



Article Original

Profils Sociodémographique, Clinique et Thérapeutique des Usagers du Centre National de Santé Mentale de Melen au Gabon

Sociodemographic, Clinical and Therapeutic Features of Users of the Melen National Mental Health Center in Gabon

Dope Koumou R^{1,3}, Mombo Mve A¹, Mouanga AM², Kouna Ndouongo P³, Mboussou M³

Affiliations

1. Centre National de Santé Mentale de Libreville, Gabon.
2. Chef de service CHU Brazzaville - Département de médecine de la Faculté des sciences de la santé de l'Université Marien NGOUABI de Brazzaville, Congo.
3. Département de Médecine interne et spécialités médicales de la Faculté de médecine de l'Université des Sciences de la Santé de Libreville, Gabon

Auteur correspondant

Dr Dope Koumou Reine, BP 7690 Libreville-Gabon
Tel: (00241) 77 36 87 45/ 66 10 14 07
Email : reine.ambourouet@gmail.com

Mots clés : maladies mentales, Gabon

Key words: profil, socio-démographique, therapeutic, clinical, users, mental, Gabon

Article history

Received: 10 April 2024
Revision requested: 6 may 2024
Accepted: 15 may 2024
Published: 29 may 2024



RESUME

Introduction. Malgré les efforts consentis par les autorités gabonaises dans la prise en charge des malades mentaux, les troubles mentaux demeurent un problème de santé publique. De plus, aucune étude sur l'épidémiologie des troubles mentaux suivis au niveau du Centre National de Santé Mentale (CNSM) n'a été réalisée à ce jour par le ministère de la santé. L'objectif de notre étude était de décrire les profils socio-démographique, clinique et thérapeutique des patients reçus au CNSM de Melen au Gabon. **Méthodologie.** Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive au CNSM de janvier 2017 à décembre 2021. Nous avons recensé tous les dossiers des patients ayant bénéficié, après consultation, d'une prise en charge psychiatrique en ambulatoire ou en hospitalisation, durant la période de l'étude. **Résultats.** Nous avons enregistré 2796 dossiers dans notre étude. La moyenne d'âge était de 35,4 ans \pm 16.1 pour un sex-ratio de 1,2 et la tranche d'âge la plus représentée était celle de 20-30 ans avec des extrêmes de 4 et 98 ans. Les niveaux d'étude les plus retrouvés étaient secondaire (52,8%) et supérieur (24,3%). Les patients étaient fréquemment sans emploi (47,6%) ou apprenants (23,6%). Les aînés sont les plus représentés avec un taux de 28,6 %. la première circonstance de survenue d'un trouble psychiatrique était la prise de substances psychoactives (39,4 %) suivie des traumatismes émotionnels notamment le conflit familial (12,1%). La bouffée délirante était la pathologie la plus fréquente (27,7%) suivie par les psychoses toxiques et la schizophrénie. La majorité des patients a eu recours à la médecine moderne (79,8% des cas). La prise en charge médicale fait essentiellement appel aux psychotropes : les antipsychotiques (85,3%). **Conclusion.** Les patients fréquemment retrouvés au CNSM sont des jeunes sans emploi ou apprenant souffrant en grande partie de bouffée délirante, pharmacopsychose et de schizophrénie.

ABSTRACT

Introduction. Despite the efforts made by the Gabonese authorities in the care of mentally ill patients, mental disorders remain a public health problem. Furthermore, no study on the epidemiology of mental disorders treated at the National Mental Health Center (CNSM) has been conducted to date by the Ministry of Health. The objective of our study was to investigate the socio-demographic, clinical, and therapeutic profiles of patients seen at the CNSM in Melen, Gabon. **Methodology.** This was a descriptive retrospective study at the CNSM from January 2017 to December 2021. We identified all patient files who received psychiatric care on an outpatient or inpatient basis after consultation during the study period. **Results.** We recorded 2796 files in our study. The average age was 35.4 years \pm 16.1 with a sex ratio of 1.2, and the most represented age group was 20-30 years with extremes of 4 and 98 years. The most common education levels were secondary (52.8%) and higher (24.3%). Patients were frequently unemployed (47.6%) or students (23.6%). The oldest patients accounted for 28.6% of cases. The primary trigger for a psychiatric disorder was substance abuse (39.4%), followed by emotional traumas such as family conflict (12.1%). Delusional disorder was the most common pathology (27.7%), followed by toxic psychoses and schizophrenia. The majority of patients sought modern medicine (79.8% of cases). Medical treatment mainly involved psychotropic drugs: Antipsychotics (85.3%). **Conclusion.** The patients most commonly seen at the CNSM are young individuals who are unemployed or students, predominantly suffering from delusional disorder, toxic psychosis, and schizophrenia.

POUR LES LECTEURS PRESSÉS**Ce qui est connu du sujet**

Aucune étude sur l'épidémiologie des troubles mentaux suivis au Centre National de Santé Mentale (CNSM) n'a été réalisée à ce jour au Gabon.

La question abordée dans cette étude

Profils sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques des patients au CNSM de Melen au Gabon.

Ce que cette étude apporte de nouveau

1. La moyenne d'âge était de 35,4 ans \pm 16.1 pour un sex-ratio de 1,2.
2. Les niveaux d'étude les plus retrouvés étaient le secondaire (52,8%) et le supérieur (24,3%).
3. Les deux premières circonstances de survenue du trouble psychiatrique étaient la prise de substances psychoactives (39,4 %) – alcool, cannabis, tramadol – et les traumatismes émotionnels, notamment le conflit familial (12,1%).
4. Les maladies du bloc F20-F29 (schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants) et celles du bloc F10-F19 (troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives), respectivement 41.3% et 27.3% étaient les plus fréquentes.
5. Un patient sur cinq a eu recours à la médecine moderne et la prise en charge médicale a fait appel aux antipsychotiques dans 85,3% des cas.

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.

Des études dans la population générale élargiraient la portée de nos résultats.

