

ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET CLINIQUES DES PATIENTS CONSULTANT AU CENTRE DE GUIDANCE INFANTILE D'ABIDJAN EN 2011

Auteurs

E Mara¹
C Assi-Sedji¹
S Ipou²
AM Koua¹
YJ Yeo-Tenena³
D Kone²

Service

1- Médecin, Centre hospitalier et universitaire de Bouaké (Côte d'Ivoire)

1- Maître-assistant en pédo-psychiatrie, Centre hospitalier et universitaire de Bouaké (Côte d'Ivoire)

2- Maître-assistant en psychiatrie, Hôpital Psychiatrique de Bingerville (Côte d'Ivoire)

1- Maître-assistant en psychiatrie, Centre hospitalier et universitaire de Bouaké (Côte d'Ivoire)

3- Maître de conférences agrégé en psychiatrie, Service d'Hygiène Mentale de l'INSP d'Abidjan (Côte d'Ivoire)

2- Professeur titulaire de psychiatrie, Hôpital Psychiatrique de Bingerville (Côte d'Ivoire)

Correspondance

Assi-Sedji Catherine

E-mail: assicatherine@yahoo.fr

25 BP1749 Abidjan 25

RESUME

Objectif : décrire les aspects épidémiologiques et cliniques des patients consultant au Centre de Guidance Infantile.

Patients et méthodes : nous avons mené une étude transversale descriptive au centre de guidance infantile d'Abidjan du 05 juillet au 29 octobre 2011. Elle a inclus 102 enfants et adolescents, dont les parents étaient consentants pour l'étude.

Résultats : L'âge médian de nos patients était de 7 ans (extrême : 9 mois-16 ans) dont 54 garçons et 48 filles soit une sex-ratio de 1,125. Les patients vivaient en majorité (58,8%) au sein de la cellule familiale. Au niveau clinique, 27,5% des enfants étaient issus de grossesses pathologiques. La souffrance fœtale aiguë (30,4%) était la plus fréquente des complications. 73 enfants soit 71,6% présentaient des antécédents médicaux dont les convulsions (41,2%) et l'ictère néonatal (15,7%). L'âge moyen du dépistage des troubles mentaux était de 5,5 ans. Les diagnostics les plus fréquents étaient l'épilepsie (15,7%) le retard mental (11,8%), les troubles envahissants du développement (11,8%) et la trisomie 21.

Conclusion : Dans le souci d'améliorer la prise en charge psychiatrique de l'enfant, il s'avère nécessaire d'initier une politique de dépistage précoce de ces affections.

Mots clés : enfants, troubles mentaux, Abidjan

ABSTRACT

Objective: describe the epidemiological and clinical aspects of patients consulting child guidance center.

Patients and methods: We conducted a descriptive cross-sectional study in child guidance center in Abidjan from July 5th to October 29th, 2011. It included 102 children and adolescents, whose parents were willing to study.

Results: Our patients median age was 7 years old (range: 9 months- 16 years), with 54 boys and 48 girls, for a sex ratio of 1.25. Patients lived in majority (58.8%) within the family unit. At the clinical level, 27.5% of the children were born after pathologic pregnancies. The acute fetal distress was the most common complication during the childbirth. 73 children (71.6%) presented medical histories included the convulsions (41.2%) and the neonatal icterus (15.7%). The mean age of disease screening was 5.5 years. The most frequent diagnostics were the epilepsies (15.7%), the mental delay (11.8%), pervasive development disorder (11.8%) and trisomy (21%)

Conclusion: In order to improve the child psychiatric care, it is necessary to initiate an early detection policy of these diseases.

Key words: children, mental disorders, Abidjan

INTRODUCTION

Les troubles mentaux sont universels et n'épargnent aucune catégorie sociale. Des études menées dans différentes communautés ont estimé la prévalence globale des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent à 20% dans plusieurs contextes nationaux et culturels [Bird 1996, Bailly 2002]. Ces troubles peuvent avoir d'importantes répercussions sur les individus, leur famille et la communauté. En effet, Si les enfants et les adolescents souffrant de troubles mentaux ne reçoivent pas de traitement approprié, leurs difficultés risquent de persister et leurs perspectives sur le plan social, éducatif et professionnel s'en trouveront réduites.

