



## Article Original

## Bilan d'un An d'Activités Médico-Hospitalières au Service B de Psychiatrie à l'Hôpital Jamot (Yaoundé)

*Review of one year of hospital activities in the psychiatry department B of Jamot hospital (Yaoundé)*

Mbongo'o GC<sup>1,2</sup>, Mbole J<sup>3</sup>, Banga Nkomo DD<sup>1</sup>, Menguene JL<sup>4</sup>, Mendimi Nkodo JM<sup>3,2</sup>, Awana AP<sup>5,2</sup>, Nko'o Amvene MR<sup>3</sup>, Eyoum C<sup>6,7</sup>, Basseguin Atchou JG<sup>8</sup>, Ntone Enyime F<sup>3,9</sup>

### RÉSUMÉ

**Introduction.** Les données descriptives hospitalières concernant l'activité psychiatrique du service B de l'hôpital Jamot de Yaoundé, qui fonctionne avec deux psychiatres, nous semblent dignes d'intérêts. L'hôpital de référence du Cameroun pour les troubles mentaux, connaît peu d'études sur la question. Le but de ce travail était de décrire les profils cliniques des patients hospitalisés et de caractériser les modalités de leur séjour en hospitalisation. **Matériels et méthodes.** Notre étude a été transversale descriptive à partir des archives, et rétrospective du 1<sup>er</sup> Novembre 2019 au 31 Octobre 2020. Tous les cas inclus ont été vus soit par un médecin généraliste soit par un spécialiste. **Résultats.** Nous avons enregistré 577 patients (dont 57 % d'hommes), avec un âge moyen de 35 ans  $\pm 2,73$ , dont 60 % pour les 18 à 35 ans. Les hospitalisés ont été admis par les médecins généralistes à partir du service des urgences de l'hôpital (70 %). Le taux de re-hospitalisation dans l'année a été de 5 %. La durée moyenne de séjour a été de 9 jours. Les trois motifs d'hospitalisation les plus fréquents étaient : trouble psychotique bref (21,49 %), trouble psychotique induit par une substance addictive (19,23 %), les schizophrénies (15,77 %). La comorbidité principale était les événements gynéco-obstétriques (30 %) et la co-infection au HIV (24 %). 23 % des hospitalisés ont fugué, 15 % sont sortis avant 3 jours et 13 % sont sortis contre avis médical. Le garde-malade était la mère dans 30 % cas. **Conclusion.** L'absence des données sociodémographiques de notre petite population, recommande d'autres recherches, notamment en tenant compte de la situation des migrants dans notre pays.

### ABSTRACT

**Introduction.** The descriptive hospital data concerning the psychiatric activity of department B of the Jamot hospital in Yaoundé, which operates with two psychiatrists, seems worthy of interest to us. The Cameroon Reference Hospital for Mental Disorders knows only too few studies on the issue. **Goals.** This involves describing the clinical profiles of hospital patients and characterizing the modalities of their hospital stay. **Methodology.** Our study was descriptive from the archives, and retrospective from November 1, 2019 to October 31, 2020, in 1 year of hospitalization activity. The article was written from November 1, 2020 to January 31, 2021. All included cases were seen by either a general practitioner or a specialist. **Results.** We registered 577 patients (57% of whom were men), with a mean age of 35  $\pm 2.73$ , 60% of which were 18 to 35 years old. The hospitalized were admitted by general practitioners from the general emergency in the hospital (70%). The rate of rehospitalization twice a year was 5%. The average length of stay was 9 days. The three main reasons for hospitalization are: brief psychotic disorder (21.49%), psychotic disorder induced by an addictive substance (19.23%), schizophrenia (15.77%). The main comorbidity was gyneco-obstetric events (30%) and HIV co-infection (24%). 23% of hospitalized people ran away, 15% left before 3 days and 13% left against medical advice. The mother is represented as a nurse in 30% of cases. **Conclusion.** The lack of socio-demographic data on our small population recommends further research, especially taking into account the situation of migrants in our country.

