REPUBLIQUE DU BENIN
******
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
******
UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
******
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
******
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE
******

Année : 2022 **N° 2404**

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES SUR LES TROUBLES NEUROPSYCHIQUES A LA FIN DES ETUDES EN SANTE AU BENIN EN 2021

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN MEDECINE, DIPLÔME D'ETAT

Par

Stéphane Jean-Jacques Noble Modeste Gbètognon DJIGBE

Né le 12 Septembre 1996 à Lagos (Nigéria)

Directeur de thèse

Dr Kodjo Constant ADJIEN

Professeur titulaire de Neurologie

Co-directeur de thèse

Dr Richard HOUEZE

Assistant de Neurologie

Président du Jury

Professeur Dismand Stephan HOUINATO

Membres du Jury

Professeur Kodjo Constant ADJIEN

Professeur Magloire G. GANSOU

Professeur Badirou AGUEMON

Année Académique : 2020-2021

Liste des Enseignants

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur MEHINTO Delphin K.

VICE-DOYENNE U.F.R Médecine : Professeur ZOUMENOU Eugène

VICE-DOYENNE U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé YEMOA Loconon Y. Achille

VICE-DOYEN /ECOLES : Professeur EZIN-HOUNGBE Josiane

Année : 2020-2021 (version décembre 2020)

[2]

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr EZIN-HOUNGBE Josiane.....	Psychiatrie Adulte
2.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan.....	Neurologie
3.	Dr ADJIBABI Wassi.....	ORL-ChirurgieCervicoFaciale
4.	Dr KINDE GAZARD Dorothée Akoko.....	Parasitologie Mycologie
5.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi.....	Chirurgie Viscérale
6.	Dr VIGNIKIN -YEHOUESSI Bernadette	ORL-Chirurgie- Cervico- Faciale
7.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
8.	Dr HOUNNOU-TCHABI Sidonie	Ophtalmologie
9.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
10.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
11.	Dr FIOGBE Michel Armand.....	Chirurgie Pédiatrique
12.	Dr HOUENASSI D. Martin	Cardiologie
13.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
14.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou.....	Médecine Physique – Réadaptation
15.	Dr SOUNOUNOU Ignace.....	Ophtalmologie
16.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
17.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette.....	Ophtalmologie
18.	Dr ZANNOU D. Marcel	Médecine Interne
19.	Dr ZOUMENOU Eugène.....	Anesthésie-Réanimation
20.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
21.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
22.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
23.	Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
24.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
25.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
26.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
27.	Dr FIOSSI-KPADONOU Emilie.....	Pédopsychiatrie
28.	Dr HOUNNOU d'ALMEIDA Marcelline Edith S	Pédiatrie et Génétique Médicale
29.	Dr TONATO-BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
30.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie

Université d'Abomey-Calavi • FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ • LE DOYEN

[3]

31. Dr OGOUYEMI-HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
32. Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
33. Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
34. Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
35. ALAMOU Soulé.....	Ophtalmologie
36. Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique
37. Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
38. Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
39. Dr GANSOU Grégoire Magloire	Psychiatrie
40. Dr GNONLONFOUN Dieudonné	Neurologie
41. Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
42. Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
43. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr GBENOU Antoine Séraphin	Chirurgie Pédiatrique
4. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
5. Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
6. Dr YEKPE AHOUANSOU Patricia Frida.....	Imagerie Médicale
7. Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
8. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
9. Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
10. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
11. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
12. Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
13. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
14. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
15. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie
16. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne

Université d'Abomey-Calavi FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE LE DOYEN

[4]

17. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
18. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
19. Dr GANFON Habib M. Yoel.	Pharmacognosie
20. Dr KEREKOU Célestine Annelie.	Endocrinologie
21. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
22. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr BIO-TCHANE Imrane.....	Chirurgie Maxillo-Faciale
2. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
3. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
4. Dr ALIHONOU Florence	Pédiatrie et Génétique Médicale
5. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê.....	Ophtalmologie
6. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
7. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
8. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
9. Dr DJOSSOU Médéssè David (Demande de mise à disponibilité).....	Odontologie Pédiatrique
10. Dr HODONOU Détondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
11. Dr LAWANI Ismaïla.....	Chirurgie Viscérale
12. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
13. Dr ZOHOUN-GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
14. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
15. Dr ADJADOHOUN Sonia B. M. Gwladys....	Radiologie
16. Dr ADJAGBA D. Philippe M	Cardiologie
17. Dr AMOSSOU L. François.....	Traumatologie-Orthopédie
18. Dr ATTOLOU Sètondji	Chirurgie Générale
19. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
20. Dr BADOU Agnès Sylvie.....	Ethnologie
21. Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
22. Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
23. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
24. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
25. Dr LOKOSSOU M. Symphorose.....	Gynécologie-Obstétrique
26. Dr PADONOU Abiodoun Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
27. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique

Université d'Abomey - Calavi
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
LE DOYEN

[5]

28. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie Pathologique
29. Dr SONOU Djidjoho Joël A.....	Cardiologie
30. Dr TOGNIFODE M. Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
31. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis...	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
32. Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
33. Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
34. Dr ADJOBIMEY Mênonli	Santé au Travail
35. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
36. Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
37. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
38. Dr BOGNON Gilles M.....	Pédiatrie
39. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
40. Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
41. Dr MIKPONHOUE Rose Christelle	Médecine du Travail
42. Dr PADONOU Caroline	Pédiatrie
43. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien K. (Procédure d'appel en cours pour service abandonné).....	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO-AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr HOUNKPONOU Eliane K. Murielle	Cardiologie
4. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
5. Dr SOSSA Jean	Urologie
6. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
7. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
8. Dr LAWSON Roland F (Situation non connue)	Pharmacologie
9. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation
10. Dr HOUESSOU ENIANLOKO Nicole Zinhoué épse TCHIAKPE.....	Pédiatrie
11. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
12. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
13. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition et Diététique
14. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

[6]

15. Dr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
16. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
17. Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie
18. Dr Alexis Do SANTOS ZOUNON	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
19. Dr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
20. Dr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
21. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hématologie Biologie

EMERITES

1- Dr BASSABI Souleymane

2- Dr AHYI Réné A. Galbert

3- Dr PADONOU Nazaire

4- Dr HOUNKPE Célestin

5- Dr Do ANGO-PADONOU Florencia

6- Dr GNINAFON Martin

7- Dr ALIHONOU Eusèbe Magloire

Université d'Abo... LE DOYEN FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

[7]

COLLABORATEURS

A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- Dr LECLERCQ Joëlle.....	Professeur de Pharmacognosie à l'Université Catholique de Louvain (UCL)
2 - Dr CREPPY Edmond.....	Professeur de Toxicologie- Université de Bordeaux 2
3 - Dr ATINDEHOU Eugène.....	Professeur de Chimie Analytique à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
4 - Dr GRISLAIN Luc.....	Professeur de Galénique à l'Université Bordeaux 2
5 - Dr POUPAERT Jacques.....	Professeur de Chimie Pharmaceutique à l'UCL (Belgique)
6 - Dr EVRARD Brigitte.....	Professeur de Galénique à l'Université de Liège
7-Dr ROBERT Jean-Michel	Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie Université de Nantes
8-Dr ZIME DIAWARA H. Hermine	Maître-Assistant en Sciences Pharmaceutiques : Option Pharmacie Galénique.-Burkina Faso
9-Dr OUATTARA Mahama.....	Professeur de Chimie Médicale à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
10-Dr SANGARE Béatrice.....	Professeur de Toxicologie à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

B- COLLABORATEURS NATIONAUX

1- Dr LOKO Frédéric Simplice	Professeur Titulaire de Biochimie à l'Ecole Polytechnique de l'UAC
2–Dr AHISSOU Hyacinthe.....	Professeur Titulaire de Biochimie à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
3–Dr GBENOU Joachim	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
4- Dr OUENDO Marie-Edgard Dona.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie, Nutrition

MBK

[8]

5- Dr KPATCHAVI Adolphe.....	Professeur en Sociologie Anthropologie
6- Dr AGUEH Victoire.....	Professeur Titulaire en Santé Publique (IRSP)
7–Dr JOSSE Roger Gérard	Professeur Titulaire de Chimie Analytique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
8–Dr GBAGUIDI Fernand	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
9–Dr WOTTO Valentin	Professeur Titulaire de Chimie Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
10- Mr ATOHOUN Guy	Professeur Titulaire de Chimie Minérale
11- Dr EZIN Eugène.....	Professeur Titulaire en Informatique à l'Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques de l'UAC
12– Dr OGOUYANDJOU Simplice.....	Maître de Conférences en Mathématiques
13- Dr KPOVIESSI Salomé	Professeur Titulaire en Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
14- Dr DJEGO Gaudens	Professeur Titulaire en Ecologie/Botanique
15- Mr AGBANI Benoît	Maître Assistant de Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
16- Dr MEDEGAN FAGLA Sèdami Romarique.....	Maître-Assistant en Chimie Organique.

C- AUTRES ENSEIGNANTS ASSOCIES

1 - Mr JADIN Olivier	Kinésithérapie
2 - Mr YEHOUESSI Jacques	Soins infirmiers
3 - Mme QUENUM Marie	Soins Infirmiers
4 - Mr AFANUH Matthew.....	Anglais
5- Dr HENADOU Martin	Législation Pharmaceutique
6 - Dr AHLONSOU Prosper	Législation Pharmaceutique
7 - Mr ANANI Yves.....	Techniques de kinésithérapie passive
8 - Mr ASSOGBA Franck.....	Techniques de kinésithérapie active

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

[9]

9 - Mr GNIMASSOU Karol.....	Techniques de kinésithérapie respiratoire
10- Mme DJIVOH Yolande.....	Périnéologie
11- Mr AHO Audrey	Electrothérapie
12 - Dr HOUNGBEDJI Germain	Analyse du mouvement, Biomatériaux et Thérapie Manuelle Orthopédique
13 - Mr SOGBOSSI Emmanuel.....	Anatomie palpatoire
14 - Mme ZOUNON Diane.....	Analyse du mouvement
15 - Mr OLOUKA Jean.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie adulte
16 - Mme BABI Josiane.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie-pédiatrie
17 - Mr ACAKPO Alfred.....	Nutrition
18- Mr KADI Christophe.....	Anglais
20 - Mr DJOSSOU A. K. Alfred.....	Anglais
21 - Mr SOUMANOU Mohamed.....	Technologie alimentaire
22 - Mr ABOU Adam.....	Technologie alimentaire
23 - Mme CAPO-CHICHI Callinice.....	Biologie moléculaire
24 - Mr SANNI Ambaliou.....	Biologie moléculaire
25 - Dr ALASSANI Adébayo.....	Médecine interne/Nutrition
26 - Mr MIKODE Denis.....	Nutrition
27 - Mme LOKOSSOU Céline.....	Nutrition
28 - Mme HOUNGBO Hermance.....	Nutrition
29 - Mr ADOMAHOU David.....	Nutrition
30 -Mme DOSSOU-SINTONDJI Reine.....	Nutrition
31- Dr SOSSA Charles.....	Nutrition
32 - Mr HESSOU Joseph.....	Nutrition
33 - Mme MELOME Marie Constance	Communication

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MBK

[10]

34 - Mme COSSI Reine.....	Méthodologie
35 – Dr MOROU Karim	Nutrition
36– Dr AZANDJEME Colette	Nutrition
39-Mme Napporn Clarisse.....	Psychologie Sociale, (Maître-assistant à la FLASH)
40 - Mr AÏHOU Mamère.....	Finances Publiques
41 -Mr AMOUSSOU YEYE Denis	Psychologie générale, Psychologie du couple
42- Dr BODEA Gilbert	Méthodologie de la recherche, Sociologie de la famille
43 - Mr ZANNOU Jules.....	Droit Administratif et Constitutionnel
44 - Mr KEKE Jean-Claude.....	Economie
45 - Mr AVOCE Viagamou.....	Economie
46- Mr EKPINSE Emile.....	Rédaction administrative
47 - Mme SAGBOHAN Mireille.....	Economie Familiale, Economie Sociale
48- Mr HOUEDJISSIN Benoit.....	Déviance et délinquance juvénile
49 - Mme AKINHOLA Valérie.....	Méthodologie d'intervention, intervention sociale d'aide à la personne
50 - Mme IDOSSOU Valérie.....	Introduction à la politique sociale, politique de protection des personnes âgées, cadre théorique, service social de groupe
51- Mr ADJAÏ Olivier.....	Politique de protection sociale de l'enfant
52 - Mr TONI Mathias.....	Politique de la jeunesse, Politique de protection sociale des personnes handicapées
53- Mr COMAHOUE Franck	Politique de protection sociale de l'enfant, TD devoir médico-social (Méthodologie d'intervention)
54- Mme SESSOU Fidélia	TD Devoir social (Méthodologie d'intervention)
55- Dr de SOUZA Pélagie Léchidia.....	Socio-Anthropologie Générale
56 - Mr SOSSOU Janvier	Technique d'animation
57 - Mr HOUNTONDJI Albert	Droit du travail



[11]

58 - Mr HOUNTONDJI Jules	Service social communautaire
59- Mr ALADATIN Prévert	Droit Pénal Général, Procédure Pénal
60 - Dr IBIKUNLE Charles	Introduction au Droit, Droit civil
61 - Mme TCHIBOZO Pauline	Intervention d'aide à la personne
62- Mr ATODJINOU Candide	Statistique
63- Mr AKOCHAYE Nicolas	Démographie
64 - Dr VISSOH Séraphin.....	Méthodologie de la Recherche
65 – Mr GBEHINTO Bruno	Gestion de projet
66- Mr NANSI Célestin	Sécurité Sociale
67- Mr AGBOGBE Nestor	RBC et Pédiatrie Sociale
68- Mme DARBOUX Marie Antoinette Brigitte.	Littérature Anglaise et Américaine



25/02/21



Professeur Delphin K. MEHINTO

Dédicace

« Louez Dieu tous les peuples, chantez sa grande gloire […] chantez le Seigneur par des hymnes car il a fait des merveilles. Chantez le Seigneur terre entière, Alléluia ! Alléluia ! »

Amen…

A Dieu le père, le tout Puissant

Créateur du Ciel et de la Terre, Dieu d'Abraham, d'Isaac et de Jacob, je Te rends grâce cher Père pour Tes bienfaits dans ma vie. Oh ! Mon seigneur, Tu m'as fait trébucher pour me permettre de mieux apprécier ta grandeur. Me voici désormais au commencement d'une carrière médicale que je place dès à présent sous Ta Divine Protection. Toi qui fais toute chose belle en son temps ; que ton nom soit loué ! Seigneur, je te confie ma carrière ; guide mes pas et conduis-moi toujours sur le chemin de la droiture et de l'intégrité. Amen !!

A mon adorable mère, Damienne A. DJIGBE née KOUMADO

Il n'y a pas d'amour plus vrai et désintéressé que celui d'une mère. Chère mère, aucun titre ne pourrait décrire ta place dans mon cœur et aucune couronne ne pourrait remplacer tous les sacrifices que tu as fait pour nous tes enfants. Tu as guidé mes pas et tu m'as couvert de tendresse, d'amour et d'affection ; tes prières et tes bénédictions m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études. En ce jour mémorable, pour moi ainsi que pour toi, reçois ce travail en signe de ma vive reconnaissance et de ma profonde estime. Les mots me manquent pour t'exprimer ma profonde gratitude. Puisse le Tout Puissant te couvrir de toutes sortes de bénédictions et te permettre de jouir de nous dans tes vieux jours.

A mon père bien aimé, M. Florent DJIGBE

Tu as su m'inculquer le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie. Tes conseils ont toujours guidé mes pas vers la réussite. Ta patience sans fin, ta compréhension et ton encouragement sont pour moi le soutien indispensable que tu as toujours su m'apporter. Je te dédie

ce travail en témoignage de mon amour et de ma considération infinie pour toi. Tu es un père toujours présent pour ses enfants. Merci pour ta présence et tes sacrifices. Que Dieu le Tout Puissant te préserve, t'accorde santé, bonheur, quiétude de l'esprit et te protège de tout mal.

A mes feux, grande sœur KOUGBLENOU Ahouefa Valérie ; et cousin Gérard ADOUNSIBA (In memorium)

Le destin ne nous a pas laissés le temps de jouir ensemble de la fin de ce périple, mais vous demeurez dans mon cœur. Puisse Dieu vous accorder sa clémence et sa miséricorde et vous accueillir dans sa Sainte demeure**.**

Remerciements

A notre Maître et Directeur de thèse, Le Professeur ADJIEN Kodjo Constant

Cher maître, nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger cette thèse. Vous nous avez toujours réservé le meilleur accueil, malgré vos obligations professionnelles. Vos encouragements inlassables et votre amabilité méritent toute notre admiration. Recevez cher professeur et maître, mes hommages respectueux.

A notre Co-Directeur de thèse, Le Maître-Assistant Dr HOUEZE Richard

Malgré les nombreuses difficultés rencontrées vous nous avez aidé à faire ce travail. Travailler à vos côtés a été une expérience très enrichissante. Votre simplicité et votre altruisme m'ont particulièrement touché. Puisse l'Eternel vous fortifier et vous rendre au centuple vos bienfaits.

A mes frères et sœurs,

Affectueusement, merci pour votre soutien.

A mes compagnons de travail (Les immortels), des amis devenus frères

Part-Dieu SEMASSA, Franel KPEDOTOSSI, Ophé-Luc QUENUM, Freeman de-SOUZA

Nous venons de très loin. Le chemin était parsemé de nombreuses embûches. Malgré nos péripéties et nos incompréhensions, nous avons toujours été ensemble,

dans les bons comme les mauvais moments. Votre présence dans ma vie est une bénédiction. En témoignage de l'amitié qui nous unit et des souvenirs de tous les moments que nous avons passés ensemble, je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé, de bonheur et de réussite, autant dans votre vie professionnelle que sociale. Puisse le Seigneur continuer à semer cet amour que nous partageons. Amen !

A mes amis Florent, Léris-Audrey, Abdel-Fadel, Jéronine, Jéchonias, Headson, Nasser, Rachelle, Lauris

Vous m'avez accompagné et encouragé tout au long de ce parcours. Merci à vous de faire partie de ma vie.

A la 43è promotion ; en particulier les membres de mon groupe de stage interné Géovania DAMASSOH, Franel KPEDOTOSSI, François AKOTEGNON, Part-Dieu SEMASSA, Maxime DOSSOU, Chrispeace BOKO, Ophé-Luc QUENUM, Pascaline FASSINOU, Adrielle ATONDE, Yessirath BOUSSARI, Lysias AZONHAI, Robert HOUNGNANDAN, Widade OKIKIOLA, Auréa HOUNGUIA, Mystère DJENONTIN, Alégria VIEGBE, Folakê ADEGBIDI, Emile HOUNKONNOU, Fleury AYI

Ce fut une belle expérience d'avoir passé ma sixième année de médecine avec vous. Que le Seigneur nous garde et bénisse nos carrières respectives ! Brillante carrière !

Aux DES de neurologie ; en particulier à Dr Salim DJAOUGA

Les mots me manquent pour vous témoigner ma profonde reconnaissance. Votre assistance m'a permis de venir à bout des difficultés rencontrées durant ce travail. Que le Seigneur vous bénisse.

A la directrice de l'INMeS

Merci de m'avoir permis de mener cette étude dans vos services.

Sincères remerciements à tous les étudiants volontaires qui ont participé à cette étude.

A toute l'équipe du LEMACEN en particulier Dr Hélène, Térence, Fidèle, Fabrice, Barnabé et Jeannette

Pour votre soutien logistique et moral ainsi que pour la très bonne ambiance que j'ai toujours trouvée au laboratoire. Merci !

A l'équipe de vaccination anti-covid19, en particulier celle du Palais des congrès,

Un Merci n'aurait suffi pour exprimer toute ma reconnaissance envers vous pour tout le soutien et l'accompagnement durant tout ce processus. Recevez ce travail comme vôtre en guise de ma profonde gratitude.

A tous ceux qui ont participé de loin ou de près à la réalisation de cette thèse,

Sincères remerciements.

A ceux dont l'oubli du nom n'est pas celui du cœur qui m'ont soutenu d'une façon ou d'une autre, Profonde gratitude.

Hommages

A tous mes maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou,

Chers Maîtres, par votre rigueur scientifique et votre disponibilité, vous avez fait de cette faculté une référence dans la sous-région. Tout au long de mon parcours, vous nous avez appris le sens du devoir et de l'abnégation. Nous veillerons, partout où nous servirons, à vous faire honneur en appliquant vos précieux enseignements. Veuillez accepter mes remerciements les plus sincères.

A son excellence Monsieur le Président du Jury

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos lourdes responsabilités. Vos critiques et observations contribueront sans aucun doute à l'améliorer. Permettez-nous de vous exprimer ici, Monsieur le président, le témoignage de notre profond respect.

A nos maîtres, les honorables membres du Jury

Nous vous remercions vivement pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre thèse. Vos précieuses recommandations seront prises en compte pour améliorer la qualité de celui-ci. Veuillez recevoir l'expression de notre profond respect. Hommages respectueux.

