

DISPOSITIF DE SOINS ET ASPECTS THERAPEUTIQUES DE PRISE EN CHARGE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES AU CHU CAMPUS (LOME).

Care device and therapeutic aspects of management of psychiatric emergency in campus chu (lome).

Soedje Kokou Messanh Agbémélé, Aza-Gnandji Guy Gérard, Tchamdja Toyi, Sabi Kossi Akomola, Balaka Abago, Djidonou Anselme, Dassa Kolou Simliwa.

Email : soedjem@gmail.com

Conflit d'intérêt : aucun

RESUME

Introduction : Les objectifs étaient de décrire le dispositif de soins d'urgence psychiatrique dans un contexte de ressources humaines limités et les modalités thérapeutiques existantes dans le cadre d'évaluation générale de l'activité des urgences. **Méthodologie** : le cadre de notre travail a été la Clinique de Psychiatrie et de Psychologie Médicale (CPPM) et le Service des Urgences Médicales (SUM) du CHU Campus. Il s'est agi d'une étude prospective à visée descriptive et analytique incluant les patients reçus du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013. **Résultats** : Les urgences de psychiatrie aux heures ouvrables étaient assurées par la CPPM, la garde et jour fériés par le SUM de la porte. Nous avons recensé 4977 patients admis dont 275 cas pour les urgences psychiatriques, soit une fréquence globale de 5,52% des cas. La plus grosse activité avait été enregistrée dans l'après midi (49,09%). L'entourage des patients (58,18%) était le plus demandeur d'une prise en charge urgente. La plus part de nos patients hospitalisés (57,14%) ont été admis sous la contrainte et la contrainte physique aux soins était imposée pour 14,55% de cas. Les troubles psychotiques aigus et transitoires (39,64%) et la réaction à un stress sévère et trouble de l'adaptation (33,45%) ont été les diagnostics prédominants. **Conclusion** : les difficultés spécifiques à l'urgence psychiatriques nécessitent la mise en place d'un cadre légal et une meilleure organisation. **Mots clés** : Urgences psychiatriques, parcours thérapeutique, dispositif, Afrique sub saharienne, Togo.

SUMMARY

Introduction: the objectives were to describe the psychiatric device of emergency care in a context of human resources limited and the existing therapeutic modalities within the framework of general evaluation of the activity of emergencies. **Methodology**: the frame of our work was the Clinic of Psychiatry and Medical Psychology (CPMP) and the Emergency Medical Service (EMS) of the CHU Campus. It was about a prospective study including descriptive and analytical referred patients received from January 1 to December 31, 2013. **Results**: the emergencies of psychiatry at the working hours were assured by the CPMP, the guarding and holidays by the EMS of the door. We identified 4977 accepted patients of whom 275 cases for the psychiatric emergencies, that is a global frequency of 5, 52 % of the cases. The greatest activity was recorded in the afternoon (49.09%). The entourage of the patients (58.18%) was the applicant for urgent care. Most part of our hospitalized patients (57, 14) was admitted under duress and the physical constraint in the care was imposed for 14, 55 % of cases. Acute and transient psychotic disorders (39.64%), reaction to severe stress and adjustment disorder (33.45%) were predominant diagnoses. **Conclusion**: the specific difficulties in psychiatric emergency require the establishment of a legal framework and a better organization. **Keywords**: Psychiatric emergencies, therapeutic path, device, sub-Saharan Africa, Togo.