1. Faculté de médecine et des sciences pharmaceutique, Université de Dschang,
2. Hôpital Jamot de Yaoundé
3. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I
4. Sous-direction de la santé mentale-Ministère de la santé publique
5. Faculté des sciences de l'Université de Ngaoundéré
6. Faculté de médecine et des sciences pharmaceutiques, Université de Douala,
7. Hôpital Laquintinie de Douala
8. Hôpital Militaire de Yaoundé
9. Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé

#### Auteur correspondant :

Mbongo'o Guy Calvin  
Mail : [gmbongoo@yahoo.fr](mailto:gmbongoo@yahoo.fr)  
Tél : (237) 679340996  
Boîte postale : 17583

**Mots-clés :** Hôpital Jamot, Yaoundé, activités hospitalières psychiatriques

**Keywords:** Jamot Hospital, Yaoundé, psychiatric hospital activities

### INTRODUCTION

L'hospitalisation dans un service de psychiatrie est primordiale chez toute personne vivant avec la maladie mentale lorsqu'elle est en décompensation ou en crise. Autrefois ce traitement était assimilé à une incarcération

(1) au sens strict des milieux militaires et pénitentiaires. L'on retrouve encore des chambres d'isolement (2) ou de contention voire des cabanons dans les hôpitaux psychiatriques (3).

Les patients et leurs familles ont commencé à désertier les hôpitaux psychiatriques (4) au profit des hospitalisations à domicile. L'organisation mondiale de la santé (OMS), dans sa mission de préservation des droits de l'homme et du citoyen, promeut le déplacement des soins graves de l'institut psychiatrique vers des dispensaires ou des domiciles(5). C'est en ce sens qu'elle a instauré un plan d'action en santé mentale 2013-2020. Ce plan visait un changement de concept, pour passer d' « absence de maladie » à « santé mentale ». Ce changement plus idéologique qu'opérationnel a dû s'accompagner de la satisfaction des hospitalisés et de leurs familles.

L'on observe également la diminution du nombre de psychiatres gérant les hospitalisations (6,7). Le faible taux de psychiatres sur notre continent (8) a conduit à leur répartition inégale dans les hôpitaux. Au Cameroun, leur charge de travail est partagée entre les missions universitaires, de terrain, etc.

La ville de Yaoundé compte six psychiatres, dont trois à l'hôpital Jamot de Yaoundé (deux au service B), un au Centre hospitalier universitaire de Yaoundé, et deux psychiatres des armées au service spécialisé de psychiatrie du secteur de santé militaire couvrant la région du centre.

L'un des objectifs de cet article était de mettre des données d'informations factuelles au service de la recherche, à partir de la description des activités du service B supervisées par ses deux psychiatres.

**MATÉRIELS ET MÉTHODES**

**Type et cadre d'étude**

Nous avons mené une étude rétrospective et descriptive à partir de dossiers allant du 1<sup>er</sup> Novembre 2019 au 31 Octobre 2020. Elle s'est déroulée à l'hôpital Jamot de Yaoundé.

Le secteur psychiatrique de l'hôpital Jamot était initialement un petit village, auquel ont été ajoutés des bâtiments modernes. Il est divisé en service A et B depuis dix ans. Les deux services ont une capacité en lits comparable. Sa capacité totale s'élève à 60 lits pour ses deux services A et B. Le service B dispose de 26 lits en bon état et 12 lits défectueux dans les salles d'hospitalisation. Les lits opérationnels sont répartis dans trois salles ou villas de quatre lits chacune (séparés par une cloison murale), et cinq chambres communes de six lits chacune. Il n'existe pas de chambre individuelle.

Ce secteur psychiatrique est la référence aussi bien dans la capitale Yaoundé que pour les pays voisins en ce qui concerne la prise en charge des souffrances psychiques ou des troubles mentaux.