Liste des sigles et abreviations

Liste des sigles et abréviations

CAP	Connaissances Attitudes et Pratiques
CNHU-HKM	Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA
DN	Douleurs Neuropathiques
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual Disorders – 4th edition
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual Disorders – 5th edition
EDS	Enquête Démographie et Santé
EDSS	Ecole Doctorale des Sciences de la Santé
ESAS	Ecole Supérieure des Assistants Sociaux
ESIIE	Ecole Supérieure des Infirmiers et Infirmières d'État
ESK	Ecole Supérieure de Kinésithérapie
ESSFE	Ecole Supérieure des Sage-Femmes d'Etat
FSS	Faculté des Sciences de la Santé
INMeS	Institut National Médico-Sanitaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PED	Pays En Développement
SIO	Soins Infirmiers et Obstétriques
TNC	Troubles neurocognitifs
TNP	Troubles neuropsychiques
TOC	Troubles Obsessionnels et Compulsifs
UAC	Université d'Abomey-Calavi
UFR	Unité de Formation et de Recherche
WHO	World Health Organization

Liste des tableaux

Liste des tableaux

Tableau I: Facteurs prédictifs de l'évolution des troubles neuropsychiques.....36

Tableau II: Caractéristiques sociodémographiques des étudiants, Étude CAPSES, Cotonou 2021 52

Tableau III: Répartition des sujets enquêtés selon les caractéristiques générales sur les troubles psychiques, Étude CAPSES, Cotonou 2021.....53

Tableau IV: Répartition des étudiants en fonction de leurs sources d'information, Étude CAPSES, Cotonou 2021 55

Tableau V: Répartition des étudiants en fonction de leur connaissance sur le plan clinique, Etude CAPSES, Cotonou 2021 56

Tableau VI: Répartition des étudiants en fonction de leur connaissance sur le plan clinique, Etude CAPSES, Cotonou 2021 (suite).....57

Tableau VII: Perception des troubles psychiques, Étude CAPSES, Cotonou 2021 58

Tableau VIII: Perception des troubles psychiques, Étude CAPSES, Cotonou 2021 (suite).....59

Tableau IX: Répartition des étudiants enquêtés selon la connaissance sur le plan sociale, Étude CAPSES, Cotonou 2021.....60

Tableau X: Score de connaissance chez les étudiants enquêtés, Étude CAPSES, Cotonou 2021 61

Tableau XI: Répartition des sujets enquêtés selon les attitudes, Étude CAPSES, Cotonou 2021 62

Tableau XII: Répartition des sujets enquêtés selon les attitudes, Étude CAPSES, Cotonou 2021 (suite).....63

Tableau XIII: Répartition des sujets enquêtés selon les attitudes, Étude CAPSES, Cotonou 2021 (suite).....64

Tableau XIV: Score d'attitudes chez les étudiants enquêtés, Étude CAPSES, Cotonou 2021 65
Tableau XV: Répartition des sujets enquêtés selon la pratique, Étude CAPSES, Cotonou 2021 66
Tableau XVI: Score de pratique chez les étudiants enquêtés, Étude CAPSES, Cotonou 2021 68
Tableau XVII: Répartition des sujets enquêtés en médecine, Étude CAPSES, Cotonou 2021 69
Tableau XVIII: Répartition des sujets enquêtés en pharmacie, Étude CAPSES, Cotonou 2021 71
Tableau XIX: Répartition des sujets enquêtés en infirmerie, Étude CAPSES, Cotonou 2021 73
Tableau XX: Comparaison du niveau moyen des scores de connaissance, attitude et pratique selon chaque spécialité, Étude CAPSES, Cotonou 2021**.**.....75
Tableau XXI: Répartition du niveau global de CAP en fonction des caractéristiques démographiques.....76
Tableau XXII: Répartition du niveau global de CAP en fonction du niveau d'information et du contact avec les personnes présentant un trouble psychique ...77

Liste des figures

Liste des figures

Figure 1: Taux de troubles psychiques dans les sociétés égalitaires.....16

Figure 2 : Diagramme de flux de l'échantillonnage, Etude CAPSES, Cotonou 2021 50

Figure 3: Répartition des sujets selon leur niveau d'information sur les troubles psychiques, Étude CAPSES, Cotonou 2021 54

Figure 4: Répartition des sujets enquêtés selon le score global de l'étude CAP, Etude CAPSES, Cotonou 2021 74

Par délibération, la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou a arrêté que les opinions émises dans cette thèse n'engagent que leur auteur.

Sommaire

SOMMAIRE

Introduction 1

1. Généralites 5

2. Cadre et méthodes de l'étude 40

3. Résultats 49

4. Discussion 78

Conclusion et suggestions 86

Références 90

Annexes ..... a

Table des matières ..... r

Introduction

Dans le monde, plusieurs millions de personnes sont touchées par des troubles neurologiques ou des problèmes de santé mentale. Les données épidémiologiques sur ces maladies mettent en évidence des pathologies ubiquitaires, présentes sous toutes cultures et latitudes, avec des prévalences élevées, notamment dans les Pays en Développement (PED).

Les troubles mentaux sont des maladies en pleine croissance et sont peu connus sous nos cieux. Les étudiants en fin de formation en sciences de la santé étant en première ligne dans la gestion des pathologies (diagnostic, initiation d'un traitement et référence au spécialiste), il a été jugé primordial que nous évaluons leurs Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) en matière de santé mentale.

Selon la vision de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les troubles mentaux ou psychosociaux seraient les causes les plus importantes d'invalidité de par le monde. Cette invalidité serait responsable de plus du tiers des pertes d'années de vie active [1]. L'OMS estime en effet que 450 millions de personnes souffrent aujourd'hui d'un désordre mental, de l'addiction à des substances toxiques [2].

D'après l'Organisation des Nations Unies (ONU), « la dépression se classe au troisième rang des maladies mondiales et devrait occuper la première place d'ici 2030 [3]. Bien que les statistiques des troubles psychosociaux soient les mêmes chez les hommes et les femmes, les femmes sont deux fois plus exposées à la dépression que les hommes [4]. Chaque année, 73 millions de femmes sont atteintes de dépression clinique majeure et le suicide est classé au 7^{e} rang des causes de mortalité chez les femmes âgées entre 20 et 59 ans [4]. Les troubles dépressifs comptent pour près de 41,9 % des troubles neuropsychiatriques chez les femmes contre 29,3 % chez les hommes [5].

Une étude européenne rapporte qu'approximativement un individu sur quatre rencontre un critère de trouble mental à un moment de sa vie sur au moins un des troubles assignés dans le *DSM-IV*, incluant les troubles de l'humeur (13,9 %), troubles anxieux (13,6 %) ou les troubles liés à l'alcool (5,2 %). Approximativement, un individu sur dix rencontre un critère durant une période de 12 mois ; les femmes et les jeunes individus sont majoritairement liés aux troubles mentaux [6]. Un article de 2005 sur 16 pays européens rapporte que 27 % des adultes en Europe sont affectés par au moins un trouble mental durant une période de 12 mois [7]. La mortalité par suicide atteindrait annuellement près de 60 000 individus en Europe, soit plus que la mortalité par accident de la route [8].

En France, 3 % des décès font suite aux maladies mentales et 15 % de la population souffre de troubles mentaux. Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les adolescents et la première chez les individus âgés entre 25 et 35 ans [8].

Les programmes d'étude en médecine, en pharmacie et en sciences infirmières jouent un rôle crucial dans la formation du personnel de santé sur les troubles psychiques. Le manque de connaissances et d'attitudes sur les troubles psychiques peut entraîner un retard dans le diagnostic et la prise en charge et ainsi avoir un impact sur la progression de la maladie.

Actuellement, aucune étude au Bénin n'a évalué les connaissances et l'attitude des étudiants en santé vis-à-vis des troubles psychiques.

Cette étude vise donc les objectifs suivants :

OBJECTIFS

➢ OBJECTIF GENERAL

Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques sur les troubles neuropsychiques à la fin des études en santé au Bénin en 2021.

➢ OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Déterminer le niveau de connaissance des étudiants en santé en fin de formation sur le diagnostic et le traitement des troubles neuropsychiques ;
- Déterminer les attitudes des étudiants en santé en fin de formation face aux troubles neuropsychiques ;
- Décrire les pratiques des étudiants en santé en fin de formation face aux troubles neuropsychiques.

1. Généralités

1.1. Rappels

1.1.1. Définitions de quelques concepts

- **Connaissances**

Les connaissances sont définies comme un ensemble d'informations acquises par des personnes sur une question donnée. Elles permettent à chaque personne de cerner son niveau de vulnérabilité face à cette question. Elles portent tant sur la capacité pour une personne à définir le concept étudié, mais aussi à énoncer les différents éléments qui le constituent tels la prévention, la transmission, le traitement. Les connaissances sont toujours mesurées avec précision, de manière à pouvoir comparer les données (avant/après, expert/profane, ici/ailleurs). L'enquête CAP évalue la connaissance complète, ainsi que les sources de cette connaissance. La connaissance complète est définie comme la possession à la fois, des informations exactes sur les moyens de prévenir les risques et des principales idées fausses concernant ces risques. La juste évaluation de la connaissance complète permet d'identifier le besoin éducationnel exact, tandis que celle des sources d'informations permet d'identifier les canaux de communication [9].

Ici, il s'agit des informations médicales que les étudiants en fin de cursus possèdent sur les troubles neuropsychiques.

- **Attitudes**

Déterminer les attitudes d'une cible, c'est mettre en œuvre un dispositif d'observation anthropologique des perceptions, des croyances, des représentations face à un phénomène : épidémie, service de santé, prestataire. Ceci permet de prendre en compte les spécificités socioculturelles qui influencent l'adoption des bonnes pratiques. L'identification des attitudes permet de contextualiser les actions de prévention et de spécifier les activités. Ce qu'une personne perçoit d'un risque est

souvent diffus. C'est donc à travers un discours orienté que l'enquête CAP l'amène à verbaliser ses intentions, ses difficultés, à appréhender le phénomène, ses obstacles et à modifier les pratiques. Les attitudes sont l'écart entre les connaissances et les pratiques, et résultent des contraintes diverses pesant sur la personne [9].

Il s'agira ici, d'analyser les attitudes des étudiants en fin de cursus face à un patient atteint de trouble neuropsychique, nouvellement diagnostiqué ou suivi depuis longtemps.

- **Pratiques**

Les pratiques sont des actes réels accomplis par la personne en situation, dans son contexte. Ce sont elles qui exposent ou préservent face au problème de santé étudié. Ils sont objectifs ou subjectifs, mais constituent le principal indicateur de promotion de la santé. Dans ce processus d'autonomisation des populations, la compétence de santé est donc du domaine de l'observation directe des faits. Cette démarche est plus souvent employée en anthropologie qu'en épidémiologie. Les indicateurs mesurables de résultats, en sont un reflet [9].

La pratique est l'ensemble des actes et des actions médicaux faits par un étudiant en fin de cursus devant un cas de trouble neuropsychique.

- **La neuropsychologie**

La neuropsychologie est l'étude de la relation entre les diverses structures du cerveau et le comportement. Le comportement est compris aussi bien au sens large qu'il englobe des manifestations aussi différentes que le langage, la perception, la mémoire, l'attention, la dextérité manuelle, etc., qu'au sens propre, c'est-à-dire dans le sens populaire du terme : l'agressivité, l'impulsivité, l'inhibition [10].

- **Troubles neuropsychiques**

Un trouble neuropsychique est un déficit d'une ou de plusieurs fonctions mentales supérieures dans le cerveau comme l'attention, la mémoire, la concentration, l'orientation spatiale et temporelle, la motricité, le langage, le raisonnement, l'organisation de la pensée ou les perceptions (p.ex. visuelles, auditives). Ce déficit entraine des problèmes dans le fonctionnement de l'enfant ou de l'adulte qui en souffre (difficultés d'apprentissage, difficultés de comportement, échecs scolaires ou professionnels, difficultés relationnelles, sociales, émotives, etc.) [10].

1.1.2. Classification

Pour classer les troubles psychiatriques, on se réfère à la classification de l'Association psychiatrique américaine, publiée sous le nom : DSM. C'est actuellement la 5ème version du Diagnostic and Statistical Manuel of mental disorders, désigné par DSM-V. On distingue ainsi :

- **La schizophrénie**

Le terme schizophrénie vient du grec « schizein » qui signifie « coupé » et de « phren » qui signifie « esprit, cerveau ». Le terme désigne donc un fractionnement ou une coupure de l'esprit, une rupture de la cohésion mentale.

La schizophrénie désigne un ensemble de troubles psychotiques chroniques caractérisé par un trépied diagnostic : syndrome dissociatif (désorganisation psychique) ; syndrome délirant (paranoïde+++) et syndrome autistique (repli autistique).

- **La dépression**

La dépression est une maladie qui se caractérise notamment par une grande tristesse, un sentiment de désespoir (humeur dépressive), une perte de motivation et de facultés de décision, une diminution du sentiment de plaisir, des troubles alimentaires et du sommeil, des pensées morbides et l'impression de ne pas avoir de valeur en tant qu'individu [11-13].

Dans le milieu médical, le terme dépression majeure est souvent employé pour désigner cette maladie. La dépression survient généralement sous forme de périodes dépressives qui peuvent durer des semaines, des mois voire des années. Selon l'intensité des symptômes, la dépression sera qualifiée de légère, modérée ou majeur (grave). Dans les cas les plus graves, la dépression peut conduire au suicide [12,13].

La dépression affecte l'humeur, les pensées et le comportement, mais aussi le corps. La dépression peut s'exprimer dans le corps par un mal de dos, des maux de ventre, de tête ; Cela explique aussi qu'une personne qui souffre de dépression puisse se révéler plus vulnérable aux rhumes et aux autres infections, son système immunitaire étant affaibli [12,13].

Le terme « dépression », encore tabou il n'y a pas si longtemps, est souvent employé à tort dans le langage courant pour décrire les inévitables périodes de tristesse, d'ennui et de mélancolie que tous sommes appelés à vivre à un moment ou à un autre sans qu'il s'agisse pour autant d'une maladie.

Par exemple, être triste après la perte d'un proche ou avoir un sentiment d'échec en cas de problèmes au travail est normal. Mais lorsque ces états d'âme reviennent chaque jour sans raison particulière ou persistent longtemps même avec une cause identifiable, il peut s'agir d'une dépression. La dépression est en fait une maladie chronique, répondant à des critères diagnostiques bien précis.

Outre la tristesse, la personne dépressive entretient des pensées négatives et dévalorisantes : « je suis vraiment nul », « je n'y arriverai jamais », « je déteste ce que je suis ». Elle se sent sans valeur et a du mal à se projeter dans l'avenir. Elle n'a plus d'intérêt pour des activités autrefois appréciées.

- **Troubles bipolaires** [12-13]

Le trouble bipolaire est une pathologie chronique débutant chez l'adulte jeune et dont le handicap est très important. Il s'agit d'un trouble récurrent de l'humeur alternant des phases d'expansion de l'humeur avec une augmentation de l'énergie et des activités (manie ou hypomanie), et des baisses de l'humeur (dépression), avec des intervalles libres plus ou moins longs.

Le trouble bipolaire est l'une des pathologies psychiatriques les plus sévères, qui conduit le plus fréquemment aux tentatives de suicide.

Les troubles bipolaires peuvent être accompagnés ou non par des symptômes psychotiques.

- **Troubles anxieux** [14]

L'anxiété est définie en psychologie comme « une peur sans objet ». Il s'agit d'un « état émotionnel de tension nerveuse ». Elle est caractérisée par un sentiment d'insécurité, d'appréhension, de tension, de malaise, de terreur face à un péril de nature indéterminée. Elle est souvent exprimée par le patient sous les termes de nervosité ou de soucis. L'anxiété doit être distinguée de la peur qui répond à une situation menaçante réelle.

L'anxiété est une émotion courante qui peut être vécue par tous dans certains contextes qui suscitent du stress. Il est normal de ressentir de l'anxiété à un moment ou à un autre ; en général, ce sentiment se dissipe assez rapidement. L'anxiété est

normale lorsqu'elle est bien tolérée par le sujet, qu'il peut la contrôler, qu'il ne la perçoit pas comme une souffrance excessive, qu'elle n'a pas de retentissement sur sa vie quotidienne et qu'elle est peu somatisée. L'anxiété normale est l'expérience que chacun de nous a vécue : peur avant un examen, inquiétude pour la santé d'un parent, réactions anxieuses lors d'accidents, de catastrophes.... Elle est ainsi une émotion utile. C'est une réaction psychologique au stress. C'est un état qui fait partie de nos réactions d'adaptation aux stimulations extérieures en nous permettant de mobiliser notre attention, d'élever notre vigilance dans des situations de nouveauté, de choix, de crise ou de conflit.

Les troubles anxieux constituent un ensemble de troubles psychologiques dont les symptômes sont une anxiété excessive, un sentiment de peur, des inquiétudes et des comportements d'évitement. Les principaux troubles anxieux sont :

- l'anxiété de séparation ;
- le mutisme sélectif
- la phobie spécifique;
- le trouble panique avec ou sans agoraphobie;
- le trouble d'anxiété sociale (phobie sociale)

Les personnes ayant un trouble anxieux manifestent des symptômes cognitifs, physiques et comportementaux d'angoisse qui sont intenses, fréquents, persistants et graves, et pour qui l'angoisse provoque une détresse qui nuit à leurs capacités sur différents plans (vie sociale, affective).

1.1.3. Historique

En France, 6 % de la population est touchée par des troubles psychiques ; 27 % de la population sera concernée un jour par un problème de santé mentale ; 100 % aspire à trouver son équilibre [11].

La stigmatisation sociale associée aux troubles psychiatriques est un problème grandement répandu et une source de souffrance pour de nombreux malades mentaux. Le malade se sent inférieur et diminue son estime de soi voire instaure une haine de soi qui aggrave les troubles de l'identité [14-17]. Certains individus ou sociétés croient que d'autres, atteints d'un trouble psychiatrique plus ou moins sévère, ne peuvent guérir ou sont considérés comme un problème [18]. La discrimination à l'embauche joue un rôle significatif dans les statistiques du chômage parmi les individus atteints de troubles psychiques ou mentaux. Ces attitudes ont dans certaines cultures ou civilisation conduit à enfermer les malades mentaux, ajoutant encore à la détresse de certains d'entre eux, en étant parfois source de secrets de familles perturbants pour les générations suivantes [19-23]. Cette stigmatisation se manifeste en Afrique de l'Ouest par diverses formes d'abus : enchaînements, tortures, jeûnes forcés et autres formes de violences. Le malade est considéré comme un possédé et potentiellement dangereux et contagieux. Une situation que l'Association Saint Camille de Lellis essaie de renverser par la sensibilisation appuyée par des témoignages des personnes qu'elle a réhabilitées grâce à la psychiatrie moderne [23].

Les efforts pour éliminer la stigmatisation envers les troubles psychiatriques étaient minces jusqu'à ces dernières années, bien que ces méthodes aient été hautement critiquées [24,25]. L'Association canadienne pour la santé mentale estime que près de la moitié des individus atteints d'un trouble psychique ne cherchent pas l'aide dont ils ont besoin. La stigmatisation est si oppressante que certains ne trouvent pas le courage de divulguer leur état psychologique à leur entourage. Les jeunes

individus, âgés d'une vingtaine d'années, seraient apparemment les plus touchés concernant les troubles mentaux et le stress psychologique durant le travail [26].

De nombreuses études ont été menées en population générale mais peu d'études concernaient les connaissances des professionnels de santé sur les troubles psychiques.

Des études portant sur les connaissances, attitudes et pratiques des pathologies de Santé Mentale (anxiété, dépression, schizophrénie) ont été retrouvées dans la littérature. La proportion de la population mondiale ayant une dépression en 2015 était estimée à 4,4% *(WHO, 2015)*. Elle varie d'une région à l'autre, allant de 2,6 % chez les hommes dans le Pacifique occidental à 5,9 % chez les femmes en Afrique. Cette maladie est classée par l'OMS comme principal contributeur des incapacités (7,5 % des années vécues avec une incapacité en 2015) ; les troubles anxieux se classant au 6e rang (3,4%).

Une étude a évalué l'impact de la stigmatisation et de la discrimination chez les personnes souffrant de dépression majeure au Nigéria à l'aide de plusieurs outils tels que la «Boston University Self Empowerment Scale» et la «Discrimination and Stigma Scale». Les items qui revenaient le plus souvent étaient le sentiment d'injustice, notamment dans les relations intimes (13,6%) et la discrimination qui amenait les patients à cacher leur maladie (51,5%) [27].

La prévalence de la schizophrénie est proche de 1% dans le monde, avec une incidence de 1,5 pour 10 000 personnes [28]. Cette maladie se manifeste cliniquement par des épisodes aigus associant délire, hallucinations, troubles du comportement et symptômes chroniques pouvant constituer un handicap [28,29]. La plupart des études évaluant les CAP sur la schizophrénie interrogeaient les professionnels de santé déjà en exercice ; une seule étude concernait les étudiants en médecine dans un PED. Il s'agissait d'une étude transversale menée au Nigéria

expliquant que les attitudes stigmatisantes diminuaient avec l'expérience clinique (formations, stages en psychiatrie) [27].

Un programme de recherche à plus grande échelle est actuellement en cours au Myanmar, en Arménie et à Madagascar et a pour objectif de collecter des informations sur les systèmes de Santé Mentale, dans le but d'améliorer ces systèmes en mettant en place des services pour les utilisateurs, les familles et tous les acteurs de soins. Au Myanmar, respectivement 1 et 3% des médecins généralistes et infirmiers ont eu au minimum 2 jours de formation sur les pathologies de Santé Mentale. Les infirmiers sont autorisés à renouveler les prescriptions et les médecins généralistes prescrivent des psychotropes sans restriction. Seulement 30% de la population a accès aux médicaments psychotropes essentiels et 0,3% des dépenses de santé sont alloués au département de Santé Mentale. Toutes les structures ambulatoires assurent un suivi des patients dans la communauté mais il n'y a pas d'interventions psychosociales ni d'équipes mobiles de santé mentale. La moitié des patients est soignée dans ces cabinets médicaux et dans les 2 hôpitaux spécialisés de santé mentale du pays, au sein desquels la schizophrénie (28%) et les troubles de l'humeur (27%) sont les pathologies les plus diagnostiquées [30].

1.2. Etiologies des troubles neuropsychiques

Elles sont multifactorielles et peuvent concerner tout individu de sexe et d'âge [31-36] :

- **Facteurs génétiques** : Probables dans certaines familles. On estime que les facteurs génétiques interviennent pour 80 à 85% dans l'étiologie de la schizophrénie.
- **Facteurs psychologiques** : Des difficultés relationnelles majeures existent parfois au sein des familles et elles jouent vraisemblablement un rôle.

- **Facteurs biologiques** : Plusieurs hypothèses sont émises :
  - Un hyperfonctionnement dopaminergique a été formulé : la symptomatologie schizophrénique serait liée à un excès de dopamine, à une stimulation excessive des récepteurs ou un fonctionnement excessif de certaines voies dopaminergiques dans le cerveau ;
  - De nombreux autres systèmes de neurotransmission ont été aussi évoqués : système glutamatergique, système GABAergique, système sérotoninergique. Ces différents systèmes de neurotransmission interagissent entre eux et c'est une perturbation de l'équilibre de leur fonctionnement qui pourrait être responsable des troubles observés
- **Facteurs environnementaux :** Ils tiennent une place importante dans l'étiologie des troubles neuropsychiques. Il s'agit d'événements extérieurs, non liés au génome de l'individu, ayant lieu lors de la période pré ou périnatale ou plus tard dans l'évolution.

Lors de la période pré ou périnatale nous avons comme facteurs la rupture prématurée des membranes, un âge gestationnel inférieur à 37 semaines, la nécessité d'une réanimation ou le passage obligé en couveuse, la prééclampsie, les infections virales (grippe, rubéole) ; la toxicomanie et le diabète chez la femme enceinte.