INTRODUCTION

Les troubles psychiatriques affectent une personne sur cinq chaque année et une sur trois si l'on se réfère aux taux de Life-Time Prevalence [1]. Ils absorbent 10 % des dépenses de santé et représentent une part considérable de l'offre de soins [1]. En 2019, 970 millions de personnes présentaient un trouble mental, l'étiologie étant dominé par les troubles anxieux et dépressifs. En 2020, le nombre de personnes atteintes de tels troubles a augmenté considérablement du fait de la pandémie de COVID-19[5]. En 2019, les taux de prévalence en Afrique sont de 4,59 % pour la dépression, 3,59 % pour les troubles anxieux, 1,11 % pour les troubles liés à la consommation d'alcool [2]. Au Gabon, aucune étude sur l'épidémiologie des personnes atteintes de troubles mentaux n'a été réalisée à ce jour. Aussi, il nous est paru intéressant de décrire les profils sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques des patients atteints de troubles psychiatriques au CNSM qui est la structure de référence dans la prise en charge de la maladie mentale au Gabon.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive de type transversale rétrospective. Elle a porté sur une période de cinq ans allant de janvier 2017 à décembre 2021. Cette étude s'est déroulée au Centre National de Santé Mentale de Melen (banlieue de Libreville). Nous avons recensé tous les dossiers des patients ayant bénéficié, après consultation, d'une prise en charge psychiatrique en ambulatoire ou en hospitalisation

pendant la période de l'étude. Une fiche de recueil de données a été établie, comprenant : données sociodémographiques (l'âge, le sexe, la nationalité, la profession, la religion, le statut matrimonial, le niveau d'instruction); des paramètres familiaux (consanguinité, le rang dans la fratrie); les antécédents personnels et familiaux (antécédents personnels, comorbidité, antécédents psychiatriques, substances psychoactives rencontrées); des données cliniques (l'origine de la demande, le délai de consultation, le motif de consultation, contexte de survenue du trouble, diagnostic psychiatrique, diagnostic CIM 10) ; modalités de prise en charge (premier recours au soin, traitement non médicamenteux, traitement médicamenteux, classes thérapeutiques utilisées, évolution). L'analyse des données a été réalisée grâce aux fonctions de calcul des logiciels Microsoft Excel 2023 et EPI INFO 7.2.5.0. Les variables catégorielles ont été décrites grâce aux effectifs modaux et aux pourcentages. Pour les variables quantitatives, des tests de normalités ont été réalisés. Elles nous ont permis d'utiliser soit la moyenne associée à l'écart – type ou la médiane associée à l'intervalle interquartile. Dans les deux cas, les extrêmes étaient précisés. Le seuil de significativité était de 0,05.

RÉSULTATS

Nous en avons dénombré 2796 patients dans la période d'étude, soit une moyenne annuelle de 466 patients / an. La moyenne d'âge est de 35,4 ans \pm 16,1 avec des extrêmes de 4 et 98 ans. La tranche d'âge des 20 – 30 ans était représentée par 1022 patients, soit une fréquence de 36,5% avec un sex-ratio de 1,2. Sur le plan personnel, 713 patients ont rapporté un antécédent psychiatrique, soit une fréquence de 25,5%. Un contexte psychiatrique familial était présent chez 505 patients, soit une fréquence de 18,1%. Un antécédent chirurgical était présent chez 214 (7,6%) patients et un antécédent médical était rapporté par 551 (19,7%) patients. La famille est à l'initiative de la consultation psychiatrique chez 2500 patients (89,5%). Suivi des patients eux-mêmes avec 152 cas (5,4%), structures hospitalières avec 118 (4,1%), forces de l'ordre avec 19 cas (0,7%), entreprises avec 5 cas (0,2%), et les établissements scolaires avec 2 cas (0,1%). Le délai de consultation des patients pouvait parfois dépasser une dizaine d'année (Tableau II). Un bilan complémentaire a été réalisé chez 320 patients, soit un pourcentage de 11,4%. La bouffée délirante aiguë est présente chez 773 patients, soit une fréquence de 27,7%. Pour ce qui est de la prise en charge, la médecine moderne a été sollicitée en première intention chez 2262 patients (80,9%). Suivies de la pratique religieuse et la médecine traditionnelle avec respectivement 355 patients (12,7%) et 179 patients (6,4%). Une psychothérapie a été réalisée chez 40 (1,4%) patients, l'hospitalisation a été indiquée chez 149 (5,3%) patients, et l'isolement a été nécessaire chez 5 (0,1%) patients. La voie orale (per os) a été utilisée chez 2596 (92,8%) patients tandis que la voie injectable a été retrouvée chez 200 (7,2%) patients. L'évolution a été défavorable chez 10 patients. Le pourcentage de décès est de 0,4%. Des informations sur la cause du décès étaient disponibles chez 7 patients : 3 morts subites, 2

immunodépresseions, 1 cause cardiaque et 1 suicide (Tableau III).

Tableau I. Profil socio-démographique des patients

Variables	N=2796	%
Age (an)		
0-10	9	0,4
10-20	271	9,7
20-30	1022	36,6
30-40	616	22
40-50	387	13,8
50-60	222	7,9
60-70	115	4,1
70-80	101	3,6
80-90	46	1,6
90-100	7	0,3
Sexe		
Femme	1268	45,3
Homme	1528	54,7
Niveau d'étude		
Non scolarisés	160	7,1
Primaire	359	15,8
Secondaire	1196	52,8
Supérieur	551	24,3
Religion		
Chrétienne	2007	71,8
Islam	137	4,9
Sans religion	652	23,3
Statut matrimonial		
Célibataire	2267	81,1
Mariés	305	10,9
Veuf	129	4,6
Concubinage	78	2,8
Divorcés	17	0,6
Union consanguine	3	
Nationalités		
Camerounaise	56	22,4
Maliennne	33	13,2
Togolaise	31	12,4
Bénoise	30	12,0
Congolaise	20	8,0
Nigériane	19	7,6
Sénégalaise	17	6,8
Guinéenne	10	4,0
Burkinabè	7	2,8
Autres*	27	10,8
Rang dans la fatric maternelle		
Premier	528	28,6
Deuxième	323	17,4
Troisième	295	16
Quatrième	215	11,7
Cinquième	178	9,8
Sixième	111	6
Septième	85	4,6
Huitième	40	2,2
Neuvième	33	1,8
Dixième	13	0,7
Onzième	14	0,8
Douzième	3	0,2
Treizième	2	0,1
Dix-huitième	1	0,1