Les activités médicales se résument en :

- Accueil et orientation des patients en consultation externe
- Consultations d'admission et entretiens en cours d'hospitalisations
- Ronde au chevet du lit le lundi, mardi et mercredi

- Réunions avec patients et accompagnants pour psychoéducation
- Enseignements post-universitaires
- Encadrement des stagiaires
- Encadrement des agents de sécurité

Les activités du nursing se résument aux soins et à l'administration.

Le service B ne compte pas de psychologues cliniciens, d'éducateurs ni d'ergothérapeutes; mais les deux assistants sociaux de l'hôpital passent enquêter sur certains patients. L'on a retrouvé deux agents de sécurité pour les deux services.

**Population**

Les hospitalisés ont été recueillis dans deux services : le service des urgences générales de l'hôpital Jamot où travaillent les médecins généralistes, et le service B spécialisé des deux psychiatres en consultations externes. Notre étude a exclu un patient détenu à la prison centrale qui demeure dans le service depuis un an et sept mois, ainsi que les dossiers vus par les non- médecins.

**Procédure**

Nous avons recueilli les données dans les dossiers médicaux, et les diagnostics catégorisés selon les critères du DSM-IV(9). L'analyse a été faite par le logiciel statistique Microsoft Excel 2003 et Epi data version 3.5.4. La comparaison des prévalences a été réalisée à l'aide du test de X2 (chi-square). La valeur de p < 0,05 a été retenue comme statistiquement significative

Les autorisations de recherche scientifique auprès de la direction médicale de l'hôpital Jamot ont été demandées.

**RÉSULTATS**

**Population**

Nous avons enregistré 577 patients hospitalisés ou cas sur un an, dont 43 % (247) de femmes (voir figure 1).

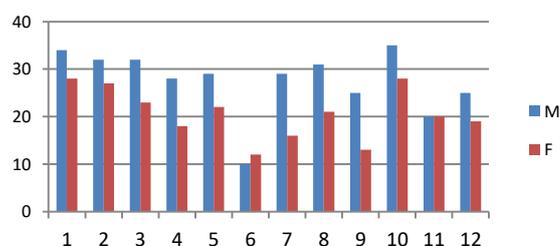


Figure 1 : Distribution du rapport des sexes sur 12 mois

**Mode d'admission en hospitalisation**

Les cas admis à partir des urgences représentent 70 % (401) des admissions, contre 30 % (176) issus des consultations spécialisées.

**Âge**

Les patients ont été repartis en quatre groupes d'âge : les personnes de moins de 18 ans, les personnes de 18 à 35 ans, le groupe des 36 à 53 ans et les personnes de plus de 54 ans.