Mais ces facteurs environnementaux peuvent avoir lieu plus tard dans l'évolution, comme un dysfonctionnement précoce dans l'environnement familial, la toxicomanie, les événements stressants au cours de la vie, la naissance ou la résidence dans le milieu urbain. Les personnes vivant dans un milieu ayant beaucoup de règles, n'arrivent pas toujours à s'y conformer et y échappent en devenant schizophréniques.

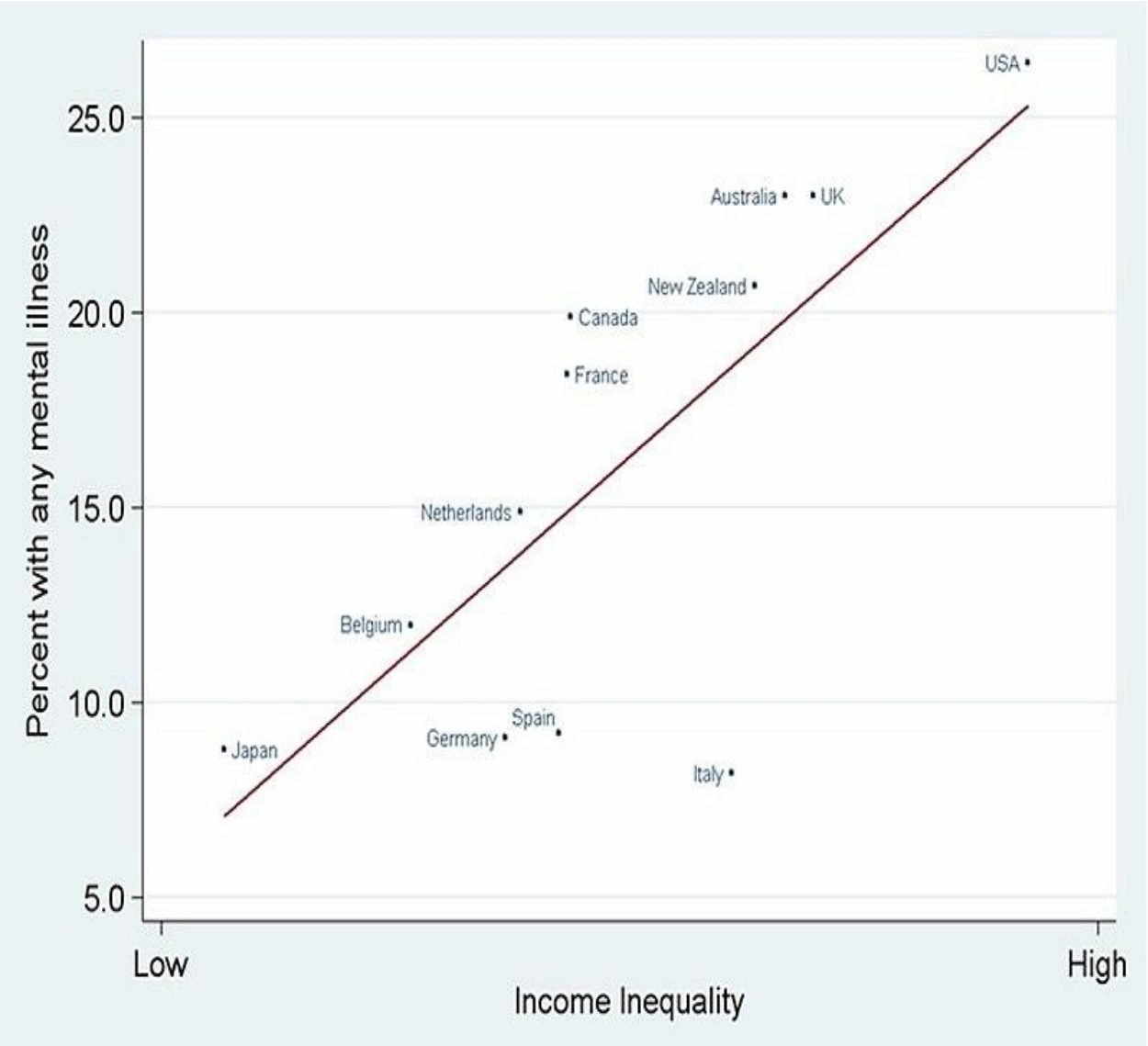


Figure 1: Taux de troubles psychiques dans les sociétés égalitaires [35]

L'abus de substances, cannabis surtout, double à peu près le risque de schizophrénie. Ce risque est probablement dose-dépendant, c'est-à-dire fonction à la fois de la dose totale, de la durée de consommation et du terrain [36].

1.3. Diagnostic des troubles neuropsychiques

1.3.1. Diagnostic positif [36]

1.3.1.1. Troubles du spectre de la schizophrénie

Le diagnostic de schizophrénie repose classiquement sur une association de symptômes sur un mode chronique.

- **Période de début**
  - **Formes à début brutal**

Les schizophrénies à début brutal peuvent se présenter sous la forme :

- ✓ Bouffée délirante aigüe
- ✓ Etat dépressif atypique
- ✓ Etat maniaque atypique
- ✓ Réalisation d'un acte médico-légal (fugue ; voyage pathologique…)

- **Forme à début progressif**

Ces formes sont marquées par l'installation insidieuse et progressive d'un ou plusieurs des syndromes dont les signes vont en s'aggravant si on les néglige. On peut avoir :

- ✓ Une schizoïdie évolutive qui est une accentuation du caractère schizoïde du sujet avec :
  - un fléchissement des activités qui se traduit par une sensation de fatigue, d'étrangeté, d'indifférence, de perplexité…etc. ;
  - un désintérêt affectif ;
  - une hostilité envers la famille ;
  - une tendance exagérée à la rêverie.
- ✓ Des phobies particulières : Ce sont des dysmorphophobies portant sur tout le corps propre du patient (implantation des cheveux, forme du nez, des dents, du menton, du profil) s'accompagnant de stations devant le

miroir (« signe du miroir »). Ces troubles peuvent motiver une demande d'intervention chirurgicale.

- ✓ Des troubles du comportement

Ces troubles consistent en :

- un intérêt soudain pour l'astrologie, le mysticisme, l'ésotérisme, l'occultisme, la magie, les sectes religieuses ;
- des échecs scolaires ou professionnels inattendus ;
- un renoncement à des activités très investies (sport, musique, sorties) ;
- une tendance à l'isolement, à l'apragmatisme et à la clinophilie avec hostilité colères inhabituelles ;
- une incurie, une négligence corporelle, vestimentaire.

- ✓ La toxicomanie existe sous deux aspects comme mode d'entrée dans la schizophrénie. L'usage de psychodysleptique majeurs (psilocybine, LSD 25, amphétamine), de cannabis, conduit à une bouffée délirante (pharmacopsychose) qui peut elle-même évoluer vers une schizophrénie. De plus en plus souvent, les schizophrènes recourent à l'alcool.
- ✓ Des idées délirantes et hallucinations : Ce sont par ordre de fréquence décroissante :
  - Des thèmes hypochondriaques et d'influence : on observe une installation progressive ou rapide de troubles cénesthésiques, des modifications corporelles, un sentiment d'emprise, d'étrangeté corporelle, des illusions de possession zoopathique ou démoniaque, des impressions de grossesse, de cohabitation érotique.
  - Des idées mystiques, métaphysiques, scientifiques, exprimées habituellement de manière très abstraite ;
  - Des idées de persécution, d'empoisonnement ;

- Un syndrome d'automatisme mental fait d'hallucinations psychosensorielles, psychomotrices, psychiques (transmission, répétition, vol et soustraction de la pensée) accompagnées d'idées délirantes d'influence.

Les malades vivent souvent l'expérience délirante et hallucinatoire comme l'introduction en eux-mêmes d'une force étrangère. L'angoisse est intense dans les premiers temps de cette expérience de dépersonnalisation. L'attitude des malades est secrète et méfiante.

- **Période d'état**
  - **Syndrome dissociatif**

Il comprend :

- ✓ L'ambivalence qui est la ‘‘tendance de l'esprit schizophrénique à considérer dans le même temps sous leurs deux aspects négatif et positif, les divers actes psychologiques’’ selon Bleuler ;
- ✓ La bizarrerie : c'est le caractère insolite, fantasque, étrange, déconcertant, paradoxal, illogique des productions de la pensée schizophrénique, des comportements de ces malades ;
- ✓ L'impénétrabilité ou l'hermétisme : entre le schizophrène et autrui, il y a toujours une épaisseur indéchiffrable, une opacité des relations de compréhension ;
- ✓ Le détachement ou évocation du retrait du patient vers l'intérieur de lui-même. Le schizophrène est ainsi incapable d'investir sa libido dans d'autres objets d'amour que lui-même.
- ✓ La dissociation est susceptible d'affecter tous les secteurs (intellectuel, affectif, comportemental) de la vie psychique du sujet.

- ✓ Dissociation intellectuelle : Elle est une altération de la sphère intellectuelle sur les plans de la construction logique, du contenu et du cours du langage. On observe :

- Altération du système de logique

- Diffluence : pensée floue, sans fil conducteur, émaillée de nombreux coq-à-l'âne ;
- Tendance au symbolisme, au proverbialisme et à l'abstractionnisme (emploi gratuit et inapproprié de symboles, de proverbes ou d'abstractions souvent obscures) ;
- Rationalisme morbide : établissement de liens de causalité déficients, absurdes.

- Troubles du cours de la pensée

- Barrages : suspension brutale du discours (quelques secondes ou minutes) traduisant une rupture de la pensée avec une reprise spontanée du discours sur un thème identique ou différent ;
- Fadings : extinction progressive du flux des paroles ou des idées, suivie après un temps d'une reprise du discours ;
- Pensée parfois ralentie avec bradyphémie, stéréotypies, persévérations ou parfois accélérée (discours prolixe, précipité).

- Altération du langage

- Répétition en écho des dernières paroles (écholalie) ou mimique (échomimie) de l'interlocuteur ;
- Altération du champ sémantique :
- Néologisme : emploi de mots inexistants pour qualifier un concept flou connu du patient seul ;
- Paralogisme : emploi impropre d'un terme existant ;

- Glossolalie : langage entièrement nouveau, propre au malade ;
- Schizophasie : langage incohérent, hermétique.

- **Dissociation affective :** Elle est l'expression de la déconnexion entre le contenu de la pensée et le vécu affectif, menant à l'ambivalence affective qui peut se traduit par :
  - Emoussement affectif allant jusqu'à l'athymhormie (perte de l'élan vital) en passant par la froideur affective, l'indifférence affective ;
  - Réactions émotionnelles inadaptées au contexte : rire/sourire immotivé.
- **Dissociation comportementale :**
  - Bizarrerie : comportement inadapté ;
  - Maniérisme : comportement exagéré, surfait ;
  - Syndrome catatonique avec :
    - Négativisme, oppositionnisme, refus de la main tendue ;
    - Catalepsie : absence de mouvement spontané, maintien cireux des attitudes imposées ;
    - Hyperkinésies : impulsions verbales et/ou gestuelles, décharges motrices clastiques.

- **Délire paranoïde**

L'activité délirante prend classiquement une forme dite paranoïde. Il s'agit de :

- ✓ Délire chronique > 6mois ;
- ✓ Thèmes multiples et associés à des degrés divers (persécution, mégalomanie, mysticisme, ruine, catastrophe, influence, référence, dysmorphophobie, dépersonnalisation) ;

- ✓ Mécanismes multiples : intuitif, imaginatif, interprétatif, hallucinatoire (à prédominance acoustico-verbale), automatisme mental (vol et devinement de la pensée, commentaires de la pensée, des actes, écho de la pensée, pensées ou actes imposés parfois à l'origine d'actes dangereux) ;
- ✓ Systématisation / organisation médiocre : délire flou, fluctuant, adhésion souvent totale, mais parfois fluctuante ;
- ✓ Participation affective :
  - Pauvre, inadaptée quand la dissociation est majeure ;
  - Intense dans les formes à composante thymique ;
  - Angoisse parfois très intense.

- **Syndrome autistique**

Il correspond à une modification des rapports du sujet avec le monde, caractérisé par les éléments suivants : perte de contact avec la réalité, prédominance de la vie intérieure caractérisée par une abolition progressive des conduites sociales, menant à l'isolement et à l'incurie et un repli vers un monde intérieur, hermétique.

Les symptômes décrits peuvent également être regroupés d'une autre manière plus classiquement utilisée par les anglo-saxons. On distingue ainsi les symptômes négatifs et positifs. Les symptômes positifs ou productifs correspondent à l'activité délirante et à la désorganisation intellectuelle. Les symptômes négatifs ou déficitaires correspondent à la dissociation affective et au repli autistique (isolement, le retrait social, l'apathie, émoussement affectif, froideur ou indifférence affective).

Selon la DSM-V [37] :

A. Deux ou plus des symptômes suivants sont présents pendant une partie significative du temps sur une période d'un mois ou moins quand elles répondent favorablement au traitement). Au moins l'un des symptômes doit être 1, 2 ou 3 :

1. Idées délirantes ;
2. Hallucinations ;
3. Discours désorganisé (coq-à-l'âne fréquents ou incohérence) ;
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique ;
5. Symptômes négatifs (réduction de l'expression émotionnelle, aboulie).

B. Pendant une partie significative du temps depuis le début du trouble, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation.

C. Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au critère A (symptômes de la phase active) et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques et résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus de symptômes figurants dans le critère A, présents sous une forme atténuée (p.ex., croyances bizarres, perceptions inhabituelles).

D. Un trouble schizo-affectif et un trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés soit 1) parce qu'aucun épisode dépressif majeur ou maniaque n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active, soit 2) parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, ils ne l'ont été que pour une faible proportion de la durée des périodes actives et résiduelles.

E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale.

F. En cas d'antécédents d'un trouble du spectre autistique ou d'un trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si les idées délirantes ou les hallucinations sont prononcées et sont présentes avec les autres symptôme requis pour le diagnostic pendant au moins 1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement).

- **Formes cliniques** [36]

- **Schizophrénie paranoïde**

C'est la forme la plus fréquente et la plus complète des schizophrénies. Elle succède à un ou plusieurs épisodes délirants aigus. Le délire y est marqué (prédominance du délire), de même que la dissociation et l'autisme. La réponse au traitement neuroleptique est généralement satisfaisante et l'appauvrissement de la vie psychique est moindre.

- **Hébéphrénie**

L'hébéphrénie, plus rare mais plus fréquente chez le sujet jeune (avant 20 ans), a un début souvent insidieux et progressif, marqué par un syndrome dissociatif majeur (prédominance du syndrome dissociatif) et des éléments délirants pauvres, peu ou pas productifs. L'évolution vers un état « déficitaire » est classiquement fréquente et rapide.

- **Schizophrénie catatonique**

Le tableau clinique est essentiellement constitué des troubles psychomoteurs discordants avec prédominance du syndrome catatonique.

- **Schizophrénie simple ou indifférenciée**

Le tableau de schizophrénie est très peu marqué (pensée floue, peu de contacts, bizarrerie), avec une absence de délire (parfois simple impression de devinement de la pensée ou de transmission de pensée). Aucun champ symptomatique ne prédomine sur l'autre.

- **Schizophrénies pseudo-névrotiques**

Il existe de nombreux symptômes d'allure névrotique (TOC, phobies, anxiété) associés aux critères de la schizophrénie.

- **Schizophrénies dysthymiques ou troubles schizo-affectifs**

Ils comportent, outre une symptomatologie psychotique, des troubles thymiques (maniaques, dépressifs ou mixtes) et évoluent sur un mode périodique ou intermittent.

- **Héboïdophrénie**

Cette forme se caractérise essentiellement par des troubles du comportement (impulsivité, instabilité, conduites anti-sociales ou addictives et délinquance). Le comportement est bizarre et inadapté. Il existe une froideur affective et une impossibilité à s'adapter à une vie sociale normale. Des actes hétéro-agressifs, parfois graves, peuvent en compliquer l'évolution.

- **Schizophrénie résiduelle**

Il s'agit d'une forme de schizophrénie stabilisée dans laquelle persistent des symptômes négatifs sous traitement mais où les symptômes positifs sont absents ou très atténués.

1.3.1.2. **La dépression** [38]

Selon la DSM-V :

A. Au moins 5 des symptômes suivants ont été présents durant la même période de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement précédent : au moins un de ces symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir. Remarque : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement attribuables à une autre condition médicale.

1. Humeur dépressive présente la plus grande partie de la journée, presque tous les jours, comme signalée par la personne (p. ex., se sent triste, vide, désespérée) ou observée par les autres (p. ex., pleure). (Remarque : Chez les enfants et les adolescents, peut être une humeur irritable).

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

3. Perte de poids significative en l'absence de régime ou gain de poids (p. ex., changement de poids excédant 5 % en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (Remarque : Chez les enfants, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue).

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (observable par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.

Remarque : Les critères **A** à **C** représentent un épisode de dépression majeure. Les réponses à une perte significative (par exemple, deuil, ruine financière, pertes d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou invalidité) peuvent inclure les sentiments de tristesse intense, la rumination sur la perte, l'insomnie, le manque d'appétit et la perte de poids listés dans le critère A, ce qui peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en rapport avec la perte, la présence d'un épisode dépressif majeur, en plus de la réponse normale à une perte importante, devrait également être examinée avec soin. Cette décision requiert inévitablement l'exercice du jugement clinique basé sur l'histoire de l'individu et les normes culturelles pour l'expression de la détresse dans le contexte de la perte.

D. L'apparition de l'épisode dépressif majeur n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un autre trouble du spectre schizophrénique et un autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou d'épisode hypomaniaque. Remarque : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes similaires à la manie ou l'hypomanie sont induits par une substance ou sont imputables aux effets physiologiques d'une autre condition médicale.

- **Formes cliniques**

Les troubles dépressifs sont classés en plusieurs entités : les troubles dépressifs majeurs, les Troubles dysthymiques et les troubles dépressifs non spécifiés.

- **Le Trouble dépressif majeur**

Il est caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs (une humeur dépressive ou une perte d'intérêt pendant au moins deux semaines associée à au moins quatre autres symptômes de dépression).

- **Le Trouble dysthymique**

Il est caractérisé par une humeur dépressive présente la majeure partie du temps pendant au moins deux ans, associée à des symptômes dépressifs qui ne remplissent pas les critères d'un Épisode dépressif majeur. Il s'agit d'une tendance dépressive, sans qu'il y ait une dépression majeure.

- **Le Trouble dépressif non spécifique**

C'est un trouble de caractère dépressif ne répondant pas aux critères de trouble dépressif majeur, ni de trouble dysthymique. Il peut s'agir par exemple d'un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive ou d'un trouble de l'adaptation avec humeur à la fois anxieuse et dépressive.

1.3.1.3. **Troubles bipolaires** [40]

Dans le DSM-V, on distingue 2 types de trouble bipolaire :

- **Trouble bipolaire de type 1** caractérisé par au moins un épisode de manie

Pendant au moins 1 semaine, humeur anormalement élevée, expansive ou irritable, augmentation anormale de l'activité ou de l'énergie dirigée vers un but, de façon persistante.

Pendant cette période au moins 3 des symptômes suivants sont présents :

- Estime de soi exagérée ou idées de grandeur.
- Besoin de sommeil diminué
- Plus grande facilité à parler
- Fuite des idées
- Distractibilité, attention facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance
- Augmentation de l'activité orientée vers un but (sociale, professionnelle, scolaire ou sexuelle) ou agitation psychomotrice (activité sans but)
- Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (achats inconsidérés, conduites sexuelles inconséquentes, etc.)

Il en résulte une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel.

- **Trouble bipolaire de type 2** caractérisé par au moins un épisode de dépression et au moins un épisode d'hypomanie.

Dans l'hypomanie, on retrouve les symptômes précédents mais la sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social ou pour nécessiter une hospitalisation.

Si des caractéristiques psychotiques sont présentes, l'épisode est, par définition, maniaque (et non hypomaniaque).

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas dus aux effets d'une substance ou d'une affection médicale générale.

D. L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizo-affectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à un autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque

Les épisodes d'hypomanie sont fréquents dans le trouble bipolaire de type 1 mais ne sont pas nécessaires pour le diagnostic.

1.3.1.4. **Troubles anxieux** [14]

- **Anxiété généralisée**

La personne atteinte manifeste des inquiétudes excessives difficiles à contrôler présentes la plupart des jours, pendant une période d'au moins six mois et qui portent sur divers événements ou activités. Ces inquiétudes nuisent à son fonctionnement et lui occasionnent une détresse importante. Les angoisses sont accompagnées de symptômes physiques importants. Les inquiétudes se distinguent en deux catégories : les inquiétudes centrées sur des problèmes réels et actuels et pour lesquelles il est

possible d'utiliser une technique de résolution de problèmes ; et les inquiétudes de type éventuel où, par définition, il n'y a pas encore de problèmes (ils sont anticipés, imaginés) et donc, pour lesquelles la résolution de problèmes est non applicable.

- **Phobie spécifique**

Les personnes atteintes d'une phobie spécifique éprouvent une peur irrépressible et irrationnelle d'une chose en particulier. Il peut s'agir d'un objet, d'une situation, d'un animal, d'une activité ou de toute autre chose significative pour cette personne. Quelle que soit cette chose, la personne éprouve des niveaux inexplicables de peur et prend souvent des mesures extrêmes pour l'éviter.

- **Trouble panique avec ou sans agoraphobie**

Le trouble panique se traduit par des attaques de panique (ex. : palpitations, transpiration, tremblements, sensation de « souffle coupé », sensation de vertige, impression d'évanouissement, peur de mourir) récurrentes et inattendues suivies d'une période au cours de laquelle la personne craint constamment d'avoir une autre crise de panique ; se préoccupe des implications, des conséquences (ex. : devenir fou, crise cardiaque) ; vit des changements de comportements importants suite aux attaques. Les crises de panique peuvent s'accompagner ou non d'agoraphobie, c'est-à-dire une anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits ou des situations où il pourrait être difficile de s'échapper ou dans lesquels on pourrait ne pas trouver de secours en cas d'attaque de panique.

- **Trouble d'anxiété sociale (phobie sociale)**

La personne atteinte d'anxiété sociale ressent un malaise important, persistant et intense dans des situations sociales où elle est susceptible d'être observée ou jugée par les autres. La peur est souvent accompagnée de symptômes physiques d'anxiété

comme le rougissement ou les tremblements. La personne craint d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante. Cette peur occasionne une grande détresse. L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans les situations redoutées perturbent de façon importante les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles ou scolaires, ses activités sociales ou ses relations avec autrui.

