes polymalformatifs… Il n'existe que peu de perspectives d'aides à disposition de ces jeunes malades (absence de structures d'accueil pour ces enfants, absence d'aide aux parents, coût des soins trop important …). Ces enfants, nombreux à consulter, sont régulièrement l'objet d'abandon ou de rejet de la part des familles ainsi que des diverses institutions (écoles, ...).

-La problématique addictologique, où l'éthylisme chronique semble largement représenté. La maladie d'alcool fait d'ailleurs également partie des pathologies prioritaires en termes de santé publique (OMS, 2001). Concernant les autres addictions, on semble observer une majoration des consommations chez les adolescents et jeune adultes d'autres toxiques (tramadol, cannabis, …), notamment dans les milieux précaires.

Caractéristiques de la population de patients : en résumé

- Une étude multicentrique réalisée sur un large échantillon de population.
- Plus de 4/5ème des patients ont une pathologie psychiatrique qui peut ou qui a pu s'exprimer par des symptômes délirants, avec ou sans hallucinations.
- Les patients consultant à l'ONG sont essentiellement ceux présentant une symptomatologie psychiatrique bruyante.
- D'autres pathologies psychiatriques sont actuellement problématiques en terme de santé publique.

2. Caractéristiques des agents de santé locaux

a) *Données portant sur la population des soignants de l'ONG*

- **Des agents de soins généraux en première ligne**

Les infirmiers interrogés étaient d'âge et de nationalité différents (Bengladesh, Bénin, Burkina Fasso, Brésil, Togo, Cote d'ivoire…). Ils avaient fait leurs études dans des pays différents. Aucun d'entre eux n'avait eu par le passé de « spécialisation » en psychiatrie avant d'exercer auprès des malades mentaux.

Le nombre de soignants participant à l'étude est trop faible pour en extrapoler des résultats significatifs. L'étude permet cependant d'une part de suggérer l'état des lieux des représentations de la psychiatrie et de l'enseignement de la psychiatrie par-delà nos frontières, et d'autre part de valider l'hypothèse de possibilités d'actions.

L'intégralité des soignants interrogés font partie de l'ONG SCL pour laquelle ils sont salariés. Ils y ont également un engagement souvent d'ordre personnel et religieux. Ils sont fréquemment exposés à des conditions de travail plus difficiles que les autres infirmiers d'état, souvent moins payés pour un travail quantitativement bien supérieur. Ils exercent d'autres activités en parallèle des soins de santé mentale, la majorité cumulant plusieurs compétences (soins somatiques, école, orphelinat, hôtellerie, offices religieux, activités d'obstétrique…). Ces éléments ont pu influencer certaines réponses au questionnaire les concernant, reflétant leur grande capacité d'empathie et de dévouement auprès des malades mentaux.

- **Une organisation de soins sur un mode communautaire**

L'ONG SCL ne possède pas de psychiatre de formation. L'ensemble de son personnel est membre du paramédical. Au Bénin et au Togo, les infirmiers sont des piliers stratégiques de la délivrance des soins de santé primaire. Ils ont le droit de prescription, et sont en nombre bien plus important que les médecins. Ils peuvent ainsi constituer plus aisément un maillage territorial pour la promotion des réseaux de soins.

Au sein de l'ONG, ce sont eux qui assurent les consultations, l'établissement de diagnostics, la prescription de médicaments, le suivi et l'adaptation thérapeutique. Ils suivent également les patients accueillis à temps complet dans les centres.

Les infirmiers sont secondés dans leurs tâches par un personnel de niveau aide-soignant, aidant au fonctionnement des centres Saint-Camille. Ils assurent souvent la dispensation des traitements et les injections de traitements aux patients. Certains malades stabilisés s'engagent au décours des soins dans la vie de l'ONG, participant aux tâches quotidiennes. Ils tiennent différents postes en fonction de leurs compétences : cuisine, traduction, entretien des locaux, administration, prestataires de soins… Certains ont également développé au sein de l'ONG l'activité qu'ils occupaient avant leur maladie.

Caractéristiques des agents de santé locaux : en résumé

- Un modèle de soin qui repose sur le personnel paramédical.
- Des soignants très engagés auprès des malades mentaux.
- Une organisation communautaire.
- Une place accordée aux anciens malades dans le fonctionnement de l'institution.

b) *Une formation initiale insuffisante*

- **Faiblesse de la formation initiale**

Seule une minorité de soignants (5 sur 14) a déclaré avoir reçu une formation portant sur la psychiatrie dans son cursus. Ce constat suggère un faible investissement dans le domaine de la santé mentale au sein même de l'enseignement et des professionnels de santé, mais également une transmission des connaissances et du savoir-faire psychiatrique médiocre lorsque ladite formation existe. Cette dernière hypothèse est soulignée par le fait qu'un seul soignant avait au décours de sa formation initiale en psychiatrie eu le sentiment d'en avoir compris le contenu, et qu'aucun n'avait le sentiment d'être capable de l'appliquer au terrain.

Bien que les ¾ des soignants de l'étude étaient touchés par le sort des malades mentaux, pour la moitié d'entre eux l'initiative de débuter des soins auprès de cette population avait été imposée. Outre la peur des malades, les soignants doivent faire face à un fort sentiment d'impuissance vis-à-vis de la maladie mentale. Celle-ci semble être liée aux croyances, à l'absence de traitements administrables et ainsi d'expérience de stabilisation ou de curabilité des pathologies psychiatriques.

Dans un tel contexte, il semble difficile de recruter du personnel soignant prêt à recevoir des patients psychiatriques en l'absence de solutions concrètes et d'une déstigmatisation pour assurer les prises en charge des malades.

Ces éléments rapportés sont à prendre avec prudence étant donné le faible nombre de soignants interrogés, mais orientent toutefois vers une probable insuffisance de la formation initiale actuelle du personnel paramédical. Cette dernière ne semble pas permettre aux agents d'exercer leurs missions en terme de santé mentale en pratique clinique quotidienne, auprès des malades mentaux.

- **Préjugés vis-à-vis des malades mentaux**

Malgré leurs formations paramédicales initiales, les représentations des malades mentaux de la part des professionnels étaient restées inflexibles. Une seule infirmière a déclaré avoir connaissance avant la formation SMAO de l'existence de médicaments efficaces dans les soins des malades mentaux (elle déclare s'être renseignée d'elle-même sur le sujet car un membre de sa famille souffrait d'une affection psychiatrique).

Pour les autres, la confusion des concepts médicaux, magiques et religieux semblent être majeurs. Avant la formation SMAO, la grande majorité pensait que la causalité des troubles psychiatriques était à la fois du ressort de la pathologie et de l'envoûtement. Quant aux concepts de contagiosité, d'appel à des divinités maléfiques, … Ces éléments ne font que renforcer la peur des malades mentaux, cette dernière étant présente chez plus de 70% des soignants de l'étude. Bien que ces concepts contrastent fortement avec les données de la science observée et expérimentée dans de nombreux pays, la formation en santé mentale donné n'a pas semblé être en mesure de contrebalancer les éléments ésotériques entourant son propre domaine d'enseignement.

Le danger de ce mélange et de cette confusion entre représentation de la maladie mentale et établissement d'un lien de causalité en dehors du ressort de la pathologie réside dans la réponse qui sera faite au trouble. En effet, avant la formation SMAO, un seul soignant aurait proposé une prise en charge d'ordre médical aux malades avec sa seule formations initiales. Les 2 autres qui pensaient que l'on pouvait soigner la maladie mentale auraient proposé une réponse sociale ou religieuse.

Les agents de santé déclaraient également qu'ils auraient proposé dans la grande majorité des cas «la charité » (vêtements et nourriture) aux malades mentaux. Ceci suggère la tendance des professionnels à offrir une réponse à caractère social à une problématique médicale avec pour bagage leurs formations initiales en santé mentale respectives.

Carences de la formation, manque d'intérêt global pour la psychiatrie, stigmatisation de la discipline, préférences d'orientation de l'enseignement et des moyens vis-à-vis d'autres problématiques sanitaires, théorisations trop complexes et peu applicables concrètement, absence d'accès aux traitements de manière pérenne et faible expérience de stabilisation et de guérison des malades mentaux, formation à des médications et des prises en charge qui ne sont pas disponibles sur le terrain… De multiples éléments semblent impliqués dans le maintien des croyances et préjugés du personnel soignant vis-à-vis des patients psychiatriques, délétères pour ces derniers.

Une formation initiale qui n'a pas diffusé auprès des soignants : en résumé

- Peu de soignants déclarent avoir reçu une formation en psychiatrie.
- 70% des soignants avaient peur des malades mentaux.
- Un seul soignant déclare avoir compris le contenu de la formation reçue initialement.
- Aucun professionnel de santé ne se sentait en capacité de prendre en charge des malades mentaux avant la formation SMAO.
- La réponse principale aux troubles mentaux était la charité.

3. Inaccessibilité des soins psychiatriques

- **Des patients à la recherche de soins accessibles**

Les patients avaient sollicité de manière préférentielle des structures non médicales pour les soins de leur maladie avant d'être pris en charge à l'ONG. Qu'il s'agisse de raisons financières ou géographiques, le système de croyances reste la première organisation interpelée par la population en termes de prestataires de prise en charge. En effet, un peu plus de la moitié des patients reçus avaient consulté des soins traditionnels, ainsi que des centres de prières. Ce résultat est accablant en termes de limitation d'accès aux soins, notamment quand il est mis en relief avec le faible taux de consultation auprès des services de psychiatrie.

Le caractère « anormal du trouble » semble bien repéré par la communauté, poussant les familles à consulter pour leurs malades. Le parcours de prise en charge pour la maladie mentale reste cependant souvent chaotique, et le principal lieu de recours de soin saisi par la population n'est actuellement pas médicalisé.

Parmi les 18,38% des patients ayant précédemment eu un contact avec la psychiatrie, mais se tournant par la suite vers l'ONG, plusieurs éléments de causalité peuvent être suggérés. Soins trop coûteux au long court, insatisfaction vis-à-vis des soins prodigués, difficultés de locomotion jusqu'au services de psychiatrie de manière régulière, … Nombreux sont les obstacles décourageant les populations à s'investir dans les soins tels qu'ils sont proposés par les services de santé mentale actuels.

Ces données sont préoccupantes. Il est à rappeler le rôle premier d'une ONG qui est d'être un point d'appui à un fonctionnement étatique. Il semble actuellement que l'ONG SCL, en plus de suppléer les service publics dans ses missions de santé psychiatrique, s'y substitue, faute de la mise de côté de la question de la santé mentale.

- **Un faible recours à l'offre de soin psychiatrique**

Le modèle de l'ONG, bien repéré et bien intégré au niveau communautaire, est largement réparti sur le territoire national, en zone urbaine, péri-urbaine et rurale. Il a l'avantage de proposer un accès aux soins plus important que le reste des autres structures existantes. Le manque de structures de soins psychiatriques, de médicaments, de soignants, de professionnels formés, et d'accessibilité financière explique probablement le fait que plus de 80% des malades mentaux inclus dans l'étude n'avaient pas rencontré dans leur parcours de soins de psychiatres avant d'arriver à l'ONG SCL.

Le nombre de malades mentaux reçus dans les centres de l'ONG est important, de l'ordre de plusieurs dizaines de milliers de patients à travers les territoires béninois et togolais. Implantée depuis une quinzaine d'années pour les plus anciennes structures, elle est reconnue par l'ensemble des communautés vivant à proximité, et est ouverte à tous sans distinction de classe, de religion, de mœurs, d'âge…

La validation des discours reconnaissant la causalité du trouble psychique comme étant de cause, et donc du ressort du mystique, prend part à la responsabilité de la pérennisation de ce type de « soins ». En plus de renier l'organicité des troubles, ils ne sont pas dépourvus de dangerosité. La recherche d'une thérapeutique d'ordre magico-religieuse en amont d'une réponse médicale, se conforte d'autant plus par l'absence de celle-ci dans la majorité des lieux de vie béninois et togolais. En effet, on ne peut pas faire appel à un soin ou à un système d'entraide qui n'est pas présent dans son quotidien. Ces remarques sont probablement plus ou moins extrapolables à toutes les zones désertées par les services de santé.

- **Un parcours de soins influencé par la disponibilité des propositions de prises en charge**

Il est souvent décrit un « itinéraire thérapeutique » spécifique du patient d'origine africaine. La plupart convergent vers l'idée que « les motivations du choix du circuit sont liées aux croyances culturelles dans la majorité des cas » (Dope Koumou R., 2007). Les patients et leurs familles trouveraient « que la maladie mentale relève de la tradition ou de la religion » (Tognon et al., 2012).

Affirmer que les populations issues de pays à faibles revenus ou revenus intermédiaires ont une offre de soins multiples et des soins traditionnels plus adaptés à la population locale qui répondent aux besoins est une certitude énoncée qui contraste fortement avec les résultats de cette étude. La tradithérapie et les soins religieux sont actuellement les offres de soins les plus accessibles aux populations en Afrique de l'Ouest.

Aborder le choix des soins traditionnels par l'unique point de vue culturel (Yao et al en 2012), sans prendre en compte l'importance de l'influence des facteurs environnementaux (manque de structures sanitaires, d'argent,…), semble être une démarche en décalage avec la réelle précarité de la situation des malades mentaux dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

La facilité d'accès géographique des soins traditionnels ou religieux n'est cependant pas une nécessairement une garantie d'accessibilité financière. En effet, les soins traditionnels sont coûteux (Morizet; 2002) (Bergot ; 2016). Ce coût peut s'exprimer en valeurs monétaires, mais également en nature (animaux, filles …). Loin d'être gratuits, l'idée selon laquelle les coûts en soins traditionnels sont faibles persiste, comme lorsque T. Nathan affirme, critiquant le coût de la psychiatrie « scientifique », que « le traitement chez le guérisseur, outre qu'il se révèle la plupart du temps plus efficace, revient parfois dix fois moins cher » (Nathan, 2011).

Contrairement aux idées reçues, le choix de la tradithérapie n'apparait pas être un choix rationnel, mais plutôt l'une des seules opportunités dont les familles puissent se saisir, *a fortiori* si cela correspond à leur mode de croyance. Elle est souvent la seule offre de prise en charge de proximité, et les croyances ne sont localement que rarement contrebalancées par d'autres discours sur la maladie (Burns and Tomita, 2015).

- **La maladie mentale est reconnue par la communauté, mais n'est pas pour autant acceptée**

Certains soignants rapportent avoir commencé à prendre en charge les malades mentaux sous la pression des villageois, qui souhaitaient qu'une action soit faite pour ces personnes. Ce constat permet de réinterroger un ensemble de théories des courants ethno psychiatriques (T. Nathan. 2005). En effet, d'une part les personnes d'une même communauté arrivent à repérer le caractère pathologique et anormal de la maladie mentale, mais d'autre part ils peuvent exprimer le fait de se sentir dépassés vis-à-vis de la gestion de ces troubles, et cela en dépit de l'existence et l'action du système traditionnel. Cette préoccupation tient une place suffisante pour qu'ils demandent que des actions soient menées.