INTRODUCTION

Les progrès techniques de la médecine et de la demande pressante d'accessibilité immédiate aux soins ont contribué au développement de l'urgence médicochirurgicale [1]. Les capitales des pays de l'Afrique subsaharienne sont de plus en plus confrontées aux problèmes de surpeuplement secondaire à l'exode rural. Cette situation crée des besoins en matière de santé identiques à ceux retrouvés en occident. L'intégration des soins psychiatriques aux soins de médecine en générale et l'existence des services de psychiatrie à l'intérieur de l'hôpital général font de ceux-ci des endroits clé pour la prise en charge des urgences psychiatriques. La notion d'urgence psychiatrique regroupe un ensemble hétérogène de troubles d'apparition soudaine quelle que soit leur nature somatopsychique, psychosociale ou psychique pure. Ces troubles mettent en jeu une situation de crise qui touche le contexte de la vie familiale,

professionnelle et sociale du patient [2]. L'expression urgence dans un milieu psychiatrique peut avoir une signification de « crise » orienté quelque fois vers une pratique psychosociale, ou voire une « urgence » où l'orientation est médico-psychologique. En France, depuis 1995 le dispositif de soins psychiatriques s'intègre au plateau technique et aux moyens en personnels médicaux et paramédicaux des services accueillant les urgences à l'hôpital général [3]. Au Togo, comme dans plus part des anciennes colonies ou protectorats Français, l'intégration des soins psychiatriques au sein de l'hôpital général est en cours en ce début de XXI^{ème} siècle. Pays en voie de développement, celui-ci ne dispose pas de système d'information fiable sur l'ampleur des troubles mentaux, des usages de substances psychoactives (SPA) et les invalidités conséquentes. Ce pays ne compte que

trois services de psychiatries dont deux à l'intérieur des hôpitaux généraux (les deux CHU) de la capitale. Il y a trois psychiatres pour 6 millions d'habitants. Dans le dispositif de soins d'urgence psychiatrique, le service de psychiatrie du CHU Campus occupe une place importante. Il est le plus grand en capacité d'accueil et en personnel qualifié. Situé à l'intérieur de l'un des centres de référence nationale de la capitale, ce service sert de structure de recours pour de nombreuses formations sanitaires. Pour cet ensemble de faits, les données statistiques émanant de ce service peuvent être dignes d'intérêt.

Notre étude a été réalisée dans le cadre d'une évaluation des activités aux urgences en relation avec les troubles mentaux. Les objectifs étaient de décrire le dispositif de soins d'urgence psychiatrique dans un contexte de ressources humaines limitées, de déterminer la fréquence des soins psychiatriques et les différentes modalités thérapeutiques existantes.

CADRE, MATERIEL ET METHODE

Cette étude a eu pour cadre le Service des Urgences Médicales (SUM) et le CPPM du CHU campus de Lomé. Ces services recevaient des patients émanant de l'ensemble du pays quel que soit l'âge. Il s'agissait d'une étude prospective descriptive et analytique concernant tous les patients reçus dans ces services et qui avaient bénéficié d'une prise en charge durant la période allant du 1^{er} Janvier 2013 au 30 juin 2014 (dont les 6 derniers mois pour le suivi) soit une période de 18 mois. Les critères d'inclusion dans l'étude ont été les suivants :

- ✓ résider sur le territoire togolais depuis trois mois au moins à l'admission
- ✓ être admis pendant la période de l'étude
- ✓ présenter un trouble mental d'apparition soudaine ou une « crise »
- ✓ donner son consentement verbal libre et éclairé si possible(ou dès que son état le permet pour participer à l'étude)

Seule la première prise en charge avait été prise en compte pour les patients ayant eu plusieurs passages aux urgences pour des pathologies similaires. Les autres prises en charge de ces derniers ont été considérées comme l'évolution de la première pathologie. Les personnes dont le recours au service des urgences n'était pas motivé par une demande de soins n'ont pas été incluses. Une fiche d'enquête a servi au recueil des données par un médecin au SUM et un psychiatre au CPPM. Les données ont été recueillies selon les critères diagnostiques de la CIM 10 et ont concerné les aspects suivants : sociodémographiques; administratives (lieu de provenance ; période de la journée ; délai, mois et mode de consultation), cliniques et des modalités thérapeutiques. La saisie et l'analyse de ces

données ont été réalisées à l'aide du logiciel statistique Epi info 7, dans sa version anglaise 3.4.3. Les données quantitatives ont été décrites par la moyenne, l'écart type, la médiane et le mode. Les variables qualitatives ont été décrites par des proportions. Les différences observées entre les résultats ont été appréciées par le test du Chi² et le degré de signification statistique « p » retenu a été de 0,05 pour l'ensemble des analyses.