1.3.2. Diagnostics différentiels [36]

- **Devant un délire ou des hallucinations chroniques**

On peut discuter les autres diagnostics suivants :

- **Affections psychiatriques**
  - ✓ Un délire d'interprétation (paranoïa) où le délire est logique, cohérent, compréhensible et le syndrome dissociatif absent ;
  - ✓ Une psychose hallucinatoire chronique : l'âge de survenue est plus tardif et la dissociation discrète voire absente ;
  - ✓ La paraphrénie : le mécanisme délirant prévalent est imaginatif, la dissociation discrète, l'âge de début tardif ;
  - ✓ Une mélancolie ou manie délirante non traitées : il n'y a pas de syndrome dissociatif, les idées délirantes sont congruentes à l'humeur ;
  - ✓ Une psychose infantile, parfois difficile à distinguer d'une schizophrénie de début infantile survenant avant l'âge de 12 ans.
- **Affections neurologiques**
  - ✓ Tumeurs cérébrales ;
  - ✓ Epilepsie cérébrale (frontale, temporale, occipitale) ;
  - ✓ Encéphalites chroniques (infectieuses, inflammatoires) ;
  - ✓ Maladies neurodégénératives (Huntigton, …).

- **Devant des éléments dissociatifs**

- Syndrome confusionnel ;
- Syndrome maniaque ;
- Démences ;
- Iatrogènes (sédatifs) ;
- Personnalité schizoïde, schizotypique.

1.4. Evolution et Pronostic

1.4.1. Evolution

1.4.1.1. Troubles du spectre de la schizophrénie [32,36]

Il faut savoir que 15 à 20% des schizophrénies débutantes évoluent favorablement. Si non la maladie évolue en général avec des rechutes (épisode délirant fécond, décompensation aigue) dans les premières années puis se stabilise avec des symptômes résiduels d'intensité variable selon le sujet.

Il est également important de savoir que des états dépressifs apparaissent souvent au décours d'un épisode aigu.

La phase résiduelle peut évoluer soit vers :

- Une restitution ad integrum chez 25 à 30% des sujets avec un retour de l'état fonctionnel à un niveau quasi pré-morbide ;
- Une résolution partielle dans 50% des cas avec une progression vers un état fonctionnel disadaptatif mais stabilisé et sans signes psychotiques ;
- Une détérioration progressive dans 20 à 50% des cas avec chronicisation, dégradation totale. Les malades dépendent ainsi d'une assistance intra et extrahospitalière très lourde.

1.4.1.2. La dépression [38]

- La récidive de dépression : Elle est fréquente puisqu'elle concerne 50 % des personnes ayant vécu une dépression. La prise en charge diminue considérablement ce risque de récidive ;
- La persistance de symptômes résiduels : il s'agit de cas où la dépression ne se guérit pas entièrement et où même après l'épisode dépressif, persistent des signes de dépression ;
- Le passage à la dépression chronique ;
- Le risque suicidaire : La dépression est la première cause de suicide. Environ 70 % des personnes décédant par suicide souffraient d'une dépression. Les hommes dépressifs de plus de 70 ans sont les personnes les plus à risque de se suicider. Les idées de suicide appelées parfois « idées noires » sont un des signes de dépression. Même si la plupart des personnes ayant des idées de suicide ne font pas de tentative, c'est un signe d'alarme. Les personnes dépressives pensent au suicide pour arrêter une souffrance qui leur paraît insupportable.

1.4.2. Pronostic

Le pronostic dépend du trouble, de l'individu et du nombre de facteurs liés au trouble. Certains troubles sont transitoires, alors que d'autres peuvent durer jusqu'au décès. Certains troubles peuvent se limiter à quelques effets temporaires, alors que d'autres peuvent impliquer un handicap substantiel et une aide assistée. Le niveau de capacité ou d'incapacité peut varier dans différents domaines de la vie. Un handicap permanent est lié à une institutionnalisation, discrimination, exclusion sociale et autres troubles liés. Le pronostic des troubles, souvent considérés comme sérieux et complexes au plus haut point, varie également. De longues études internationales basées sur la schizophrénie ont démontré que la moitié des individus avaient des symptômes qui s'amenuisaient et qu'environ un tiers d'entre eux, en termes de

symptômes et de fonction physique/moteur, se stabilisaient sans traitement médicamenteux. Cependant, beaucoup d'individus ont de sérieuses difficultés durant de nombreuses années, bien qu'un rétablissement « tardif » ne soit pas impossible [40].

La moitié des individus diagnostiqués de trouble bipolaire ne rencontrent plus les critères diagnostics en six semaines, mais étant une affection de longue durée [41], les troubles peuvent être stabilisés, mais ils ne peuvent être « guéris ». La moitié d'entre eux font, par la suite, l'expérience d'un nouvel épisode de manie ou de dépression majeure durant les deux années qui se succèdent [41]. La fonction physique et motrice varie, habituellement faible durant des épisodes de dépression majeure ou de manie, mais autrement moyenne, bonne voire supérieure durant des épisodes d'hypomanie causés par un trouble bipolaire II [42].

Le suicide, souvent attribué à certains troubles mentaux, est une cause mortelle commune parmi les adolescents et adultes âgés de moins de 35 ans [43,44]. 10 à 20 millions de tentatives suicidaires liées aux troubles mentaux seraient reportées chaque année [45].

Malgré la négativité générale attribuée aux troubles mentaux, certains de ces troubles peuvent impliquer une créativité extraordinaire, une non-conformité, des efforts pour atteindre un but fixé, un soin excessif ou une empathie [46]. En addition, la perception publique sur les handicaps causés par les troubles mentaux peut changer [47].

Certains facteurs ont été identifiés comme prédictifs de l’évolution des troubles neuropsychiques et se trouvent regroupés dans le tableau ci-après [48] :

Tableau I: Facteurs prédictifs de l'évolution des troubles neuropsychiques

Facteurs de bon pronostic	Facteurs de mauvais pronostic
Début tardif	Début précoce
Début brutal	Début insidieux
Facteur déclenchant évident	Absence de facteur déclenchant
Sexe féminin	Sexe masculin
Mariage	Célibataire, divorcé ou veuf
Antécédents familiaux de trouble de l'humeur	Antécédents familiaux de schizophrénie
Antécédents de bonne adaptation prémorbide sur le plan affectivo-socioprofessionnel	Antécédents de mauvaise adaptation en période prémorbide sur le plan affectivo-socioprofessionnel
Symptômes positifs	Symptômes négatifs
Système de soutien de bonne qualité	Système de soutien de mauvaise qualité
Habite dans un pays en voie de développement	Habite dans un pays industrialisé Absence de rémission au bout de 03 mois
Prise en charge précoce	Prise en charge tardive
Capacité à maintenir une relation thérapeutique au long cours	Incapacité à maintenir une relation thérapeutique au long cours
Bonne réponse à la chimiothérapie	Mauvaise réponse à la chimiothérapie

1.5. Traitement

1.5.1. But

- Réduire la symptomatologie
- Ralentir la progression de la maladie
- Eviter ou retarder la survenue des complications et maintenir l'insertion sociale

1.5.2. Moyens [12,13,48,49]

- **Médicamenteux**
  - ✓ Neuroleptiques anti-productifs : anti délirant contre le symptôme paranoïde comme halopéridol (Haldol*) ;
  - ✓ Neuroleptiques sédatifs contre l'état d'agitation comme Lévomépromazine (Nozinan*), Chlorpromazine (Largactil*) ;
  - ✓ Neuroleptiques désinhibiteurs contre le syndrome déficitaire comme Sulpiride (Dogmatil*), Amisulpride (Solian*) ;
  - ✓ Neuroleptiques à action prolongée ou retard : Halopéridol décanoate (Haldol Decanoas*), Pipotiazine (Piportil L4*), Fluphénazine (Modecate*) solution injectable IM de 25mg/1ml et 100mg/4ml ;
  - ✓ Autres : anxiolytique (Troubles anxieux), antidépresseur (Dépression) ou thymorégulateur (troubles bipolaires).
- **Non médicamenteux :**
  - ✓ Sismothérapie : Elle repose sur l'induction de crises convulsives à visée thérapeutique par l'administration d'un stimulus électrique dont la fréquence est variable au niveau du cerveau via des électrodes appliquées sur le scalp. La procédure est habituellement complétée par l'utilisation d'une anesthésie générale de courte durée et par l'utilisation de myorelaxants.

✓ Psychothérapie :

- Psychothérapie de soutien qui consistera à soutenir le patient, à le réassurer et à lui apporter des conseils et explications sur la maladie et sur les différentes options thérapeutiques ;
- Psychothérapie institutionnelle : Il s'agit ici d'incorporer le patient à un groupe de parole ou d'expression artistique, à un psychodrame de groupe, à des réunions soignant-soignés, à des activités d'ergothérapie, de sociothérapie, de musicothérapie de groupe…etc. ;
- Thérapie cognitive et comportementale afin de développer les habilités sociales, la gestion des événements de vie stressante ;
- Psychothérapie familiale : elle consiste en une approche psycho-éducative de la famille ;

✓ Mesures socio-thérapeutiques :

- Maintien autant que possible une insertion professionnelle normale ;
- Reclassement professionnel ;
- Inscription dans les maisons de personnes handicapées.

1.5.3. Indications

- **Traitement d'attaque :**

✓ Le cadre : hospitalisation ;

✓ La famille : doit être suffisamment informée sur la durée et les conditions de l'hospitalisation ;

✓ Le choix des neuroleptiques : anti-productifs ou anti-déficitaires selon la symptomatologie ;

✓ Les critères de surveillances :

- Physique : pouls, TA, température, neurologique, hydratation, transit ;
- Psychique : angoisse, réduction des productions délirantes et hallucinatoires ou des symptômes déficitaires… ;

- La durée : 6 à 10 semaines.

- **Traitement d'entretien :**
  - ✓ Maintenir la posologie minimale utile ;
  - ✓ Faire des projets de resocialisation et de psychothérapie ;
  - ✓ Durée :
    - 1er épisode : au moins 18 mois ;
    - 2e épisode : au moins 5 ans ;
    - Plus de 2 épisodes : indéfiniment.
- **Traitement psychologique :** Psychothérapie de soutien

2. Cadre et méthodes de l'étude

2.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée à Cotonou, capitale économique du Bénin ; plus précisément à la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de Cotonou et à l'Institut National Médico-Sanitaire (INMeS).

2.1.1. La FSS de Cotonou

La Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou est une faculté à caractère d'école appartenant à l'Université d'Abomey-Calavi. Créée en 1977, elle assure la formation des étudiants en sciences de la santé et est constituée de :

- Deux Unités de Formation et de Recherche (UFR) : en médecine et en pharmacie assurant la formation des futurs médecins et pharmaciens ;
- Une Ecole Supérieure de Kinésithérapie (ESK) ;
- Une Ecole Supérieure des Assistants Sociaux (ESAS) ;
- Une Ecole de Nutrition et de Diététique ;
- Une Ecole Doctorale des Sciences de la Santé (EDSS).

Elle contient également un bloc administratif ainsi que plusieurs laboratoires de recherche en épidémiologie et en santé publique.

Le doctorat d'état est obtenu après 7 ans d'étude en médecine et 6 ans en pharmacie. Pendant le cursus, les étudiants en médecine bénéficient de 28 heures de cours en neurologie réparties en 12 heures de sémiologie (2ème année), 10 heures de pathologie (4ème année) et 6 heures de thérapeutique (5ème année). En dehors des cours de thérapeutiques, les pharmaciens ont le même programme de neurologie que les médecins, mais dispensé en 2ème et 3ème année. Des stages hospitaliers sont également effectués au cours de la formation. Le stage dans un service de neurologie est un choix optionnel ; tous les étudiants ne passent donc pas dans ce service.

2.1.2. INMeS

L'Institut National Médico-Sanitaire (INMeS) est un établissement public de formation et de recherche en Soins Infirmiers et Obstétriques (SIO) de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC). Situé à Cotonou, au quartier AHOUANLEKO, il est limité au Nord et à l'Est par le CNHU-HKM ; au Sud par l'Avenue Pape Jean-Paul II ; et à l'Ouest par le Ministère de la décentralisation.

L'INMES comprend deux écoles que sont : l'Ecole Supérieure des Infirmiers et Infirmières d'Etat (ESIIE) et l'Ecole Supérieure des Sage-Femmes d'Etat (ESSFE). Il dispose également d'un cycle de formation au grade académique de Master dans quatre spécialités médicales à savoir l'Anesthésie-Réanimation ; la Gynécologie-Obstétrique ; la Puériculture-Pédiatrie et la Santé mentale.

L'École Supérieure des Infirmiers et Infirmières d'État (ESIIE) forme ses apprenants au niveau licence (BAC + 3). Les étudiants bénéficient, en 3ème année, de 8 heures de cours de neurologie dont 2 heures consacrées aux troubles neurocognitifs. Ils effectuent également des stages hospitaliers au cours de leur cursus, notamment dans le bloc médecine où se situe le service de neurologie.

2.2. Méthode d'étude

2.2.1. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et analytique sur les connaissances des étudiants à la fin des études de santé, leurs attitudes à l'égard des aspects sociaux et de la stigmatisation des patients, et leurs pratiques en matière de diagnostic et de traitement des patients souffrant de troubles neuropsychiques. Le recrutement des étudiants et la collecte des données ont été effectués du 28 juillet 2021 au 23 septembre 2021.

2.2.2. Population d'étude

La population d'étude est composée d'étudiants issus de la FSS (6ème année de médecine et 5ème année de pharmacie) et de l'INMeS (3ème année de sciences infirmières) ayant terminé leur cycle théorique et leurs stages en neurologie et en psychiatrie. Ils ont été rencontrés dans leurs établissements et sur les lieux de stage.

- **Critère d'inclusion**

  Ont été inclus dans l'étude, les étudiants répondant aux critères suivants :

  - être en dernière année de formation de base en médecine, en pharmacie ou en soins infirmiers,
  - être présent le jour de la collecte,
  - avoir donné son consentement écrit libre et éclairé.

- **Critère de non inclusion**

  N'ont pas été inclus :

  - les médecins généralistes,
  - les pharmaciens,
  - les infirmiers diplômés.

- **Critère d'exclusion**

  Ont été exclus :

  - les absents
  - ceux qui n'ont pas donné leur consentement

2.2.3. Echantillonnage

- Méthode d'échantillonnage : la méthode non probabiliste a été utilisée pour toutes les cibles.

- Technique d'échantillonnage : il s'agissait d'un recrutement exhaustif de tous les étudiants en santé répondant aux critères d'inclusion.

  Taille de l'échantillon : 193 (130 médecins, 22 pharmaciens, 41 infirmiers)

2.2.4. Collecte de données

- Outil de collecte : un auto-questionnaire a été élaboré (Annexe1) et utilisé pour chaque étudiant. La collecte a été faite sur un support électronique via le logiciel KoboCollect (plateforme numérique permettant la saisie et l'enregistrement automatique des données d'enquête sur un serveur en ligne).

  Le questionnaire comportait trois sections :

- la première regroupait des informations sociodémographiques et des questions générales sur les troubles neuropsychiques (SD1-SD9) ;

- la deuxième, (5 questions connaissances codées de C1 à C5, 5 questions Attitudes de A1 à A5, 5 questions Pratiques de P1 à P5) évaluant les connaissances basiques que devrait avoir tout personnel médical sur les troubles neuropsychiques. Cette partie pouvait être subdivisée en trois domaines (connaissances, attitudes et pratiques) ;

-la dernière section est composée de questions CAP spécifiques pour chaque catégorie professionnelle. En fonction des spécialités : 5 questions spécialité médecine (SpM1 à SpM5) ou 5 questions spécialité pharmacie (SpP1 à SpP5) ou 5 questions spécialité infirmier (SpI1 à SpI5).

Toute bonne réponse a été cotée 1 et toute mauvaise réponse 0. Le score de chaque domaine a été la somme des bonnes réponses de l'ensemble des questions du domaine considéré.

Ainsi, les scores variaient de 0 à 5 pour toutes les catégories (Connaissances, les Pratiques et l'Attitude des étudiants par rapport aux troubles neuropsychiques). Le score CAP global variait de 0 à 20.

Pour l'interprétation des résultats, le score global a été transformé en une grille de classement qualitatif ordonné. La grille comprenait 3 classes :

- Le score était qualifié de faible quand l'étudiant a coché moins de 50% de bonnes réponses (<10/20) ;
- Le score était qualifié de moyen quand l'étudiant a coché entre 50 et 80% de bonnes réponses (notes comprises entre 10 et 16/20) ;
- Le score était qualifié d'élevé quand l'étudiant a coché plus de 80% de bonnes réponses (>16/20).

➢ Technique de collecte :

Après avoir reçu l'accord des directeurs respectifs de la FSS et de l'INMeS, nous avons organisé une rencontre avec les étudiants en fin de cursus. Les étudiants ont été rencontrés dans leurs établissements ou sur les lieux de stage par sous-groupe selon leur spécialité. Cette rencontre nous a permis d'exposer le but, la nature et l'importance de notre étude.

L'enquête a été menée en ligne, à l'aide de l'outil de collecte de données KoboCollect. Un lien a été mis à la disposition des étudiants pour accéder aux questionnaires juste avant le début de l'enquête. Le remplissage du questionnaire a été fait devant nous sans l'usage de documents ni concertation des étudiants. Ledit remplissage a duré en moyenne 30min à 45min maximum en fonction du degré de réflexion et de rapidité de chaque étudiant.

A la fin du remplissage, nous avons vérifié que le questionnaire a été bien rempli et envoyé ; et nous avons répondu aux préoccupations des étudiants en ce qui concerne le questionnaire puis l'entretien a été clôturé.

2.2.5. Variables étudiées

- **Variables dépendantes**

  - Connaissances

Il s'agissait des informations médicales que les étudiants en fin de cursus possèdent sur les troubles neuropsychiques.

  - Attitudes

Il s'agissait ici, d'analyser les attitudes des étudiants en fin de cursus face à un patient atteint de troubles neuropsychiques, nouvellement diagnostiqué ou encore suivi depuis longtemps.

  - Pratiques

C'est l'ensemble des actes et des actions médicaux faits par un étudiant en fin de cursus devant un cas de trouble neuropsychique.

  - Spécialités

Il s'agissait des CAP spécifiques à chaque catégorie professionnelle.

Ces trois variables sont des variables composites obtenues à partir du calcul du score. Chaque score était qualifié de mauvais s'il est inférieur ou égal à 3 et de bon s'il est strictement supérieur à 3.

- **Variables indépendantes**

  - Données sociodémographiques

    - Âge

    - Sexe

    - Cursus

- Entité
- Informations sur les troubles neuropsychiques

2.3. Traitement et analyse des données

La saisie des données a été faite directement sous KoBoCollect pendant la collecte des données et l'apurement des données a été fait après extraction de la base de données sur Excel. Les données ont été analysées avec la version 15.1 de STATA. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne avec l'écart-type lorsque la distribution était normale et par la médiane et son intervalle interquartile lorsque la distribution était asymétrique (appréciée au test de Shapiro-Wilk). Les variables qualitatives ont été exprimées en effectif et pourcentage. La comparaison des fréquences a été faite à l'aide du test de Chi2 ou du test exact de Fisher quand son utilisation était requise. Le test non paramétrique de Kruskal-Wallis a été réalisé pour la comparaison de moyennes. Une p-value inférieur à 0,05 a été considérée comme statistiquement significative pour l'ensemble des tests.

2.4. Considérations éthiques

2.4.1. Dispositions administratives

Nous avons obtenu l'autorisation du Comité local d'Ethique pour la recherche biomédicale de l'Université de Parakou (réf : 0412/CLERB-UP/P/SP/R/SA) ; ainsi que l'autorisation du Doyen de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou et la Directrice de l'Institut National Médico-Sanitaire de l'Université d'Abomey-Calavi pour la réalisation de l'étude dans des conditions adéquates.

2.4.2. Consentement pour participer à l'étude

La participation à cette étude a été volontaire. Tous les étudiants recrutés étaient libres de refuser ou d'accepter de participer à l'étude. Pour y participer,

l'étudiant devrait être présent le jour de la collecte des données et avoir donné son consentement écrit, libre et éclairé, après avoir lu la notice d'information.

Par ailleurs, le déroulement de l'étude s'est fait dans un climat de confidentialité et le remplissage du questionnaire a été fait dans l'anonymat.

2.5. Limites et difficultés

- Refus de participation à l'étude par certains étudiants ;
- Indisponibilité de certains étudiants ;
- Problèmes de connexion.