En outre, l'application dès l'enfance, de mesures préventives et le traitement précoce des troubles psychologiques mineurs peuvent réduire la morbidité psychiatrique à l'âge adulte et permettre à ces personnes de mener une vie normale [Verhulst 1995]. En Côte d'Ivoire, les besoins en psychiatrie infantile sont apparus au cours des consultations faites à l'Institut National de Santé Publique par le service de psychiatrie sociale en 1969. C'est devant l'importante demande de consultation en pédopsychiatrie que le centre de guidance infantile a été mis en place en 1974. Quarante ans plus tard il reste la seule structure publique de soins avec un pédopsychiatre pour 1 446 204 enfants et adolescents et l'absence de possibilité d'hospitalisation. L'objectif de notre étude est de faire le point sur les aspects sociodémographiques et cliniques des enfants consultants dans ce centre en vue de la mise en place de nouvelles stratégies de soins.

PATIENTS ET MÉTHODES

Patients

Type, période d'étude, cadre et population de l'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive. Elle s'est déroulée au centre de guidance infantile d'Abidjan du 05 juillet 2011 au 29 octobre 2011. Le centre de guidance est la structure de référence de tous les centres de prise en charge psychiatrique des enfants à Abidjan. Il a été créé en avril 1974. Il reçoit en moyenne 477 nouveaux patients par an répartis sur toute la Côte d'Ivoire. L'échantillon d'étude était constitué de cent deux (102) patients ayant reçu des soins dans cette institution durant la période de l'étude.

Critères d'inclusion et non inclusion

Ont été inclus les patients ayant un dossier médical au centre de guidance infantile, et ayant bénéficié d'une prise en charge au moment de l'enquête. N'ont pas été inclus les patients de plus de 18 ans, orientés vers un autre service après la première consultation ou dont le parent avait refusé de participer à l'enquête.

Méthodes

Déroulement de l'enquête et méthode de recueil des données

Les données ont été recueillies à partir des fiches d'enquête préétablies et du dossier médical du patient. Les diagnostics, quand cela était possible, ont été établis selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (quatrième édition) à partir des données du dossier médical et ont été validés par un pédopsychiatre de la structure. La fiche d'enquête renseignait sur les aspects socio-démographiques (âge sexe scolarité, type de famille, niveau d'étude des parents), les antécédents médicaux, et la symptomatologie (motifs de consultations, diagnostics)

Aspects éthiques

L'étude a été réalisée avec l'autorisation des autorités de l'Institut National de Santé Publique. Nous avons informé tous les parents interrogés de l'intérêt de l'étude afin d'obtenir leur consentement libre et éclairé.

Analyse statistique

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées avec le logiciel Epi info version 6.04. L'analyse des données était descriptive et analytique. La comparaison des variables qualitatives a été réalisée par des tests de χ^2 ou le test exact de Fisher en cas d'effectifs théorique inférieur à 5. Une valeur de $P < 0,05$ a été considérée comme significative.

RÉSULTATS

Caractéristiques socio-démographiques

Les données socio-démographiques sont représentées dans le tableau I et II

Tableau I : répartition de la population selon les données sociodémographiques

| Données sociodémographiques | | Effectifs (n=102) | (%) |
|--|--------------|----------------------|------|
| Age | [0-5[| 40 | 39 |
| | [5-12[| 50 | 49 |
| | [12-16[| 12 | 12 |
| Sexe | masculin | 54 | 53 |
| | féminin | 48 | 47 |
| Scolarité | oui | 56 | 55 |
| | non | 46 | 45 |
| | mère | 25 | 24,5 |
| Type de famille avec qui vit l'enfant | père | 6 | 5,9 |
| | père et mère | 60 | 58,8 |
| | autre | 11 | 10,8 |

Au total 48 filles et 54 garçons soit une sexe-ratio de 1,125. L'âge médian était de 7 ans avec des extrêmes de 09 mois à 16 ans. 56 enfants sur les 102 de l'étude étaient scolarisés ((54,9%). Parmi les enfants scolarisés, 96% l'étaient dans une école normale et 4% dans une école spécialisée.