Les plaintes émanant des populations locales concernant le sort des malades mentaux sont probablement sous-estimées. En réalité, il peut être difficile pour un membre d'un village de solliciter des soins psychiatriques. Il peut arriver par exemple que certains dirigeants de centres de prières, dont les principaux revenus proviennent des demandes de prises en charge des malades mentaux, imposent de lourdes pressions sur la population, en se jouant de ses croyances et de ses peurs. Par crainte « du mauvais sort » ou de l'exclusion de la communauté, des familles se retrouvent réduites au silence et vivent dans la double souffrance d'avoir à assumer les troubles psychiatriques de leurs malades, et de n'entrevoir que peu de solutions de prises en charge.

Cela s'oppose à certaines idées véhiculées selon lesquelles les sociétés africaines apporteraient un soutien social plus important qu'en Occident et stigmatiseraient moins ses malades. Pour reprendre un exemple des propos de Boussat dans son écrit en 2015, « *Les sociétés africaines traditionnelles […] avaient fait une place au malade mental […] ne justifiait ni agressivité, ni rejet à l'endroit du malade » « […] la malade n'est pas responsable […] Tout le groupe comprend son langage ».* Le soutien social, peu importe la culture, ne peut que se déliter dans le contexte d'un malade délirant, non stabilisé, pouvant présenter des symptômes d'agitation, d'agressivité, de mise en danger de lui-même ou des autres. La communauté, qui doit veiller à son auto préservation, se voit contrainte d'adopter les réponses qui sont à disposition face à l'absence d'abrasion de troubles qui peuvent être effrayants ou menaçants.

Un système de soins psychiatriques inaccessible : en résumé

- La majorité des patients s'oriente vers des offres de soin parallèles.
- Moins de 20% des patients de l'ONG avaient vu un psychiatre.
- Un parcours de soins orienté vers les offres de prestations disponibles.
- Les malades mentaux, un domaine lucratif pour les secteurs de prise en charge alternatifs.
- Le soutien social ne peut pas être le seul garant de l'acceptation des troubles mentaux.

4. Maltraitances dans la population de patients psychiatriques

- **Des patients victimes de violences**

Si le sujet est d'importance, la communauté psychiatrique internationale ne semble que peu s'en saisir. Il est pourtant reconnu que les sujets souffrant de troubles mentaux sont plus souvent victimes de violations répétées de leurs droits fondamentaux. Cela est d'autant plus vrai que le pays dans lequel ils vivent est en voie de développement, par comparaison aux états possédant un important dispositif sanitaire et social. Ces faits sont de plus en plus dénoncés dans les médias (Alexis Duclos, 2012) (Berda, 2015), (Carey, 2015) (émission Sept à huit, 2019) ...

Ce phénomène a été largement étudié dans les pays développés, comme la France, où il est constaté que les individus atteints de maladie mentale (trouble bipolaire, schizophrénie et autres troubles psychotiques) seraient plus souvent victimes d'agressions qu'ils n'en seraient les auteurs. Une étude en Ethiopie (Tsigebrhan et al., 2014) met en évidence un taux de prévalence des violences envers les malades mentaux à 60,7%. Ces données correspondent au pourcentage de maltraitance retrouvé dans l'étude (59,83% de patients rapportant des maltraitances).

La grande majorité des patients déclarant avoir été maltraités ont été diagnostiqués « délirants » ($p=0,0004$) en comparaisons aux diagnostics comparatifs utilisés dans l'étude. En effet, près de 9 déclarations de maltraitances sur 10 ont été faites par des malades appartenant à cette catégorie diagnostique. Les maltraitances semblent également plus fréquentes avec la chronicisation de la pathologie psychiatrique délirante puisqu'elle est rapportée dans 89,29% des cas ($p<0,0001$).

La prédominance des mauvais traitements chez les patients délirants peut s'expliquer par la présence majoritairement dans ce type de pathologies de comportements pouvant représenter un danger pour le patient lui-même ainsi que pour la communauté. L'entourage de ces malades, souvent non traités, se retrouve devant une absence d'alternative d'amélioration de l'état de leur proche malade, tout en en subissant les troubles du comportement et agitations répétées. Les méthodes de contention physique et autres pratiques maltraitantes deviennent les seuls remparts entre l'expression des troubles mentaux et la menace qu'ils sont susceptibles de représenter pour autrui.

Ces résultats sont plus élevés que ceux retrouvés dans la précédente étude portant sur la population de l'ONG par C. Bergot, qui retrouvait des taux de maltraitances à 38%. Dans cette dernière étaient inclus des patients épileptiques sans troubles du comportement associés, une proportion un plus importante de patients dépressifs, ou consultant peu de temps après le début de la maladie mentale. Ces différence peuvent être à l'origine des différences de résultats constatés. De plus, l'étude en question retrouvait également une augmentation des déclarations de maltraitances dans les populations de schizophrènes et de bipolaires.

- **Des violences probablement sous-estimées**

Les violences déclarées sont probablement sous-estimées, l'étude présentée n'explore que certains types de sévices, tels que les enchaînements ou les coups de bâtons. Les autres types de violences infligées par la communauté (extra-familiale et extra-« soignante ») aux malades ne sont pas prises en compte dans cette étude (mariages forcés, viols, scarifications, …). Les éléments de maltraitances restent parfois vécus de manière honteuse par les patients et leurs familles, qui n'osent pas toujours relater leur bien difficile « parcours de soins ». De plus, une partie des personnes souffrant de pathologies délirantes chroniques depuis de nombreuses années ne sont que très difficilement évaluables sur le plan de l'interrogatoire. Ils ne sont ainsi pas nécessairement en capacité de témoigner de leur vécu.

Les résultats portant sur les patients souffrant de dépression simple sont à interpréter avec prudence en raison du faible échantillon, 2 d'entre eux rapportent des maltraitances en lien avec la maladie mentale. L'un d'entre eux expliquait qu'il s'agissait d'un rite avec un fouet afin de « chasser le mauvais esprit », l'autre de scarifications et coups de bâton afin de « faire sortir le démon ».

Si les données recueillies ici ne permettent pas d'évaluer l'impact des violences sur le cours de la maladie et sur son pronostic, il est à supposer qu'il n'est pas négligeable, allant dans le sens de la littérature scientifique sur le sujet.

- **Retard de prise en charge et maltraitance**

Il est constaté dans l'étude que plus de 40% des malades l'étaient depuis plus de 5 ans avant le début des soins psychiatriques, mais également que plus de la moitié de cette population a subi des maltraitances sévères en lien avec ses troubles : violences physique, liens, enchainement, abandon, enfermement….

La durée d'évolution de la pathologie psychiatrique semble également à mettre en lien avec les mauvais traitements. Si la médiane est de 3 à 5 ans concernant le délai entre l'apparition des troubles et les soins psychiatriques, elle est probablement plus importante en population générale du fait de l'utilisation récente de l'outil et donc d'une tendance à l'inclusion dans l'étude de patients d'entrée plus récente dans les soins de l'ONG.

Une évolutivité plus longue de la maladie ainsi que la multiplication des épisodes de décompensations sans traitement peuvent majorer les troubles mentaux, expliquant l'augmentation d'usage de chaines et d'autres méthodes de contention et de défense. La précédente étude de C. Bergot sur cette population mettait d'ailleurs en évidence ce lien.

Le manque d'accessibilité aux soins pourrait ainsi être directement en lien avec un retard majeur au diagnostic et à la prise en charge, mais également avec l'importance des maltraitances. Ces dernières semblent être souvent réactionnelles à des troubles du comportement majeurs induits par la pathologie, raison pour laquelle elles sont essentiellement retrouvées chez les patients délirants, et cela d'autant plus lorsque la pathologie récidive. Ces troubles du comportement n'ayant point de réponse médicale pour abraser la symptomatologie, se retrouvent souvent contenus par les seuls moyens alors à disposition, qui sont des méthodes de contention physique.

- **Maltraitance et défaut de soins adaptés**

Les résultats de l'étude confirment l'hypothèse de l'augmentation des mauvais traitements lors de l'existence de troubles du comportement psychiatriques, infirmant les théorisations autours de réponses culturelles adaptées et bienveillantes aux troubles mentaux.

L'absence de possibilité de recours à des soins en santé mentale semble être corrélé aux violences à l'encontre des malades, puisque parmi les 140 patients rapportant des mauvais traitements, 110 avaient consulté pour la première fois en psychiatrie à l'ONG. Les difficultés d'accès à des soins pérennes sur le plan financier semble également être source de recrudescence des mauvais traitements vis-à-vis des malades mentaux, puisque plus de 2/3 des patients qui avaient vu un psychiatre en dehors de l'ONG déclaraient avoir été victime de maltraitance malgré le fait qu'ils avaient consulté.

Les communautés se retrouvent trop souvent seules dans la réponse à l'agitation ou à l'agressivité du malade, et répondent par les liens et autres méthodes de contentions lorsqu'il n'y a pas de thérapeutiques psychiatriques accessibles. Les violences physiques, pratiquées le plus souvent chez les malades les plus graves et désinsérés, conduisent à un cercle vicieux : aggravation de leurs troubles, augmentation du coût nécessaire pour les soigner, retard aux soins, avec le risque, qu'à terme, les familles cessent de s'investir et rejettent les malades.

L'inadaptation des soins semble également remise en cause, puisque plus de 60 % des patients victimes de violences avaient bénéficié de tradithérapie, et/ou ou des centres de prières dans leurs prises en charge. D. Morizet dans sa thèse publiée en 2002 montre que les tradipraticiens déclarent eux-mêmes pratiquer des châtiments corporels dans 66% des cas, et des scarifications dans 63% des cas. Ils déclarent eux-mêmes des conséquences négatives à leurs pratiques, dont 74% sont des « complications secondaires à l'utilisation de chaînes lors de contention (ulcères infectés) » dans l'étude de Makanjuola et al, en 2000.

Il est également constaté que plus de 2/3 des patients rapportant des maltraitances ont été pris en charge en tradithérapie ou en centre de prières, ont parfois cumulé les deux types de prises en charge. Cela laisse suggérer l'inadaptation de la réponse proposée dans ces milieux pour les troubles mentaux chroniques sévères. Ce constat suggère également la probable errance des familles qui ont tenté plusieurs types de prises en charge pour aider le malade, sans résultats.

Ainsi, contrairement aux idées reçues, une approche traditionnelle mystique et sociétale dans le cadre de la maladie mentale, est inadaptée et se sert de méthodes au potentiel maltraitant important.

Les malades mentaux, une population maltraitée : en résumé

- Une prise de conscience internationale fragile.
- Environ 60% des patients rapportent des maltraitances.
- Près de 9 patients 10 souffrent d'une pathologie délirante ($p=0,0004$), cette dernière étant chronique dans 89,29% des cas ($p<0,0001$).
- Des violences probablement sous-estimées.
- Un retard de prise en charge de plusieurs années.
- Près de 80% des patients maltraités n'avaient pas vu de psychiatre avant le début des soins à l'ONG.
- Plus de 2/3 des patients maltraités avaient bénéficié de soins traditionnels.

B. Formation et transfert de compétences

1. Acquisition de compétences diagnostiques

- **Discrimination entre délire et dépression**

Le choix d'établir la base de l'arbre diagnostic avec la différenciation entre délire et dépression est assumé, afin de diminuer les risques d'erreurs de prise en charge.

Auparavant, les thérapeutiques étaient utilisées en réponse à un symptôme décrit, et non en réponse à un regroupement syndromique de signes cliniques objectifs ou à un diagnostic précis. Par exemple, le symptôme insomnie peut d'une part être en lien avec un épisode dépressif et des ruminations, mais peut également être l'expression d'une décompensation maniaque. La nécessité de partir des catégories diagnostiques en listant les symptômes présents dans chacune de celles-ci a semblé être une alternative diminuant les sources de confusion plutôt que de partir de symptômes d'interprétation difficile, parfois à l'origine d'interventions erronées ou iatrogènes.

En l'absence de diagnostic clairement établi, les réponses thérapeutiques risquent d'être inadaptées. Pour reprendre l'exemple du symptôme « insomnie », la réponse médicamenteuse qui lui était apportée avant la formation SMAO était la prescription d'amitriptyline - LAROXYL®. Ce traitement possède en effet des vertus sédatives en supplément de son statut d'antidépresseur. Si cette réponse était adaptée chez un patient présentant des troubles du sommeil dans un contexte d'épisode dépressif, elle ne l'était pas lorsqu'il s'agissait d'un patient souffrant d'insomnie dans le cadre d'un trouble bipolaire décompensé.

En raison de l'importante limitation de traitements à disposition, délire et dépression sont les 2 principales entités diagnostiques à discriminer pour l'utilisation de thérapeutiques cohérentes et adaptées. Cette distinction précoce permet de supprimer l'une des principales erreurs de classes médicamenteuses qui peuvent potentiellement « aggraver » la symptomatologie des patients. Dans le contexte de l'Afrique de l'Ouest, il s'agit de la décompensation maniaque chez le patient bipolaire, où le prix d'une rechute délirante peut être l'exclusion de la communauté et les maltraitances.

L'objectif qui est de permettre aux soignant de première ligne de discriminer le délire de la dépression est relativement bien rempli, puisque l'accord diagnostic entre agents locaux et psychiatres formateurs est de 94,02% concernant cette compétence. Ce résultat est cependant à nuancer au vu du faible effectif de patients dépressifs par comparaison au nombre de patients délirants.

- **Délire et caractéristiques temporelles du ou des épisodes**

La deuxième étape diagnostique consiste en l'exploration des caractéristiques d'évolution dans le temps de l'épisode délirant, c'est-à-dire de pouvoir définir si l'épisode délirant est isolé et circonscrit dans une période donnée, où s'il s'agit d'un trouble chronique récidivant. En Afrique de l'Ouest, cette information est capitale, le coût des décompensations psychiatriques étant relativement élevé, tant sur les plans financiers que sociaux, et sont associés à un risque accru de rejet et de maltraitances diverses.

L'objectif concernant l'exploration des caractéristiques temporelles de la pathologie délirante est également atteint par le biais de la formation de manière très satisfaisante, avec un accord diagnostic de 90,14%.

La capacité de repérer un épisode délirant isolé d'une pathologie chronique permet aux soignants d'apporter une réponse thérapeutique rapide, et ultérieurement de pouvoir l'adapter au décours de l'épisode constaté. Si l'arrêt progressif des traitements peut s'envisager dans le cadre d'un épisode isolé, la notion de la multiplication des épisodes délirants signe la chronicité de l'affection psychiatrique, et nécessite l'établissement d'une stratégie de soin au long cours, émaillé des potentielles rechutes dans la maladie du patient.

- **Différenciation entre psychose chronique et trouble bipolaire**

La différence entre psychose chronique et trouble bipolaire n'intervient qu'au terme de la somme des réflexions précédemment citées. Ce choix ne va pas dans le sens des principales classifications internationales utilisées, qui séparent dès le départ les troubles de l'humeur (bipolarité et dépression), et les pathologies délirantes chroniques (schizophrénie…).