3. Résultats

3.1. Diagramme de flux de participants à l'étude

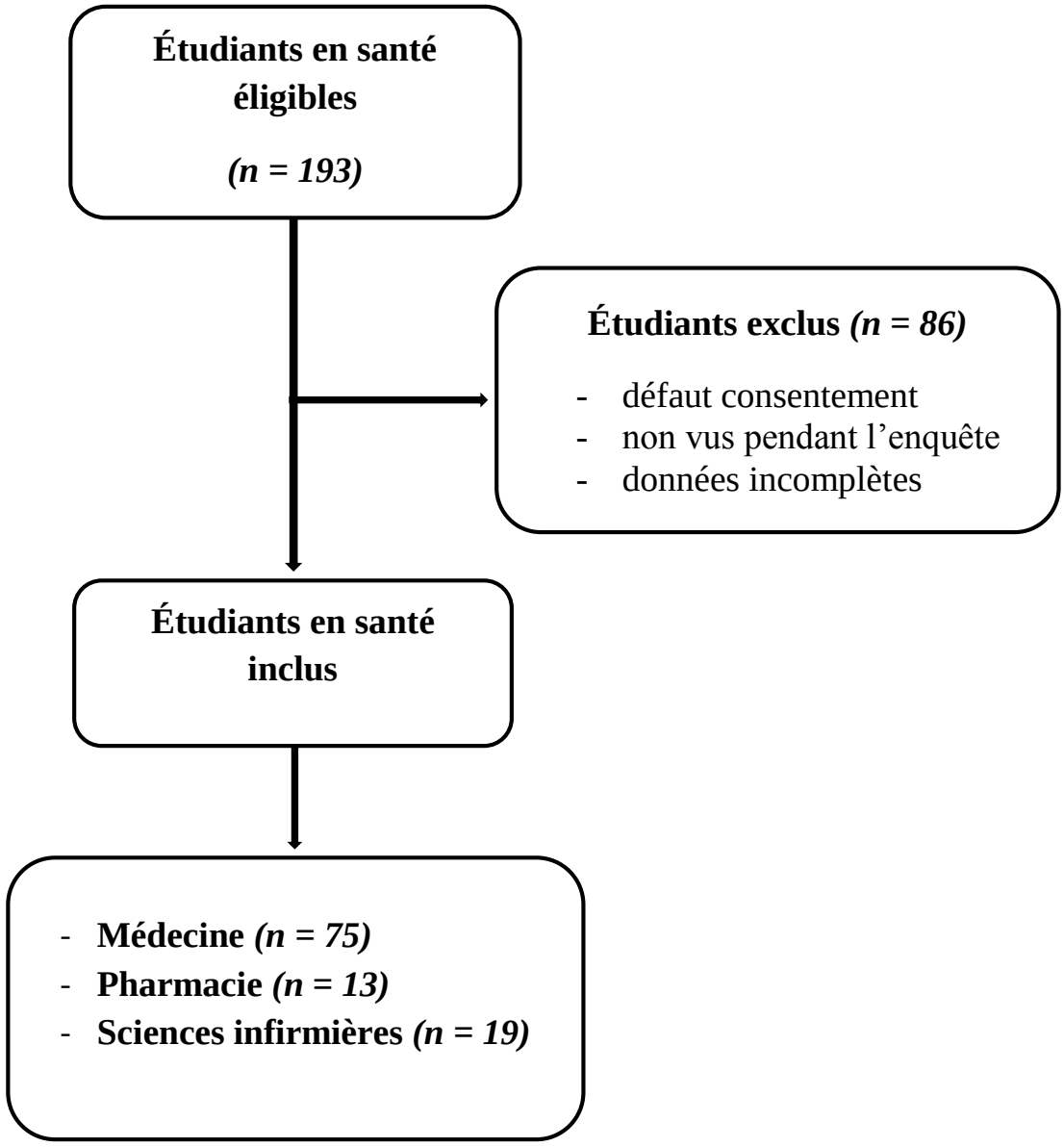


Figure 2 : Diagramme de flux de l'échantillonnage, Etude CAPSES, Cotonou 2021

Le taux de participation des étudiants en santé était de **55,44%**.

3.2. Description de la population d'étude

3.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des sujets

Le tableau II montre la répartition des sujets selon les caractéristiques sociodémographiques.

Parmi les 107 sujets enquêtés, 54,21% étaient de sexe masculin et 45,79 % étaient de sexe féminin soit un sex-ratio de 1,18. L'âge moyen des étudiants était de 23,83 ans ± 0,22 ans avec des extrêmes de 18ans et 30ans. La tranche d'âge des moins de 25 ans était la plus représentée.

La proportion de médecins était la plus élevée dans notre échantillon (70,09%) et plus de trois-quarts des sujets enquêtés (82,24%) provenaient de la faculté des sciences de la santé de Cotonou (UAC/FSS).

Tableau II: Caractéristiques sociodémographiques des étudiants, Étude CAPSES, Cotonou 2021

	Effectif (N=107)	Fréquence (%)
Age		
< 25	72	67,29
≥ 25	35	32,71
Entité		
UAC /FSS	88	82,24
UAC/INMeS	19	17,76
Sexe		
Féminin	49	45,79
Masculin	58	54,21
Spécialité		
Infirmier	19	17,76
Médecine	75	70,09
Pharmacie	13	12,15

3.2.2. Répartition des étudiants selon leur formation sur les troubles psychiques

Le tableau III montre la répartition des sujets selon les caractéristiques générales sur les troubles neuropsychiques.

Environ neuf étudiants sur dix (96,26%) ont affirmé avoir reçu une formation sur les troubles neuropsychiques dans leur cursus universitaire. Aussi, plus de huit

sujets sur dix (86,92%) ont attesté avoir été en contact avec une personne présentant un trouble psychique.

Tableau III: Répartition des sujets enquêtés selon les caractéristiques générales sur les troubles psychiques, Étude CAPSES, Cotonou 2021

	Effectif (N=107)	**Fréquence (%)**
Formation sur les troubles psychiques durant les études		
Non	4	3,74
Oui	103	96,26
Avoir une fois été en contact avec une personne souffrant de troubles psychiques		
Non	14	13,08
Oui	93	86,92

3.2.3. Répartition des étudiants selon leur niveau d'information sur les troubles psychiques

La figure 4 montre la répartition des étudiants selon leur niveau d'information sur les troubles psychiques. Près de huit étudiants sur dix (77,57%) affirmaient être un peu informés sur les troubles psychiques.

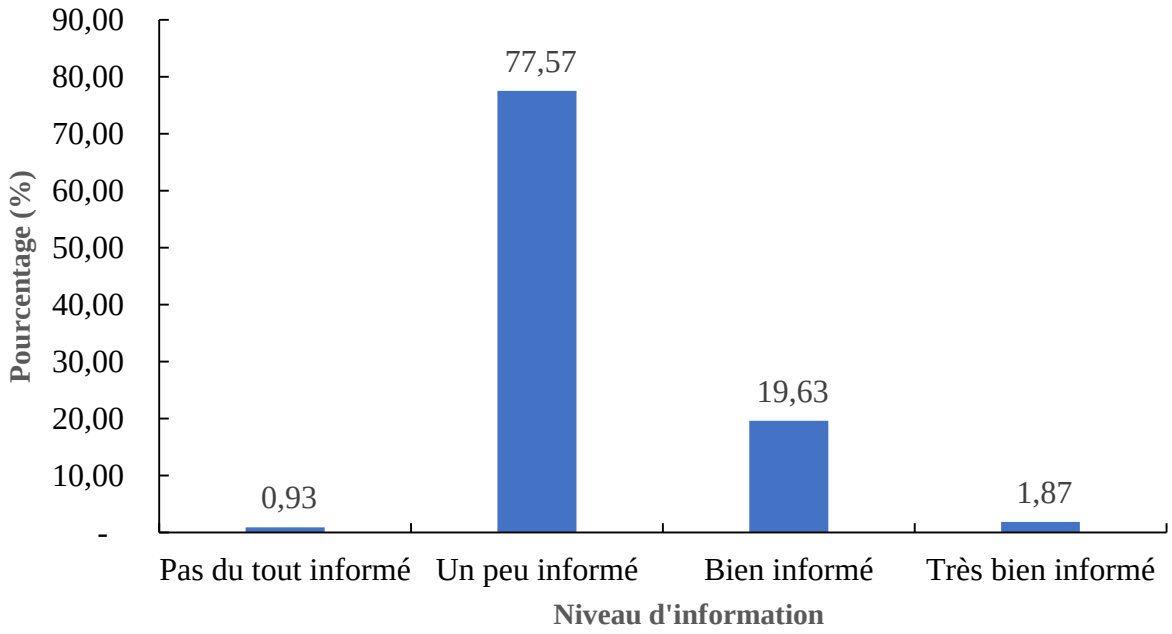


Figure 3 : Répartition des sujets selon leur niveau d'information sur les troubles psychiques, Étude CAPSES, Cotonou 2021

3.2.4. Sources d'information des étudiants enquêtés sur les troubles neuropsychiques

Le tableau IV montre la répartition des étudiants selon leurs sources d'information sur les troubles neuropsychiques.

Environ quatre étudiants sur cinq soit 80,58 % avaient affirmé que leur source d'information était les cours magistraux théoriques.

Tableau IV: Répartition des étudiants en fonction de leurs sources d'information, Étude CAPSES, Cotonou 2021

	Effectif (N=107)	**Pourcentage (%)**
Moyen d'information		
Médias	19	17,92
Presse écrite	8	7,55
Radio	0	0,00
Internet	61	57,55
Bouche-à-oreille	19	17,92
Littérature scientifique ou congrès	64	60,38
Cours magistraux/théoriques	83	80.58
Stage pratique	17	16,50
Autre	17	16,04

3.2.5. Evaluation des étudiants connaissances sur les troubles psychiques chez les étudiants

3.2.5.1. Paramètre sur les connaissances chez les étudiants

Le tableaux V et VI montrent la répartition des étudiants selon leurs connaissances cliniques sur les troubles neuropsychiques.

Environ neuf sujets sur dix (95,33%) des sujets enquêtés ont déclaré que la schizophrénie fait partie des troubles psychiques. Par ailleurs, 82,83% pensaient que les troubles psychiques apparaissent beaucoup plus durant l'adolescence que pendant

les autres périodes de la vie. De même, 92,52% des sujets enquêtés savaient que les hallucinations pouvaient être présentes lors de troubles psychiques.

Tableau V: Répartition des étudiants en fonction de leur connaissance sur le plan clinique, Etude CAPSES, Cotonou 2021

	Effectif (N=107)	**Pourcentage (%)**
Les maladies faisant parties des troubles psychiques		
Dépression	101	94,39
Anxiété	92	85,98
Allergies	0	0,00
Maladies Bipolaires	93	86,92
Schizophrénie	102	95,33
Additions	74	69,16
Troubles neurocognitifs	46	42,99

Tableau VI: Répartition des étudiants en fonction de leur connaissance sur le plan clinique, Etude CAPSES, Cotonou 2021 (suite)

	Effectif (N=107)	**Pourcentage (%)**
Période de vie à laquelle un trouble psychique peut survenir		
Chez l'enfant	61	61,62
Chez l'adolescent	82	82,83
Chez les étudiants	78	78,79
Chez les femmes enceintes	74	74,75
Chez les actifs	63	63,64
Chez les personnes âgées	81	81,82
Autres	12	12,12
Symptômes pouvant être présent dans les troubles psychiques		
Peurs irraisonnées	89	83,18
Tristesse persistante	95	88,79
Perte de gout pour ses activités	83	77,57
Hallucinations	99	92,52
Agitation	97	90,65
Envie irrépressible de consommer une substance	74	69,16
Insomnie	85	79,44
Exaltation de l'humeur	92	85,98
Autre	1	0,93

3.2.5.2. Perceptions des troubles psychiques

Les tableaux VII et VIII montrent la perception des troubles neuropsychiques par les étudiants.

Plus de 97% des enquêtés pensaient que les troubles psychiques étaient rapportés par la famille et l'entourage ; et que les maladies psychiques n'étaient pas contagieuses.

Plus de 90% d'entre eux pensaient que les malades psychiques nécessitent un accompagnement social et psychologique.

Tableau VII: Perception des troubles psychiques, Étude CAPSES, Cotonou 2021

	Effectifs (N=107)	**Fréquence (%)**
Les personnes qui peuvent rapporter les symptômes		
Pharmaciens	45	42,06
Médecins	87	81,31
Infirmiers	68	63,55
Famille, entourage	104	97,20
La personne elle-même	83	77,57
Autre	0	0,00
Voie de contamination en cas de contagiosité		
Contamination du sang	1	0,93
Contact avec la peau	1	0,93
Contact avec la salive	1	0,93
Contact avec l'urine	1	0,93
Autre	1	0,93

Tableau VIII: Perception des troubles psychiques, Étude CAPSES, Cotonou 2021 (suite)

	Effectifs (N=107)	Fréquence (%)
Moyens de traitement des personnes ayant des troubles psychiques		
Approches biomédicale	88	83,81
Médecine alternative/traditionnelle	17	16,19
Combinaison des deux approches	22	20,95
Inutile de les traiter	1	0,95
Ne sais pas	5	4,76
Prise en charge non pharmacologiques		
Phytothérapie	10	9,52
Prière religieuse	13	12,38
Rituels	1	0,95
Accompagnement psychologique	103	98,10
Accompagnement social	98	93,33
Activité de réadaptation	81	77,14
Autre	1	0,95

3.2.5.3. Evaluation de la connaissance sur le plan sociale

Le tableau IX montre la répartition des étudiants selon leurs connaissances sur le plan social.

Environ trois étudiants sur quatre (79,44%) des enquêtés pensaient que les troubles psychiques sont un problème de santé publique et peuvent toucher des

individus de tout âge. Environ neuf enquêtés sur dix pensaient que les malades mentaux souffrent émotionnellement (97,20%) et peuvent être traités (98,13%).

Tableau IX: Répartition des étudiants enquêtés selon la connaissance sur le plan sociale, Étude CAPSES, Cotonou 2021

	Effectifs (N=107)	**Fréquence (%)**
Les troubles psychiques sont un problème de santé publique en progression dans les PED		
Vrai	85	79,44
Faux	22	20,56
Les troubles psychiques affectent uniquement des adultes (20 à 60 ans)		
Faux	99	92,52
Vrai	8	7,48
Les troubles psychiques sont des affections diverses entraînant des troubles émotionnels et du comportement responsables de souffrance et de difficultés dans la vie d'un individu		
Faux	3	2,80
Vrai	104	97,20
Les troubles psychiques sont des maladies contagieuses		
Vrai	1	0,93
Faux	106	99,07
Possibilité de traiter les troubles psychiques		
Oui	105	98,13
Non	2	1,87

3.2.5.4. Niveau de connaissance des étudiants enquêtés

Le tableau X montre le score de connaissance chez les étudiants enquêtés.

Parmi les 107 étudiants, 104 avaient une bonne connaissance (un score de connaissance supérieur à 3) ; soit 97,20%

Tableau X: Score de connaissance chez les étudiants enquêtés, Étude CAPSES, Cotonou 2021

	Effectif (N=107)	**Pourcentage (%)**
Connaissance		
Mauvaise	3	2,80
Bonne	104	97,20

3.2.5.5. Paramètre sur les attitudes chez les sujets

Les tableaux XI montre les différentes réponses des sujets aux questions proposées afin d'évaluer leur niveau d'attitude sur les troubles psychiques.

Plus de six sujets sur dix déconseillaient le confinement des personnes souffrant de troubles psychiques (66,36%) ; considéraient que les personnes atteintes des troubles psychiques consultaient avant de prendre des décisions concernant leur santé (69,16%) ; conseillaient de traiter les personnes atteintes des troubles psychiques de la même façon que les personnes atteintes des autres pathologies (60,75%). Aussi, 78,50% conseillaient de contribuer à la vie en société de personnes vivantes avec les troubles psychiques. Cependant, moins de la moitié des étudiants (47,66%) déconseillaient de ne pas confier une responsabilité aux personnes vivant avec les troubles psychiques.

Tableau XI: Répartition des sujets enquêtés selon les attitudes, Étude CAPSES, Cotonou 2021

	Effectifs (N=107)	**Pourcentage (%)**
Confinement des troubles psychiques		
Conseillé	24	22,43
Déconseillé	71	66,36
Je ne sais pas	12	11,21
Consultation des personnes atteintes des troubles psychiques avant prise de décisions sur leur santé		
Conseillé	74	69,16
Déconseillé	18	16,82
Je ne sais pas	15	14,02
Les personnes atteintes des troubles psychiques ne devraient pas tenir une responsabilité		
Je ne sais pas	24	22,43
Non	51	47,66
Oui	32	29,91
Contribution des personnes atteintes des troubles psychique à la vie en société		
Conseillé	84	78.50
Déconseillé	7	6.54
Je ne sais pas	16	14.95
Traitement des personnes atteintes des troubles psychiques de la même façon que les personnes atteintes d'autres pathologies		
Conseillé	65	60.75
Déconseillé	28	26.17
Je ne sais pas	14	13.08

Le tableau suivant montre la répartition des sujets enquêtés selon les attitudes.

D'après ce tableau, 96,08% pensaient qu'il fallait maintenir un bon équilibre psychique en maintenant un traitement afin d'aider les personnes avec des troubles

psychiques à s'insérer dans la société. Selon 94,39% des sujets, la famille souffrait à cause de la situation engendrée par les troubles psychiques.

Tableau XII: Répartition des sujets enquêtés selon les attitudes, Étude CAPSES, Cotonou 2021 (suite)

	Effectifs (N=107)	**Pourcentage(%)**
Proposition pouvant aider une personne avec trouble psychique à s'insérer dans la société		
Maintenir un bon équilibre psychique en maintenant un traitement	98	96,08
Aider la personne à trouver un emploi	69	67,65
Aider la personne à trouver un logement	55	53,92
Aider la personne à gérer son budget	54	52,94
Donner une allocation pour vivre à la personne	32	31,37
Souffrance de la famille à cause de la situation engendrée par les troubles psychiques		
Je ne sais pas	3	2,80
Non	3	2,80
Oui	101	94,39

Parmi les 107 sujets enquêtés, 96,26% ont conseillé une proposition de suivi psychologique aux personnes aidant un proche atteint de troubles psychologique et 95,33% acceptaient que les personnes atteintes de troubles psychiques puissent bénéficier d'aides. Ces informations sont résumées dans le tableau XIII.

Tableau XIII: Répartition des sujets enquêtés selon les attitudes, Étude CAPSES, Cotonou 2021 (suite)

	Effectifs (N=107)	**Pourcentage (%)**
Proposition de suivi psychologique aux personnes aidant un proche atteint de troubles psychiques		
Conseillé	103	96,26
Déconseillé	2	1,87
Je ne sais pas	2	1,87
Doit-on informer une personne sur ses troubles psychiques ?		
Oui	32	29,91
Non	75	70,09
Conseilleriez-vous à une personne avec des troubles psychiques d'arrêter son travail ?		
Oui	18	16,82
Non	89	83,18
Les personnes avec des troubles psychiques pourraient bénéficier d'aides ?		
Oui	102	95,33
Non	5	4,67
Considéreriez-vous que la famille puisse jouer un rôle dans la prise en charge des troubles psychiques ?		
Non	2	1,87
Oui	105	98,13

3.1.1.1. Niveau d'attitudes chez les étudiants enquêtés

Parmi les 107 étudiants, 105 avaient un une bonne attitude (score d'attitudes supérieur à 3), soit une proportion de 98,13%. (Tableau XIV)

Tableau XIV: Score d'attitudes chez les étudiants enquêtés, Étude CAPSES, Cotonou 2021

	Effectif (N=107)	**Pourcentage (%)**
Attitude		
Mauvaise	2	1,87
Bonne	105	98,13

3.2.5.6. Paramètre sur les pratiques chez les sujets

Le tableau XV montre la répartition des étudiants en fonction de leurs pratiques en matière de troubles neuropsychiques.

Plus de 75% des étudiants pensaient que ce sont des neurologues qui peuvent diagnostiquer les troubles psychiques. Plus de 86% des étudiants pensaient que l'Halopéridol entre dans le traitement des troubles psychiques et que les traitements contre les troubles psychiques favorisaient une diminution des symptômes, ainsi que la survenue de rechutes ou de récidives. Plus de 78% des étudiants pensaient qu'en cas d'agitation, il faut rassurer le patient et le surveiller. Plus de 70% des étudiants pensaient que l'arrêt d'un traitement psychotrope doit se faire progressivement sur plusieurs semaines et qu'en cas d'arrêt brutal, le patient pourrait présenter des signes de sevrage, une rechute ou une récidive.

Tableau XV: Répartition des sujets enquêtés selon la pratique, Étude CAPSES, Cotonou 2021

	Effectif (N=107)	Pourcentage (%)
Professionnels de santé capable de poser le diagnostic		
Neurologue	77	78,57
Psychologue	96	97,96
Psychiatre	16	16,33
Infirmière	15	15,31
Sage-femme	53	54,08
Médecin généraliste	37	37,76
Médecin interniste	00	00,00
Autre	102	95,33
Traitements pouvant être prescrits aux personnes atteintes de troubles psychiques		
Sertraline	17	16,67
Isotrétinoïne	7	6,86
Amoxicilline	1	0,98
Paroxétine	29	28,43
Ibuprofène	00	00,00
Lithium	28	27,45
Valproate de sodium	27	26,47
Simvastatine	3	2,94
Halopéridol	88	86,27
Autre	9	8,82
Effets attendus des médicaments pour les troubles psychiques		
Réduire les symptômes	99	97,06
Eviter les rechutes ou les récidives	88	86,27
Faire disparaitre les troubles	45	44,12
Guérir de la maladie	20	19,61
Autre	00	00,00

Conduite à tenir pendant la phase d'agitation		
Contrôler la personne par la force	24	22,64
Injecter un traitement par voie intra-veineuse	70	66,04
Demander de l'aide	61	57,55
Rassurer la personne	84	79,25
Surveiller la personne	83	78,30
Autre	3	2,83
Risques possibles d'arrêt brutal d'un traitement psychotrope		
Epilepsie	11	10,68
Rechute ou récidive	93	90,29
Syndrome de sevrage	77	74,76
Autre	1	0,97
Modalités d'arrêt d'un traitement psychotrope		
Dès la disparition des symptômes	10	9,71
Avec accord médical	74	71,84
Progressivement sur 1 semaine	4	3,88
Progressivement sur plusieurs semaines	86	83,50
Autre	4	3,88

3.2.5.7. Niveau de pratique chez les étudiants enquêtés

Le tableau XVI montre le score de pratique chez les étudiants enquêtés.

Parmi les 107 étudiants, 106 avaient un score de pratique supérieur à 3 (Bon score), soit une proportion de 99,07%.

Tableau XVI: Score de pratique chez les étudiants enquêtés, Étude CAPSES, Cotonou 2021

	Effectif (N=107)	**Pourcentage (%)**
Pratique		
Mauvaise	1	0,93
Bonne	106	99,07

3.2.5.8. Paramètre selon les spécialités chez les sujets

Le tableau XVII montre la répartition des étudiants selon la spécialité médicale.

Environ neuf étudiants sur dix (96,00%) des étudiants en médecine ont affirmé que le diagnostic des troubles psychiques est basé sur la clinique. Les étudiants en médecine enquêtés ont affirmé dans 64,00% des cas une anxiété exagérée depuis une semaine ne permet pas de poser le diagnostic de trouble anxieux généralisé. Plus de deux tiers des sujets (73,33%) des étudiants en médecine enquêtés pensaient qu'il était possible de développer une addiction à des traitements psychotropes.

3.2.5.9. Paramètres selon les étudiants en médecine

Tableau XVII: Répartition des sujets enquêtés en médecine, Étude CAPSES, Cotonou 2021

	Effectifs (n=75)	Pourcentage (%)
Le diagnostic de troubles psychiques est-il basé sur la clinique ?		
Oui	72	96,00
Non	3	4,00
La schizophrénie peut s'exprimer par des hallucinations, des idées délirantes et/ou un repli sur soi ?		
Non	1	1,33
Oui	74	98,67
Une anxiété exagérée depuis une semaine permet de poser le diagnostic de trouble anxieux généralisé		
Oui	27	36,00
Non	48	64,00
Définition de la dépression		
Non	2	2,67
Oui	73	97,33
Il est possible de développer une addiction à des traitements psychotropes ?		
Oui	55	73,33
Non	20	26,67

3.2.5.10. Paramètres selon les étudiants en pharmacie

Le tableau XVIII montre la répartition des étudiants en pharmacie selon les connaissances spécifiques à leurs domaines.