Les patients vivaient avec les deux parents dans 58,8% des cas. Au niveau du rang dans la fratrie, la position de benjamin représentait 32,4% dans la lignée maternelle et 35,2% dans la lignée paternelle, et celle d'enfant unique 25,6% chez les deux parents. Les aînés ne représentaient que 10% dans la lignée paternelle contre 22,5% dans la lignée maternelle.

Tableau II : Répartition de la population selon le niveau d'étude des parents

| niveau d'étude | Père | | Mère | |
|----------------|------|------|------|------|
| | n | % | n | % |
| supérieur | 47 | 46,1 | 31 | 30,4 |
| secondaire | 25 | 24,5 | 29 | 28,4 |
| primaire | 16 | 15,7 | 23 | 22,5 |
| Non scolarisé | 12 | 11,8 | 19 | 18,6 |
| Sans précision | 2 | 2 | 0 | 0 |
| total | 102 | 100 | 102 | 100 |

46,1% des pères avaient un niveau scolaire supérieur et un revenu mensuel élevé dans 30,4% des cas, tandis que 42,2% des mères avaient un revenu mensuel faible et un niveau scolaire supérieur dans 31% des cas. 75,5% des pères et 78,4% des mères provenaient de la ville d'Abidjan.

Caractéristiques cliniques

Au niveau des antécédents néonataux

27,5% des enfants étaient issus de grossesses pathologiques. Les complications étaient infectieuses (47%), obstétricales (25%) et métaboliques (21 %). Chez ces patients nés à terme(81%), par voie basse(86,3%) ou par césarienne(13,7%),25% des accouchements étaient compliqués et la souffrance fœtale aigue représentait 30,4% des complications. 40 % des enfants accusaient un retard psychomoteur dans leur première année de vie. 73 enfants soient 71,6 % de la population étudiée présentaient des antécédents **médicaux** dont les convulsions(41,2%), l'ictère néonatal (15,7%), neuropaludisme (10,8%).

Seulement 8,8% des mères et aucun père déclaraient avoir bénéficié d'une aide psychiatrique. 5,9% des enfants avaient un frère ou une sœur qui fréquentait également le Centre de Guidance Infantile.

Les motifs de consultation sont présentés dans le tableau III

Tableau III : Répartition des enfants selon le motif de consultation

| Motifs de consultation CGI | n | % |
|----------------------------|-----|-------|
| trouble du langage | 26 | 25,5 |
| trouble du comportement | 12 | 11,8 |
| trouble psychomoteur | 35 | 34,3 |
| trouble neurologique | 7 | 6,9 |
| difficultés scolaires | 9 | 8,8 |
| autre | 13 | 12,7 |
| total | 102 | 100,0 |

54,9% des enfants avaient fait leur première consultation moins d'un an après le début des troubles.

Les diagnostics les plus évoqués sont présentés dans le tableau IV

Tableau IV : répartition des enfants selon le diagnostic et l'âge de dépistage.

| Diagnostics | n | % | Age en année (ET) |
|---|-----|------|-------------------|
| Epilepsie | 16 | 15,7 | 3,5 (4,6) |
| Retard mental | 12 | 11,8 | 5,7 (3,5) |
| Trouble envahissant du développement | 12 | 11,8 | 4,6 (2,3) |
| Trisomie 21 | 12 | 11,8 | 2,0 (1,6) |
| Infirmité motrice cérébrale | 9 | 8,8 | 1,7 (1,6) |
| Trouble phonologique | 8 | 7,8 | 5,5 (4,3) |
| Trouble de l'apprentissage | 6 | 5,9 | 7,5 (1,8) |
| Déficit de l'attention et comportements perturbateurs | 5 | 4,9 | 9,2 (5,0) |
| Polyhandicap | 4 | 3,9 | 2,5 (2,5) |
| Autre | 8 | 7,8 | 9,5 (5,0) |
| Pas de diagnostic | 10 | 9,8 | 6,3 (4,8) |
| Total | 102 | 100 | |

L'âge moyen de dépistage des troubles variait entre 2 ans et 9 ans. Alors que la trisomie était diagnostiquée vers l'âge de 2 ans, le déficit de l'attention et les comportements perturbateurs l'étaient autour de 9 ans.