RESULTATS

Dispositif de soins d'urgence psychiatrique :

La CPPM était organisée en deux entités. Un pavillon d'hospitalisation qui était incorporé au grand bloc des bâtiments du CHU comme les autres spécialités médicales et deux petites structures, un peu isolé, à 300m environ de ce grand bloc du CHU, servant de centre d'accueil, d'écoute et de suivi médico-psychologique externe. Les activités étaient organisées comme ceci : de 7h00 à 14h00 ; les patients nécessitant des soins d'urgence psychiatrique étaient orientés du service d'accueil vers la CPPM. Malgré une permanence du service de médecine interne aux urgences chaque service s'occupaient des urgences de sa spécialité comme cela était le cas du service de psychiatrie. Un psychiatre et un psychologue étaient disponibles pour les urgences dans deux bureaux différents en plus d'un (e) infirmier (e) et d'un aide soignant à la salle d'attente. Cette équipe avait aussi la responsabilité de faire le suivi sur rendez-vous des patients et de recevoir les nouveaux consultants. L'infirmier de la CPPM et celui des urgences pour le SUM avaient pour fonction principale d'orienter et de donner une priorité aux cas urgents pour avis du psychiatre. C'était le psychiatre qui décidait de la conduite médico-psychologique ou psychosociologie de la prise en charge. L'autre partie de l'équipe de la CPPM sur ces horaires assurait les soins en hospitalisation. De 14h00 au lendemain 7h00 ; le SUM assurait les soins d'urgence. Cette autre équipe était faite d'un sénior, d'un interne et d'une équipe infirmière ayant pour fonction la gestion des admissions des patients. Le psychiatre du CPPM était toujours en astreinte téléphonique. Ce même dispositif était chargé des soins les week-ends et les jours fériés.

Données générales : Du 1^{er} janvier au 31 Décembre 2013, nous avons recensé 4977 patients admis au SUM et à la CPPM du CHU Campus dont 290 cas d'urgences psychiatriques. Parmi ceux ci 15 cas ont été rejeté pour des diagnostics non psychiatriques et 275 cas retenu soit une fréquence globale de 5,52% des patients. L'âge moyen des patients était de 36,12 ans avec un écart type de 12,3 ans et un sex- ratio de 0,45.

Données administratives : Lomé commune et la préfecture du golfe étaient la région de

provenance la plus représenté avec 92% des patients. Le délai moyen de consultation était de 8,47 jours avec un écart type de 16,60 jours et des extrêmes de 1 et 120 jours. Le mode de 3 jours a été pour 24,36 % des patients. La proportion d'activités effectuées au cours de l'après-midi par les urgences était de 49,09%. L'entourage des patients était des demandeurs d'une prise en charge urgente pour 58,18% de cas et la contrainte physique aux soins était nécessaire chez 14,55% de patients comme illustré par le tableau I. La répartition selon la fréquence par mois était entre 4 et 7,27% excepté le mois de janvier où on notait un chiffre de 41,09% comme illustré par la figure 1.

Données diagnostiques et modalités thérapeutiques : Les troubles psychotiques aigus et transitoires pour 39,64% de patients ont représenté le diagnostic le plus fréquent. Les pathologies associées ont été l'infection au VIH, les cardiopathies et les syndromes infectieux pour des pourcentages respectifs de 5,46%, 3,28% et 2,90%. Les patients ayant bénéficié d'une chimiothérapie avec une hospitalisation à la CPPM étaient de 64,73% au sujet la prise en charge immédiate. Les soins sans consentement concernaient 226 (82,18%) enquêtés. Les détails ont été explicités dans le tableau II.