Tableau II. Profil clinique des patients

Variables	N	%
Comorbidités (N=2796)		
Hypertension Artérielle	113	4
VIH	49	1,7
Diabète	22	0,8
Épilepsie	22	0,8
Tuberculose	21	0,7
Typhoïde	12	0,4
AVC	11	0,4
Asthme	6	0,2
Stérilité	4	0,1
Hépatite	4	0,1
Insuffisance cardiaque	3	0,1
Hyperthyroïdie	3	0,1
Toxoplasmose	3	0,1
Drépanocytose	3	0,1
Cancer	2	0,1
Insuffisance Rénale	2	0,1
Syphilis	1	0,05
Substances psychoactives (N=1296)		
Boissons alcoolisées	1138	40,7
Tabac	735	26,3
Cannabis	712	25,5
Tramadol	239	8,5
Extraits de tabernanthe iboga	23	0,8
Cocaïne	9	0,3
Héroïne	7	0,3
Délais de consultation (N=401)		
1 jour	9	2,2
]1 jour – 1 semaine [	40	10
1 semaine	29	7,2
]1 semaine – 1 mois [	44	11
1 mois	30	7,5
]1– 6 mois [	57	14,2
6 mois	15	3,7
]6 mois- 1 an [	14	3,5
1 an	38	9,5
]1 – 5 ans [	58	14,6
5 ans	12	3
]5 – 10 ans [	21	5,2
10 ans	7	1,7
> 10 ans	27	6,7
Contexte de survenue du trouble (N=1737)		
Alcoolisme chronique	41	2,4
Stupéfiants	684	39,4
Neuropaludisme	191	11
Autres traumatismes physiques	114	6,6
Conflit familial	211	12,1
Conflit conjugal	137	7,9
Perte de proche	135	7,8
Conflit professionnel	61	3,5
Conflit spirituel	59	3,4
Échec scolaire	22	1,3
Autres traumatismes émotionnels*	82	4,6
Traumatismes émotionnels : Braquage, stress, prison, conjoint malade, mauvaise nouvelle, stérilité, conflit juridique, grossesse, cauchemar, déménagement, quête affective, retour de voyage.		
Traumatismes physiques : Intervention chirurgicale, affection congénitale, viol, automutilation, accident de la circulation, retard mental, accident domestique, traumatisme crânien, inobservance thérapeutique, accident vasculaire cérébral, accouchement, infection pulmonaire, anémie, agression physique.		



Tableau III. Profil thérapeutique des patients

Variables	N	%
Motif de consultation (N=2738)		
Insomnie	1108	40,5
Agitation psychomotrice	298	10,9
Retrait social	230	8,4
Agressivité physique et Verbale	178	6,5
Propos incohérents	170	6,2
Hallucinations	130	4,7
Déambulation	106	3,9
Fugue	76	2,8
Anxiété	62	2,3
Amnésie	49	1,8
Délire	35	1,3
Céphalées	31	1,1
Dénudation	23	0,8
Phobie	8	0,3
Autres*	234	8,5
Bouffée délirante aigue	773	27,7
Pharmacopsychose	764	27,3
Schizophrénie	368	13,2
Dépression	252	9
Psychose d'origine organique	191	6,8
Démence	82	2,9
Stress	75	2,7
Troubles anxieux	69	2,5
Trouble affectif bipolaire	52	1,9
Accès maniaque	47	1,6
Retard mental	47	1,6
Maladie d'Alzheimer	17	0,6
Psychose puerpérale	14	0,5
Psychose Hallucinatoire chronique	10	0,4
Paranoïa	7	0,3
Trouble obsessionnel compulsif	6	0,2
Transsexualisme	6	0,2
Troubles somatoformes	5	0,2
Troubles hyperkinétiques	5	0,2
Autisme	4	0,1
Trouble du sommeil non organique	2	0,1
Diagnostic CIM 10 (N=2796)		
F20-F29	1151	41,2
F10-19	764	27,3
F30-F39	351	12,5
F00-F09	290	10,4
F40-F48	155	5,5
F70-F79	47	1,7
F50-F59	16	0,6
F60-F69	13	0,5
F90-F98	5	0,2
F80-F89	4	0,1
Classes thérapeutiques (N=2796)		
Neuroleptiques	2384	85,3
Antiparkinsonien	1585	56,7
Antidépresseurs	734	26,2
Hypnotiques	630	22,5
Vitaminothérapie	217	7,8
Antiépileptiques	210	7,5
Anxiolytiques	208	7,4
Antihistaminiques	96	3,4
Normothymiques	7	0,2

DISCUSSION

La tranche d'âge des 20-30 ans est la plus touchée. Ce résultat est similaire à celui obtenu par Malah et al [3] en 2020 à Bamako au Mali, mais différent de celui retrouvé par Dopé et al [4] en 2007 et Bidaye et al [5] en 2004