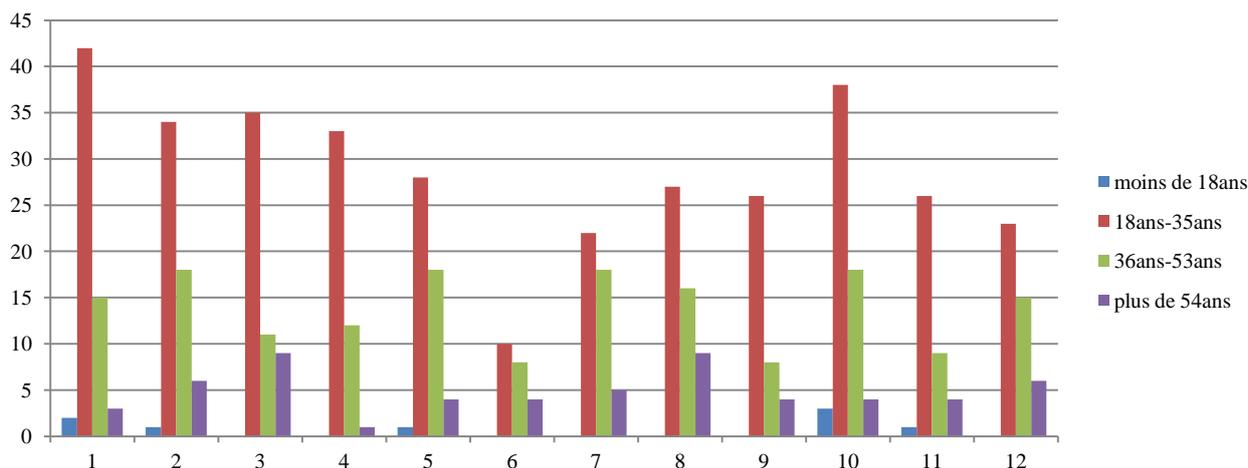


Figure 2 : Distribution du nombre de patients par tranche d'âge et par mois

Les âges ont oscillé entre 14 ans et 85 ans, avec un âge moyen de 35 ans, ± 2,73.

La tranche de 18 ans à 35 ans a été la plus représentée.

**Le taux de rechute dans le service**

Les hospitalisés qui ont été réadmis plus d'une fois au cours de l'année sont au nombre de 29 cas, soit 5 % des effectifs. Ils ont été hospitalisés pour leur deuxième rechute.

**La durée de séjour en hospitalisation**

Le mode et la moyenne de la durée de séjour a été de 9 jours, (voir figure 3 en gris foncé).

Une corrélation statistique n'a pas été nécessaire entre le nombre d'hospitalisés et leur durée de séjour. On a constaté de grandes variations à chaque mois. Dans la figure 4, Le mois de février et de septembre ont enregistré des pics de durée de séjour élevée. Nous avons observé la dépression «COVID-19» à différents niveaux avec une diminution des cas au mois d'avril 2020. La courbe descendante avant avril, puis un pic des cas en novembre 2020 ; la phase post-dépressive des cas en avril a été marquée par une courbe ascendante avec deux mini-dépressions.

**Motifs d'hospitalisation ou diagnostics**

Les diagnostics retenus ont été constitués sur les critères du DSM-IV, puis regroupés en catégories.