La formation SMAO fait le choix de coupler ces 2 catégories de pathologies psychiatriques jusqu'à la 3ème étape diagnostique, notamment en raison de l'importance des similitudes dans leurs prises en charges. La réponse thérapeutique de ces deux troubles faisant appel aux mêmes molécules de fond, l'arbre décisionnel permet une orientation vers une thérapeutique adaptée en limitant les possibilités d'erreurs de prescription.

Qu'il s'agisse du Bénin ou du Togo, le risque présenté par le malade souffrant d'un de ces deux troubles psychiatriques chroniques sans prise en charge sérieuse est soumis aux mêmes modalités. Les symptômes de ces pathologies, de surcroit sans traitements adaptés, s'expriment de manière bruyante, potentiellement menaçants pour le malade lui-même ou pour la communauté. Ces patients se retrouvent à haut risque de faire l'objet de rejet, d'enchainement, de stigmatisation, notamment en cas d'absence de traitement au long court et en cas de rechute de la maladie.

C'est l'exploration des périodes intercurrentes des épisodes qui permettra de faire la différence entre la psychose chronique et le trouble bipolaire. La formation cherche à transmettre la capacité à rechercher si les symptômes de la maladie délirante ont été continus, ou alors s'ils ont été entrecoupés de périodes asymptomatiques permettant le retour à un niveau de fonctionnement identique à celui précédemment présenté par le patient. Cette distinction va permettre aux soignants de guider la pose du diagnostic final, ainsi que sur les modalités de réinsertion et de réhabilitation du patient. Cela lui permettra également d'avoir quelques possibilités supplémentaires à sa portée sur le plan médicamenteux.

La différenciation de ces 2 catégories diagnostiques présente un accord global de 68,07%, ce qui est plus faible que les 2 premiers. Plusieurs hypothèses peuvent être à l'origine de ce constat :

-Les patients ne se livrent pas toujours aux soignants lors des premiers rendez-vous. Il est parfois impossible de prendre connaissance dès le départ des modalités d'évolution des troubles, qui ne sont parfois portés à la connaissance des soignants qu'*a postériori* (et parfois ne seront jamais renseignées).

-Comme il est communément admis par la communauté scientifique, les pathologies psychiatriques évoluant parfois depuis plusieurs années sans traitement peuvent être plus longues et plus difficiles à traiter (Farooq et al., 2009). Certains patients, avec les soins, finissent par retrouver un très bon niveau de fonctionnement après plusieurs années de rue ou de chaines. Il semble ainsi nécessaire de garder une certaine prudence sur les diagnostics portés à ce stade de l'arbre décisionnel pour les patients malades depuis longtemps, qui mettent parfois plus de temps à se rétablir, et qui multiplient souvent les comorbidités et facteurs aggravants leur pathologie psychiatrique.

-Plus on avance dans les étapes diagnostiques, plus on sollicite des connaissances et des compétences de la part des soignants. Il est ainsi prévisible d'obtenir un plus grand nombre de divergences diagnostiques à mesure de l'avancée dans l'arbre décisionnel. En cas d'hésitation entre un diagnostic de psychose chronique et de bipolarité, les soignants sont formés à s'arrêter au diagnostic de « 2ème épisode délirant et plus », et attendent une expertise plus expérimentée afin de finaliser l'établissement du diagnostic.

- **L'épisode dépressif dans le cadre d'un trouble bipolaire**

La dernière étape de l'arbre diagnostic est actuellement la plus complexe. Elle présente un accord diagnostic assez faible, avec des résultats qui sont à nuancer au vue du faible effectif. Il s'agit probablement de la partie la moins aboutie de l'outil, pour laquelle une nouvelle réflexion pourra être menée dans un projet d'amélioration de la formation.

Cette dernière étape diagnostique nécessite un plus grand degré de compétence :

-Si le patient est déjà connu bipolaire, celui-ci peut présenter des symptômes dépressifs dans l'évolution de sa maladie. Ceux-ci doivent donc être recherchés régulièrement par les agents de santé locaux au cours des suivis de ce type de patients.

-Si le patient arrive dans les soins pour la première fois avec un épisode dépressif, les soignants peuvent être en difficulté pour prendre connaissance des antécédents psychiatriques du patient, notamment si le patient vient seul en consultation. Dans cette situation, si les épisodes délirants précédents ne sont pas toujours décrits, les malades rapportent parfois les maltraitances, ou présentent les cicatrices des chaines, ce qui permet d'orienter le diagnostic.

-L'arbre diagnostic présente dans sa conception actuelle plusieurs « voies d'entrées », pouvant induire en erreur les plus inexpérimentés. Le risque étant de porter confusion sur la place de l'épisode dépressif du trouble bipolaire comme étant une spécificité appartenant au diagnostic du trouble bipolaire.

- **Diagnostic « autre », les limites de la simplification diagnostique**

Dans un contexte où l'ONG se retrouve souvent être le seul prestataire de soins de proximité, les demandes de soins sont multiples et portent sur de nombreuses affections: troubles du neurodéveloppement, retards mentaux, cérébrolésés, épileptiques, séquelles d'encéphalopathies… Ces patients présentent des troubles du comportement mimant ou se rapprochant des troubles psychiatriques recherchés par l'outil, mais dont on ne pourra jamais réellement en connaitre l'étiologie précise en raison de l'absence de possibilité d'investigations étiologiques.

Dans ces situations, les soignants sont guidés par plusieurs éléments. La présence d'éléments en faveur d'un processus évolutif aigu (fièvre, signes neurologiques…) va interpeler les soignants qui réadresseront les patients, lorsque cela est possible et accepté par les familles, vers des soins somatiques.

Le diagnostic « autre » se trouve ainsi souvent être représenté par des patients présentant un ensemble de manifestations proches des catégories pathologiques explorées par l'outil, mais dont on ignore le plus souvent le diagnostic étiologique réel.

- **Concordance et divergences diagnostiques**

Le binôme psychiatre formateur et infirmiers de l'ONG rencontre une bonne concordance brute sur le plan diagnostic. Ces résultats sont difficiles à comparer, La concordance diagnostic entre personnel médical et paramédical étant peu décrite dans la littérature. Ces résultats n'en sont pas moins encourageant, les concordances diagnostiques entre médecins psychiatres semblant elle-même souffrir d'une certaine hétérogénéité.

L'utilisation et les améliorations apportées par les classifications internationales semble avoir eu une incidence positive sur l'harmonisation des pratiques et sur la fidélité inter cotateurs qui étaient auparavant parfois très éloignées (Hacking, 2013). Cependant, la question des difficultés de mesure de la fiabilité entre diagnostics posés par les médecins psychiatres semble toujours se poser. Si on prend l'exemple des tests de fiabilité concernant le DSM5, ceux-ci ont été réalisés auprès de 279 professionnels, disposant des mêmes informations (ils ne sont donc pas indépendants) dans 11 facultés de médecine des États-Unis et du Canada, conditions qui sont loin des celles qui prévalent en clinique. Pour autant, peu de troubles possèdent un « bon » coefficient kappa, c'est-à-dire un accord global entre les diagnostics posés par médecins psychiatre (le seuil retenu par Spitzer, un des membres fondateurs du DSM, comme « bon » étant 0,7). On retrouve ainsi pour exemple une fiabilité des diagnostics de trouble dépressif caractérisé à 0,28, de schizophrénie à 0,48, de trouble anxieux généralisé à 0,20… (Freedman et al ; 2013).

Acquisition de compétences diagnostiques : en résumé

- Des accords diagnostics globaux élevés pour les premières étapes de l'arbre diagnostic.
- Ils sont de 94,02% et de 90,14% pour les 2 premières étapes diagnostiques.
- Il est à 68,07% pour discriminer un trouble bipolaire d'une psychose chronique.
- L'accord diagnostic de l'épisode dépressif du trouble bipolaire est à évaluer avec prudence.
- La formation ne semble pas permettre la pose de diagnostics efficients en dehors des pathologies ciblées par celle-ci.
- Une harmonisation des pratiques intéressante en comparaison aux outils existants.

2. Transfert de compétences de prescriptions thérapeutiques

a) *Acquisition de la capacité de prescrire de manière adaptée*

- **Choix et orientation de l'association SMAO concernant la formation à la prescription**

La délivrance d'un traitement adapté aux troubles du patient permet la stabilisation de sa pathologie, l'amélioration de son pronostic en terme de morbidité, d'incapacité et d'intégration au sein de sa communauté. Pour ce faire, la formation SMAO a fait des choix, parfois drastiques, concernant les protocoles thérapeutiques utilisés, afin de garder une balance bénéfice / risque acceptable avec les moyens disponibles sur le terrain.

Plus de 80% des ordonnances réalisées par les agents de santé de la Saint Camille coïncident avec celles des psychiatres venus pour la formation. Ce taux de concordance dans les thérapeutiques entreprises est très encourageant, car ils suggèrent une acquisition rapide et efficiente de l'utilisation des thérapies médicamenteuses adaptées aux besoins des patients. Les compétences infirmières en termes de prescription semblent ainsi se rapprocher fortement de celles des médecins psychiatres.

Il n'a pas été relevé de différence significative entre les différents types de centres en ce qui concerne les concordances de prescriptions médicamenteuses entre infirmiers de l'ONG et psychiatres formateurs. Cet élément permet de supposer une bonne acquisition de la compétence de prescription par l'ensemble des soignants, tout niveau confondu, que leurs pratiques soient exclusivement de la consultation ou qu'ils soient prestataires des soins d'hospitalisation.

La protocolisation simple et systématique des conduites à tenir en fonction des différentes catégories diagnostiques permet l'acquisition d'une harmonisation des pratiques et des réponses thérapeutiques, sans nécessairement qu'il soit associé une expérience et un sens clinique très aiguisé. Ce point est illustré par les 20,94% de concordances thérapeutiques retrouvées chez des patients n'étant pas diagnostiqués à l'identique entre soignants de l'ONG et formateurs.

Ces malades, pour lesquels les soignants de l'ONG avaient majoritairement établi le diagnostic de « 2ème épisode délirant et plus », avaient été diagnostiqués soit bipolaires soit psychotiques chroniques par les psychiatres formateurs. Pour autant, cela n'a pas été une entrave à la prescription de traitements adaptés aux troubles présentés par ces patients. L'intérêt d'une démarche diagnostique par entités et de l'application des protocoles qui en découlent semble ainsi prévaloir en terme de qualité de réponse thérapeutique sur l'établissement d'un diagnostic précis qui risque d'être posé de manière hâtive ou erroné.

Peu de littérature existe concernant l'étude des concordances de prescription entre médecins et infirmiers, la spécificité de la délégation de prescription étant essentiellement portées par des pays en voie de développement. Ces derniers pour des problématiques de santé publique, se voient dans l'obligation d'augmenter le nombre de prestations de soins faites par le personnel paramédical.

Concernant les études portant sur la concordance thérapeutique entre professionnels de santé mentale, elles semblent peu nombreuses (Grolleau, 2007), et mettent en avant des résultats très disparates. Si des recommandations et des guides de bonne pratique existent, beaucoup de cliniciens semblent se baser sur leur propre expérience pour prescrire, d'autant plus que, comme nous l'avons vu précédemment, l'accord diagnostic entre cliniciens semble être caractérisé par une certaine hétérogénéité.

b) *Principales divergences thérapeutiques*

- **Prescription de la carbamazépine - TEGRETOL®**

Les principales divergences thérapeutiques constatées dans l'étude sont en lien avec la quantité des traitements utilisés. La principale concerne l'utilisation de la carbamazépine - TEGRETOL® supplémentaire par les soignants de l'ONG en comparaison à la prescription du psychiatre formateur.

Plusieurs hypothèses peuvent être émises concernant ce constat :

-Les soignants comme les patients et leurs familles sont dans la crainte perpétuelle du retour des comportements anormaux et pathologiques. Les rechutes sont appréhendées car elles sont trop souvent pourvoyeuses de maltraitances et de désinvestissement de l'entourage, mais également de difficultés accrues à retrouver une stabilité clinique, dans un contexte de limitation des molécules à disposition.

-La carbamazépine - TEGRETOL® fait partie des molécules à action thymorégulatrice. Son utilisation, notamment dans le cadre du trouble bipolaire, n'est ainsi pas une « erreur », dans le sens où le traitement à une réelle action dans la stabilisation des troubles bipolaires.

Le recours à cette molécule a cependant décidé d'être limité. Il s'agit d'un traitement parmi les plus coûteux de l'arsenal à disposition de l'ONG, pourvoyeur d'effets secondaires au long court potentiellement graves. C'est également probablement la molécule la plus tératogène du guide SMAO lorsque celle-ci est utilisée chez les femmes en âge de procréer (Stahl, 2016). De plus, il s'agit d'une molécule à prendre quotidiennement pour une stabilisation clinique, élément contraignant par rapport à l'utilisation de neuroleptiques d'action prolongée, ne nécessitant qu'une prise mensuelle. L'ensemble de ces raisons, s'ajoutant à la possibilité de l'ONG d'utiliser d'autres molécules ne présentant pas ces inconvénients, tels que les neuroleptiques, a fait pencher la balance bénéfice/risque en faveur d'une limitation de l'indication de cette molécule sur le terrain dans l'indication des troubles délirants chroniques.

- **Prescription d'antidépresseurs**

Environ ¼ des différence de traitement sont en lien avec l'utilisation d'un antidépresseur à la place d'un neuroleptique, ou inversement. Cette divergence survient essentiellement lorsqu'il y a une non concordance entre les diagnostics posés dès la première partie de l'arbre décisionnel. Ces désaccords concernant l'établissement des diagnostics semblent survenir majoritairement dans les situations où les patients présentent des « symptômes négatifs » dans le cadre de pathologies délirantes chroniques.

Cette divergence de prescription est potentiellement la plus grave. En effet, elle majore le risque de décompensation psychiatrique des patients bipolaires lorsqu'ils sont mis sous antidépresseurs.

A contrario, lorsque des neuroleptiques sont utilisés chez les patients atteints de dépression, elle est pourvoyeuse d'inefficacité thérapeutique ou de la détérioration de l'état du patient à terme.

Il a été décidé au cours de l'élaboration de la formation simplifiée de limiter la prescription des antidépresseurs au simple cadre des dépressions simples. Bien qu'en Europe par exemple, il n'est pas rare de recevoir des patients bipolaires recevant un antidépresseur associé à une couverture thymorégulatrice, la discrimination entre les patients atteints de psychose chronique et de bipolarité étant encore insuffisante et de maniement complexe pour des agents peu expérimentés.

Pour exemple, avant la formation SMAO, bon nombre de professionnels de santé utilisaient l'amitriptyline - LAROXYL® pour traiter les troubles de l'endormissement. Un bon nombre de patients bipolaires se retrouvaient ainsi avec une prescription d'amitriptyline - LAROXYL® venant déstabiliser leur trouble thymique.