chez qui les tranches d'âge les plus touchées étaient respectivement 30-40 ans et 16-20 ans. La surreprésentation des jeunes pourrait s'expliquer par divers facteurs. D'abord, cette tranche d'âge (20-30 ans) fait partie de la population la plus active dans nos sociétés [6]. Aussi, cela pourrait être due au fait que la population gabonaise soit une population jeune. A cela s'ajoute une certaine vulnérabilité liée à cette période de la vie où le sujet jeune, mal compris, est en quête d'autonomie et souvent en conflit avec ses parents. En outre, ils sont confrontés aux difficultés de la vie notamment la scolarisation, le chômage, la sexualité mais aussi et surtout aux drogues. Lorsque ces difficultés ou défis ne sont pas relevés, le lit d'un état pathologique qui peut s'aggraver à tout moment demeure réel. Une prédominance masculine a été mise en évidence. Adama et al ont retrouvé une prédominance féminine au Sénégal en 2021 avec un sex ratio de 0,9 [7]. De même Rochereau et al ont retrouvé une prédominance féminine à Paris en 2010 [8]. Plusieurs facteurs pourraient être pris en compte dans l'explication de ces différences liées au sexe. D'abord, les hommes sont plus nombreux que les femmes en général et en particulier au Gabon avec un taux de 52% selon le RGPL [9]. La prédominance du sexe masculin pourrait s'expliquer par le fait que l'homme soit le chef de famille et semble endosser dans la majorité des cas les responsabilités familiales. Ces dernières sont à l'origine de beaucoup de stress, d'anxiété, etc. Le stress qui en résulte explique probablement sa fragilité et son enclin à faire la maladie mentale. De plus l'éducation masculine en générale, motive à la retenue émotionnelle et pourrait expliquer la prédominance masculine. La divergence observée dans notre travail pourrait être liée à l'organisation sociale rencontrée au Gabon. En effet, beaucoup de femmes sont actrices des deux rôles dans des foyers monoparentaux et ne consultent pas par déni de la maladie. De plus dans des foyers biparentaux, le partenaire peut ne pas être ouvert à ce genre de discussion par peur du regard social. Les célibataires sont prédominants dans la population d'étude avec 81,1%, suivis des mariés avec 10,9%. Des résultats similaires ont été observés dans d'autres pays d'Afrique. Des proportions de 57,4% avaient été avancées au Bénin par Tognon en 2009 [10]. De même, Mbassa [11] au Cameroun avait retrouvé une fréquence de 65,15% en 2010. Lindsay [12] au Sénégal (2011) avait aussi signalé la prédominance des célibataires avec une fréquence de 59,7%. *L'Homme est un animal social*, être célibataire revient à ne pas respecter cette maxime. De plus cet état souligne de nombreuses questions personnelles, affecte notre image personnelle et complique notre place dans la société. D'autre part, il a été prouvé que le célibat constituerait un facteur de vulnérabilité à la maladie mentale et au suicide car, les célibataires sont solitaires et affrontent seules les difficultés quotidiennes ; donc seraient plus fragiles mentalement. Par ailleurs, le mariage pourrait être un facteur important d'équilibre et d'intégration qu'il soit traditionnel, civil ou religieux. De plus la vie en couple serait source d'équilibre et de sérénité dans nos traditions. Autant de facteurs émotionnels qui

favoriseraient et renforceraient la survenue et le maintien d'états psychiques pathologiques. Dans notre étude les aînés sont les plus représentés avec un taux de 28,6 %. Ce résultat corrobore celui de Malah et al [3] en 2020 à Bamako. D'une part l'aîné joue une place importante auprès de ses frères cadets qui s'identifient à lui. D'autre part, l'aîné reçoit plus de pression de ses parents qui leurs dictent un code de conduite strict dans l'espoir de résultat attendu. Ceci est à l'origine de stress voire d'anxiété chez l'aîné ; engendrant ainsi la survenue de troubles psychiatriques. Cette vulnérabilité psychopathologique des aînés dans la fratrie a été rapportée par Boucebcî [13]. L'auteur justifie que « dans le contexte traditionnel africain, l'image du père est plus ou moins résorbée dans celle de l'autorité collective, le déplacement « sur les frères » des pulsions agressives souligne le poids du modèle culturel dans la liquidation œdipienne, particulièrement chez l'aîné ». Il théorise que tous ces éléments traditionnels constituent des facteurs de vulnérabilité qu'illustrent des données épidémiologiques concernant la fréquence des décompensations psychopathologiques [13]. Par ailleurs, l'exercice de la parentalité sur ce premier né peut être traumatisant, vu que le couple parent n'a pas encore l'expérience de leur nouvelle fonction de parent. En ce qui concerne le niveau d'instruction, La majorité des patients présentait un niveau secondaire ou supérieur. Pour ce qui est de la profession, les sans-emplois et apprenants étaient les plus représentés. Ces résultats sont similaires à ceux décrit par Dopé et al [4] en 2007. Selon l'article 2 de la loi n°21/2011 [14], l'éducation et la formation au Gabon sont obligatoires. L'accès à l'éducation et à la formation est assuré à tout jeune, gabonais ou étranger résident au Gabon, âgé de 3 à 16 ans. Ainsi la majorité des adolescents atteignent au moins le niveau supérieur. Le stress lié aux études mais également la forte croissance de consommation de stupéfiants en milieu scolaire est à l'origine des difficultés d'apprentissage, des troubles de concentration. Tous ces éléments favorisent le risque de survenue d'un événement psychiatrique. Les sans-emplois ne sont pas en reste, sans doute du fait de l'oisiveté. Par contre Modibo et al [15] au Mali ont retrouvé que les non scolarisés et les élèves au primaire étaient les plus représentés dans la sphère de l'instruction et les ménagères concernant la profession. Ceci peut s'expliquer par le faible niveau de scolarisation dans les pays de l'Afrique de l'Ouest en général et au Mali en particulier. En effet, bien que l'éducation au Mali se soit amélioré au cours de la dernière décennie, plus de deux millions d'enfants âgés de 5 à 17 ans ne vont toujours pas à l'école et plus de la moitié des jeunes âgés de 15 à 24 ans au Mali sont analphabètes [16]. Aussi, il existe des iniquités quant à l'accès à l'école et l'achèvement des études. Les filles et les enfants des familles les plus pauvres sont les plus exposés au risque d'abandon scolaire. Seul 73,8% des filles sont inscrites dans l'enseignement primaire de base contre 85,8% des garçons. Au moment où elles atteignent l'enseignement secondaire, la proportion des filles scolarisées n'est que de 15% contre 21% chez les garçons. La grande majorité

des élèves de 5^e année au Mali ne maîtrisent toujours pas les compétences de base en mathématique en en lecture [16]. Ce manque d'éducation oblige ces filles à se contenter d'exercer des petits métiers parmi lesquels celui de « ménagère ». Les chrétiens sont majoritairement représentés avec 72 % des cas. Ce résultat peut être lié à la surreprésentation des chrétiens au Gabon ; il rejoint aussi celui de DOPE [4] à Libreville en 2007 qui retrouvait 75,9% de chrétiens. Le christianisme, à travers les notions de culpabilité et de péché, peut être source de dérèglement, constituant le substratum de la pathologie mentale. La notion de culpabilité est ici, individuelle et non collective comme le suggère la tradition. Aussi, ce déplacement de la culpabilité du groupe vers l'individu le coupe de ses références culturelles et l'isole de son environnement.