DISCUSSION

Nous avons été confrontés au cours de cette étude à certaines difficultés. Les renseignements étaient difficiles à obtenir des patients admis, uniquement accompagnés par les forces de l'ordre. Les diagnostics pour les malades pris en charge en ambulatoire, à la différence de ceux des malades hospitalisés, n'avaient pas toujours été un diagnostic collégial et pourraient de ce fait être parfois imparfait. Malgré les limites ci-dessus rappelées, l'apport d'une telle étude a été la mise en relief d'une organisation efficace avec un personnel réduit avec des modalités différentes de soins.

Les urgences de la CPPM étaient assurées par un psychiatre et un psychologue de 7 à 14 heures et l'équipe du SUM complétait la journée de 24 heures. Les deux psychiatres de la CPPM étaient en astreinte tous les jours. Le nombre limité de spécialistes imposait une organisation adaptée. Les urgences en psychiatrie sont souvent, mais pas toujours, causées par une maladie mentale. Cela nécessite des gestes sans délais dans le but de sauver le patient ou son entourage de dangers mortels ou de sérieux dégâts [4]. A défaut d'avoir des urgences spécialisées, la présence effective du personnel dans la continuité a été assurée par une autre équipe maintenant le lien avec un spécialiste. Le traitement immédiat des manifestations les plus intenses est nécessaire en prenant en compte la

prévention des comportements néfastes et l'amélioration de l'état clinique du patient [5].

L'âge moyen des patients de notre série avait été de 36,12 ans. Ce résultat était proche de celui de Vitoria MP et al. [6] et de Atefeh GJ et al. [7] qui avaient trouvé respectivement 37,1 ans et 36,41 ans. Lomé commune et la préfecture du golfe étaient les régions de provenance les plus représentées avec 92% des patients. La localisation géographique du cadre de l'étude pourrait être un argument explicatif. Toutes les autres régions du pays étaient représentées. Ceci avait prouvé que les populations rurales ou provinciales pouvaient avoir aussi recours aux soins modernes en urgence sans notion de sectorisation. La plupart des patients ont consulté l'après-midi soit 49,09% des patients. Gaha L et al. [8] a fait un constat similaire à 57%. La prise de décision de recours aux soins modernes était souvent collégiale ou familiale, ce qui retarde l'arrivée à l'hôpital comme le montrait le résultat sur la demande de soins de l'entourage dans 72,73% (accompagné par l'entourage 58,18% et de conduit par les forces de l'ordre 14,55%) de cas dans notre série. La répartition des urgences psychiatriques selon les mois n'a pas montré de variation notable pour les autres mois sauf pour le mois de janvier où on notait un chiffre de 41,09%. Les incendies du grand marché de Lomé survenus dans la nuit du 11 au 12 janvier 2013 [9] justifiaient cela car la CPPM avait fait parti du dispositif de prise en charge des victimes.

Le délai moyen de consultation était de 8,47 jours. Une étude réalisée sur la prise en charge du paludisme dans la même communauté que le cadre de notre étude a montré que 18% des patients avaient consulté dans les 24 premières heures après le début des symptômes [10]. Ces chiffres ont montré que d'une manière générale cette population ne consultait pas tôt. Le caractère insidieux parfois de l'urgence en psychiatrie était un argument intrinsèque à ce retard. Dans le même ordre d'idée un seuil de tolérance élevé ou une passivité devant les troubles de comportements le justifierait aussi. Les troubles psychotiques aigus et transitoires représentaient l'affection la plus fréquente (39,64%) comme dans la série de Tognon Tchegnonsi F et al. [11] (64,06%). Dans l'étude de Fernando SPS et al. en 2010 [12] à Sobral-Ceara (Brésil) les troubles mentaux liés aux substances psychoactives (F10) et les épisodes dépressifs (F32.0) ont été respectivement représentés 42,40% et 10,47%. Celui-ci a référé 43,45% des patients vers un centre spécialisé de prise en charge des addictions (CAPS-ad) et 10,50% des patients vers un autre centre général (General CAPS) de la même ville. Dans notre étude il n'y avait pas de possibilité de référer un patient car non seulement ce cadre était au sommet de la pyramide sanitaire mais