Dans le contexte de la transmission de compétence de prescription à des agents de première ligne, le choix de la limitation de l'usage de la molécule au simples épisodes dépressifs semble pertinent en termes de santé publique. Le risque d'une décompensation d'un trouble bipolaire semble en effet bien plus important en terme de fréquence, et de gravité de celui de ne pas parvenir à stabiliser sur le plan de l'humeur un patient souffrant d'une pathologie délirante sans antidépresseurs. Ce choix permet également d'éviter la multiplication des molécules prises par les patients. Ce type de prescriptions mélangeant antidépresseurs à des traitement de fonds dans le cadre des pathologies délirantes semble être plus approprié à un usage réservé à des agents de 2ème ou 3ème ligne plus expérimentés, pouvant recevoir régulièrement les patients.

Acquisitions de compétences de prescription adaptées : en résumé

- Des choix drastiques en termes de médications utilisées et d'indications de prescription.
- Des protocoles de traitements parfois arbitraires à l'échelle individuelle, nécessaires dans une démarche de santé publique.
- Plus de 80% des ordonnances des agents de santé de l'ONG SCL coïncident avec celles des psychiatres.
- Des divergences dans les thérapeutiques utilisées qui ne sont pas forcément des aberrations de prescriptions.
- Le difficile maniement des antidépresseurs dans le cadre d'une majorité de troubles de l'humeur de type bipolarité et conséquence des risques de rechutes.

3. Possibilités de suivi et de réinsertion des malades

a) *Observance et suivi régulier*

Les données relevées doivent être interprétées avec prudence concernant le suivi et l'observance thérapeutique. En effet, la structure la plus ancienne a été ouverte depuis 2004, les Centres Relais entre 2012 et 2019, et la fiche SMAO n'y est utilisée que depuis quelques années.

Les patients sélectionnés dans l'étude sont ceux pour lesquels a été rempli une « fiche SMAO », ils sont donc essentiellement entrés dans les soins plus récemment que le reste de la population soignée à l'ONG. L'évaluation du devenir de ces patients manque ainsi parfois de recul, puisqu'un peu plus de la moitié des patients inclus sont pris en charge à l'ONG depuis une durée inférieure ou égale à 1 an. De même, les fréquences de consultations mensuelles sont proche de 90%, résultat tout-à-fait honorable, mais qui nécessiterait d'être évalué plus à distance de l'entrée des soins psychiatriques afin de s'assurer de leurs poursuite ou non à plus long terme.

Concernant la politique des suivis, la Saint Camille reste stricte notamment pour assurer un suivi cohérent et une délivrance de médicaments justifiée. Les traitements sont donnés une fois par mois, et de manière exceptionnelle pour 2 à 3 mois dans certaines conditions : patients stables cliniquement depuis longtemps, entourés par la famille ou les proches qui se portent garant du malade, qui vivent très loin et qui sont dans l'impossibilité de se déplacer au centre le plus proche de manière mensuelle. Les patients reçus dans l'étude étaient globalement réguliers dans les soins, puisque près des 9/10ème venaient aux consultations mensuellement.

Pour les autres patients vus à une fréquence moins importante, il s'agit soit de patients qui habitent relativement loin, avec une délivrance des traitements pour 2 mois ou 3 dans des cas très exceptionnels, soit par des patients qui sortent des soins et qui reviennent. Il est à noter que parmi les patients suivis, un seul n'était pas venu à une consultation avec un délai de plus de 3 mois d'intervalle entre 2 rendez-vous, ce qui est très faible.

b) *Travail et réinsertion*

Au Bénin et au Togo, contrairement à l'occident, il existe une quantité de petits travaux ne nécessitant pas forcément un haut niveau de capacité de fonctionnement. Une partie des patients peuvent ainsi exercer un rôle pour leur communauté, en étant accompagnés et en adaptant les attentes de rendement. Par exemple les travaux des champs, de maison, d'élevage, de ramassage des capsules de bouteilles…

Si un malade non traité et symptomatique peut rapidement se faire exclure de sa société, il peut aussi y être réintégré et en être un membre à part entière lorsque celui-ci est traité et accompagné. Les attentes sociales ne sont pas les mêmes entre une société industrialisée, compétitive, et dont les emplois requièrent un niveau d'études élevé, et une société où la majorité des individus sont dans une économie de subsistance au jour le jour, directement par leur travail personnel, non salarié.

c) *Impact positif sur les maltraitances*

L'autre élément important à noter est la très forte diminution des maltraitances au décours de l'entrée dans les soins psychiatriques, puisque seulement près de 5% déclarent en avoir eues. Ces dernières ont eu majoritairement lieu dans des contextes de rechutes sur arrêt de traitement. Cet élément suggère l'hypothèse que les maltraitances évoluent de manière proportionnelle avec les états de décompensations psychiatriques et leurs cortèges de symptômes, et évoluent de manière inversement proportionnelle aux traitements et prises en charges psychiatriques.

Malgré ces résultats encourageants, les mauvais traitements sont souvent banalisés et ne font pas l'objet d'enseignements à proprement parler. Ils semblent être du domaine du tabou. Rare étant à l'échelle internationale des enseignements transmettant la réalité de la vie des malades mentaux qui sont nombreux à être l'objet de violences. Bien avant la bienveillance et les droits fondamentaux des malades, les problématiques les plus abordées du domaine découlent essentiellement des migrations, des conflits et des différences de cultures, probablement sous l'influence de la dynamique socio politique mondiale actuelle.

Suivi et réinsertion des malades : en résumé

- Des soins accessibles permettent la diminution :
    - Du retard à la prise en charge.
    - Des maltraitances.
    - De l’’exclusion.
- Des soins de première ligne aident à la réhabilitation des patients.
- Possibilité d’avoir un suivi régulier au long cours.

C. Postulats de la formation SMAO

1. Universalité de la clinique des troubles mentaux

a) *Universalité des pathologies psychiatriques*

A l'image des nosographies Kraeplinniennes, les descriptions cliniques se basant sur des symptômes clefs cardinaux objectivables permettent de mettre l'accent sur l'universalité des troubles. L'intérêt de l'appréhension des modalités d'expression clinique universelle est de permettre la pose d'un diagnostic et d'initier une prise en charge adaptée, quel que soit le patient en demande de soins.

La formation SMAO dispensée repose ainsi pour son essentiel sur une « clinique de l'observable », reposant ainsi sur des critères objectifs. Cela est d'autant plus important que nous n'avons que rarement accès aux éléments rapportés ou pour en raison de la barrière de langues, ou d'une utilisation différente du langage pour désigner une même problématique de fond. Pour éviter cet écueil, plusieurs signes cliniques à rechercher ont été reformulés afin de correspondre aux expressions langagières courantes du terrain.

Malgré les adaptations de langages et d'expressions au terrain, on retrouve d'importantes similitudes entre les épisodes délirants et thymiques, pris en charge ailleurs dans le monde (Shibre et al., 2010). Si l'expression des symptômes d'une maladie peut être interprétés de différentes manières, la structure des troubles et les descriptions qui en sont faites n'en restent pas moins comparables. Ceci permet d'avoir une lecture médicale commune de la psychiatrie.

Les descriptions que font les patients des symptômes qu'ils ressentent sont variables en fonction de leur contexte socio culturel, de leur vécu. Chez l'ensemble des personnes souffrant de pathologies psychiatriques, quelle que soit leur langues, leur culture, leur mode de vie, leurs représentations du monde, l'observation clinique reste le socle de la médecine psychiatrique, et se base sur la « clinique de l'observable ».

La clinique des patients reçus à l'ONG présente ainsi bien plus de similitudes que de différences avec la symptomatologie rencontrée sous nos latitudes. « Voir les ancêtres », « avoir des insectes dans la tête »… ne présente pas la même signification clinique si ce propos est rapporté par une personne de culture française ou s'il est de culture peulh.

Pour autant, les cortèges de symptômes objectivables accompagnant les propos rapportés par le patient pourront orienter le prestataire de soins vers un diagnostic universel. Le ralentissement psychomoteur, la clinophilie, les idées suicidaires, les troubles du sommeil… orienteront vers un épisode dépressif. Les attitudes d'écoute, l'agitation, la désorganisation, parler seul, sont autant d'éléments qui orienteront vers une pathologie délirante.

Cette idée de l'universalité des troubles mentaux et de la simple coloration du délire par la culture a déjà été défendue par le passé par des auteurs comme Kraepelin (lors de ses voyages à Java).. Pour autant, cette notion à tendance à s'étioler dans les débats idéologiques et les théorisations psychiatriques.

b) *Clinique des troubles délirants*

La clinique des troubles délirants est assez semblable quelle que soit la latitude où celle-ci s'observe. La principale différence observable concerne le contenu du délire. Celui-ci s'intègre au vécu du malade. Il est coloré par sa culture, par la société dans laquelle il vit. Ainsi, les délires à thématique mystique sont fréquents au Bénin, tandis que le thème du terrorisme ou du complot sera plus fréquent en Occident. Pour autant, la structure globale des troubles est similaire, et les éléments sémiologiques observables et rapportés par l'entourage familial permettent de poser les diagnostics.

Ces observations ont déjà été mises en évidence par le passé. Pour exemple, Lenz, psychiatre autrichien, avait pu dater des faits historiques et la chronologie d'un certain nombre d'avancées technologiques à partir de l'analyse de multiples dossiers, et cela sur une période d'une centaine d'années (L. Griffith., 2014).

Si l'environnement dans lequel vivent les individus a une influence sur le contenu du délire, l'étiologie du délire, elle, ne change pas. Si un patient béninois présente un délire de persécution sur le thème mystique, ce n'est pas pour autant que c'est la croyance qui est la cause de son délire. Il en est de même pour un français délirant sur la thématique du complot politique, le contenu du délire n'étant cependant pas la cause de sa pathologie.

Concernant la limite entre le trouble délirant isolé unique et le trouble délirant chronique, la durée limite a été fixée à 2 ans dans la formation. Plusieurs raisons expliquent ce choix. L'évolution des troubles au Bénin et au Togo étant souvent émaillée de violences et d'importantes carences de soins, les patients, parfois malades depuis de nombreuses années, peuvent parfois se rétablir plus lentement. De plus, une certaine « flexibilité temporelle » semble nécessaire en pratique, du fait d'un rapport au temps relativement variable. Les troubles constatés ne font pas nécessairement l'objet de l'établissement d'une chronologie, et les événements passés sont plus souvent rapportés en lien avec des événements extérieurs ayant impacté la communauté (fêtes, récoltes, événements marquants …) plutôt qu'en termes de « calendrier ».

c) *Clinique de la dépression*

C'est dans le champ de la dépression que se rencontrent probablement le plus de difficultés et de risque d'interprétation décalée des symptômes cliniques. Son bon repérage nécessite une plus grande expérience du terrain. En effet, il est constaté la présence de symptômes pseudo-hallucinatoires à type de sensations cinesthésiques (fourmillements, douleurs, brûlures…). De même, on note une fréquence plus importante des sentiments de persécution ou de ruine. *A contrario*, le sentiment de tristesse ou de culpabilité peut être difficilement exploitable en pratique, n'étant que peu exprimé par la majorité des consultants.

La connaissance du contexte local ainsi que la réalisation d'un examen clinique rigoureux permettent cependant au soignant de différencier ces expressions symptomatiques de symptômes délirants qui s'inscriraient dans un authentique trouble délirant. L'étude et le recueil du cortège de symptômes associés à l'expression des troubles par le patient est ainsi fondamental afin de pouvoir discriminer correctement les différentes pathologies psychiatriques.

Par ailleurs, on constate sur le terrain que les consultants les plus jeunes, *a fortiori* ceux ayant un niveau éducatif élevé (niveau bac/universitaire) expriment davantage les émotions de « tristesse » ou de « culpabilité », rapprochant encore davantage la clinique africaine de celle observée en Occident.

d) *Universalité de la maladie mentale et différences interindividuelles dans l'expression des symptômes*

- **Traumatismes et symptomatologie hallucinatoire**

Il est constaté en pratique au Bénin et au Togo une plus forte présence des symptômes hallucinatoires chez les patients souffrant d'une maladie mentale, tous types de pathologies confondues. La question des conséquences de ces traumatismes sur l'émergence des troubles, leur présentation clinique, et leur pronostic peut se poser, notamment dans des pays où la fréquence des traumatismes est majeure.

Il a déjà été relevé dans la littérature une proportion de symptômes hallucinatoires plus forte au cours des épisodes délirants dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (Jablensky et al, 1992). Ces observations sont compatibles avec d'autres études qui évoquent une variation dans la prévalence de symptômes hallucinatoires selon les origines culturelles (Thomas et al., 2007), (Bauer et al., 2011), (Johns et al., 2002).

Une revue de la littérature rapporte les liens entre expériences traumatiques et survenue d'éléments psychotiques, a fortiori les hallucinations (Longden and Read, 2016). Ce lien a été retrouvé également dans les troubles thymiques, pendant lesquels la fréquence de symptômes hallucinatoires était plus élevée en cas d'antécédent de traumatisme dans l'enfance (Hammersley et al., 2003). Les traumatismes à l'âge adulte pourraient également concorder avec la sévérité des hallucinations (Yildirim et al., 2014).

L'ensemble de ces éléments pourrait donner des pistes d'exploration concernant l'importance de la présence des symptômes hallucinatoires constatés, toutes pathologies confondues, ainsi que sur la prévalence des éléments pseudo-hallucinatoires retrouvés dans la clinique de la dépression. Cela pourrait également corroborer l'impression clinique que ce type d'expression symptomatique est moins rencontré dans les milieux socioéconomiques favorables (pays à revenus élevés, jeunesse de la capitale béninoise et togolaise de milieu aisé.)

- **Externalisation de la causalité des troubles**

Pour reprendre l'expression symptomatique de la dépression, on retrouve fréquemment des plaintes en lien avec des douleurs, des sensations de « picotements », « brûlures », « lourdeurs », de « chaleur ou de froid ». Ces plaintes peuvent toucher diverses zones du corps (abdomen, zone dorso lombaires, les quatre membres…).

Contrairement aux idées reçues, ces modalités d'expression des troubles ne sont pas limitées à la seule « culture africaine ». Pour exemple, le « tarentisme » italien (« léthargie », « catatonie » et « picotements des membres » décrite longtemps comme secondaire à une piqure de tarentule), a été identifié comme l'une des expressions de la pathologie dépressive. Ainsi, l'impression « d'avoir des insectes sur le crâne », des « piqures dans le corps » secondaires à une piqure de scorpion semble beaucoup moins exotique.

Une des pistes qui semble intéressante à explorer concernant ce phénomène est la tendance à l'externalisation de la causalité des troubles. La manière de décrire les sensations, les perceptions liées aux troubles semblent dépendantes du vécu du patient, de son environnement, de ce qui est culturellement acceptable et de ce qui est culturellement interprété comme provenant de soi ou provenant de l'extérieur.