Tous les étudiants en pharmacie enquêtés pensaient qu'il est possible de développer une addiction aux psychotropes et que la délivrance des psychotropes doit se faire sous ordonnance. De plus, la totalité de ces étudiants pensait que les psychotropes présentaient des effets indésirables et que le non suivi du traitement peut entraîner une rechute ou une récidive.

Tableau XVIII: Répartition des sujets enquêtés en pharmacie, Étude CAPSES, Cotonou 2021

	Effectif (n=13)	**Fréquence (%)**
Il est possible de développer une addiction à des traitements psychotropes		
Oui	0	0,00
Non	13	100
La délivrance des médicaments psychotropes se fait-elle sous ordonnance ?		
Oui	0	0,00
Non	13	100
Il n'y a pas de précautions à prendre lors de la prescription de traitements psychotropes chez une femme de 30 ans) ?		
Oui	13	100
Non	0	0,00
Les traitements psychotropes présentent peu d'effets secondaires ?		
Non	0	0,00
Oui	13	100
Si le traitement psychotrope n'est pas pris très régulièrement, il y a un risque de récidive		
Oui	13	100
Non	0	0,00

3.2.5.11. Paramètres selon les étudiants en infirmerie

Le tableau XIX montre la répartition des étudiants en infirmerie selon les connaissances spécifiques à leurs domaines.

Tous les étudiants en infirmerie enquêtés pensaient que les personnes atteintes de troubles psychiques peuvent s'opposer aux soins et qu'il fallait un suivi régulier de ces patients. Cependant, dans 10% des cas, les étudiants en infirmerie pensaient qu'on pouvait guérir de la dépression.

Tableau XIX: Répartition des sujets enquêtés en infirmerie, Étude CAPSES, Cotonou 2021

	Effectifs (n=19)	**Pourcentage (%)**
L'anxiété est-t-elle toujours révélatrice de troubles psychiques ?		
Oui	14	73,68
Non	5	26,32
Une personne atteinte de troubles psychiques risque-t-elle de s'opposer aux soins ?		
Non	0	0,00
Oui	19	100,00
Le suivi d'un individu atteint de troubles psychiques doit-il être régulier ?		
Non	0	0,00
Oui	19	100,00
Les traitements psychotropes présentent peu d'effets secondaires		
Non	8	42,11
Oui	11	57,89
Peut-on guérir de la dépression ?		
Oui	2	10,53
Non	17	89,47

3.2.5.12. Score global CAP

La figure 5 montre le score global de l'étude CAP.

Le score moyen CAP des sujets enquêtés sur les troubles psychologiques était de 18,08 ± 1,57. Le minimum était de 10 et le maximum de 20. Parmi les sujets enquêtés, 86,92% avaient obtenu un bon score CAP sur les troubles psychiques.

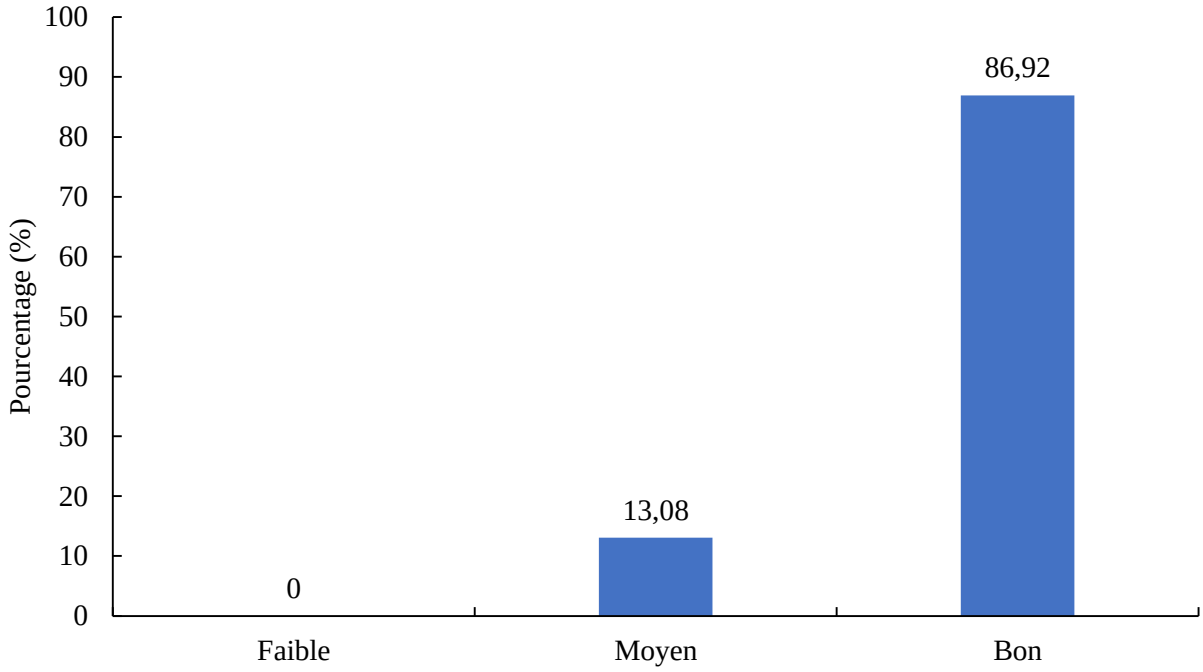


Figure 4 : Répartition des sujets enquêtés selon le score global de l'étude CAP, Etude CAPSES, Cotonou 2021

- **Comparaison des scores CAP**

Le tableau XX montre les différents scores moyens (scores moyens de connaissance, d'attitude et de pratique et score global CAP moyen) en fonction de chaque spécialité. Le niveau moyen des scores de connaissances, d'attitude et de pratique ne diffère pas significativement selon la spécialité de l'étudiant.

Tableau XX: Comparaison du niveau moyen des scores de connaissance, attitude et pratique selon chaque spécialité, Étude CAPSES, Cotonou 2021**.**

	n	Connaissance		Attitude		Pratique		*CAP Global*	
		moyenne (SD)	***p***	**moyenne (SD)**	***p***	**moyenne (SD)**	***p***	**moyenne (SD)**	***p***
Spécialité									
Infirmerie	19	4,68 (0,47)		4,36 (0,68)		4,89 (0,31)		18,15 (0,95)	
Médecine	75	4,70 (0,53)	0,418	4,41 (0,75)	0,886	4,78 (0,50)	0,108	17,92 (1,73)	0,092
Pharmacie	13	4,38 (0,76)		4,69 (0,63)		4,84 (0,37)		18,92 (0,95)	

- **Répartition du score CAP en fonction des données sociodémographiques**

Notre étude n'a pas pu mettre en évidence une différence significative de score global CAP moyen entre les variables telles que : l'âge, le sexe et l'entité. Ces informations sont résumées dans le tableau XXI.

Tableau XXI: Répartition du niveau global de CAP en fonction des caractéristiques démographiques

	(N=107)	**CAP Moyen**	**CAP Bon**	***P***
		n (%)	n (%)	
Age				
< 25	72	11(15,28)	61(84,72)	0,330
> 25	35	3(8,57)	32(91,43)	
Sexe				
Féminin	49	4(8.16)	45(91,84)	0,160
Masculin	58	10(17,24)	48(82,76)	
Spécialité				
Infirmier	19	0(0,00)	19(100,00)	
Médecine	75	14(18,67)	61(81,33)	0,030
Pharmacie	13	0(0,00)	13(100,00)	
Université				
UAC / FSS	88	14(15,92)	74(84,09)	0,062
UAC/INMES	19	0(0,00)	19(100,00)	

Notre étude n'a pas pu mettre en évidence une différence significative de score global CAP moyen en fonction du niveau d'information et du contact ou non avec

une personne présentant un trouble psychique. Ces informations sont résumées dans le tableau XXII.

Tableau XXII: Répartition du niveau global de CAP en fonction du niveau d'information et du contact avec les personnes présentant un trouble psychique

	N=107	Niveau Moyen	Niveau Bon	*P*
		n (%)	n (%)	
Niveau d'information sur les troubles psychiques				
Bien informé	21	0(0,00)	21(100,00)	0,100
Pas du tout	1	0(0,00)	1(100,00)	
Très bien informé	2	1(50,00)	1(50,00)	
Un peu	83	13(15,66)	70(84,34)	
Contact avec une personne présentant un trouble psychique				
Non	14	2(14,29)	12(85,71)	0,880
Oui	93	12(12,90)	81(87,10)	

4. Discussion

4.1. Atteinte des objectifs

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des étudiants sur les troubles neuropsychiques à la sortie des études de santé au Benin en 2021.

Au terme de notre étude, 97,20% des étudiants avaient une bonne connaissance sur les troubles neuropsychiques ; 99,07% et 98,13% des étudiants avaient respectivement une pratique conseillée et une attitude correcte.

En effet, le score global CAP moyen des sujets enquêtés sur les troubles neuropsychiques était de 18,08 points ± 1,57. Parmi les sujets enquêtés, 86,92% avaient obtenu un score global CAP élevé sur les troubles neuropsychiques.

Tous les objectifs ont donc été atteints.

4.2. Validité des résultats

Afin de réduire les biais d'information, le remplissage des questionnaires a été réalisé sous la supervision d'un sénior de Neurologie.

Un biais de sélection aurait pu être identifié parce que les étudiants qui ont répondu aux questions étaient les plus intéressés par la recherche et les plus motivés.

Un biais de contamination pourrait être relevé vu que cette recherche a été menée sur plusieurs semaines, il y avait une possibilité que les étudiants qui ont été soumis au questionnaire en premier, aient pu discuter des questions avec leurs collègues. Pour pallier à ce biais, nous avons enquêté par sous-groupes géographiquement distants les uns des autres.

4.3. Comparaison des résultats

Beaucoup plus d'études font de la recherche sur les attitudes des professionnels de la santé et des étudiants ayant une expérience clinique en neurologie et en psychiatrie. Ces études indiquent que le niveau d'attitude des étudiants et des agents de santé sur les troubles neuropsychiques est bon. Elles portent sur de nombreuses

cibles différentes avec des questionnaires différents ; ce qui rend parfois la comparaison difficile.

4.3.1. Caractéristiques sociodémographiques des étudiants

4.3.1.1. Âge

L'âge moyen des étudiants enquêtés était de 23,83 ans ± 0,22 ans avec des extrêmes de 18 ans et 30 ans. La tranche d'âge des moins de 25 ans était la plus représentée. Ceci s'explique par la scolarisation à un âge de plus en plus jeune des enfants (entre 4 et 5 ans au Bénin) les conduisant très jeunes aux études universitaires. Ces résultats sont similaires à ceux de l'étude CAP réalisée auprès des étudiants en santé par **De Witt Jansen et al** [51] aux États-Unis en 2012 où l'âge moyen était de 23,9 ans. Aussi, dans une étude CAP réalisée en Chine en 2020 auprès des étudiants en soins infirmiers et en médecine, **Wang et al** [52] avaient trouvé un âge moyen plus bas que celui de notre étude, soit 19,9 ans ± 1,8. Ces résultats témoignent, de façon globale, de la jeunesse des professionnels de santé qui est de plus en plus marquée.

Ces résultats s'opposent à ceux de l'étude CAP réalisée par **Auditeau et al** au Gabon en 2021 auprès des étudiants en santé où l'âge moyen était de 33,93 ans ±7,74 avec des extrêmes de 20 ans à 51 ans [53]. L'étude réalisée au Gabon se rapproche de celle réalisée par **Yuan Q et al** à Singapour en 2017 où l'âge moyen des professionnels de santé était de 37,4 ans ± 11ans [54].

Une étude CAP réalisée par **Brouhane O** auprès des médecins exerçant à Cotonou sur la COVID-19 en 2020 montrait que 51,57% des médecins avaient moins de 30ans, 55,7% avaient moins de 05 ans d'expérience [55]. Ces résultats témoignent de la jeunesse relative des professionnels de santé au Bénin.

4.3.1.2. Sexe

Dans notre étude, le sex-ratio était en faveur des hommes soit 1,18. Certaines études avaient trouvé un sex-ratio allant dans le même sens que le nôtre. **Musoke et al** [56], dans une étude réalisée dans les universités de premier cycle en Ouganda en 2020, notaient un sex-ratio à 1,30. La faible population de notre étude pourrait expliquer ce ratio en faveur des hommes.

Jacinto et al, dans une étude réalisée en 2016 auprès des étudiants en médecine en fin de formation n'avaient pas trouvé de différence entre les deux sexes (sex-ratio de 1,01) [57].

Néanmoins, dans la plupart des études consultées, le sex-ratio était largement en faveur des femmes. Dans une étude réalisée au Gabon, par **Auditeau E et al** [53] en 2021, auprès des 75 étudiants en santé en fin de formation, le sex-ratio était environ de 03 hommes pour 05 femmes. La même observation a été faite à Singapour par **Yuan Q et al,** en 2017 (sex-ratio de 0,56) [54] et en Chine par **Wang et al,** en 2020 (sex-ratio de 0,34) [52]. Ces résultats s'expliquent d'une part par le taux croissant de femmes qui entreprennent de longs cursus universitaires et d'autre part par le fait qu'on retrouve beaucoup plus de femmes dans les études en sciences infirmières.

4.3.1.3. Cursus et formation sur les troubles neuropsychiques

La majorité des étudiants (96,26%) avaient reçu un enseignement sur les troubles neuropsychiques dans leur cursus universitaire. Ce taux qui devrait être de 100% pourrait tirer son explication du fait que certains curricula de formation n'incluent pas les troubles neuropsychiques dans leur programme. Les cours étaient dispensés de façon magistrale (80,58%). Malgré ce cours magistral, la plupart des étudiants avait eu recours à l'internet (57,55%) et la littérature scientifique /congrès

(60,38%) pour une meilleure compréhension du sujet. Environ quatre étudiants sur cinq (86,92%) avaient déjà vu une personne présentant des troubles neuropsychiques et 77,57% des étudiants affirmaient être un peu informés sur les troubles neuropsychiques.

Dans l'étude réalisée au Gabon en 2021, les étudiants avaient également reçu une formation sur les troubles neuropsychiques (88%) mais étaient peu informés sur les troubles neuropsychiques dans 66,7% des cas [53]. Contrairement aux étudiants de notre étude, 92% des étudiants enquêtés au Gabon connaissaient des personnes atteintes de troubles neuropsychiques. **Sunaryo et al en Indonésie en 2020** [58] ont trouvé des résultats similaires aux nôtres. En effet, dans leur étude, 65,6% des enquêtés n'avaient jamais été en contact avec des personnes atteintes de troubles neurocognitifs (TNC) et 61,1% des enquêtés avaient obtenu des informations sur les TNC via internet. Par contre **Shin et al, en Corée du sud en 2015** [59] avaient trouvé dans leur étude que la plupart des sujets enquêtés avaient obtenu des informations sur les TNC via des émissions et des enseignements universitaires. Ceci pourrait s'expliquer par la différence de nombre de sujets enquêtés et le lieu de l'enquête. Aussi, les étudiants de notre étude se jugeant peu informés sur les TNC faisaient probablement recours à internet pour une meilleure compréhension du sujet.

De l'analyse de ces observations d'auteurs scientifiques, on comprend aisément que les cours magistraux restent insuffisants à eux seuls pour une bonne acquisition de connaissances en santé. Cela se démontre dans beaucoup d'autres études CAP comme celle de **Isabelle et al en France en 2006** [60] sur la douleur neuropathique qui avait trouvé 31% de cours magistraux et 18% de formation aux séminaires et en ateliers. Aussi dans l'étude de **Romain C** [61] plusieurs médecins ont avoué avoir développé leurs compétences dans la prise en charge des douleurs neuropathiques avec le « temps » et l'expérience. Ils déclaraient que leurs premiers patients aient

servi de « cobaye » en quelque sorte. On en déduit donc que les meilleurs moyens d'acquisition de CAP restent l'enseignement reçu et l'expérience professionnelle.

4.3.2. Connaissances sur les troubles neuropsychiques

De cette étude, il ressort que le niveau de connaissances des étudiants en santé du Bénin sur les troubles neuropsychiques est globalement bon tout comme celle réalisée au Gabon par **Auditeau E et al** [53]. La faible taille des échantillons pourrait constituer un biais.

Jacinto et al [57] et **Sunaryo et al** [58] rapportaient que les étudiants en médecine en fin de formation et les étudiants en soins infirmiers avaient des connaissances insuffisantes sur les troubles neurocognitifs. Cette différence s'expliquerait par le nombre plus important d'étudiants enquêtés et l'absence de formation pratique sur les TNC.

4.3.3. Attitudes relatives aux troubles neuropsychiques

Globalement, les étudiants avaient une bonne attitude dans 98,13% des cas. Ces résultats sont similaires à ceux des études consultées [27, 54, 62-64]. Ainsi, **Ighodaro et al** dans leur étude réalisée auprès des étudiants nigérians en médecine ayant fait ou non des stages cliniques en psychiatrie ; et les médecins en exercice rapportaient que l'attitude envers les patients souffrant de troubles psychiques était bonne et similaire chez les stagiaires ayant déjà fait le service de psychiatrie et les médecins diplômés ; comparativement aux étudiants n'ayant jamais fait de stage dans le service de psychiatrie qui ont des attitudes stigmatisantes et de rejet envers ces malades [27]. Disposant des connaissances nécessaires sur les troubles neuropsychiques, les étudiants ayant fait le service de psychiatrie sont plus à même d'avoir une approche correcte et convenable face aux patients atteints de ces troubles.

C'est en ce sens que **Yuan Q et al** [54] **; Cazals C et al** [62] **; Simon N et al** [63] **; Sow A et al** [64] réalisaient des études similaires incluant des étudiants ayant reçu des formations spécifiques sur les troubles neuropsychiques et/ou des professionnels de santé en exercice. Il en ressortait que l'expérience clinique sur ces troubles favorisaient une bonne attitude envers les personnes souffrant de troubles neuropsychiques.

4.3.4. Pratiques relatives aux troubles neuropsychiques

En ce qui concerne la pratique des étudiants face aux patients atteints de troubles neuropsychiques, le niveau était bon dans 99,07% des cas. Ces résultats se rapprochent de ceux retrouvés dans l'étude de **Auditeau E et al** au Gabon [53]. Une bonne pratique est une conséquence logique d'une bonne connaissance assimilée à travers les cours théoriques et les recherches personnelles. C'est aussi la conséquence d'une bonne exécution des recommandations en la matière comme l'a signifié **Romain C** dans son étude sur les DN où les recommandations françaises et internationales étaient bien suivies [61].

4.3.5. Niveau CAP global des étudiants

De façon générale, les étudiants avaient une bonne connaissance, attitude et pratique dans notre étude. Dans l'étude réalisée au Gabon en 2021, le score global CAP moyen était de 14,1 points ± 1,0 sur 20 [53] contre 18,08 points ± 1,57 dans notre étude. Cette étude a été réalisée chez des étudiants en santé avec une méthode d'enquête transversale comme la nôtre. Par ailleurs, parmi les 107 étudiants enquêtés, 86,92% avaient un niveau bon de CAP global sur les troubles neuropsychiques. Ceci rend probablement compte de la fréquence élevée dans la pratique courante des cas de troubles neuropsychiques dans nos hôpitaux mais également des efforts faits en neurologie et en psychiatrie pour une meilleure appréhension de ces troubles par les

étudiants (futurs professionnels de santé). Il est quand-même nécessaire de parfaire la formation de ce maillon essentiel de la chaîne de prise en charge que constituent les étudiants afin d'améliorer le pronostic des patients atteints de troubles neuropsychiques.

Conclusion et suggestions

CONCLUSION

Les troubles neuropsychiques représentent un véritable problème de santé publique de par leur fréquence dans la population. Ils altèrent la qualité de vie et représentent un handicap socio-économique important pour l'individu.

Les objectifs visés en réalisant cette étude CAP des étudiants à la fin des études sur les troubles neuropsychiques au Bénin ont été atteints. Le degré de connaissances, d'attitudes et de pratiques est bon au niveau de toutes les catégories.

Néanmoins il est nécessaire de poursuivre et d'améliorer les enseignements pour atteindre le niveau parfait. Le e-learning, les séances d'enseignement post-universitaire sont autant de techniques qui aideraient à hausser le niveau des étudiants.

SUGGESTIONS

⁃ A l'endroit des autorités politico-administratives

- ✓ Considérer les troubles neuropsychiques comme un problème de santé publique ;
- ✓ Mettre en place une politique vulgarisant les troubles neuropsychiques ;
- ✓ Organiser des campagnes ou des séances d'information, d'éducation, de sensibilisation et de dépistage des troubles neuropsychiques dans la population ;
- ✓ Doter le programme national de lutte contre les maladies non transmissibles (PNLMNT) et le programme national de soins palliatifs des ressources nécessaires pour mener efficacement cette lutte contre les troubles neuropsychiques ;
- ✓ Œuvrer à la formation des étudiants sur les troubles neuropsychiques en offrant des bourses d'études de spécialisation.

⁃ A l'endroit des autorités universitaires et des enseignants

- ✓ Allouer plus de volume horaire à la neurologie dans le programme de cours des étudiants ;
- ✓ Améliorer le contenu des chapitres sur les troubles neuropsychiques en insistant sur le diagnostic et la prise en charge globale ;
- ✓ Faire pratiquer aux étudiants des stages dans les services hospitaliers où ils peuvent rencontrer des cas de troubles neuropsychiques ou à défaut mettre à leur disposition des tutoriels de cas cliniques de personnes souffrant de troubles neuropsychiques.

A l'endroit des étudiants en santé et du personnel médical

- ✓ Compléter les informations reçues au cours par des travaux de recherches personnels sur des plates-formes électroniques ;
- ✓ Organiser des séances d'échanges avec les patients afin de les informer sur les troubles neuropsychiques, de discuter de leurs appréhensions sur ces troubles et d'acquérir de l'expérience en ce qui concerne cette pathologie ;
- ✓ Initier des séances de psychothérapie de soutien afin de mieux accompagner les patients et leurs aidants dans la vie quotidienne ;
- ✓ Contribuer à déstigmatiser les troubles neuropsychiques dans le monde.