De plus, la prédominance de la religion chrétienne semble être lié au désinvestissement progressif des voies traditionnelles de contrôle social du groupe. L'individu doit donc se réadapter à ce nouvel environnement en perpétuelle mutation. Et c'est dans un tel contexte, que nous assistons à l'émergence des églises dites de « réveil » issues du protestantisme. Le pasteur semble revêtir l'habit du tradipraticien, en empruntant son discours de persécution, où tout ce qui trouble la quiétude des humains est contenu dans un mauvais sort venant de l'extérieur, et que seul Dieu peut guérir. Ces églises vont alors constituer désormais de nouveaux cadres communautaires, où toutes les hostilités sont diluées ; les fidèles retrouvant ainsi un milieu plus rassurant, où toutes les solutions deviennent possibles, et qui va remplacer l'ancienne communauté traditionnelle [17]. D'après les informations fournies, les motifs de consultation dans notre étude étaient principalement liés à l'insomnie et à l'agitation psychomotrice, avec des taux de 40,5% et 10,9% respectivement. Une autre étude menée par Koundoul et al [18] a trouvé que les motifs de consultation les plus fréquents étaient l'agitation et l'incohérence verbale, avec des taux de 18,8% et 17,0% respectivement. Il est mentionné dans la littérature que la consommation de substances psychoactives peut expliquer la de survenue d'un trouble psychiatrique. Environ 14,6% des patients ont consulté entre un et cinq ans après le début des troubles. Ces données sont cohérentes avec une étude réalisée par Amoussa [19], où 31,05% des patients avaient consulté entre un et cinq ans après le début des troubles. Une tendance similaire a également été observée par Din [20] au Mali. Le délai avant la première consultation peut s'expliquer par la crainte de la stigmatisation associée aux maladies mentales, ainsi que par les multiples tentatives de prise en charge traditionnelle qui peuvent entraîner une errance thérapeutique. Dans cette étude, le trouble le plus fréquent est la bouffée délirante aiguë, suivie de la pharmacopsychose correspondant respectivement dans la CIM 10 aux troubles psychotiques aigus et transitoires (F23.0) et aux troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (F10-F19). Il est également mentionné que la prévalence des troubles schizophréniques a été observée dans d'autres études, notamment au Maroc en 2016 [21] et en France en 2003 [22]. La bouffée délirante

aiguë et la pharmacopsychose de la nosographie française sont des troubles caractérisés par l'apparition soudaine de délires chez des patients qui n'avaient jamais présenté de problèmes psychiques similaires. Ces troubles surviennent chez des individus vulnérables et sans personnalité bien établie, ce qui entraîne des difficultés d'adaptation sur les plans social et professionnel. En raison de cette situation inhabituelle, les familles se sentent obligées de consulter, n'ayant jamais été confrontées à ce type de situation auparavant. Cela explique leurs fréquentations élevées dans cette étude [23]. Notre étude montre que la première circonstance de survenue d'un trouble psychiatrique était la prise de substances psychoactives (39,4 %) suivis des traumatismes émotionnels notamment le conflit familial (12,1%). Coulibaly et al [24] au Mali en 2017 retrouvait respectivement le deuil dans 46,2%, la mésentente familiale dans 22,6% et 11,1% des patients qui avaient été victime de maltraitance. Yao et al [25] en Côte d'Ivoire constatait que la majorité des familles supposaient une origine mystique dans 41,2%.

Mbassa [11] retrouvait comme première cause de survenue l'infection liée au VIH dans 43,42%. La prise de substances psychoactives est retrouvée dans la majorité des cas car c'est l'apanage de beaucoup de jeunes scolarisés aujourd'hui. Pour certains, l'usage de substances psychoactives reste festif et associé à la convivialité. Pour d'autres, les effets relaxants et hypnotiques ressentis lors des premières prises sont mis à profit pour traiter les troubles du sommeil et d'autres tensions de la vie quotidienne liées aux activités professionnelles et à l'apprentissage. Par ailleurs, il semble avoir un lien étroit entre la consommation de substances psychoactives et la survenue de la bouffée délirante aiguë. La littérature mentionne diverses associations entre les troubles psychiques et les substances psychoactives. Par exemple, on peut observer des associations entre les troubles anxieux et les problèmes d'alcool, la schizophrénie et la dépendance au cannabis, le trouble de la personnalité limite et la dépendance à l'héroïne, la dépression et la dépendance aux somnifères ou aux opioïdes, la poly-addiction et le trouble du stress post-traumatique, et ainsi de suite. Cette grande diversité des associations souligne l'influence réciproque des troubles psychiques et de la consommation de substances psychoactives, où ils se succèdent, s'entremêlent et parfois se confondent. Au cours des dernières décennies, on observe une augmentation de leur fréquence, ce qui peut être lié à la diffusion de la consommation de substances psychoactives dans toutes les catégories de population, en particulier parmi les populations les plus vulnérables [26]. Pour ce qui est du conflit ou mésentente familiale, cela pourrait s'expliquer par le fait que la famille soit un groupe complexe où se côtoient quotidiennement des individus aux âges et mœurs différents. Les soucis du quotidien, le fossé des générations ou des événements externes à la famille peuvent provoquer des conflits. Ces problèmes familiaux qui ne sont pas les mêmes selon les membres directement concernés ; et à des degrés divers, pourraient avoir une influence sur la santé mentale.