Dans les sociétés où la vie communautaire est prédominante, que ce soit par choix ou par nécessité, l'impression clinique est que les patients ont tendance à exprimer leurs troubles comme provenant « de l'extérieur » (piqûres d'insectes, persécutions, mauvais sort…). A l'inverse, des sociétés plus individualistes semblent exprimer plus aisément des émotions centrées sur eux-même (culpabilité, sentiment d'incapacité et d'échec…). Cette différence sur le terrain au Bénin et au Togo est assez courante à observer. Les personnes faisant des études supérieures, qui ont un mode de vie proche de nos sociétés occidentales, expriment leurs symptômes de manière très proche de celle que l'on connait en occident. A contrario, les personnes provenant des milieux les plus précaires, ayant un mode de vie axé sur la communauté et vivant d'une économie subsidiaire, externalisent la cause de leurs troubles.

- **Intrication de problématiques somatiques**

Les hallucinations, notamment visuelles, d'apparition brutale, orientent souvent vers des pathologies somatiques sous-jacentes. Au Bénin comme au Togo, la prévalence de pathologies somatiques d'expression neuropsychiatrique sont nombreuses. Fièvre et épisodes de convulsions répétés, neuro-paludisme, neuro-syphilis,… nombreuses sont les affections pouvant entrainer des séquelles neuro psychiatriques, d'autant que celles-ci ne sont pas toujours traitées de manière rapide et adaptée.

Cette réflexion est également valable pour les traumatismes crâniens, de prévalence probablement plus importante que sous nos latitudes en raison de la moindre présence de règlementations assurant la sécurité physique des personnes et de l'exitance de zones de conflits.

Il est ainsi possible qu'une partie des troubles psychiatriques observés présentent des caractéristiques spécifiques aux séquelles secondaires à d'autres troubles, que ceux-ci soient à l'origine comorbide ou en parallèle aux symptômes de la maladie mentale.

Une formation qui se base sur le principe d'universalité des troubles mentaux : en résumé

- Rapprochement des nosographies Kraepliniennes et intérêt porté à l'observation clinique.
- La clinique psychiatrique, une expression commune et universelle.
- La culture ne fait que colorer ce qui est commun à chacun.
- Des symptômes probablement majorés par la durée d'évolution sans traitement et par les maltraitances.
- Importance de l'intégration de l'universalité et l'organicité des pathologies mentales chroniques et sévères pour répondre par des thérapeutiques adaptées.

2. Diffusion des connaissances simplifiée efficiente

a) *Nécessité d'une formation applicable sur le terrain*

- **Difficultés des outils internationaux à s'adapter aux besoins du terrain**

Le guide de formation de l'OMS, à destination des agents de santé communautaires, amorce une démarche de simplification des concepts psychiatriques. Il rend ainsi sa formation plus accessible à un public plus large, en se détachant des systèmes critériologiques internationaux. En proposant une démarche clinique, diagnostique, et thérapeutique standardisée, il fait un premier grand pas dans la transmission du savoir médical psychiatrique pour une diffusion de l'exercice de la discipline. Celle-ci n'appartient plus au domaine d'une description sophistiquée d'un ensemble de troubles dont la signification est ignorée du plus grand nombre, mais s'inscrit dans une démarche scientifique et médicale concrète, appelant des réponses thérapeutiques du même ordre.

L'outil reste cependant trop complexe pour cibler un public d'agents de santé non spécialisés de première ligne, qui n'ont parfois aucune connaissance de la psychiatrique. Le mh-GAP peine à s'intégrer dans le contexte des pays à revenus faible et intermédiaire. De plus, l'utilisation et les préconisations des molécules ne sont pas accessibles au plus grand nombre. Certaines médications sont trop coûteuses, d'autres indisponibles de manière continue (ISRS…), certaines thérapeutiques demandent une surveillance paramédicale et des examens complémentaires qui ne pourront pas être réalisés en pratique (comme pour le lithium,…).

Concernant les thérapies non médicamenteuses qui sont proposées dans le mh-GAP, à l'image des propositions de « psychothérapie » elles sont pour la plupart des agents de santé, soit inconnues, soit inaccessibles pour les populations. Il est difficile dans un tel contexte d'attendre des agents de première ligne des d'orientations des patients de type « relaxation » ou « thérapies par résolution de problèmes ». Si ces derniers sont des outils intéressants, ces concepts sont pour la plupart des soignants soit inconnus, soit non disponibles. De plus, ils ne semblent pas prioritaires dans la démarche thérapeutique au vu des besoins sur le terrain.

Le guide sous son format actuel ne semble pas être suffisamment concis et aisé d'utilisation pour un usage régulier efficient par les soignants. Avec plus de 100 pages, les soignants locaux qui ont souvent une importante charge de travail ne peuvent s'en saisir dans sa globalité.

- **Simplification et adaptation des connaissances en psychiatrie**

La formation présentée dans cette étude n'a pas pour objectif de fournir une surspécialisation ou un complément de formation à des soignants expérimentés. Elle consiste en une diffusion de connaissances à un large public novice de connaissances en psychiatrie, se retrouvant confronté aux malades mentaux en première ligne avec peu d'appui spécialisé.

Si toute simplification se fait au risque d'une perte de précision ou de données au sein d'un enseignement, elle permet son accessibilité et sa compréhension à un plus large public. La fiche SMAO cherche à faire coller pour chacune des étapes diagnostiques une réponse thérapeutique adaptée qui en découlera, afin de se sortir de l'écueil d'un descriptif de divers symptomatologies. Si elles sont intéressantes intellectuellement, elles ne sont que peu utiles dans les prises en charge.

Tout en priorisant les pathologies considérées comme des priorités de santé publique, il s'agit de garantir une efficience de l'arbre diagnostic et des propositions thérapeutiques correspondantes, car un diagnostic n'a d'intérêt que pour proposer par la suite une prise en charge. La formation SMAO s'avère être un modèle de formation peu coûteuse, rapide, facile, reproductible, utile et adaptée au terrain semble idéale, à l'image de l'outil. Ce dernier est correctement utilisé et rempli dans 82,05% des cas, malgré l'importance du nombre de consultants par centres.

Il semble qu' une formation brève, couplant théorie et pratique, offre la possibilité de diagnostiquer et de traiter des pathologies psychiatriques prioritaires en termes de santé publique. Elle semble également modifier de manière importante les croyances et craintes autour de la maladie mentale. Cela interroge beaucoup sur la compréhension et l'accessibilité des formations précédentes respectivement reçus par les soignants, pour ceux qui en ont eu une. Les objectifs d'enseignements mis en œuvre semblent en réel décalage avec la réalité des besoins du terrain et les compétences acquises concrètement.

On peut supposer que le transfert de connaissance puisse être soit peu efficient, soit teinté des propres idéologies de l'enseignant, soit peu fonctionnel en pratique quotidienne. La formation SMAO se rapproche ainsi des nosographies du XXème mettant l'action sur des éléments objectivables, s'éloignant de la critériologie du XXIème siècle qui nécessite pour un bon usage la difficile capacité à différencier ce qui est du domaine de l'objectivable de ce qui est rapporté, et donc potentiellement subjectif.

Les risques d'une mauvaise utilisation de cette critériologie sont de flouter les limites entre les pathologies psychiatriques chroniques et sévères, et ce qui sera de l'ordre d'une importante souffrance psychique. On peut noter pour l'exemple la confusion entre le diagnostic de schizophrénie et celui de troubles de la personnalité. Si les deux troubles sont potentiellement d'importants consommateurs de soins, les réponses thérapeutiques à adopter et les conséquences de l'évolution de ceux-ci sont relativement différentes…

- **La complexité, un frein potentiel à la transmission des connaissances**

Dans un discours théorique sophistiqué et complexe mais ne répondant pas à la pratique quotidienne, bon nombre de praticiens semblent tentés de se constituer un savoir propre, adaptant leurs connaissances acquises au fil des années de pratique, évoluant en parallèle d'une science de pointe qui s'éloigne progressivement du terrain.

La psychiatrie est un champ trop vaste et complexe pour être accaparé par quelques-uns, qui ne peuvent présenter que des aspects limités des questions posées par la maladie mentale et ses traitements. Il semble nécessaire d'ouvrir la formation en instaurant un mélange des enseignants, une mixité d'origines et de professions différentes.

Le partage actuel du savoir est très éclaté à travers des canaux d'information multiples, ce qui le rend parfois mal maitrisé. Une part de cette transmission est transversale, se constituant des réseaux et des groupes de pairs. Si cela permet un champ d'échanges vaste, les connaissances échangées se retrouvent parfois être superficielles, parfois même contradictoires. Certains groupes peuvent y trouver des revendications identitaires sur certains des aspects de ce « savoir » diffusé, avec le risque de méconnaître des savoirs basiques plus larges, ou encore l'illusion de « savoir déjà » …

La formation, qui se complexifie au fil du temps, tend à se théoriser, prenant parfois la place de la pratique. Le principal risque est la mise à distance, souvent délétère, de la réalité des patients que l'on soigne et des enjeux concrets de la discipline. En conséquence, il devient possible de ne pas pouvoir acquérir les compétences nécessaires au terme des enseignements et de s'éloigner du rôle de service à rendre à la société.

D'une part certains patients s'autoproclament détenteurs d'un savoir, sans pour autant avoir eu une formation à ce dit enseignement. A l'opposé, une partie de la profession médicale se maintient à distance des populations, du fait d'un monopole tenu par quelques professionnels hospitalocentrés, ce qui est peu propice à une attitude d'innovation et de construction de projets.

Diffusion des connaissances simplifiées : en résumé

- Inadaptation des outils internationaux actuels aux réalités du terrain.
- La fiche SMAO, outil rapide, facile, reproductible et efficient.
- La simplification de la formation n'est pas nécessairement sa dégradation.
- Nécessité de la diffusion et de la transmission des connaissances.

b) *Des choix thérapeutiques restreints mais efficaces*

- **Limitation des molécules disponibles**

A des fins d'uniformisation, de simplification, et d'accessibilité financière, le nombre de molécules utilisées à l'ONG SCL est limité. Les traitements sélectionnés sont d'utilisation systématisée, et donc de maniement plus aisé. Ils ont été choisis, parmi les molécules essentielles, comme ceux étant les plus disponibles et accessibles par rapport à leur efficacité.

La limitation du nombre de molécules utilisées permet :

-La limitation des prescriptions abusives ou de polymédications non appropriées aux besoins en soins des patients. Ce choix permet aux patients suivis à l'ONG de recevoir des soins de proximité pour leur pathologie chronique, et de rester des membres à part entière de leur communauté.

-L'accès aux patients à des traitements au long court, toujours en disponibilité suffisante, pour pouvoir s'en procurer quotidiennement, à moindre coût et sans rupture de stock.

- **Adaptation des prescriptions aux contraintes locales**

Malgré le soutien d'organismes internationaux, l'équilibre budgétaire de l'ONG est précaire, et se retrouve à devoir assurer avec peine l'approvisionnement en médicaments.

Les médicaments prescrits sont des molécules anciennes, et présentent de nombreux effets secondaires qui pourraient être éviter avec l'utilisation de molécules plus récentes étaient utilisées. Le faible éventail de médications limite également les possibilités thérapeutiques et ne permet pas toujours une stabilisation optimale des patients ne répondant que partiellement aux thérapeutiques, ou résistant aux médications disponibles. Les molécules plus récentes, elles, sont inaccessibles financièrement, ou font l'objet de régulières ruptures de stock.

Les médecins psychiatres, comme nous l'avons précédemment souligné, avaient reçu une formation aux traitements à utiliser sur le terrain. Ces derniers sont en nombre limité, et font appel à des molécules qui pour la plupart ne sont que peu ou plus utilisées sous nos latitudes. S'il est bien entendu que les psychiatres auraient prescrit d'autres types de molécules dans des conditions sanitaires moins précaires, au profit par exemple des neuroleptiques de seconde génération ou d'ISRS, il incombe au devoir du médecin de tenir compte de l'environnement, des capacités et ressources détenues par le patient pour se soigner, ainsi que des réalités de santé publique. L'accord thérapeutique tout-à-fait concluant entre psychiatre formateur et agent de santé de l'ONG SCL s'inscrit ainsi dans la balance bénéfice/risque et coût efficacité des molécules délivrées.

L'importance de prescrire un traitement adapté réside, en dehors de sa capacité de soins, réside dans la présence moindre d'effets secondaires, ces derniers étant des motifs fréquents de complications et d'arrêt des prises. L'adaptation des traitements s'avère ainsi être un enjeu de taille dans les pathologies psychiatriques chroniques dont les médications nécessitent des prises au long terme.

- **Choix de la Fluphénazine dans le traitement de fond des troubles délirants chroniques et des troubles bipolaires**

La fluphénazine est le seul neuroleptique retard présent dans le livret thérapeutique de l'ONG Saint Camille.

L'importance de posséder un neuroleptique d'action prolongée dans les pathologies psychiatriques chroniques n'est plus à argumenter tant les bénéfices en sont connus : meilleure observance, meilleure gestion des troubles et prévention des rechutes. L'action prolongée du traitement est d'autant plus intéressante dans les pathologies délirantes du fait d'une conscience des troubles partielle dans ce type d'affections psychiatriques.

Ces bénéfices sont d'autant plus importants que les patients se trouvent dans des pays où il est difficile de se procurer des traitements ou d'avoir accès aux services de soins. Ces populations se trouvent ainsi plus à risque de prises irrégulières de traitement, et d'échappement aux soins.

Au niveau pharmacologique, la Fluphénazine est un antipsychotique conventionnel, sa principale propriété pharmacologique est son antagonisme dopaminergique, en bloquant les récepteurs D2. Elle agit donc essentiellement au niveau de la voie dopaminergique mésolimbique, voie à l'origine de la majeure partie des symptômes positifs psychiatriques telles que l'agitation, l'agressivité, le délire… Il est de « forte puissance », c'est-à-dire nécessite des doses moins fortes que d'autres de la même classe. Il est également moins sédatif car a moins d'interactions sur les autres récepteurs (histaminiques, muscariniques, adrénergiques) que ceux de « faible puissance », comme par exemple la chlopromazine, qui sera ainsi par exemple plus sédative.

Ce traitement est mondialement reconnu pour son action sur les symptômes positifs de la schizophrénie et des épisodes maniaques. A l'inverse d'autres molécules de la même classe, tel que l'halopéridol, son efficacité n'est actuellement pas prouvée comme thymorégulateur ou comme traitement d'entretien dans les troubles bipolaires. Peu d'études ont été réalisées à ce sujet, mais la pratique sur le terrain laisse suggérer une action de stabilisation thymorégulatrice chez les patients bipolaires, étant donnée la fréquence de la stabilité de la pathologie sous simple couverture de fluphénazine injectable, à 1cc (25mg/ml). Des études seraient cependant nécessaires pour approfondir l'impression clinique.