Chez 25 des 102 enfants que comptait l'échantillon, il existait une notion de comorbidité. L'épilepsie + le polyhandicap représentaient 28% des comorbidités, ensuite venait l'épilepsie associée aux troubles envahissants du développement (16%) et au retard mental (12%).

DISCUSSION

Au niveau des Caractéristiques sociodémographiques

Notre étude révèle une prédominance masculine avec une sex-ratio de 1,125. Cette sex-ratio est inférieure à celle retrouvée par Dassa et al [2008] dans leur étude sur les pathologies mentales infantiles au centre hospitalier universitaire de Lomé, Togo. Elle confirme néanmoins la surreprésentation masculine en pédopsychiatrie [bettschart et al 1978, casadebaig et al 1978]. Cette tendance classique s'expliquerait par deux grands types d'hypothèses rapportées par Chevalier [1988]. Selon une première hypothèse, cette surreprésentation, reflet d'une réelle surmortalité masculine serait d'une part biologique : les garçons ont une plus grande fragilité psychologique que les filles et d'autre part psychodynamique et culturelle: les garçons étant l'objet d'attentes beaucoup plus importantes, subiraient ainsi une pression stressante plus forte que les filles, alors qu'ils ont un développement plus lent.

Une seconde hypothèse explique cette sex-ratio comme le produit d'une vigilance particulière à l'égard des garçons avec pour conséquence : une plus grande mobilisation des familles pour les garçons à la moindre anomalie et le caractère externalisé des troubles des garçons à la fois plus bruyants et plus gênants qui attirent plus l'attention et obligent à chercher des solutions. Jusqu'à présent, il n'est pas possible de faire la part entre ces différentes explications qui semblent toutes posséder un certain degré de validité.

Par ailleurs, si la prédominance des garçons est dans l'ensemble certaine, quelques résultats montrent qu'elle n'est pas constante selon l'âge et qu'elle s'atténue, voire s'inverse avec l'adolescence. La majorité des patients âgés de 2 à 8 ans que nous rapportons dans notre étude est contraire à celle de Mandah[1996] qui notait une prédominance des grands enfants et des adolescents, mais proche de celui de Kouao[2000] qui constatait quant à lui un rajeunissement de la population fréquentant le centre de guidance infantile d'Abidjan. Ce rajeunissement de la population pourrait être lié à l'augmentation des taux de scolarisation et au rajeunissement de l'âge scolaire [Ministère famille 2006]. L'école permettrait ici de détecter plus rapidement les différents troubles présentés par les enfants.

Concernant la scolarisation, Sur les 90% des enfants de la population d'étude qui était en âge d'être scolarisée, seulement 59,4 % l'était effectivement. Ce chiffre peut sembler bas mais il est conforme à la moyenne nationale qui est de 60% [Ministère famille 2006]. 57 % de la population scolarisée l'était dans un établissement privé. Ce choix de l'enseignement privé pourrait être lié aux effectifs pléthoriques dans les classes des écoles publiques, frein à un bon encadrement et à la scolarité chaotique de la plupart des enfants (nombreux redoublements, problèmes de discipline ...) source d'exclusion de l'école publique. Seulement 3,6 % des patients étaient inscrits dans une école spécialisée. Certes les directives actuelles de l'OMS préconisent l'intégration des enfants malades dans le circuit scolaire normal le plus longtemps possible [OMS 2005], mais en Côte d'Ivoire il faut trouver la cause dans la rareté des structures d'accueil spécialisées et le coût souvent prohibitif de la scolarité dans ces structures.