Certains auteurs ont démontré que les événements de vie tels que le divorce des parents, la perte d'un proche sont à l'origine de la dépression chez l'enfant, la dureté de l'éducation paternelle était à l'origine de schizophrénie chez l'enfant [27]. Le choix du circuit thérapeutique fait l'objet le plus souvent de multiples réunions dans les familles à cause des croyances culturelles sur la maladie mentale, d'autres par contre choisiront d'abord le pasteur en particulier celui d'une église de Réveil à cause de ses croyances où à cause de la bonne réputation dudit pasteur pour avoir déjà eu à gérer ce genre de cas [28]. En 2007, Dopé et al [4] constatait déjà que plus de la moitié des patients avaient d'abord eu recours à des consultations chez les Tradipraticiens. C'est parfois seulement, lorsqu'aucune amélioration n'est apportée par l'un ou l'autre de ces circuits ou sur le conseil d'un tiers que le malade et la famille acceptent la consultation chez le Psychiatre. De nos jours, grâce aux différentes sensibilisations à l'instar de la journée mondiale de la santé mentale, beaucoup de familles semblent avoir compris la nécessité d'un traitement médical du fait de l'expérience vécu par leurs proches et les résultats obtenus chez un psychiatre. La prise en charge médicale fait essentiellement appel aux psychotropes : les Antipsychotiques (neuroleptiques) qui, sont les médicaments de choix, administrés dans plus de trois quarts des cas. Ces données rejoignent ceux de Morizet et al [29] en 2002 à Dakar et Ekomy et al [30] en 2005 à Libreville. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que ses médicaments soient sollicités le plus souvent devant des symptômes tels que, l'agitation psychomotrice, et dans les pathologies telles que la Bouffée Délirante, la pharmacopsychose qui sont les pathologies les plus rencontrés dans notre étude. Par ailleurs, les neuroleptiques sont à l'origine d'un syndrome extrapyramidal raison pour laquelle nous retrouvons les antiparkinsoniens comme deuxième classe médicamenteuse la plus utilisée. La voie d'administration orale, utilisée dans la majorité des cas était également sollicitée par Mamdouh et al [31]. Comme constaté par ce même auteur, peu de patients réalisaient des bilans complémentaires. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que la majorité des patients à l'Hôpital Psychiatrique traités en ambulatoire, ne réalisent pas souvent le bilan pré-thérapeutique demandé et que les bilans complémentaires pour la plupart sont demandés dans le cas de troubles mentaux organiques.

CONCLUSION

Les affections mentales sont une réalité au Gabon. Elles touchent majoritairement les jeunes adultes de sexe masculin ayant atteint le niveau secondaire en termes d'instruction académique. Très souvent, ce sont des célibataires sans-emplois ayant un enfant. Ils résident à Libreville et sont chrétiens. Pour les Gabonais, la province de la Ngounié est la plus touchée. Les ethnies les plus touchées sont les Fang, les Punus et les Myéné. Parmi les autres nationalités, les Camerounais et les Maliens sont les plus rencontrés. Sur le plan familial, nous rencontrons principalement les aînés de familles. Très peu de comorbidités organiques ont été décrites. Un

contexte familial d'affection psychiatrique et de prise de stupéfiants existent souvent. La famille est généralement à l'origine de la demande dans les 1 – 5 ans d'évolution du trouble après échec des pratiques religieuses et de la médecine traditionnelle. Elle rapporte des circonstances de consommation de substances psychoactives, de traumatismes physiques et/ou émotionnels. La schizophrénie, troubles schizotypiques et délirants constituent le type d'affections les plus rencontrées. L'arsenal thérapeutique, aussi bien médicamenteux que non médicamenteux est adapté à la situation clinique et psychique du malade.

Limites

Premièrement, cette étude a été menée en milieu hospitalier ; elle ne peut donc être le reflet de la situation des troubles mentaux en population générale.

Deuxième, le CNSM de Melen est une structure de soins très stigmatisée. Ce qui en limite la fréquentation aux cas certainement les plus graves. Les résultats observés représentent probablement, au vu de la fréquence des troubles mentaux dans les revues internationales, le sommet émergé de l'iceberg. Malgré ces limites, ce travail préliminaire était indispensable et donne des informations essentielles à une meilleure compréhension des problématiques de santé mentale au Gabon.

Conflit d'intérêt

Aucun

RÉFÉRENCES

1. Organisation Mondiale de la Santé. Constitution. OMS 1948 : 1p [En ligne]. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>. Consulté le 30 novembre 2022
2. Organisation Mondiale de la Santé. Gouvernance OMS : Constitution. OMS 1948 : 1p [En ligne]. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>. Consulté le 5 décembre 2022
3. Institut national de santé publique du Québec. Notions de base, la santé : quelques définitions. Gouvernement du Québec 2019 ; 1p [En ligne] <https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-en-evaluation-environnementale-au-quebec-meridional/outils/notions-de-base>. Consulté le 9 janvier 2023
4. Wunsch G, Gourbin C. Santé et maladies : Concepts, mesures, résultats. Bull Académie R Belg. 1998 ;9(1) :129-44.
5. Sandrine B. Santé mentale : enjeux de santé publique à l'honneur dans le canton de Vaud. Aide et soins à domicile 2022 ; 1p [En ligne]. <https://www.cms-vaud.ch/sante-mentale-enjeux-de-sante-publique-a-lhonneur-dans-le-canton-de-vaud/> Consulté le 9 février 2023
6. Organisation Mondiale de la Santé. Healthy At Home – Santé mentale : Prendre soin de notre santé mentale. OMS 2023 ; [En ligne] <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Consulté le 2 janvier 2023
7. Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2008 ;166(1) :63-70.
8. Organisation Mondiale de la Santé. Cadre pour renforcer la mise en œuvre du plan d'action mondial pour la santé mentale 2013-2030 dans la Région africaine de l'OMS : rapport du Secrétariat. OMS 2022 : 10p
9. Organisation Mondiale de la Santé. Santé mentale. Regional Office for Africa 2013 [En ligne] <https://www.afro.who.int/node/45972> Consulté le 2 mars 2023