Actuellement, il s'agit du neuroleptique retard le moins cher sur le marché appartenant aux molécules essentielles de l'OMS. Pour comparaison, l'Halopéridol décanoate est entre 5 et 10 fois plus cher par injection. Là encore, le choix du neuroleptique retard utilisé est limité. Si cela en facilite l'utilisation, l'utilisation d'un neuroleptique de première génération au long court reste un fort pourvoyeur d'effets secondaires.

c) *Déconstruction des fantasmes en lien avec la maladie mentale*

- **La connaissance au-devant des superstitions**

L'une des forces de la formation est la déconstruction des ésotérismes et croyances dont faisaient l'objet la maladie mentale. A l'inverse des représentations antérieures à la formation SMAO, plus personne au décours de la formation ne pensait que la maladie mentale était contagieuse, ou de causalité mystique.

Tout le monde s'accorde sur la nécessité d'apporter aux patients une réponse médicale à sa maladie, et non une aide exclusivement par charité. Loin d'être une notion circonscrite à une population naïve d'enseignement en psychiatrie, l'idée d'une étiologie mystique des pathologies psychiatriques est partagée par un certain nombre de praticiens en santé mentale, certains affirmant qu'« *En ce qui concerne la psychiatrie, les troubles psycho-comportementaux observés chez les patients sont attribués aux attaques des sorciers »* (Tabo, 2008).

La formation replace le statut du médical au domaine scientifique, et laisse ce qui est de la croyance et de la culture à la communauté et aux religieux. Une formation n'impose pas un ordre de pensée, elle transmet des pratiques qui sont par la suite utilisées et qui se développent sur le terrain en fonction de leur efficience, de leur accessibilité, de leurs intérêts pour une population. En se dégageant de la confusion entre représentations et causes de la maladie, l'outil ne laisse pas d'ouverture possible à une recherche interprétative des symptômes. Il consiste plutôt à un recueil de signes observables. Quand bien même un individu se représente être malade à cause d'un sort, lié à quelque conflit avec un autre membre de la communauté, cela n'implique pas que l'acte mystique en question soit réellement la cause du trouble observé.

Le rôle de la psychiatrie de notre temps ne « guérit » pas la cause des maladies mentales, mais elle apaise les symptômes et améliore le pronostic des patients, tout en prévenant les rechutes. La médecine traditionnelle et les centres de prières, eux, d'une part ne traitent pas ces symptômes, d'autre part ne permettent pas d'amélioration du pronostic. *A contrario*, ils peuvent avoir des conséquences néfastes : complications somatiques liées aux enchaînements, sédation excessive secondaire à l'utilisation de plantes (Makanjuola et al. 2000)…

Dans un contexte où la recherche présente un enjeu international majeur, face à l'importance de la masse de publications d'origine occidentale dans les innombrables revues médicales et scientifiques, les praticiens africains peinent à faire entendre leur voix, et à se démarquer de leurs homologues occidentaux. L'une des seules voies à l'heure actuelle où ils ont le monopole, est celle de la différence culturelle et de ses spécificités. Ce sont les seuls sujets où aucun occidental ne pourra se prétendre légitime. En dehors de certains auteurs qui publient depuis quelques années (comme O. Gureje) dans les revues internationales, la majorité des psychiatres d'Afrique de l'Ouest publie dans les revues d'influence ethno psychiatriques. Cette intérêt marqué au nom de l'importance d'une identité culturelle se fait cependant au détriment des priorités de santé publique et des besoins en soins des populations.

- **Comprendre l'autre, une dimension accessible à tout soignant**

C'est le travail de tout soignant, toutes spécialités confondues, de s'intéresser à l'autre, tant dans sa maladie que dans son environnement et la société dans laquelle il évolue. Tout soignant, tout homme, n'est jamais en tout point identique à son semblable, que celui-ci appartienne à la même culture ou non.

Traiter la maladie mentale n'est pas une antinomie à l'intérêt porté aux représentations de la personne malade. Si la psychiatrie en général se doit d'aborder le malade dans son intégralité biologique, psychosociale et culturelle, n'est-ce pas le travail de tout médecin que de porter intérêt à la somme de ces différentes variables ? *« Parle-t-on à la Faculté de Médecine de chirurgie ou de cardiologie transculturelle ? »* (Boussat, 2005).

L'environnement du malade fait partie intégrante de lui, et n'en fait pas un homme avec un statut différent inné du fait de son identité culturelle, mais plutôt un homme comme les autres, avec ses différences qui vont venir colorer les caractéristiques universelles propres à l'humain.

Intérêt de la simplification de l'information : en résumé

- Un savoir simplifié permet une diffusion plus vaste de celui-ci.
- La simplification et l'adaptation d'une formation, mélangeant théorie et pratique, semble permettre l'acquisition rapide de compétences efficientes.
- La connaissance permet la déconstruction des croyances et des préjugés.
- Comprendre l'autre, une dimension accessible et nécessaire à tout soignant.

3. Une formation qui traite des priorités de santé publique

a) *Orientations de l'association SMAO et de l'ONG*

- **Le choix de se focaliser sur la maladie mentale**

Le chevauchement de la psychiatrie et de la santé mentale, élargissant ainsi son propre domaine d'intervention, encoure le risque d'un amalgame entre la maladie mentale et la médicalisation du mal être, et ceci au détriment de l'affection psychiatrique. L'extension de son spectre a pour conséquence d'envahir les demandes de consultation pour des moyens globalement constants dans leur insuffisance, augmentant les délais d'attente et repoussant petit à petit la maladie mentale, qui par définition est moins encline de par sa nature à demander des soins, et qui était déjà loin d'être prise en charge de manière optimale dans la majorité des pays du monde.

L'extension indéfinie de la discipline, naissant des soucis d'intégration de la situation de la personne dans sa globalité, ne serait-elle donc pas un frein à sa propre pratique avec une déviance de ses moyens vers une toute autre utilité ? Afin de ne pas tomber dans cette déviance, la formation SMAO a pris le parti de cibler uniquement les pathologies psychiatriques prioritaires en termes de santé publique. Malgré l'importance des avancées, notamment sur le plan scientifique, de l'ensemble des pratiques médicales, la psychiatrie est restée ambivalente, et continue de faire l'objet de perpétuels glissements de sens, cultivant, et cela souvent à son désavantage, l'équivoque entre la morale et la médecine.

La difficulté avec « la folie », c'est que du fait de ce double sens, elle est reprise, utilisée, revendiquée par plusieurs corps de métiers qui semblent en grande difficulté pour se croiser, échanger, partager, mais aussi délimiter leurs différents champs de compétences. Qu'il s'agisse du médecin, du psychologue, du psychanalyste, du sociologue, du philosophe, du judiciaire… Chacun apporte une lecture différente de la maladie mentale, tantôt de manière parcellaire et cloisonnée, tantôt de manière floue et très élargie. L'enseignement pour des praticiens de tout bord s'en trouve souvent relativement affecté, entre idéologies et difficultés de distinction entre « la folie », la « maladie mentale » la « moralité » … Les futurs praticiens peinent ainsi bien souvent à s'y retrouver.

Comme le suggère Hippocrate dans « De la maladie sacrée », le médecin ne peut rien quant aux phénomènes moraux. Son travail devient alors relativement complexe, si même au sein de son enseignement, la limite entre ce qui est de l'ordre de la morale et ce qui appartient au pathologique s'entremêlent. Ce conglomérat constitué de la pathologie mentale et du mal être sociétal s'entremêlent, se potentialisent souvent, au risque de conduire aux erreurs.

- **Redistribution des rôles et compétences**

Dans l'équipe thérapeutique, le médecin psychiatre a le plus souvent la responsabilité de l'établissement du diagnostic et des propositions thérapeutiques, et les psychologues deviennent les cliniciens du fait de la chute de la démographie médicale et de la nécessité de redistribution du travail et de délégation des tâches, en laissant la première ligne aux psychologues et infirmiers. Ce constat repose ainsi la question du rôle de chacun et de la formation reçue, qui n'est pas toujours de ce fait en adéquation entre ce qui est demandé en théorie à chacun de ces corps de métier, et ce qui sera la pratique quotidienne du personnel médical.

Avec la diminution de la démographie médicale ainsi que sa répartition peu homogène, cette problématique va de plus en plus se rencontrer, réquisitionnant notamment la redistribution des rôles de chacun, ainsi que de leurs formations qui doit les accompagner et les autonomiser dans la pratique quotidienne pour permettre des soins accessibles et de qualité.

- **Une formation qui redonne une place à la psychiatrie médicale**

Force est de constater l'importante stigmatisation de la profession à l'heure actuelle, y compris au sein même des professionnels, Il semble important de reréfléchir autour de pratiques et de thérapeutiques plus consensuelles, et adaptées de manière initialement universelle, y apportant dans un second temps les spécificités de chacun.

De même, au vu de la désertification médicale de certaines zones, il s'agira d'établir des façons de procéder plus protocolisées et standardisées en première ligne, afin de remettre du médical là où la médecine ne va pas/ne vas plus, notamment des zones peu peuplées, des zones où se concentrent des minorités qui sont en dehors du cercle des soins, …

La simplification et la diffusion des connaissances n'est donc pas un « abaissement » de la connaissance à un ensemble, mais plutôt une augmentation des compétences de l'ensemble qui exerce avec la sécurité des spécialistes, qui restent à leur place de 2ème et 3ème ligne.

Les spécialistes ainsi ne seront chargés que de la maladie mentale, ce qui permettrait de désamorcer le processus en cours de délaissement de la pathologie psychiatrique au profit de la santé mentale.

- **Humanitaire et ingérence**

L'humanitaire en général, quel que soit son domaine d'action, est l'objet de multiples questionnements et revendications. Son objectif est d'améliorer la condition des hommes, de porter assistance aux personnes en danger. Il s'agit d'une intervention dont les acteurs doivent veiller à respecter une certaine neutralité, et à ne pas s'immiscer sans limite dans les problématiques des pays ciblés.

Après la mise en œuvre des chartes universelles des droits fondamentaux humains, le principe d'ingérence reste cependant régulièrement transgressé, pour révéler au grand public des violations des droits humains (détournements de biens, abus de personnes…).

L'humanitaire est de règle globalisée, et concerne chaque individu, peu importent les frontières politiques, géographiques ou culturelles. Pourtant, les contestataires de ce modèle y opposent que l'anormal qui est condamnable dans un groupe ne l'est pas nécessairement dans un autre. Cette idée véhicule le concept que l'anormal psychiatrique d'ici ne serait pas forcément celui d'ailleurs. Un tel constat validerait d'une part que la maladie mentale n'est pas une entité pathologique commune à l'ensemble de l'humanité mais la cliverait en « races », mais également pourrait amener à considérer que les violences précédemment retrouvées dans l'étude sont justifiées et efficaces sur certaines catégories de personnes.

Des campagnes de sensibilisation et de reconversion professionnelle pour les tradithérapeutes ou dirigeants de centres de prières pourraient être organisées, leurs revenus reposant souvent sur la prise en charge des malades mentaux. Ce type d'actions existe déjà par exemple pour les exciseuses dans certains pays. Cet exemple d'intervention reflète la possibilité de modifier des pratiques inacceptables en termes de droit humain. Cependant, ce type de projet ne peut être mené à bien qu'avec l'existence d'un réseau de soins de premier recours, avec des thérapeutiques accessibles à la population.

La question de la création à l'échelle mondiale pour un accès favorisé est garantie pour les traitements psychotropes essentiels et peu coûteux pour les pathologies psychiatriques prioritaires en termes de santé publique se pose, en association avec une démystification de la psychiatrie et un engagement de ses professionnels dans l'accessibilité des prises en charge. Si la demande l'emporte constamment sur l'offre, c'est la fonction qui a créée l'organe qui « invite au fonctionnement ».

- **Le respect des cultures locales**

La réflexion autour de la culture est fréquemment engagée dans les missions des ONG, notamment médicales. L'objectif est d'avoir une meilleure connaissance du terrain, et d'adapter les prises en charge pour qu'elles ne soient pas mises en échec en raison de différentes représentations ou d'une mauvaise communication. Prendre connaissance des spécificités de l'autre dans son rapport à l'environnement de manière respectueuse ne doit cependant pas, sous prétexte de différences culturelles, effacer les points communs qui nous lient les uns aux autres, de notre « humanité » commune. Ces caractéristiques communes, émanant de l'appartenance de chaque homme et femme au genre humain, ne peuvent être remises en question ou contestées.

Dans le champ de la santé mentale, cette réflexion a pourtant souvent tendance à se déplacer vers une interprétation des symptômes, fonction d'une identité qui diffèrerait selon les lieux de son expression. Ne pas se « sentir autorisé à modifier » (Nathan, 2000) des prises en charge, en partageant avec des soignants internationaux des connaissances « occidentales » ne devient-il pas une marque de hiérarchisation et de différenciation entre les différents groupes humains ? D'autant que l'échange entre professionnels a toujours, de tout temps, été généralement marque de progrès et d'ouverture.

Des éléments d'intérêt peuvent être retrouvés dans tous les cercles de connaissance. Il ne s'agit pas de condamner ou d'idéaliser des pratiques au détriment ou au profit d'autres, mais dans le contexte actuel du Bénin et du Togo, les bafouements répétés et fréquents des droits humains fondamentaux auprès des malades mentaux ne peuvent être défendus en termes d'appartenance à un domaine culturel, et ne doivent pas faire l'objet d'« une timidité excessive dans l'action » (BiadiImhof, 2006), sous prétexte de respect de pratiques culturellement admises.

Formation et priorités de santé publique : en résumé

- Intérêt centré sur la maladie mentale.
- L'action de soin n'est pas nécessairement synonyme d'ingérence.
- Respecter l'autre c'est aussi agir en faveur de ses droits fondamentaux.
- Simplification et redistribution des compétences et des rôles de chacun.

VI. Conclusion

Les résultats de cette étude semblent en faveur de l'intérêt de l'utilisation d'une formation simplifiée en psychiatrie de première ligne. Celle-ci semble permettre l'acquisition de compétences cliniques et thérapeutiques en adéquation avec les besoins sanitaires de la population. Cet enseignement, ciblant préférentiellement un personnel soignant de niveau paramédical, permet d'une part la prise en charge des malades mentaux de manière efficiente en termes de première ligne, mais également une évolution des représentations dont fait l'objet la maladie mentale.

Ce travail présente une manière d'entrevoir d'autres modalités d'enseignement et de transmission de compétences en termes de santé publique. Un modèle entièrement calqué sur le modèle occidental est à ce jour difficile à mettre en œuvre en Afrique de l'Ouest. Les déterminants locaux y sont très différents, à la fois à nos déterminants actuels, mais également des conditions d'élaboration de notre propre système de soins, qui se trouve actuellement dans une période de ré interrogation de son propre fonctionnement.

La tendance actuelle des gouvernements, malgré les recommandations de l'OMS, reste le financement des structures hospitalières nationales. Les services de soins de santé primaire sont quant à eux surchargés, et ont à accomplir des tâches multiples, dépassant de loin les compétences infirmières telles qu'elles sont entendues actuellement, en l'absence d'une supervision médicale régulière.

C'est en déployant préférentiellement les ressources paramédicales du pays que l'ONG SCL a développé son offre de soins, en suppléance aux insuffisances étatiques. Elle représente aujourd'hui la principale offre de soins en santé mentale au Bénin et du Togo, accessible à la fois territorialement et financièrement pour les populations. Engagée en faveur des malades mentaux, elle est orientée vers un objectif de santé publique et permet un accès élargi et équitable aux soins.