Références

1. **Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ et al.** Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. Lancet. 2007;370(9590):841-850.

2. **Ritchie H.** Global mental health: five key insights which emerge from the Data, Our world in Data, université d'Oxford. [En ligne]. 2018 [Consulté le 13 juil 2021]. Disponible sur https://ourworldindata.org/global-mental-health.

3. **Organisation des Nations Unies.** Santé mentale, troubles mentaux et psychosociaux [En ligne]. 2015. [Consulté le 14 juillet 2021]. Disponible sur https://www.un.org/development/desa/disabilities-fr/sante-mentale-et-developpment.html.

4. **National Alliance on Mental Illness**. Depression [En ligne]. 2017.[Consulté le 14 juillet 2021]. Disponible sur : https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Mental-Health-Conditions/Depression.

5. **Conrath P, Houdry PM.** La santé mentale des femmes [En ligne]. 2017 [Consulté le 15 août 2021] ; 5(347) : 3. Disponible sur : https://doi.org/10.3917/jdp.347.0003.

6. **Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H et al.** Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. 2004 ;(420):21-79.

7. **Wittchen HU, Jacobi F.** Size and burden of mental disorders in Europe : a critical review and appraisal of 27 studies. Août 2005;(15):357-376.

8. **Kristian Wahlbeck.** Europe's mental health strategy [En ligne]. 2006 [Consulté le 14 juillet 2021]; (333):210. Disponible sur https://doi.org/10.1136/bmj.333.7561.210.

9. **Essi MJ, Njoya O.** Enquête CAP (Connaissances attitudes et pratiques) en recherche médicale. Juin 2013;14(2).

10. **Audet MC, Champagne C, Roy E, Gélinas I, Jarret J, Thibaudeau P et al**. Évaluation troubles neuropsychologiques ; Neuropsychologie Rive-Sud. [En ligne]. 2016. [Consulté le 31 Mai 2021]. Disponible sur https://www.neuropsychologie-montreal.com/evaluation-troubles-neuropsychologiques.

11. **Organisation Mondiale de la Santé**, Dépression [En ligne]. 2020. [Consulté le 3 Août 2021]. Disponible sur https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression.

12. **Institute of Health Metrics and Evaluation**, Global Health Data Exchange (GHDx). [En ligne]. 2020. [Consulté le 1er mai 2021]. Disponible sur https://ghdx.healthdata.org.

13. **Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Benjet C , Bruffaerts R , et al.** Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. Psychol Med. 2018;48(9):1560-1571.

14. **Vidal.** L'anxiété ; Symptômes, causes et traitement. [En ligne]. 2021. [Consulté le 9 novembre 2021]. Disponible sur https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/anxiete/symptomes-causes.html.

15. **Fisher DJ, Salisbury DF.** The neurophysiology of schizophrenia: Current update and future directions. International Journal of Psychophysiology. 2019;145:1-4.

16. **Ablon J**. Stigmatised health conditions, Social Science & Medicine, 15B, 1981;15(1):5-9.

17. **Lacaze L.** Le Stigmate au miroir de l'estime de soi : le cas du désordre mental face à l'étiquetage psychiatrique. [Thèse de Doctorat en Humanités et Sciences Humaines]. Lyon : Université Lyon II;2006. 337p.

18. **Adam BD.** Inferiorization and self esteem [En ligne]. 1978 [Consulté le 5 Novembre 2021] ; 41(1):47-53.

19. **Benbassa E, Attias JC**. La haine de soi : difficiles identités. 1ère éd. Bruxelles : Complexe, 2000.

20. **Corrigan PW , Watson A C.** Understanding the impact of stigma on people with mental illness [En ligne]. 2002 [Consulté le 16 novembre 2021] ; 1(1):16-20.

21. **Stuart H.** Les effets psychologiques du chômage. 2006;(19):522.

22. **Durand VM. David H. Barlow.** Psychopathologie : Une perspective multidimensionnelle, Paris/Bruxelles, De Boeck université, 2002;920.

23. **Amourous C.** Vivre en milieu fermé, informations sociales, 2000;82:24-33.

24. **Barrett R.** The psychiatric team and the social definition of schizophrenia. New York : Cambridge University Press Le Plessis-Robinson : Synthélabo, 1998, p354.

25. **Schutzenberger A.** Secrets de famille et transmissions invisibles, Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux. 2004;(33):37-53.

26. **National Alliance on Mental Illness**. Stop Stigma [En ligne]. 2017. [Consulté le 15 novembre 2021]. Disponible sur https://instituteofliving.org/about-us/initiatives/stop-the-stigma.

27. **Ighodaro A, Stefanovics E, Makanjuola V, Rosenheck R.** An assessment of attitudes towards people with mental illness among medical students and physicians in Ibadan, Nigeria. Acad Psychiatry. 2015 ; 39(3):280-285.

28. **Read J, Haslam N, Sayce L, Davies E.** Prejudice and schizophrenia: a review of the mental illness is an illness like any other approach, 2006;(114):18.

29. **Bourque M, Corbière M, Émard R, Gilbert M, Guérette F, Harvey D et al.** Stigmatisation et troubles mentaux : un enjeu collectif. Partenaire 2009;18(1):2-8.

30. **Organisation Mondiale de la Santé**. Rapport sur le système de santé mentale au Myanmar [En ligne]. 2006. [Consulté 01 Mai 2021].

31. **Organisation mondiale de la santé.** La santé mentale : renforcer notre action [En ligne].2010. [Consulté 01 Mai 2021]. Disponible sur https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response.

32. **Yolken RH, Torrey EF.** Viruses, schizophrenia, and bipolar disorder. 1995;(8):131-145.

33. **Jeronimus B F, Kotov R, Riese H, Ormel J.** Neuroticism's prospective association with mental disorders halves after adjustment for baseline

symptoms and psychiatric history, but the adjusted association hardly decays with time. 2016;46(14):2883-2906.

34. **Thibaut SP.** La santé des plus pauvres. [En ligne].2008. [Consulté le 7 novembre 2021]. Disponible sur https://www.insee.fr.

35. **Wilkinson R, Pickett K.** The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better. Paris/Belgique: Institut Veblen/les Petits matins/ Etopia; 2009.

36. **Llorca PP-M.** La schizophrénie. [En ligne].2004. [Consulté le 23 Novembre 2021]. Disponible sur https://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf.

37. **Université de Bordeaux.** Les critères diagnostiques. [En ligne].2016. [Consulté le 23 Novembre 2021]. Disponible sur https://uf-mi.u-bordeaux.fr/ter-2016/jallot-gonzalez-davancaze/diagnostic.php.

38. **Psychomedia.** Qu'est-ce que la dépression majeure ? Symptômes, critères diagnostiques (DSM-5). [En ligne].2016. [Consulté le 23 Novembre 2021]. Disponible sur http://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/2016-04-04/criteres-diagnostiques-depression-majeure.

39. **Jobe TH, Harrow M.** Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review, Canadian Journal of Psychiatry. 2005;(50):892-900.

40. **Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques**. Vivre avec les troubles bipolaires. [En ligne]. 2019. [Consulté le 21 novembre 2021]. Disponible sur htpps://unafam.org.

41. **Tohen M, Zarate CA, Hennen J, Khalsa H M, Strakowski S M, Gebre-Medhin P et al.** The McLean-Harvard First-Episode Mania Study: prediction of recovery and first recurrence, Am J Psychiatry 2003;(160):2099.

42. **Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Léon AC, Salomon DA et al.** Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study, Arch. Gen. Psychiatry. 2005;(62):1322.

43. **Radio free Europe**. Body Takes On Rising Suicide Rates [En ligne].2006. [Consulté le 27 octobre 2021].

44. **O'Connor R, et Sheehy N.** Understanding suicidal behaviour, the psychologue. 2001;14(1):20-24.

45. **Bertolote JM, Fleischmann A.** Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective, World Psychiatry. 2002;(1):181.

46. **Pilgrim D, et Rogers A.** A sociology of mental health and illness. 3e éd. Open University Press; 2005.

47. **Ferney V.** The Hierarchy of Mental Illness: Which diagnosis is the least debilitating? New York City Voices. 2003.

48. **Organisation Mondiale de la Santé**. Use of Mental Health Services for Anxiety Mood and Substance Disorders in 17 Countries in the WHO World Mental Health Surveys [En ligne]. 2007. [Consulté le 20 janvier 2022]. Disponible sur https://www.researchgate.net/publication/6014658.

49. **Sperry L.** Mental health and mental disorders: an encyclopedia of conditions, treatments and Well-Being [En ligne].2015. [Consulté le 5 octobre 2021].

50. **Mashour GA, Walker EE, Martuza RL.** Psychosurgery: past, present, and future. 2005;(48):409-419.

51. **De Witt Jansen B, Weckmann M, Nguyen CM, Parsons C, Hughes CM.** A cross-national cross-sectional survey of the attitudes and perceived

competence of final-year medicine, nursing and pharmacy students in relation to end-of-life care in dementia. Palliat Med 2013; 27:847-854.

52. **Wang Y, Xiao LD, Huang R.** A comparative study of dementia knowledge, attitudes and care approach among Chinese nursing and medical students. BMC Medical Education. November 2020.

53. **Auditeau E, Ibinga E, Boumédiène F, Vergonjeanne M.** Connaissances, attitudes et pratiques concernant les troubles psychiques, les troubles neurocognitifs et l'épilepsie à la sortie des études en santé. Revue neurologie Avril 2021; 177:S14.

54. **Yuan Q, Picco L, Chang S, Abdin E, Chua BY, Ong S, Subramaniam M.** Attitudes to mental illness among mental health professionals in Singapore and comparisons with the general population. 2017;(12).

55. **Brouhane O.** Connaissance, Attitudes et Pratiques des médecins exerçant à Cotonou sur la COVID-19. [Thèse de doctorat d'Etat en médecine]. Cotonou : Faculté des sciences de la santé (FSS) ; 2020.68.

56. **Musoke P, Olum R, Kembabazi S, Nantaayi B, Bongomin F, Kaddumukasa M.** Assessment of the Knowledge and Attitude Towards Dementia Among Undergraduate University Students in Uganda. AMEP 2021; 12:635-646.

57. **Jacinto AF, Boas PJFV, Mayoral VF de S, Citero V de A.** Knowledge and attitudes towards dementia in a sample of medical residents from a university-hospital in São Paulo, Brazil. Dement neuropsychol 2016; 10: 37-41.

58. **Sunaryo SR, Saifullah AD, Mulyani S.** Knowledge and attitudes toward people with dementia among nursing students in Yogyakarta, Indonesie. Belitung Nurs J. 2020;6:196-202.

59. **Shin JH, Seo HJ, Kim KH, Kim K-H, Lee Y.** Knowledge about dementia in South Korean nursing students: a cross-sectional survey. BMC nursing 2015.

60. **Isabelle P.** Enquête d'évaluation de la formation et des connaissances des internes en médecine sur la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte. [Thèse de doctorat d'Etat en médecine]. Nancy : Université Henri Poincare. 2006. 145p.

61. **Romain C.** Difficultés de prise en charge des douleurs neuropathiques en médecine générale. [Thèse de doctorat d'état en médecine]. Picardie : Université de Picardie jules verne. 2017. 78p.

62. **Cazals C, Colliez A, Mengin A, Sebbane D.** French Journal of Psychiatry, Elsevier. 2019.

63. **Simon N, Verdoux H.** L'Encéphale, Elsevier. 2018;44(4):329-336.

64. **Sow A, Van Dormael M, Criel B, Conde S, Dewez M, de Spiegelaere M.** Stigmatisation de la maladie mentale par les étudiants en médecine en Guinée Conakry. 2018;(30):253-261.

Annexes

Annexe1 : Fiche d'enquête sur les connaissances attitudes et pratiques sur les troubles neuropsychiques à la sortie des études en santé au Bénin en 2021

Questionnaire Connaissances, Attitudes et Pratiques à la Sortie des Etudes en Santé (CAPSES) :

Troubles psychiques

Date :……..

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

SD1. Pays……

SD2. Ville……

SD3. Université……

SD4. Age (années)……

SD5. Sexe □ Masculin □ Féminin

SD6. Spécialité □ Médecine □ Pharmacie □ Infirmier

SD7. Avez-vous reçu une formation sur les troubles psychiques durant vos études ? □ Oui □ Non	**SD7a.** En quelle(s) année(s) avez-vous reçu cette formation ? (réponses multiples)	□ 1re année □ 2e année □ 3e année □ 4e année	□ 5e année □ 6e année □ 7e année □ Je ne sais pas
	SD7b. Combien d'heures de cours sur les troubles psychiques avez-vous eu dans votre cursus ? (réponse unique)	□ 1 heure □ 2 heures □ 3 heures	□ Plus de 3 heures □ Je ne sais pas
	SD7c. Comment cet enseignement a-t-il été dispensé ? (réponses multiples)	□ Cours magistraux/théoriques □ Stages (formation pratique) □ Autre……..	
	SD7d. Quelle était la qualification de l'enseignant ? (réponses multiples)	□ Neurologue □ Psychiatre □ Médecin généraliste □ Médecin Interniste	□ Infirmière □ Autre…… □ Je ne sais pas

SD8. A quel point pensez-vous être informés sur les troubles psychiques ? □ Pas du tout □ Un peu □ Bien informé □ Très bien informé	**SD8a.** Par quels biais êtes-vous informés ? (réponses multiples) □ Médias □ Presse écrite □ Radio □ Internet □ Bouche-à-oreille □ Littérature scientifique ou congrès □ Autre……..
SD9. Avez-vous déjà été en contact avec une personne présentant un trouble psychique ? □ Oui □ Non	**SD9a**. Dans quel contexte avez-vous déjà été en contact avec une personne présentant un trouble psychique ? (réponses multiples) □ En famille □ Hôpital □ Autre……

I. CONNAISSANCES

C1. Les troubles psychiques sont un problème de santé publique en progression dans les pays à faible ou moyen revenu. □ Oui □ Non	**C1.a.** Les troubles anxio-dépressifs sont les troubles psychiques les plus répandus. (réponse unique)	■ Oui □ Non □ Je ne sais pas
	C1.b Quelles maladies font partie des troubles psychiques ? (réponses multiples)	■ Dépression ■ Anxiété □ Allergies ■ Maladie Bipolaire ■ Schizophrénie ■ Addictions □ Troubles neurocognitifs □ Autre……..
C2. Les troubles psychiques affectent uniquement des adultes (20 à 60 ans). □ Vrai □ Faux	**C2.a.** A quelle période de la vie peuvent apparaitre des troubles psychiques ? (réponses multiples)	■ Chez l'enfant ■ Chez l'adolescent ■ Chez les étudiants ■ Chez la femme enceinte ■ Chez les actifs ■ Chez les personnes âgées □ Autre……..

C3. Les troubles psychiques sont des affections diverses entraînant des troubles émotionnels et du comportement responsables de souffrance et de difficultés dans la vie d'un individu. □ Oui □ Non	**C3.a.** Quels symptômes peuvent être présents dans les troubles psychiques ? (Réponses multiples) **C3.b**. Les symptômes peuvent être rapportés par : (réponses multiples)	■ Peurs irraisonnées ■ Tristesse persistante ■ Perte du goût pour ses activités ■ Hallucinations ■ Agitation ■ Envie irrépressible de consommer une substance ■ Insomnie ■ Exaltation de l'humeur □ Autre…….. ■ Pharmaciens ■ Médecins ■ Infirmiers ■ Famille, entourage ■ La personne elle-même □ Autre……..
C4. Les troubles psychiques sont-ils contagieux ? □ Oui □ Non	**C4.a.** En cas de contagiosité, quelles sont les voies de contamination ? (réponses multiples)	□ Contamination du sang □ Contact avec la peau □ Contact avec la salive □ Contact avec l'urine □ Autre……..
C5. Peut-on traiter les troubles psychiques? □ Oui □ Non	**C5.a**. Comment peut-on traiter les personnes ayant des troubles psychiques ? (réponse unique)	■ Approche biomédicale □ Médecine alternative / traditionnelle □ Combinaison des deux approches □ Il est inutile de les traiter □ Je ne sais pas
	C5.b. Quels types de prise en charge non pharmacologiques peut-on proposer ? (réponses multiples)	□ Phytothérapie □ Prière religieuse □ Rituels ■ Accompagnement psychologique ■ Accompagnement social ■ Activités de réadaptation □ Autre……..

II : ATTITUDES

A1. Doit-on informer une personne sur ses troubles psychiques ? □ Oui □ Non	**A1.a**. Il est préférable qu'une personne avec des troubles psychiques soit confinée. (réponse unique)	□ Conseillé ■ Déconseillé □ Je ne sais pas
	A1.b. Une personne avec des troubles psychiques devrait être consultée avant de prendre des décisions concernant sa santé. (réponse unique)	■ Conseillé □ Déconseillé □ Je ne sais pas

A2. Conseilleriez-vous à une personne avec des troubles psychiques d'arrêter son travail ? □ Oui □ Non	**A2.a.** Les personnes avec des troubles psychiques ne devraient pas tenir de responsabilités. (réponse unique)	□ Oui ■ Non □ Je ne sais pas
A3. Considéreriez-vous que la société a une attitude tolérante envers les personnes avec troubles psychiques ? □ Oui □ Non	**A3.a.** Considéreriez-vous qu'une personne souffrant de troubles psychiques puisse contribuer à la vie en société ? (réponse unique) **A3.b.** Les personnes avec des troubles psychiques devraient être traitées de la même façon que les personnes avec d'autres pathologies. (réponse unique)	■ Conseillé □ Déconseillé □ Je ne sais pas ■ Conseillé □ Déconseillé □ Je ne sais pas
A4. Les personnes avec des troubles psychiques pourraient bénéficier d'aides. □ Oui □ Non	**A4.a.** Parmi les propositions suivantes, lesquelles permettent d'aider une personne avec troubles psychiques à s'insérer dans la société ? (réponses multiples)	■ Maintenir un bon équilibre psychique en maintenant un traitement adapté ■ Aider la personne à trouver un emploi ■ Aider la personne à trouver un logement ■ Aider la personne à gérer son budget ■ Donner une allocation pour vivre à la personne □ Autre……..
A5. Considéreriez-vous que la famille puisse jouer un rôle dans la prise en charge des troubles psychiques ? □ Oui □ Non	**A5.a.** La famille peut souffrir de la situation engendrée par les troubles psychiques. (réponse unique) **A5.b** Un suivi psychologique devrait être proposé aux personnes qui aident un proche atteint de troubles psychiques. (réponse unique)	■ Oui □ Non □ Je ne sais pas ■ Conseillé □ Déconseillé □ Je ne sais pas

II. PRATIQUES

P1. Une consultation n'est pas nécessaire pour poser le diagnostic de troubles psychiques. □ Vrai □ Faux	**P1.a.** Quels professionnels de santé sont capables de poser le diagnostic de troubles psychiques ? (réponses multiples)	■ Neurologue □ Psychologue ■ Psychiatre □ Infirmière □ Sage-femme ■ Médecin généraliste ■ Médecin interniste □ Autre……

P2. Des traitements médicamenteux doivent généralement être prescrits chez une personne atteinte de troubles psychiques. □ Oui □ Non	**P2.a.** Lesquels des médicaments suivants pourraient être prescrits? (réponses multiples)	■ Sertraline □ Isotrétinoïne □ Amoxicilline ■ Paroxétine □ Ibuprofène ■ Lithium ■ Valproate de sodium □ Simvastatine ■ Halopéridol □ Autre.....
	P2.b. Quels sont les effets attendus des médicaments pour les troubles psychiques ? (réponses multiples)	■ Réduire les symptômes ■ Eviter les rechutes ou les récidives ■ Faire disparaitre les troubles ■ Guérir de la maladie □ Autre.....
P3. Une agitation chez une personne atteinte de troubles psychiques nécessite une prise en charge. □ Oui □ Non	**P3.a.** Quelle est la conduite à tenir pendant une phase d'agitation ? (réponses multiples)	□ Contrôler la personne par la force □ Injecter un traitement par voie intra-veineuse ■Demander de l'aide/ des renforts ■ Rassurer la personne ■ Surveiller la personne □ Autre……
P4. L'arrêt brutal d'un traitement psychotrope ne comporte pas de risque. □ Vrai □ Faux	**P4.a.** Quels sont les risques possibles à l'arrêt brutal d'un traitement psychotrope ? (réponses multiples) **P4.b.** Quelles sont les modalités d'arrêt d'un traitement psychotrope ? (réponses multiples)	■ Epilepsie ■ Rechute ou récidive ■ Syndrome de sevrage □ Autre……. □ Dès la disparition des symptômes ■ Avec accord médical □ Progressivement sur 1 semaine ■ Progressivement sur plusieurs semaines □ Autre……
P5. La personne atteinte de troubles psychiques qui parle de suicide doit être prise en charge rapidement. □ Oui □ Non	**P5.a.** Après une tentative de suicide, que conseillez-vous ? (réponses multiples)	□ Aucun changement de prise en charge □ Laisser la personne isolée ■ Hospitaliser □ Eviter les visites des proches ■ Sécuriser l'environnement □ Autre…….
	P5.b. Le risque de décéder suite à une tentative de suicide est plus important chez : (réponse unique)	□ Adolescent □ Adulte au chômage □ Femme enceinte ■ Personne âgée □ Je ne sais pas

SPECIALITE MEDECINS

SpM1. Le diagnostic de troubles psychiques est-il basé sur la clinique ? □ Oui □ Non	**SpM1.a.** Quels sont les autres diagnostics qui doivent être éliminés avant d'envisager le diagnostic de troubles psychiques ? (réponses multiples)	■ Pathologie thyroïdienne ■ Intoxication à une substance ■ Tumeur cérébrale □ Colique hépatique □ Autre ……..
	SpM1.b. Quels examens sont indiqués pour faire le diagnostic différentiel d'un trouble psychique ? (réponses multiples)	■ Bilans sanguins □ Batteries neuropsychologiques □ Radiographie du crâne □ Electroencéphalogramme (EEG) ■ Imagerie cérébrale (scanner ou IRM) □ Autre……
SpM2. La schizophrénie peut s'exprimer par des hallucinations, des idées délirantes et/ou un repli sur soi. □ Oui □ Non	**SpM2.a**. La schizophrénie peut s'accompagner d'un déclin cognitif. (réponse unique)	■ Oui □ Non □ Je ne sais pas
	SpM2.b. Le traitement de première consiste le plus souvent en un antipsychotique. (réponse unique)	■ Oui intention □ Non □ Je ne sais pas
SpM3. Une anxiété exagérée depuis une semaine permet de poser le diagnostic de trouble anxieux généralisé. □ Oui □ Non	**SpM3.a.** Les troubles anxieux peuvent favoriser l'apparition d'une addiction. (réponse unique)	■ Oui □ Non □ Je ne sais pas
SpM4. La dépression se caractérise par une tristesse, une perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbé, une certaine fatigue et des problèmes de concentration. □ Oui □ Non	**SpM4.a.** L'instauration d'un traitement antidépresseur peut initialement exposer le patient à un risque de suicide. (réponse unique)	■ Oui □ Non □ Je ne sais pas
	SpM4.b. En cas d'efficacité, le traitement antidépresseur peut être stoppé dès la disparition des symptômes dépressifs. (réponse unique)	□ Oui ■ Non □ Je ne sais pas

SpM5. Il n'y a pas de risque de développer une addiction aux traitements psychotropes. □ Vrai □ Faux	**SpM5.a.** Quelle est la conduite à tenir dans la prise en charge des troubles addictifs ? (réponse unique)	□ Médicament seul □ Soutien psychologique seul ■ Combinaison du médicament et du soutien psychologique □ Il n'existe pas de traitement efficace □ Je ne sais pas

SPECIALITE PHARMACIENS

SpP1. Il est possible de développer une addiction à des traitements psychotropes. □ Oui □ Non	**SpP1.a**. Avec quels médicaments peut-on développer une addiction ? (réponses multiples)	■ Benzodiazépines ■ Hypnotiques □ Antipsychotiques □ Thymorégulateurs □ Antidépresseurs □ Autre……..
SpP2. La délivrance des médicaments psychotropes se fait-elle sous ordonnance ? □ Oui □ Non	**SpP2.a**. Dans quelle condition la délivrance des médicaments se fait-elle sous ordonnance ? (réponse unique)	□ Sous ordonnance uniquement pour la première délivrance ■ Sous ordonnance à chaque délivrance □ Sous ordonnance uniquement s'il y a changement de molécule □ Je ne sais pas
SpP3. Il n'y a pas de précautions à prendre lors de la prescription de traitements psychotropes chez une femme de 30 ans. □ Vrai □ Faux	**SpP3.a**. Quelle est la conséquence possible des traitements psychotropes sur la grossesse ? (réponse unique)	■ Altérer le développement de l'embryon ou du fœtus □ Favoriser le développement de l'embryon ou du fœtus □ Prévenir l'apparition de troubles psychiques chez les enfants à naitre □ Je ne sais pas
SpP4. Les traitements psychotropes présentent peu d'effets secondaires. □ Vrai □ Faux	**SpP4.a.** Les effets indésirables des antidépresseurs tricycliques sont : (réponses multiples)	■ Bouche sèche □ Gain de poids ■ Rétention urinaire ■ Troubles de la vision □ Autre……..
	SpP4.b. Les effets indésirables des antipsychotiques sont : (réponses multiples)	■ Symptômes extrapyramidaux □ Agitation ■ Augmentation du risque de diabète et dyslipidémie □ Alopécie □ Autre……..