10. Organisation Mondiale de la Santé. Santé : définition et éclairages. Avise 2020 [En ligne] <https://www.avise.org/articles/sante-definition-et-eclairages>. Consulté le 13 février 2023
11. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Évaluation des troubles mentaux : L'évaluation des troubles mentaux. OIIQ 2021 ; [En ligne] <https://www.oiiq.org/probleme-de-sante-mentale-et-trouble-mental-qu-est-ce-qui-les-distingue>. Consulté le 13 février
12. Larousse. Définitions : mental - Dictionnaire de français Larousse [En ligne] <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mental/50507> Consulté le 13 février 2023
13. Larousse. Définition : Trouble mental. Psychomédia 2012 <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/maladie-mentale>. Consulté le 13 février 2023
14. Pilgrim D. The survival of psychiatric diagnosis. Soc Sci Med. 2007;65(3): 536-47.
15. Ackerknecht, EH, A Short History of Psychiatry Hafner. Hafner Publishing Company 1959; 98p
16. Youssef HA, Youssef FA, Denning TR. Evidence for the existence of schizophrenia in medieval Islamic society. 1996 [En ligne] <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0957154X9600702503>. Consulté le 28 février 2023
17. Laffey P. Psychiatric therapy in Georgian Britain. Psychol Med. 2003;33(7):1285-97. -97.
18. Kroll J, Bachrach B. Sin and mental illness in the Middle Ages. Psychological Medicine 1984 ; 14(3) :507-14 [En ligne] <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/sin-and-mental-illness-in-the-middle-age> Consulté le 28 février 2023
19. Wright D. Getting Out of the Asylum: Understanding the Confinement of the Insane in the Nineteenth Century | Social History of Medicine | Oxford Academic 1997; 137-155 [En ligne]. <https://academic.oup.com/shm/articleabstract/> Consulté le 28 février 2023
20. Muller S. Concerns About Psychiatric Neurosurgery and How They Can Be Overcome: Recommendations for Responsible Research American. American Neurological Association Neurology and Psychiatry. Springer 2022
21. Harris HW, Felder D, Clark MO. A Psychiatric Residency Curriculum on the Care of African American Patients. Acad Psychiatry. 2004; 28(3): 226-39p
22. Livingston, K. Deciding Who Dies: Evaluating the Social Worth of People with Mental Illness during the Holocaust. American Sociological Association 2003.
23. Fakhoury W, Priebe S. Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. Psychiatry. 2007 ;6(8) :313-6.
24. Halle A, Guèye M, Sarr D. Aspects particuliers de la psychiatrie en Afrique - rencontre de deux systèmes de soins. L'information psychiatrique 1995 ; 71(6) 530-536. [En ligne] <http://www.minkowska.com/content/aspects-particuliers-de-la-psychiatrie-en-afrique-rencontre-de-deux-syst%C3%A8mes-de-soins>. Consulté le 03 février 2023
25. Barbiera N, Isslame M, Issulahi A. La santé mentale en population générale : images et réalités. Présentation générale de l'enquête. L'information psychiatrique 2000 ; 76(3) :279-292
26. Ouango J, Karfo K, Ouedraogo M, Kere M, Ouedraogo A, Kabore G. Concept traditionnel de la folie et difficultés thérapeutiques chez les Moosé du Kadiogo. Santé mentale au Québec. 1998 ;23(2) :198-208.
27. Langevin R, Lavoie E, Laurent A. Les croyances culturelles sur la santé mentale : points de vue de parents