Pour développer de tels systèmes, l'enjeu des modalités de transmission des compétences en psychiatrie semble un point majeur. Elle doit être rapidement efficiente, facile, reproductible, valide et peu coûteuse. S'il n'est pas sujet ici de contester ou de se prononcer sur la pertinence d'une théorie ou d'une autre, il s'agit au contraire d'épurer la psychiatrie afin de n'en garder que les fondamentaux, les critères communs à l'ensemble des pathologies mentales, pour qu'elle soit utilisable. L'une des priorités semble être de remettre l'apprentissage clinique et thérapeutique à la médecine, en termes de service alloué à la population, et non en termes de réflexions théorisées centrées sur des sous-groupes.

L'intérêt de la simplification de la formation en psychiatrie est son accessibilité et sa diffusion à un ensemble élargi d'intervenants sanitaires qui pourront en tirer rapidement des compétences pratiques. Celle-ci ne peut se faire qu'en axant la pratique clinique non pas sur les différences culturelles, ethniques ou raciales, mais sur les différences socioéconomiques qui sont primordiales pour une adhésion aux soins au long court. L'adaptation de la formation ne se circonscrit pas aux différences sociétales, mais essaye d'être au mieux calquée sur les moyens disponibles au plus grand nombre.

L'expérience de la collaboration entre l'ONG SCL et l'association SMAO semble être en faveur de l'efficience d'un transfert de compétences entre personnel médical et paramédical. En l'espace de quelques années, ces derniers ont pu acquérir des compétences diagnostiques et thérapeutiques se rapprochant de celles des médecins psychiatres dans la pratique clinique quotidienne des soins psychiatriques de première ligne. Cette transmission du savoir ne remplace pas l'intérêt de la présence et de l'expertise médicale, mais permet la diffusion et la prise en charge des patients de manière cohérente et efficiente dans les zones où ceux-ci sont en nombre restreint et ne peuvent à eux seuls délivrer les soins. La simplification ici n'est pas synonyme de détérioration ou de dégradation de la connaissance. Elle semble au contraire amener de réelles compétences tout en permettant à de nombreux malades de retrouver une existence digne dans le respect de leurs droits fondamentaux.

Un changement de paradigme passera par une prise de conscience de tous les acteurs du soin psychiatrique sur la réalité de la situation des malades mentaux en Afrique, mais cela nécessite un partage d'outils, de moyens et d'enseignements, afin de déconstruire des croyances et des pratiques dangereuses qui sont actuellement pratiquées de manière fréquente.

VII. Bibliographie

1. Adangnikou N. Peut-on parler de recherche en pédagogie universitaire, aujourd'hui, en France ? 2008;34(3):601-21.

2. Agbokpe TK : Les médicament essentiels génériques au Togo : évaluation de l'accessibilité dans les structures de soins publiques. Thèse de pharmacie. Lomé. Togo. 2005

3. Aghion P : Education et croissance économique. La documentation française. ISBN : 2-11-05533-2. 2004 – Alliot.org. France

4. Alarcon W, Bergot V, Surig L, Simon S, Jacques E, Thiebaut S. Santé Mentale en Afrique de l'Ouest : présentation d'un partenariat avec une ONG Béninoise. European Psychiatry. 1 nov 2013;28(8):85.

5. Association Américaine de Psychiatrie : cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. USA. 2013. 947 p

6. Atlas socio-économique des pays du monde 2020. 2019. Disponible sur: https://www.editions-larousse.fr/livre/atlas-socio-economique-des-pays-du-monde-2020-9782035973030

7. AUF. Conférence internationale des doyens des facultés de médecine d'expression française. Conseil d'évaluation, « normes de base ». 2007. Bruxelles, Belgique.

8. Azoulay M : Psychiatrie sans histoire, internes sans racines | Cairn.info. 89 ; 257-9, 2013. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-3-page-257.htm

9. Baubet T, Moro M-R : Psychopathologie transculturelle - 9782294719080 | Elsevier Masson – Paris. 2013.

10. Berda V. 2015. Un espoir fou. Kto.. Disponible sur: http://www.ktotv.com/articles/2015/11/22/un-espoir-fou

11. Bergot C : La maladie mentale et sa prise en charge au regard de l'altérité culturelle. Montpellier-Nimes. France. 2015

12. Bergot C, Capdevielle D. Le développement d'un réseau de soins psychiatriques en Afrique de l'Ouest en 2016: l'exemple d'un modèle associatif au Bénin. Thèse de doctorat. Montpellier-Nimes. France; 2016. 143 p.

13. Bert Jean-François., Lamy Jérôme: Michel Foucault., un héritage critique. 2014. 416 p

14. Biadi-Imhof A. La santé mentale dans le rapport nord-sud. Présentation : contexte et enjeux. Revue Tiers Monde. 2006;n° 187(3):485-508.

15. Boussat S. Psychiatries « transes-culturelles ». Perspectives Psy. 2005;Vol. 44(1):14-30.

16. Burns JK, Tomita A. Traditional and religious healers in the pathway to care for people with mental disorders in Africa: a systematic review and meta-analysis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. juin 2015;50(6):867-77.

17. Byl S. Jackie Pigeaud, Folie et cures de la folie chez les médecins de l'antiquité gréco-romaine. La manie. L'Antiquité Classique. 1989;58(1):392-4.

18. Carey B. The Chains of Mental Illness in West Africa. The New York Times. 11 oct 2015; Disponible sur: https://www.nytimes.com/2015/10/12/health/the-chains-of-mental-illness-in-west-africa.html

19. Catj.pdf. Disponible sur: http://camebenin.org/uploads/catj.pdf

20. Chevallier D, Dunezat P. Psychiatrie, stigmatisation et étudiants infirmiers : influence et déterminants pour un projet d'exercice professionnel. L'information psychiatrique. 2007;Volume 83(8):675-81.

21. Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, Patel V, Saxena S, et al. Lancet Global Mental Health Group. Scale up services for mental disorders: a call for action. Lancet. 6 oct 2007;370(9594):1241-52.

22. Cohen A, Patel V, Thara R, Gureje O. Questioning an axiom: better prognosis for schizophrenia in the developing world? Schizophr Bull. mars 2008;34(2):229-44.

23. Collignon R. La psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal : esquisse d'une historisation comparative. Revue Tiers Monde. 2006;n° 187(3):527-46.

24. Collomb H. Ethnopsychiatrie et évolution de la schizophrénie. Confront Psychiatrique ; n°2 : [87-106].1968.

25. Collomb H. Le lieu thérapeutique. Topique 11-12 ; 195 – 208. 1973

26. Colombier J. Instruction sur la manière de gouverner les insensés, et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leur sont destinés. 1785. Disponible sur: https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k56788m

27. Combalberta N et al : Study of the agreement between the psychiatric and psychological diagnoses in a sample of 505 criminals. European Review of Applied Psychology. Volume 59, issue 1 page 9-15. 2009.

28. Comité National de Promotion de la Protection Sociale – Regional Office for Africa. 2015. Système de financement de la santé au Togo : revue et analyse du système. Togo. Disponible sur: https://www.afro.who.int/fr/publications/systeme-de-financement-de-la-sante-au-togo

29. Cours des comptes : Rapport d'observations définitives de la mission de contrôle de la gestion du centre hospitalier universitaire de Lome-Tokoin. 2018. Togo. Disponible sur: https://www.courdescomptes.tg/documentation/

30. Dassa SK, Menick DM, Tabo A. Réflexion sur l'offre et la demande de thérapie religieuse chrétienne en Afrique subsaharienne : l'exemple du Togo. Perspectives Psy. 1 janv 2008;47(1):52-8.

31. De La Noë, Yoram Mouchenik - Éditeurs MRM Quitterie-. Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social. Transculturel.eu. Disponible sur: https://www.transculturel.eu/Manuel-de-psychiatrie-transculturelle-Travail-clinique-travail-social_a165.html

32. Delanoë D. Place et fonctions des étiologies traditionnelles en consultation familiale transculturelle. Le Divan familial. 12 oct 2017;N° 38(1):43-60.

33. Devereux G, Bastide R, Gobard H, Jolas T : Essais d'ethnopsychiatrie générale. Gaillimard.1983. Paris.

34. Docquier F, Lohest O, Marfouk A. Union européenne et migrations internationales. Revue economique. 2005;Vol. 56(6):1301-30.

35. Dope Koumou R : Prise en charge des malades mentaux à Libreville, les différents circuits thérapeutiques. Faculté de médecine, Gabon. 2007.

36. Douville O. Robert Arnaud : La folie apprivoisée, l'approche unique du professeur Collomb pour traiter la folie. Figures de la psychanalyse. 1 nov 2007;n° 15(1):221-4.

37. Duclos A : Les Enchaînés. 2012. Disponible sur: http://www.film-documentaire.fr/4DACTION/w_fiche_film/40072_1

38. Dufau S : Le naufrage de la psychiatrie .Ed Albin Michel. 2006.

39. DUFOUR J. (ean) Fr. (ançois): Essai sur les opérations de l'entendement humain et sur les maladies qui les dérangent.- 1770. Disponible sur: https://www.iberlibro.com/Essai-op%C3%A9rations-lentendement-humain-maladies-d%C3%A9rangent/14597857602/bd

40. Esquirol., 1838-06-30 (lég) Loi nº 7443 sur les aliénés du 30 juin 1838 - Recueil Duvergier page 490 • Loi Esquirol - • CRPA : sur l'internement psychiatrique abusif et illégal. Disponible sur: https://psychiatrie.crpa.asso.fr/1838-06-30-leg-Loi-no-7443-sur-les-alienes-du-30-juin-1838-Recueil-Duvergier-page-490-o-Loi-Esquirol

41. Essais d'ethnopsychiatrie générale - Tel - GALLIMARD - Site Gallimard. Disponible sur: http://www.gallimard.fr/Catalogue/GALLIMARD/Tel/Essais-d-ethnopsychiatrie-generale

42. État des lieux de la Santé Mentale en Afrique de l'Ouest - European Psychiatry. Disponible sur: https://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338(13)00326-X/abstract

43. Exit Freud.pdf. Disponible sur: https://vdrpatrice.pagesperso-orange.fr/Exit%20Freud.pdf

44. Farooq S, Large M, Nielssen O, Waheed W. The relationship between the duration of untreated psychosis and outcome in low-and-middle income countries: a systematic review and meta analysis. Schizophr Res. avr 2009;109(1-3):15-23.

45. Forman M : Vol au-dessus d'un nid de coucou - (1975) - Film

46. Foucault M : Histoire de la folie à l'âge classique. Collection Tel. Gallimard, Paris. 2007.

47. Freedman R, Lewis DA, Michels R, Pine DS, Schultz SK, Tamminga CA, et al. The initial field trials of DSM-5: new blooms and old thorns. Am J Psychiatry. janv 2013;170(1):1-5.

48. Gaebel W et al : Stigmatization of psychiatrists and general practitioners: results of an international survey. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2015, Vol 265, Issue 3, pp 189 – 197.

49. Gaillard M : SEPT À HUIT - Les enchaînés de Togo. 2019. Disponible sur: https://www.tf1.fr/tf1/sept-a-huit/videos/sept-a-huit-enchaines-de-togo.html

50. Gallais J-L. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. L'information psychiatrique. 12 juin 2014;Volume 90(5):323-9.

51. Griffith L - Culture-Bound Syndrome – The Wiley Encyclopedia oh health Ilness Behavior and Society. 2014

52. Grolleau A, Cougnard A, Bégaud B, Verdoux H. Usage et concordance diagnostique des traitements à visée psychotrope : résultats de l'enquête « Santé mentale en population générale en France métropolitaine ». /data/revues/03987620/0055001S/S12_3/. 28 mars 2008; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/132195

53. Gureje O, Cohen A : Differential outcome of schizophrenia : where we are and where we would like to be. Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci. 199,173-175. 2011.

54. Gureje O, Nortje G, Makanjuola V, Oladeji B, Seedat S, Jenkins R. The role of global traditional and complementary systems of medicine in treating mental health problems. Lancet Psychiatry. févr 2015;2(2):168-77.

55. Hacking I : Lost in the forest. London Review of books. 2013. Disponible sur : http://www.lrb.co.uk/v35/n15/ian-hacking/lost-in-the-forest/

56. HCDH | Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Disponible sur: https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx

57. HIPPOCRATE DE COS. Corpus Hippocratique. Vème siècle avant J-C.

58. HIPPOCRATE DE COS. Théorie des humeurs. Vème siècle avant J-C.

59. Hochmann J. Histoire de la psychiatrie: « Que sais-je ? » n° 1428. Presses Universitaires de France; 2011. 71 p.

60. Integrating mental health into primary care in Nigeria: report of a demonstration project using the mental health gap action programme intervention guide. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4475323/

61. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. Psychol Med Monogr Suppl. 1992;20:1-97.

62. Jackson SW. Unusual mental states in medieval Europe. I. Medical syndromes of mental disorder: 400-1100 A.D. J Hist Med Allied Sci. juill 1972;27(3):262-97.

63. Jacquart D : La réflexion médicale médiévale et l'apport arabe. Nouvelle histoire de la psychiatrie. 1972.

64. Jilek WG, Jilek-Aall L. The metamorphosis of « culture-bound » syndromes. Soc Sci Med. 1985;21(2):205-10.

65. Kandel O et al : Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? Revue Prat Med GEN. 2004; 18 :781-4.

66. Kinner W : an introduction to babylonian Psychiatry. Studies in honor of Benni Landsberg… Assyriologival studies n°16. 1965. Chicago UP.

67. La position du psychiatre par rapport au problème de la sorcellerie en République Centrafricaine. Disponible sur: http://recaa.mmsh.univ-aix.fr/2/Pages/2-6.aspx

68. Laplantine F. Pour une ethnopsychiatrie critique. VST - Vie sociale et traitements. 2002;no 73(1):28-33

69. Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. Violent victimization of adult patients with severe mental illness: a systematic review. Neuropsychiatr Dis Treat. 9 oct 2014;10:1925-39.

70. Laurioux B. Danielle Jacquart et Françoise Micheau, La médecine arabe et l'Occident médiéval. Médiévales. 1992;11(22):244-9.

71. Le Brech C : Fuite des cerveaux africains: la relève est loin d'être assurée. Franceinfo. 2017. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/societe-africaine/fuite-des-cerveaux-africains-la-releve-est-loin-detre-assuree_3057229.html

72. Le Monde : Des pistes pour contrer la fuite des cerveaux africains. Le Monde.fr. 28 sept 2010; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/planete/article/2010/09/28/des-pistes-pour-contrer-la-fuite-des-cerveaux-africains_1416988_3244.html

73. LEBRUN F, QUENIART J, VENARD M. Histoire de l'enseignement et de l'éducation (1480-1789), tome 2. Paris: Tempus Perrin; 2003. 688 p.