elle contient aussi une unité de prise en charge des addictions. Les contraintes physiques aux soins ont été réalisées pour 14,55% des patients et les soins ont été demandés pour 58,18% des patients par l'entourage. Par contre l'hospitalisation sous contrainte n'avait été nécessaire que pour 17,82% des enquêtés. La force de la décision de se faire soigner prise par la famille influençait considérablement la réticence ou l'opposition de l'individu dans la société. Comme l'affirme Tognon Tchegnonsi F et al. [11], les contentions sont rarement utilisées dans notre service. La loi n°2009-007 du 15 mai 2009 [13] portant code de la santé publique de la République togolaise fixe le cadre légale de l'hospitalisation d'office dans ces articles 130 et 131 et de l'hospitalisation à la demande d'un tiers dans l'article 134. Mais aucun décret d'application n'avait suivi cette loi. Dans la pratique l'absence de dispositif d'application claire, la disponibilité des médicaments et des moyens des contentions rendaient complexe ces situations. Le psychiatre se voyait parfois en position d'une personne toute puissante exerçant pour le bien être du patient dans le respect de l'éthique. Cette situation n'était pas loin de la vision même du praticien traditionnel de la médecine. Le rôle des praticiens de la médecine traditionnelle est important et il existe un véritable va-et-vient entre les deux médecines, comme constaté ailleurs [14].

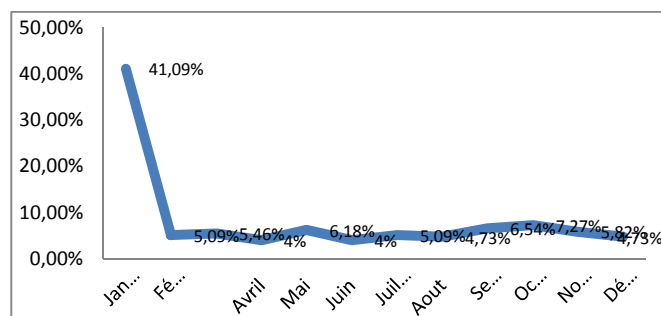
CONCLUSION

Notre étude, menée auprès des consultants des urgences médicales du CHU Campus pour troubles mentaux avait mis en relief une organisation multidisciplinaire avec des articulations intersectorielles de permanences de soins. Il y avait plusieurs modalités de prise en charge. Mais cette situation nécessite un renforcement en personnel, une mise en place de dispositif légal clair et la formation des différents groupes professionnels en santé mentale.

REFERENCES

- Boiteux C, Clostre M, Querel C, Gallarda T. Urgences psychiatriques. EMC 2004, 37-678-A-10.
- De Clercq M, Horxois P. Les antécédents de prise en charge : gage d'investissement thérapeutique ou de malédiction pour les urgences psychiatriques. *Ann Med Psychol* 1990; 148:367-77.
- Launay C. Les différents dispositifs d'accueil des urgences psychiatriques. *Ann Med Psychol* 2002;160:191-3.
- Rössler W, Riecher-Rössler A: Versorgungsebenen in der Notfallpsychiatrie. In: Hewer W, Rössler W (eds.): *Das Notfall Psychiatrie Buch*. Urban & Schwarzenberg 2002;2-10.