Par ailleurs dans notre étude, ce sont les benjamins et les enfants uniques qui sont les plus représentés. Ces résultats sont semblables à ceux de Kouakou [1998] et s'expliquerait par la grande attention dont bénéficierait l'enfant unique. Pour les benjamins, les parents du fait de l'expérience acquise ou de la surprotection de ces derniers seraient plus à même de détecter d'éventuels troubles.

La majorité des enfants vivaient avec leurs deux parents. C'est comme si la stabilité familiale permettait une meilleure prise en charge des difficultés de l'enfant. Cependant le pourcentage de parents séparés était élevé (40%). Ce taux important de séparation peut être lié à la maladie de l'enfant, ce qui pose le problème de l'influence du handicap sur la structure familiale [Portalier 2005]. Le bébé porteur de handicap représente toujours une blessure narcissique pour ses parents. Dès lors se pose le problème de la responsabilité. Son handicap « témoigne » de la faute, de l'erreur. Le bébé « raté », mauvais objet d'une faute inconsciente, ne peut pas devenir sujet [Portalier 2005]. Mais il peut s'agir de la situation inverse c'est-à-dire que c'est la séparation des parents qui déclenche la pathologie comme le soutient Chombart de Lauwe [1959] qui notait une plus grande fréquence de troubles chez les enfants de foyers désunis.

Seulement 6% des pères étaient responsables de leurs enfants en cas de séparation des parents. Ce résultat nous emmène à nous interroger sur la place du père dans la prise en charge des patients.

Chez les deux parents le niveau du supérieur était le plus représenté avec un pourcentage de 46,1% pour les pères et 30,4% pour les mères. Ces taux sont plus élevés que la moyenne nationale [Ministère famille 2006] Ce qui pose la question de l'accessibilité du centre de guidance à la population de faible niveau scolaire.

Au niveau des caractéristiques cliniques

Deux tiers des mères déclaraient avoir bénéficié d'un bon suivi médical durant leur grossesse. Ce taux est plus élevé que la moyenne nationale qui est de 60% [Ministère famille 2006]. Plus du tiers de ces grossesses avaient connu des complications surtout infectieuses (toxoplasmose, rubéole, varicelle ...). La Côte d'Ivoire comptait en 2006, 1691 centres de santé et 2654 sages-femmes pour 16 millions d'habitants [Ministère Santé 2006] et pourtant les problèmes liés aux infections pendant la grossesse et aux difficultés lors de l'accouchement demeurent. Ceci pose le problème non seulement de la qualité des soins mais également de l'observance des différentes prestations faites. Par ailleurs le déroulement de l'accouchement a un impact direct sur l'état de santé des enfants. Ainsi sur les 86,3 % des enfants nés par voie basse, 25,8 % des cas d'accouchement avaient été émaillé de complications. Ce pourcentage est inférieur au 31% de Kouakou [1998]. La souffrance fœtale aigüe était la complication la plus fréquente au cours de l'accouchement. En effet seulement 13,7% des accouchements s'étaient déroulés par césariennes.

Dans notre étude, comme souvent dans les pays en développement la grossesse et l'accouchement ont un rôle important dans la survenue des maladies mentales infantiles [Mandah 1996] Mais il existe d'autres facteurs de risque, notamment les maladies de la petite enfance. Les antécédents médicaux sont dominés par des affections qui sont classiquement décrites comme à haut risque de séquelles neurologiques [Bailly 2002]. Mais ces affections peuvent être prévenues et les séquelles peuvent être évitées par une bonne couverture sanitaire, le respect du calendrier de vaccination et une surveillance rigoureuse de la santé des enfants comme le souligne Kouakou [1998].

Notre étude révèle que les motifs de consultation au centre de guidance sont dominés par les troubles psychomoteurs. Ce résultat est conforme aux résultats d'études antérieures menées au Centre de Guidance Infantile [Mandah 1996, Kouakou 1998] Cette prédominance des troubles psychomoteurs est logique si l'on considère les antécédents

médicaux des patients.