74. Lepoutre R. La santé mentale des Français. Odile Jacob; 2002. 420 p.

75. Makanjuola AB, Adelekan ML, Morakinyo O. Current status of traditional mental health practice in Ilorin Emirate Council area, Kwara State, Nigeria. West Afr J Med. mars 2000;19(1):43-9.

76. Malvaux. Les moyens de détruire la mendicité en France , en rendant les mendiants utiles à l'État sans les rendre malheureux ; tirés des mémoires qui ont concouru pour le prix accordé en l'année 1777, par l'Académie des sciences, arts & belles lettres de Chaalons-sur-Marne. Disponible sur: https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6472328t

77. Marfouk A, et al : L'UE 15 contribue-t-elle à l'exode des travailleurs qualifiés ? Union européenne et migrations internationales. Revue économique n°6 (Vol 56), pages 1301 à 1330.

78. Masson E. Approches transculturelles et interculturelles dans la psychiatrie française [Internet]. EM-Consulte. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/1055945/approches-transculturelles-et-interculturelles-dan

79. Mboussou M, Mbadinga S, Koumou RD. Religion et psychopathologie africaine. L'information psychiatrique. 2009;Volume 85(8):769-74

80. Micoulaud-Franchi J-A et al : Le psychiatre doit-il être un sur-spécialiste ? Annales médico-psychologiques. Revue psychiatrique. Volume 172, issue 9. Nov 2014. Pages 761 – 765.

81. Menick DM, Dassa SK, Mviena JLM, Benguilé B. Aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques des psychoses aiguës au Cameroun. Perspectives Psy. 2010;Vol. 49(3):213-9.

82. Meyer C. Le livre noir de la psychanalyse. Les Arènes. 2005.

83. Michel A. Le Naufrage de la psychiatrie - Sophie Dufau [Internet]. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: https://www.albin-michel.fr/ouvrages/le-naufrage-de-la-psychiatrie-9782226172686

84. Mirabeau H-GR. Observations d'un voyageur anglais, sur la Maison de Force appelée Bicêtre ; suivies de réflexions sur les effets de la sévérité des peines, & sur la législation criminelle de la Grande-Bretagne. Imité de l'anglais par le comte de Mirabeau ; avec une lettre de M. Benjamin Franklin. 1788. 134 p.

85. Moro M-R. Les débats autour de la question culturelle en clinique : une spécificité française ? Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social. Grenoble : La Pensée sauvage, p 35 – 52. 2004.

86. Moro M-R. Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent. Paris : Dunod. 2011.

87. Nathan., T : Entretien avec Tobie Nathan. Outre-Terre. 1 déc 2005;no 11(2):575-81.

88. Nathan T : Mi V| 30 décembre 2015 à 19 h 59. Conférences de Saint Denis - ethnopsychiatrie 2 . Le blog de Tobie Nathan. 2011. Disponible sur: https://tobienathan.wordpress.com/conferences/conferences-de-saint-denis-ethnopsychiatrie-2/

89. Nathan T, Hounkpatin L : La guerison yoruba. 1998. Disponible sur: http://www.ethnopsychiatrie.net/Resumtn.htm/yorub.htm

90. Nathan T, Stengers I. 2012. Médecins et sorciers. Éditions la découverte. Paris.

91. Nations unies, Haut-Commissariat des droits de l'Homme, Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, ratification et à l'adhésion par l'assemblée générale dans sa résolution 2200 A (XXI) du 16 Décembre 1966.

92. Nubukpo, P., Clement, J.P., Grunitzky, E.K., Leger, J.M., Dumas, M., 2005. Epidémiologie, clinique et facteurs etiologiques des bouffées délirantes aiguës (BDA) au Togo : Á partir d'une enquête hospitalière. Médecine Trop. 65, 137–142.

93. OCDE. Ressources pour la santé - Dépenses de santé - OCDE Data. Disponible sur: http://data.oecd.org/fr/healthres/depenses-de-sante.htm

94. OCDE :Santé mentale et emploi. Disponible sur: https://www.oecd.org/fr/els/emp/sante-mentale-et-emploi.htm

95. OCDE : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019. Disponible sur: https://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/base-donnees-sante.htm

96. Ohayon M. Utilisation des systèmes experts en psychiatrie. The Canadian Journal of Psychiatry. Journals sagepub. 1993.

97. OMS | Atlas de la santé mentale 2014 [Internet]. WHO. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/fr/

98. OMS., Annual-report-2015--wco-ghana-.pdf. Disponible sur: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-05/annual-report-2015--wco-ghana-.pdf

99. OMS | Chapitre 2: Impact des troubles mentaux et du comportement. WHO. Disponible sur: https://www.who.int/whr/2001/chapter2/fr/index2.html

100. OMS : Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Description cliniques et directives pour le diagnostic. Dixième révision. Disponible sur https://icd.who.int/browse10/2008/

101. OMS | Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées. Disponible sur: https://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/fr/

102. OMS., La 20ème liste OMS des médicaments essentiels disponible. Disponible sur: http://www.acame.net/2017/06/07/la-20eme-liste-oms-des-medicaments-essentiels-disponible/

103. OMS | Listes modèles OMS des médicaments essentiels. WHO. Disponible sur: https://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/fr/

104. OMS | Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. WHO. Disponible sur: https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/

105. OMS | Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs [Internet]. WHO. Disponible sur: https://www.who.int/whr/2001/fr/

106. OMS. WHO-AIMS_benin_English.pdf. Disponible sur: https://www.who.int/mental_health/WHO-AIMS_benin_English.pdf.

107. Oppenheim-Gluckman H : La psychiatrie entre psychanalyse et cognitivisme. L'information psychiatrique. 2002, 2. France.

108. Ouss-Ryngaert L. Impact des neurosciences sur la pratique psychanalytique : la double lecture comme clinique « neuropsychanalytique". Revue francaise de psychanalyse. 1 oct 2007;Vol. 71(2):419-36.

109. Patel V, Araya R, Chatterjee S, Chisholm D, Cohen A, De Silva M, et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. Lancet. 15 sept 2007;370(9591):991-1005.

110. Patel V, Cohen A, Thara R, Gureje O. Is the outcome of schizophrenia really better in developing countries? Braz J Psychiatry. juin 2006;28(2):149-52.

111. Pigeaud J : Folie et cures de la folie chez les médecuns de l'antiquité greco-romaine, Les Belles Lettres. 1987.

112. Pinel., P : nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine de pinel philippe. 1798.

113. Pinel P. 1801 Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou La manie. Disponible sur: https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k432033.

114. PNUD : Rapport sur le développement humain. Pérenniser le progrès humain : réduire les vulnérabilités et renforcer la résilience. 2014.

115. Prigny PR de, Bergot C, Alarcon W. Lettre du Bénin. L'Information Psychiatrique. 1 déc 2017;93(10):811-6.

116. Quétel., C: Histoire de la folie de l'antiuité à nos jours - Nouvelle histoire de la psychiatrie – Edition Tallandier. 2012.

117. Revah-Levy A : Transmission orale et formation des internes. Thèse de doctorat en médecine. Psychiatrie. Paris IV. 1996.

118. Robbins RH. The encyclopedia of witchcraft and demonology. New York: Crown Publishers; 1959.

119. Rouche M : Histoire de l'enseignement et de l'éducation, Tome 1, Des origines à la renaissance, Vème siècle av. J-C-XVème siècle. Ed Perrin Col. Temps. 2003.

120. Roudinesco É. L'analyse, l'archive. Éditions de la Bibliothèque nationale de France; 2001. 68 p.

121. Roudinesco É. Souffrance psychique, rêve, inconscient : nouveaux enjeux de la modernité. Texte 114. 2000.

122. Roudinesco É, Roubaud L. Psychiatrie transculturelle : le retour à la barbarie. Perspectives Psy. 2005;Vol. 44(1):8-13.

123. Rouillon F. Perspectives d'évolution de la formation des psychiatres. L'information psychiatrique. 15 nov 2012;Volume 88(7):511-3.

124. Samacher R. Psychologie clinique et Psychopathologie. Rosny (France, 93561 Rosny Cedex): Bréal; 1998. 448 p.

125. Scorsese M : Shutter Island - (2010) - Film

126. Sebbane D. Les internes de psychiatrie vus par leurs confrères : jugés de près mais préjugés... L'information psychiatrique. 2 juin 2015;Volume 91(5):417-26.

127. Shibre T, Medhin G, Alem A, Kebede D, Teferra S, Jacobsson L, et al. Long-term clinical course and outcome of schizophrenia in rural Ethiopia: 10-year follow-up of a population-based cohort. Schizophr Res. févr 2015;161(2-3):414-20.

128. SHIBRE T, TEFERRA S, MORGAN C, ALEM A. Exploring the apparent absence of psychosis amongst the Borana pastoralist community of Southern Ethiopia. A mixed method follow-up study. World Psychiatry. juin 2010;9(2):98-102.

129. Sibeoni J, Azoulay M, van Effenterre A. La formation à la recherche : des internes en quête. L'information psychiatrique. 1 janv 2011;87:603

130. Sow I : Psychiatrie dynamique africaine. Paris : Payot. 1977.

131. St-Onge Jean-Claude : Dialogues L. DSM: fiabilite et validite des diagnostics - Univ Européenne. Disponible sur: https://www.librairiedialogues.fr/livre/15048999-dsm-fiabilite-et-validite-des-diagnostics-jean-claude-st-onge-univ-europeenne

132. STAHL Stephen M : Psychopharmacologie essentielle : le guide du prescripteur. Librairie Lavoisier. 5ème édition. 2016

133. Stuart : Images of psychiatry and psychiatrists - 2015 - Acta Psychiatrica Scandinavica - Wiley Online Library. Disponible sur: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acps.12368

134. Sturm G, Guerraoui Z, Raynaud JP. 2016. Approches transculturelles et interculturelles dans la psychiatrie française. EMC-Psychiatrie. [Article 37-714-A-30]

135. SZASZ Thomas : L'AGE de la FOLIE – Presse universitaire de France. 1973. 255 p

136. Szasz TS. The uses of naming and the origin of the myth of mental illness. American Psychologist. 1961;16(2):59-65.

137. Tabo, A., 2008. La position du psychiatre par rapport au problème de la sorcellerie en République Centrafricaine. Rev. Centrafr. Anthropol.

138. Tatossian A : La formation du psychiatre. L'information psychiatrique. 1976 ; 52, (805-7)

139. Tenon : L'instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leurs sont destinés. 1785. France.

140. Teplin LA, Welty LJ, Abram KM, Washburn JJ, Dulcan MK. Prevalence and Persistence of Psychiatric Disorders in Youth After Detention: A Prospective Longitudinal Study. Arch Gen Psychiatry. oct 2012;69(10):1031-43.

141. Thirthalli J, Zhou L, Ramakrishna KK, Gao J, Vaid H, Liu H, et al. Traditional, complementary, and alternative medicine approaches to mental health care and psychological wellbeing in India and China. The Lancet Psychiatry. 1 mai 2016;3.

142. Tognon et al : les accès maniaques au Centre Hospitalier Départemental du Borgou : aspects épidémiologiques et thérapeutiques. Rev Int Sci.Medicales 14. Bénin. 2012.

143. Tsigebrhan, R., Shibre, T., Medhin, G., Fekadu, A., Hanlon, C., 2014. Violence and violent victimization in people with severe mental illness in a rural low-income country setting: a comparative crosssectional community study. Schizophr. Res. 152, 275–282.

144. Van Effenterre A. Spécificités de la formation en psychiatrie. L'Information Psychiatrique. 1 janv 2013;89(1):83-90.

145. Venard M : Histoire de l'enseignement et de l'éducation, Tome 2, de Gutenberg aux Lumières (1480-1789). Ed. Perrin. Col. Temps. 2003

146. Wier J: De Praestigiis Daemonum, Et Incantationibus ac veneficiis libri V.Bale. Suisse. 1563

147. Wier J, Erastus T: Histoires, disputes et discours des illusions et impostures des diables, des magiciens infâmes, sorcières et empoisonneurs, des ensorcelez et démoniaques et de la guérison d'iceux : item de la punition que méritent les magiciens, les empoisonneurs et les sorcières. Deux dialogues touchant le pouvoir des sorcières et de la punition qu'elles méritent. 1566.

148. Yao Y-P, Yeo-Tenene Y-J, Assi-Sedji C, Tetchi E-O, Ngongi K-P-P, Delafosse R-C-J. Intinéraires thérapeutiques des schizophrènes à Abidjan.Inf.psychiatr.me 85, 461-469. 2012.

149. Zajde N. Psychotherapy with immigrant patients in France: an ethnopsychiatric perspective. Transcult Psychiatry. juill 2011;48(3):187-204.

150. Zempleni A. I. Sow, Psychiatrie dynamique africaine. Homme. 1978;18(1):195-195.

Serment

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et 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.*

- *Admis (e) dans 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.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) 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 (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Evaluation d'une formation simplifiée en soins psychiatriques à des agents de santé mentale de première ligne au Bénin et au Togo.

L'offre en soins psychiatriques au Bénin et au Togo se circonscrit actuellement à quelques structures concentrant les faibles moyens alloués. Les malades, dépourvus de soins, stigmatisés, subissent négligences et maltraitances. Les modèles de formations successifs n'ont permis qu'une faible évolution de la situation sanitaire locale.

Ce travail illustre les résultats obtenus par le biais d'une formation simplifiée par l'association Santé Mentale en Afrique de l'Ouest, expérimentée auprès des infirmiers de l'Organisation Non Gouvernementale (ONG) béninoise Saint Camille de Lellis, qui a développé un réseau de soins psychiatriques de première ligne. Le support théorique est constitué d'une fiche de recueil de symptômes, d'un arbre diagnostique ciblant les pathologies psychiatriques prioritaires en termes de santé, et de protocoles thérapeutiques utilisant les médicaments essentiels de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les co-consultations sont réalisées par les soignants de l'ONG, supervisés par les psychiatres formateurs bénévoles.

Sur 234 consultations, l'accord diagnostique entre infirmiers et psychiatres dans la capacité de discrimination entre un délire et une dépression était de 94,02%, de 90,14% entre un 1er épisode délirant et une pathologie délirante chronique, de 68,07% entre un trouble bipolaire et une psychose chronique. 80,77% des prescriptions étaient identiques. Avant la prise en charge à l'ONG, 81,62% des patients n'avaient jamais vu de psychiatre, plus de la moitié avaient eu recours à des méthodes de soins parallèles. 59,83% déclaraient des maltraitances. La formation a également permis la déconstruction des préjugés que les soignants de l'ONG portaient aux malades mentaux.

La simplification de la formation permet l'acquisition rapide par le personnel infirmier de compétences diagnostiques et thérapeutiques en psychiatrie de première ligne, diffusant à l'ensemble du réseau de soins. Au-delà des multiples théorisations dont peut faire l'objet la spécialité, une formation simplifiée n'est pas une formation dégradée, si celle-ci s'adapte au personnel et au terrain qu'elle cible.

MOTS CLEFS : Psychiatrie de première ligne, priorité de santé publique, formation simplifiée, accessibilité des soins, transfert de compétences, soutien international