- francophones migrants de l'Afrique subsaharienne. Science direct 2018 ;66(2) :81-89
28. Moukouta SC, Pewzner-apeloig E. Thérapies traditionnelles-thérapies modernes en milieu psychiatrique au Congo. *Synchrétisme ou interférence ? Annales médico-psychologiques*, 2002 ; 160, (5) : 354-360.
29. Patel V, Musara T, Butau T, Maramba S, Fuyan P. Concepts of mental illness and medical pluralism in Harare. *Psychological medicine* 1995; 25(3):485-493.
30. Makanjuola AB. Witchcraft and psychiatry in Nigeria today. *Psychopathologie africaine*.2003 ; 32(2) :189.
31. Kastler F. La santé mentale en Afrique : un défi oublié ou une réponse institutionnelle inadaptée ? Presses de Sciences Po 2011 ; 169-77. [En ligne] <https://www.cairn.info/sante-internationale--9782724611724>
32. Gau C. Des désordres « ethniques » ? Culture et sujet : étude au Centre de Santé mentale de Melen, Libreville – Gabon. *Fig Psychanal*. 2012 ;24(2) :211-32.
33. Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des maladies. OMS 2012 ; 5. 327-416 p. [En ligne] <https://apps.who.int/classification/apps/icd/icd10online>. Consulté le 5 décembre 2022
34. Denis Richard, Jean-Louis Senon et Marc Valleur, *Dictionnaire des drogues et des dépendances*, Paris, Larousse, 2004, 626 p.
35. ECN. Référentiel de psychiatrie et d'addictologie : psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie. 2e édition. Paris : PUF ; 2016, 519-562 p.
36. Quelles sont les prises en charge d'une maladie psychique ? [Etablissements Public de Santé Mentale - Agglomération Lilloise. [En ligne] <https://www.epsm-al.fr/le-guide-du-patient-et-de-son-entourage/quelles-sont-les-prises-en-charge-dune-maladie-psychique>. Consulté le 23 février 2023
37. Journal Officiel de la République Gabonaise. [En ligne] <https://journal-officiel.ga/1415-dpo/1417-autres-textes-legislatives-et-reglementaires/1421-exemple-de-loi-numero-1/> Consulté le 3 mars 2023
38. Malah C. Epidémiologie des troubles psychiatriques chez les patients hospitalisés au service de psychiatrie du chu point g de bamako du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2018. Thèse de Doctorat en médecine, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako 2020 : 90p
39. Dope K. Prise en Charge des malades mentaux à Libreville : les différents circuits thérapeutiques. Thèse de Doctorat en médecine, faculté de médecine, université des sciences de la santé du Gabon 2007 ; n°545.
40. Bidaye S. Itinéraire thérapeutique des malades mentaux. Thèse de Doctorat en médecine, faculté de médecine, université des sciences de la santé du GABON 2004 ; n°430 : 14-23.
41. Démographie - Population d'âge actif - OCDE Data [Internet]. The OECD. [En ligne] <http://data.oecd.org/fr/pop/population-d-age-actif.htm> Consulté le 12 avril 2023
42. Adama K, Diariatou S, Issa W, Yaya K, Sokhna S, Habib TM. Profil des Patients Porteurs d'Affection Psychiatrique au Centre Psychiatrique de Ziguinchor au Sud du Sénégal. 2021 ;22(8) : 73p
43. Rochereau T, Guillaume S, Dourgnon P. Enquête sur la santé et la protection sociale 2010. Paris : IRDES ; 2012 ;308p
44. Direction Générale de la Statistique. Résultats globaux du recensement général de la population et des logements de 2013 du Gabon (rgpl2013). 2018 ; 97p [En ligne] <https://gabon.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/Resultats%20Globaux%20RGPL%281%29.pdf>. Consulté le 20 avril 2023
45. Tognon TF. La schizophrénie au Centre Hospitalier départemental de Borgori : Aspects épidémiologiques et pronostiques, 1er congrès de neurosciences de Bamako du 15-16-17-18 Novembre 2009.
46. Mbassa D, Dassa SK, Menguene JL, Benguilé B. Aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques des psychoses aiguës au Cameroun. *Perspect Psy*. 2010 ;49(3) : 213-9.
47. Lindsay MP. Evaluation du fonctionnement de la garde en Psychiatrie au CHNU de Fann après une année d'activité. Thèse de Doctorat en Médecine, Faculté de Doctorat en Médecine, Université Cheikh Anta Diop, Dakar 2011, n°163 : 50
48. Boucebc M. Rang dans la fratrie et risque psychopathologique : le syndrome d'aînéité. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1994 ;42 :429-561.
49. République gabonaise. Loi n° 21/2011 du 11 février 2012 portant orientation générale de l'éducation, de la formation et de la recherche [En ligne] <https://www.axl.cefana.ulaval.ca/afrique/gabon-loi-2011.htm> Consulté le 12 avril 2023
51. Modibo S. Comorbidités Organiques Et Troubles Psychiatriques En Consultation Ambulatoire Au Centre De Santé Mentale De Hamdallaye. Thèse de Doctorat en Médecine, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, Bamako 2009.
52. Éducation | UNICEF [En ligne]. <https://www.unicef.org/mali/%C3%A9ducation> Consulté le 5 avril 2023
53. Gabon [En ligne] <https://www.axl.cefana.ulaval.ca/afrique/gabon.htm> Consulté le 8 avril 2023
54. Religion et psychopathologie africaine | Cairn.info [En ligne] <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-8-page-769.htm> Consulté le 10 avril 2023
55. Koundoul Adama, Seck Diariatou, Wone Issa, Kane Yaya, Seck Sokhna, Thiam Mamadou Habib Profil des Patients Porteurs d'Affection Psychiatrique au Centre Psychiatrique de Ziguinchor au Sud du Sénégal. *HSD*.2021 ; 22 (8) :68-72
56. Amoussa M. (2005) : Les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la schizophrénie au centre psychiatrique Emile Badiane de Ziguinchor. Thèse doctorat Med. Université Cheikh Anta Diop de Dakar n° 103
57. Din O. (2010) : Approche épidémiologique de la schizophrénie au service de psychiatrie du CHU du point G. Thèse doctorat Med. Faculté de médecine de Bamako
58. Belghazi D, Moussaoui D, Kadri N. Spécificités épidémiologiques, cliniques et culturelles des patients hospitalisés au centre psychiatrique universitaire Ibn-Rochd de Casablanca. *Ann Med Psychol*. mars 2016 ;174(2) :100-4.
59. Le Fur P, Lorand S, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. La morbidité des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale. Dans : Coldefy M. La prise en charge de la santé mentale. Paris : Collection Etudes et Statistiques. 2007. p. 145-171.
60. Sauvaget-Oiry A. Clinique des troubles du comportement dans les schizophrénies débutantes. Thèse de Doctorat en médecine. Faculté de Médecine Nantes, 2006, n°125.
61. Coulibaly S, Maïga F, Landouré G et al. Facteurs associés aux troubles mentaux dans le service de psychiatrie du centre hospitalier universitaire du point g au mali. *Mali Med*. 2021 ;36(1) :52-7.
62. Yao YP, Yeo-Tenena YJM, Assi-Sedji C et al. Itinéraires thérapeutiques des schizophrènes à Abidjan. *Inf Psychiatr*. 2009 ;85(5) :461-9.

63. Alain M, Amandine L. Troubles psychiques et addictions. In : Alain M, Goueron JP. Aide-mémoire Addictologie en 47 notions 3^e ed, Paris, Dunod, 2019,1-720
64. Houzel D. Influence des facteurs familiaux sur la santé mentale des enfants et des adolescents. *Psychiatr Enfant*. 2003 ;46(2) :395-434.

65. Morizet D. La Psychiatrie en Afrique Subsaharienne. Thèse de Doctorat d'état en médecine, Université de Bordeaux II - Victor Segalen 2002 n°3022 :14-54.
66. Ekomy DL. Le vécu psychoaffectif des porteurs VIH. Thèse de Doctorat en Médecine, Faculté de Médecine, Université des Sciences de la Santé. Libreville 2005 ; n° 460 :49-65