L'analyse de l'âge des enfants à la première consultation en fonction du diagnostic met en évidence le retard engendré par notre système de santé quant au dépistage et la prise en charge des affections mentales infanto-juvéniles. Les exemples suivants illustrent bien nos propos. Dans notre étude le diagnostic de la trisomie se faisait en moyenne à l'âge de deux ans alors que c'est un diagnostic qui se fait à la naissance et même avant. Les troubles envahissants du développement se diagnostiquaient en moyenne à 4 ans quand l'OMS situe l'âge du diagnostic à 18 mois [OMS 2001]. Concernant le retard mental et autre handicap, l'INSERM dans son enquête sur les troubles mentaux [Bailly 2002] estimait que la plupart des handicaps ou déficiences d'origine périnatale peuvent être dépistés dans les trois premières années de l'enfant. Les handicaps majeurs sont décelables dès les premiers mois, les handicaps sévères le sont entre six et douze mois, tandis que le diagnostic des atteintes plus modérées est établi vers l'âge de deux ans.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis de déterminer le profil socio-démographique des patients consultant au centre de guidance infantile d'Abidjan. Malgré la persistance de la prédominance masculine, nous avons noté un rajeunissement progressif de la population consultant au Centre de Guidance Infantile et une évolution dans les motifs de consultation vers une prédominance des troubles psychomoteurs et du langage. Même si l'épilepsie représente le diagnostic le plus fréquent, l'âge de dépistage des différentes pathologies reste tardif ce qui traduit une méconnaissance des pathologies mentales infantiles par la population en général et l'absence d'informations dans les médias sur les activités et objectifs du Centre de Guidance Infantile.

RÉFÉRENCES

- Bailly D, Bouvard M, Casadebaig F et al. [2002]. Troubles mentaux, dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Ed. INSERM, Paris; 887p
- Bettschart W., Henny R., Bolognini M. [1978] La surreprésentation des garçons par rapport aux filles dans les consultations de psychiatrie d'enfants. *Psychiatrie de l'Enfant* ; 21(1) :297-304.
- BIRD H. [1996] Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*; 37: 35-49.
- Casadebaig F, Chevalier A, Diatkine R, Gabe L, Lebovici S. [1978] L'étude du paramètre sexe dans les cas suivis en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *Psychiatrie de l'Enfant* ; 21 (1) :237-95
- Chevallier P. [1988] Population infantile consultant pour des troubles psychologiques. *Population*; 43(3):611-38
- Chombart De Lauwe M.J. [1959] Psychopathologie sociale de l'enfant inadapté. CNRS ; 275p.
- Dassa KS, Mbassa-Menick D, Tabo A et al. [2008] Etude rétrospective des pathologies mentales infantiles au centre hospitalier universitaire de Lomé, Togo. *J. Rech.sci.Univ. Togo* ; 10 (1) : 115-25
- Kouakou BAM. [1998] Les troubles psychomoteurs chez l'enfant africain et leur prise en charge au centre de guidance infantile d'Abidjan. 80p. Thèse Méd. Univ Cocody, 2051*
- Kouao BA. [2000] La prise en charge de la déficience mentale. le cas de l'institut medico-pédagogique de Vridi. 97p. Thèse Méd. Univ Cocody, 2523*
- 10 Mandah OME. [1996] La demande en hygiène mentale infantile. Expérience du centre de guidance infantile d'Abidjan de 1970 à 1990. 90p. Thèse Méd. Univ Cocody , 1530*

- Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant [2006] : statistiques des enfants et de la famille, Abidjan.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique [2006]. Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation, Côte d'Ivoire.
- OMS. [2005] Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Guide des politiques et des services de santé mentale, Genève.
- OMS. Rapport sur la santé dans le monde. La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs 2001, Genève.
- Portalier S. [2005] L'enfant handicapé dans sa famille : des relations complexes pour construire une identité originale. *Reliance* ; 4(8) : 43-8
- Verhulst FC. [1995] A review of community studies. In: Verhulst FC (Ed); Koot HM.(Ed) *The epidemiology of child and adolescent psychopathology*. Oxford University Press; New York; pp. 1-21