	SpP4.c. A long terme, une utilisation prolongée des benzodiazépines expose à : (réponses multiples)	■ Des troubles de la vigilance □ Du diabète □ Des agitations ■ Des pertes de mémoire □ Des allergies ■ Des chutes répétées □ Des conduites suicidaires □Autre……..
SpP5. Si le traitement psychotrope n'est pas pris très régulièrement, il y a un risque de récidive. □ Oui □ Non	**SpP5.a.** Si vous ne pouvez pas vous approvisionner en médicament psychotropes habituel du patient, que faites-vous ? (réponses multiples)	□ Délivrer un médicament placebo □ Remplacer par un autre psychotrope ■ Commander le médicament habituel ■ Demander conseil au médecin ■ Se renseigner si le médicament est disponible dans une autre pharmacie □ Autre……..
	SpP5.b. Une personne sous antidépresseurs à raison de deux prises par jour (matin et soir) se souvient à 15 heures qu'elle a oublié de prendre la dose du matin. Qu'est-ce qu'elle doit faire ? (réponse unique)	□ Prendre une dose immédiatement et celle du soir □ Prendre une dose immédiatement et pas celle du soir □ Attendre le soir pour prendre une double dose ■ Attendre le soir pour prendre la dose habituelle □ Je ne sais pas

SPECIALITE INFIRMIERS

SpI1.L'anxiété est-t-elle toujours révélatrice de troubles psychiques ? □ Oui □ Non	**SpI1.a.** A quoi les symptômes psychiatriques peuvent-ils renvoyer ? (réponses multiples)	■ A l'usage d'une substance toxique ■ A une pathologie somatique ■ A une dépression ■ A un trouble bipolaire ■ A une maladie d'Alzheimer □ Autre……
SpI2. Une personne atteinte de troubles psychiques risque-t-elle de s'opposer aux soins ? □ Oui □ Non	**SpI2.a.** Quelles sont les conduites pratiques recommandées face à un patient opposant aux soins ? (réponses multiples)	■ Rassurer le patient ■ Mesure d'internement mise en place avec l'accord des tiers (famille, proches) ■ Mesure d'internement mise en place avec l'accord des autorités □ Tenter de convaincre le patient ■ Passer le relais à un autre soignant □ Donner un sédatif □ Autre……
SpI3. Le suivi d'un individu atteint de troubles psychiques doit-il être régulier ? □ Oui □ Non	**SpI3.a.** Pourquoi le suivi d'un individu atteint de troubles psychiques doit-il être régulier ? (réponses multiples)	■ Vérifier la bonne tolérance du traitement ■ Vérifier l'efficacité du traitement ■ Vérifier l'absence de rechute ou de récidive ■ Evaluer le fardeau des proches ■ Donner aide et soutien □ Autre……
	SpI3.b. Informer les aidants au sujet des troubles psychiques a pour conséquences : (réponses multiples)	■ Une attitude plus tolérante de l'aidant □ Un stress supplémentaire pour le patient ■ Une meilleure implication de l'aidant dans les soins ■ Une surveillance de la prise de médicaments par l'aidant □ Autre……..
SpI4. Les traitements psychotropes présentent peu d'effets secondaires. □ Oui □ Non	**SpI4.a.** A long terme, une utilisation prolongée des benzodiazépines expose à : (réponses multiples)	■ Des troubles de la vigilance ■ Des pertes de mémoire ■ Des chutes répétées □ Du diabète □ Des agitations □ Des allergies □ Des conduites suicidaires □ Autre……..
	SpI4.b. Quelle est la conséquence possible des psychotropes sur la grossesse ? (réponse unique)	■ Altérer le développement de l'embryon ou du fœtus □ Favoriser le développement de l'embryon ou du fœtus □ Prévenir l'apparition de troubles psychiques chez les enfants à naitre □ Je ne sais pas

SpI5. Peut-on guérir de la dépression ? □ Oui □ Non	**SpI5.a**. Quels traitements sont recommandés pour soulager les symptômes de la dépression ?(réponses multiples)	■ Antidépresseurs □ Antipsychotiques ■Anxiolytiques ■ Thymorégulateurs ■ Hypnotiques □ Antiépileptiques □ Autre……
	SpI5.b.L'instauration d'un traitement antidépresseur peut initialement exposer le patient à un risque de suicide. (réponse unique)	■ Oui □ Non □ Je ne sais pas

Légende :

- Réponses vraies

Annexe 2 : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Connaissances, attitudes et pratiques a la sortie des études en sante sur les troubles psychiques

Madame, Monsieur,
Il vous est proposé de participer à une étude multicentrique CAPSES ayant pour thème *« Les CONNAISSANCES, ATTITUDES et PRATIQUES (CAP) à la Sortie des Etudes en Santé sur les TROUBLES PSYCHIQUES ».* Avant de donner votre accord pour participer volontairement à cette étude, il est important que vous lisiez attentivement cette page qui vous apportera les informations nécessaires.
Après avoir lu cette note d'information, n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous désirez au référent de l'étude. Pourquoi cette recherche ?
Les médecins généralistes, les pharmaciens, les infirmiers sont au premier plan pour repérer les troubles et adresser leurs patients en consultation spécialisée. Ils sont aussi au centre du dispositif de prise en charge allant de l'annonce diagnostic à l'accompagnement personnalisé du patient et des proches aidants, à toutes les étapes de la maladie. Dans le diagnostic, la prise en charge et le suivi des troubles psychiques, l'OMS a pu mettre en évidence une prévalence, un sous-diagnostic et un déficit thérapeutique élevés.

Quels sont les objectifs de cette étude ?

L'étude « *Les CONNAISSANCES, ATTITUDES et PRATIQUES à la Sortie des Etudes en Santé sur les TROUBLES PSYCHIQUES »* s'adresse aux étudiants en dernière année de médecine, pharmacie et sciences infirmières dans l'objectif d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) sur ces pathologies auprès de futurs médecins, pharmaciens et infirmiers.
Vous ne serez pas notés ou jugés sur la réponse aux questions.

Comment se déroulera cette étude ?

Durant l'étude, nous vous demanderons de remplir le questionnaire sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques sur les troubles psychiques. Dans un second temps, vous serez invités à une conférence sur le thème qui donnera des éléments épidémiologiques dans le contexte de la recherche, suivie d'échanges. Les informations recueillies seront rendues anonymes avant leur traitement. La gestion

des données sera coordonnée par l'équipe UMR 1094 Inserm Neuroépidémiologie Tropicale (NET).

Si vous ne souhaitez pas participer à cette recherche, il vous suffira de le signaler au référent de votre centre le jour de l'étude.
Si vous souhaitez participer à l'étude, merci de signer le formulaire ci-dessous.

Je soussigné ……., est disposé à participer à l'étude dans les conditions décrites ci-dessus.

Date : ……..

Lieu : ……

Signature

Nous vous remercions de votre participation.

Coordinateurs :

Pr Dismand Houinato, Laboratoire d'Epidémiologie des Maladies Chronique et Neurologiques (LEMACEN), Abomey-Calavi

Dr Emilie Auditeau, UMR 1094 Inserm Neuroépidémiologie Tropicale (NET), Limoges

Annexe 3 : Demande d'autorisation et pièces jointes

Cotonou, le 03 Juin 2021

A

Madame la Directrice de l'INMeS/Monsieur le Vice-Doyen de l'UFR de médecine

Objet : Demande d'autorisation

Madame la directrice/Monsieur le Vice-Doyen,

Je viens solliciter de votre bienveillance l'autorisation de collecter des données auprès des étudiants(es) infirmiers(ères) en fin de formation.

En effet, dans le cadre de la rédaction de ma thèse, je souhaite évaluer les connaissances, aptitudes et pratiques en matière de santé mentale, (troubles psychiques) des étudiants en fin de formation en médecine, pharmacie et soins infirmiers. Chaque collecte sera suivie d'une séance d'information pour les étudiants.

En vous remerciant de votre disponibilité, je vous adresse, Madame la directrice, mes meilleures salutations.

PJ :

1. Accord du comité d'éthique
2. Exemplaire du questionnaire administré

INFORMATION AU VICE-DOYEN ET CONSENTEMENT DE PARTICIPATION

Information

- Objectifs généraux de la recherche : Evaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière de santé mentale, (troubles psychiques) chez les futurs médecins, pharmaciens et infirmières de Cotonou
- Procédure (déroulement pour le participant) : Une journée (soit 1h) pour le remplissage du questionnaire de recherche en ligne et une autre journée pour la conférence
- Avantages et bénéfices pour les participants : Améliorer les connaissances, attitudes et pratiques des étudiants concernés
- Inconvénients et risques éventuels pour les participants : Possibilité de rater une journée de stage
- Accès aux résultats de la recherche : Chaque étudiant pourra avoir accès aux résultats s'il le désire

Consentement de participation à la recherche

Sur la base des informations qui précèdent, je confirme mon accord pour que mon établissement participe à la recherche sur les troubles mentaux (Neuropsychiques), et j'autorise:

La récolte de données (par un questionnaire en ligne)

La réalisation d'une conférence dans le but d'éclaircir les points d'ombre

L'utilisation des données à des fins scientifiques sachant que les données resteront anonymes et qu'aucune information ne sera donnée sur son identité

J'accorde volontairement le droit à mon établissement de participer à cette recherche. J'ai été informé du fait que je peux demander son retrait de la recherche en tout temps sans fournir de justifications et que je peux, le cas échéant, demander la destruction de ses données. Ce consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Date et signature

ANNEXE 4 : Lettre du Comité d'Ethique



UNIVERSITE DE PARAKOU

COMITE LOCAL D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE BIOMEDICALE

(CLERB-UP)

Parakou le 18 mai 2021

REF : 0412 /CLERB-UP/P/SP/R/SA

Le COMITE LOCAL D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE BIOMEDICALE de l'Université de Parakou (CLERB-UP) s'est réunie en sa session du 18 mai 2021. Il a étudié le dossier du projet intitulé « **Connaissance Attitude et Pratique à la Sortie des Etudes en Santé sur Troubles Psychiques, Troubles Neurocognitifs et Epilepsie**».

Ledit projet d'étude est soumis par Pr **Dismand HOUINATO** (LEMACEN BENIN).

Les observations suivantes ont été faites.

I. Présentation

✓ Rien à signaler.

II. Conformité

Le protocole respecte les règles Ethiques. Avis favorable.

Pour le CLERB-UP, le Président

Comité Local d'Ethique pour la Recherche Biomédicale Université de Parakou Président

Professeur Simon A AKPONA

NOTE IMPORTANTE : Les avis du CLERB-UP ne constituent que des avis et la responsabilité du CLERB-UP ne peut nullement être engagée dans le déroulement et la conduite des projets qui lui sont soumis. Cet avis n'est valable que pour ce projet.

COMITE LOCAL D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE BIOMEDICALE DE L'UNIVERSITE DE PARAKOU (CLERB-UP), BP 123 Parakou, Faculté de Médecine

UNIVERSITE DE PARAKOU

COMITE LOCAL D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE BIOMEDICALE

(CLERB-UP)

Parakou le 18 mai 2021

REF: 0442./CLERB-UP/P/SP/R/SA

AVIS ETHIQUE

Le COMITE LOCAL D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE BIOMEDICALE de l'Université de Parakou (CLERB-UP) s'est réunie en sa session du 18 mai 2021. Il a étudié le dossier du projet d'étude « **Connaissance Attitude et Pratique à la Sortie des Etudes en Santé sur Troubles Psychiques, Troubles Neurocognitifs et Epilepsie** ».

Ledit projet d'étude est soumis par Pr **Dismand HOUINATO** (LEMACEN BENIN).

Après étude et clarification, ledit projet tel que présenté est conforme et respecte les principes éthiques fondamentaux (respect de la dignité et de la liberté des personnes, respect du principe de bienfaisance et de non malfaisance).

En conséquence le CLERB-UP déclare que ce projet respecte les principes éthiques et en donne un avis favorable.

Pour le CLERB-UP, le Président

Comité Local d'Ethique pour la Recherche Biomédicale Université de Parakou Président

Professeur Simon A AKPONA

NOTE IMPORTANTE : Les avis du CLERB-UP ne constituent que des avis et la responsabilité du CLERB-UP ne peut nullement être engagée dans le déroulement et la conduite des projets qui lui sont soumis. Cet avis n'est valable que pour ce projet.

COMITE LOCAL D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE BIOMEDICALE DE L'UNIVERSITE DE PARAKOU (CLERB-UP), BP 123 Parakou, Faculté de Médecine

Table des matières

Table des matières

Liste des Enseignants ii
Dédicaces xiv
Remerciements xviii
Hommages xxiii
Liste des sigles et abreviations xxiv
Liste des tableaux xxvi
Liste des figures xxix
Sommaire xxxii
Introduction 1
1. Généralites 5
1.1. Rappels 6
1.1.1. Définitions de quelques concepts 6
1.1.2. Classification 8
1.1.3. Historique 12
1.2. Etiologies des troubles neuropsychiques 14
1.3. Diagnostic des troubles neuropsychiques 17
1.3.1. Diagnostic positif 17
1.3.2. Diagnostics différentiels 32
1.4. Evolution et Pronostic 33
1.4.1. Evolution 33
1.4.2. Pronostic 34
1.5. Traitement 37
1.5.1. But 37
1.5.2. Moyens 37
1.5.3. Indications 38
2. Cadre et méthodes de l'étude 40
2.1. Cadre d'étude 41

2.1.1. La FSS de Cotonou....41
2.1.2. INMeS....42
2.2. Méthode d'étude....42
2.2.1. Type et période d'étude....42
2.2.2. Population d'étude....43
2.2.3. Echantillonnage....43
2.2.4. Collecte de données....44
2.2.5. Variables étudiées....46
2.3. Traitement et analyse des données....47
2.4. Considérations éthiques....47
2.4.1. Dispositions administratives....47
2.4.2. Consentement pour participer à l'étude....47
2.5. Limites et difficultés....48
3. Résultats....49
3.1. Diagramme de flux de participants à l'étude....50
3.2. Description de la population d'étude....51
3.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des sujets....51
3.2.2. Répartition des étudiants selon leur formation sur les troubles psychiques....52
3.2.3. Répartition des étudiants selon leur niveau d'information sur les troubles psychiques....53
3.2.4. Sources d'information des étudiants enquêtés sur les troubles neuropsychiques....54
3.2.5. Evaluation des étudiants connaissances sur les troubles psychiques chez les étudiants....55
4. Discussion....78
4.1. Atteinte des objectifs....79
4.2. Validité des résultats....79
4.3. Comparaison des résultats....79

4.3.1. Caractéristiques sociodémographiques des étudiants 80
4.3.2. Connaissances sur les troubles neuropsychiques 83
4.3.3. Attitudes relatives aux troubles neuropsychiques 83
4.3.4. Pratiques relatives aux troubles neuropsychiques 84
4.3.5. Niveau CAP global des étudiants 84
Conclusion et suggestions 86
Références 90
Annexes ..... a
Table des matières ..... r

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple béninois et en présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être 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. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers les maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure

VU LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

RESUME

Introduction : Les troubles neuropsychiques constituent un problème de santé publique. Les étudiants en fin de formation, premiers acteurs de la prise en charge semblent être confrontés à des difficultés de prise en charge et pourtant aucune étude n'a évalué cette situation au Bénin. Notre étude avait pour objectif d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) sur les troubles neuropsychiques à la sortie étude en santé au Bénin en 2021.

Cadre et méthodes : Notre étude s'est déroulée à Cotonou, plus précisément à la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) et à l'Institut National Médico-Sanitaire (INMeS). L'étude a été menée de façon transversale du 28 juillet au 23 septembre 2021 chez 107 étudiants à la sortie des études en santé. Les données ont été collectées à l'aide d'un auto questionnaire standardisé qui comprenait outre les données sociodémographiques, des questions sur la connaissance, les attitudes et pratiques. Les variables qualitatives ont été décrites en utilisant les pourcentages et les quantitatives par une moyenne et un écart type. Les fréquences ont été comparées à l'aide du test de Chi2 (α=5%)

Résultats : Les 107 étudiants enquêtés étaient répartis en : 75 étudiants en médecine (70,09%), 19 en sciences infirmières (17,76%) et 13 en pharmacie (12,15%). Cinquante-huit (58) étudiants étaient de sexe masculin (54,13%) et quarante-neuf (49) étaient de sexe féminin (45,87%) soit une sex-ratio de 1,18. L'âge moyen des participants était de 23,83 ans ± 2,27 ans avec des extrêmes de 18 ans et 30 ans. La tranche d'âge des 18-24 ans était la plus représentée (67,89 %). Le score moyen de connaissance des étudiants sur les troubles neuropsychiques était de 4,66 ± 0,57, le score moyen d'attitudes des étudiants sur les troubles neuropsychiques était de 4,44 ± 0,73, le score moyen des pratiques des étudiants sur les troubles neuropsychiques était de 4,81 ± 0,46, le score global CAP moyen était de 18,06 ± 1,57. Sur les 107 étudiants enquêtés, 14 soit 13,08% avaient un score CAP moyen ; et 93 soit 86,92% avaient un score CAP élevé.

Conclusion : Les étudiants en santé ont un niveau élevé de connaissances, d'attitudes et de pratiques sur les troubles neuropsychiques au Bénin. Il est néanmoins important de développer d'autres programmes de formation professionnelle continue pour améliorer le niveau de compétence des étudiants en santé.

Mots-clés : Troubles neuropsychiques – Connaissances – Attitudes – Pratiques – Etudiants - Fin de formation - Bénin.

Abstract

Introduction: Neuropsychic disorders are a public health problem. Students at the end of their training, who are the first actors in care, seem to face difficulties in providing care, and yet no study has assessed this situation in Benin. Our study aimed to assess knowledge, attitudes and practices (KAP) on neuropsychic disorders at the end of the health study in Benin in 2021.

Methods: Our study took place in Cotonou, more precisely at the Faculty of Health Sciences (FSS) and at the National Medico-Sanitary Institute (INMeS). The study was carried out cross-sectionally from July 28 to September 23, 2021 among 107 students leaving health studies. The data were collected using a standardized self-administered questionnaire which included, in addition to socio-demographic data, questions on knowledge, attitudes and practices. Qualitative variables were described using percentages and quantitative by mean and standard deviation. Frequencies were compared using Chi2 test (α=5%)

Results: The 107 students surveyed were divided into: 75 students in medicine (70.09%), 19 in nursing sciences (17.76%) and 13 in pharmacy (12.15%). Fifty-eight (58) students were male (54.13%) and forty-nine (49) were female (45.87%) for a sex ratio of 1.18. The mean age of the participants was 23.83 years ± 2.27 years with extremes of 18 years and 30 years. The 18-24 age group was the most represented (67.89%). The mean score of students' knowledge of neuropsychic disorders was 4.66 ± 0.57, the mean score of attitudes of students on neuropsychic disorders was 4.44 ± 0.73, the mean score of student practices on neuropsychic disorders was 4.81 ± 0.46, the mean overall CAP score was 18.06 ± 1.57. Among the 107 students surveyed, 14 either 13.08% had an average KAP score; and 93 either 86.92% had a high KAP score.

Conclusion: Health students have a high level of knowledge, attitudes and practices about neuropsychic disorders in Benin. It is nevertheless important to develop other continuing professional training programs to improve the skill level of health students.

Keywords: Neuropsychic disorders – Knowledge – Attitudes – Practices – Students - End of training - Benin