- Mavrogiorgou P, Brüne M, Juchel G. The management of psychiatric emergencies. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108(13):222-30.
- Vitoria MP, Carolina SSS, Amilton SJ, Renata CSA. Profile of patients attended as psychiatric emergencies at a university general hospital. *Sao Paulo Med J* 2013;131(6):398-404.
- Atefeh G, Mehdi N, Fatemeh S. Characteristics of Psychiatric Visits to the Emergency Department of Rasoul-e-Akram Hospital, Tehran, Iran. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2012;6(2):42-7.
- Gaha L, Mechri A, Zaafrane F, Ammar M, Abroug F, Skhiri T. Profil des consultants aux urgences psychiatriques d'un hôpital général en Tunisie. *Revue des SAMU* 1999;115-9.
- Regayeg L. L'urgence psychiatrique à l'hôpital général : à propos d'une enquête à l'hôpital Farhat Hached de sousse. Thèse de Médecine, Sousse 1992. (N° à compléter)
- Theret L, Faradoni P, Pire JC. Psychiatrie d'urgences au CHU de Reims : données actuelles. *Ann Med Psychol* 1991;149:72-4.
- <http://www.republicof.togo.com/> Incendies du grand marché de Lomé (archives) consulté le 13/02/2014.
- PNLP(Togo). Traitement du paludisme par l'Artémether-Luméfantine dans la communauté de Tovégan (District de l'Avé, Togo). Lomé: ministère de la santé, Décembre 2007,16 pages.
- Togon Tchegnonsi F, Gandaho P, Tognide CM, Akpona S, Ahyi RG. L'urgence en pratique psychiatrique quotidienne au centre hospitalier départemental et universitaire de Parakou. *Le Bénin Médical* 2006;32:23-6.
- Fernando SPS, Cezar AFS, Eliany NO. Emergency psychiatric service in general hospitals: a retrospective study. *Rev Esc Enferm USP* 2010;44(3):785-91.
- Journal Officiel de la République du Togo. 53^e année n°30 TER du 25 mai 2009.
- Corin E, Uchoa E, Bibeau G et Coll. La place de la culture dans la psychiatrie africaine d'aujourd'hui. Paramètres pour un cadre de référence. *Psychopathologie Africaine* 1992 ; 24:149-181.



Figurer 1 : Répartition des patients selon les mois

Tableau I : données administratives des patients reçus aux urgences pour troubles psychiatriques

	Effectifs n = 275	Pourcentages %
<i>Lieu de provenance</i>		
Lomé Commune et Golfe	253	92,00
Région Maritime	14	5,09
Région Centrale	3	1,09
Région de la Kara	3	1,09
Région des plateaux	2	0,73
<i>Période de la journée</i>		
Après midi	135	49,09
Matinée	79	28,73
Nuit	61	22,18
<i>Mode de consultation</i>		
Accompagné par l'entourage	160	58,18
Seul	73	26,55
Forcé ou conduit par les forces de l'ordre	40	14,55
Référé sous traitement	2	0,73

Tableau II : données diagnostiques et modalités thérapeutiques des patients reçus aux urgences pour troubles psychiatriques

	Effectifs n = 275	Pourcentages %
<i>Diagnostics psychiatriques*</i>		
Tb. psychotiques aigus et transitoires F23	109	39,64
Réaction à un facteur de stress sévère et Tb. de l'adaptation F43	92	33,45
Tb. dissociatif F44	18	6,55
Tb. M. liés aux substances psychoactives F10-F19	16	5,82
Episode dépressif. + Tb dépressif. récurrent F32-F33	12	4,36
Tb. M. lie puerpéralité F53	8	2,91
Tb schizoaffectifs F25	7	2,55
Schizophrénie F20	4	1,45
Autres Tb. Humeur et sans précision. F38-F39	3	1,09
Episode maniaque F30	3	1,09
Retard Mentale F70-79	1	0,36
Tb. délirants persistants F22	1	0,36
Tb. M. sans précision F99	1	0,36
<i>Pathologies associées</i>		
Aucunes	243	88,36
Infection au VIH	15	5,46
Cardiopathies et hypertensions artérielles	9	3,28
Syndromes infectieux bactériens et parasitaires	8	2,90
<i>Conduite tenue immédiatement</i>		
Chimiothérapie avec hospitalisation en psychiatrie	178	64,73
Chimiothérapie avec suivi ambulatoire (à titre externe)	51	18,54
Psychothérapie avec suivi à titre externe	40	14,55
Chimiothérapie avec suivi dans un autre service	6	2,18
<i>Soins sans consentement</i>		
Hospitalisation libre	226	82,18
Hospitalisation sous contrainte	49	17,82

*Tb.= Troubles

M = Mentaux