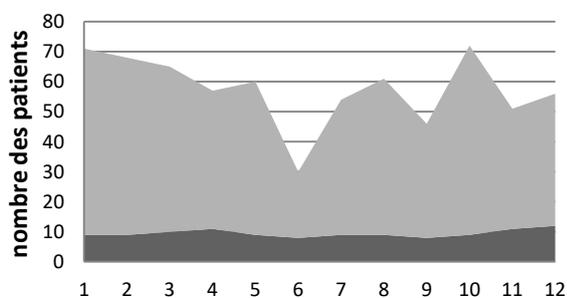


Figure 3. - Répartition des hospitalisations par durée de séjour

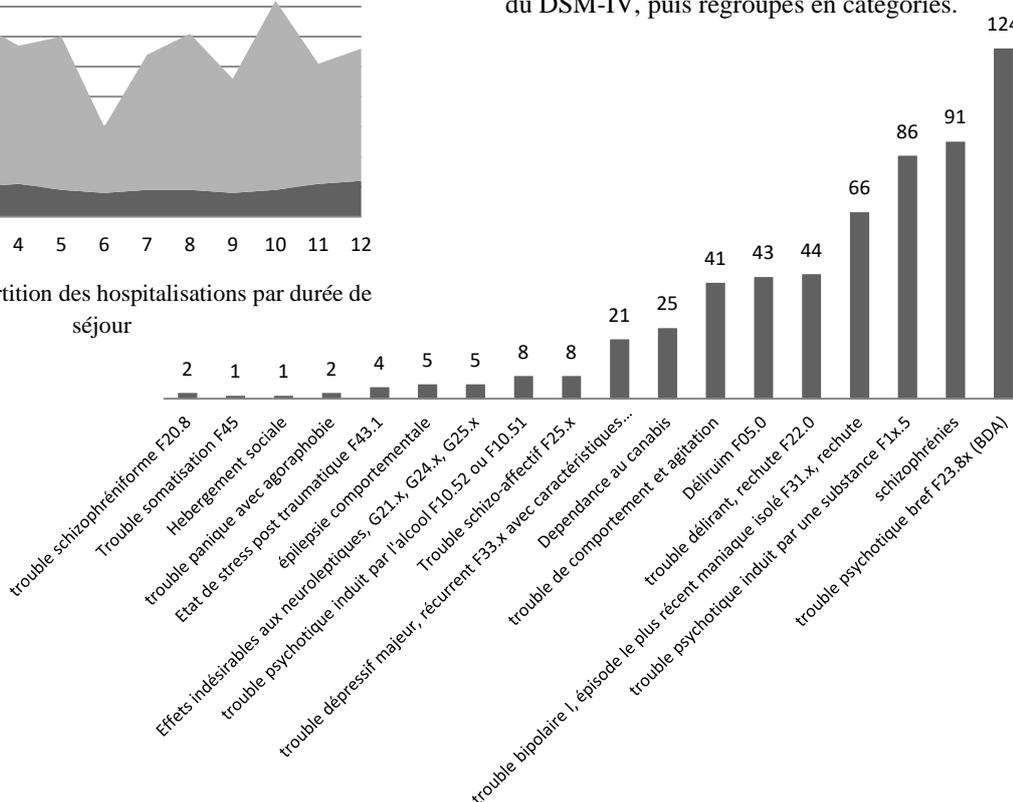


Figure 4. - Motifs d'hospitalisation (en valeur absolue)

Les motifs d'hospitalisation sont au nombre de 18, distribués comme on peut le voir réparti, comme on peut le constater à la figure 5 et au tableau 1.

**Tableau 1 : Distribution des motifs d'hospitalisation par sexe**

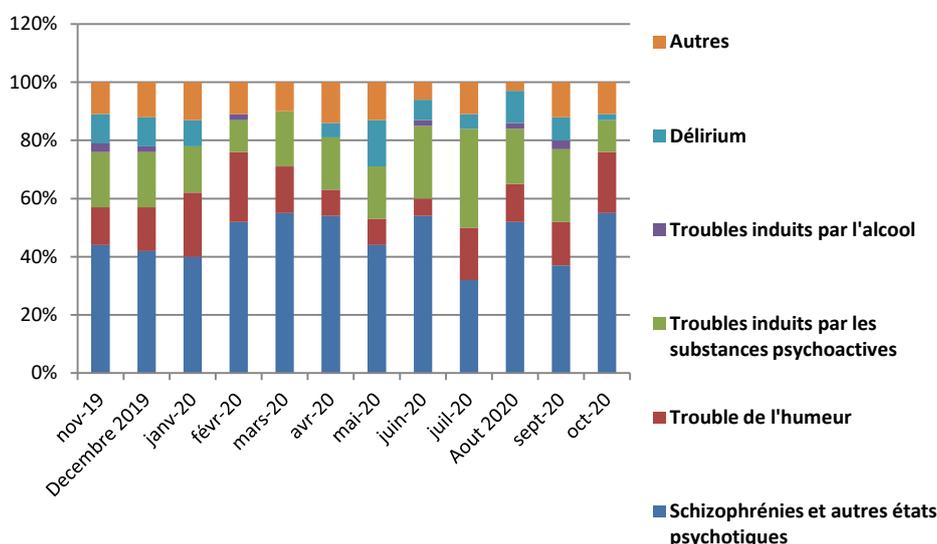
Motifs d'hospitalisation	Hommes (%)	Femmes (%)	P-value (<0.05)
Schizophrénies	63	37	0,01
Trouble psychotique bref	35	65	0,01
Trouble psychotique induit par une substance	94	6	0,09
Trouble bipolaire I, épisode le plus récent maniaque isolé	45	55	0,01
Confusion mentale	46	54	0,02
Trouble de comportement et agitation non psychotique	60	40	0,01

**Tableau 1 (suite) : Distribution des motifs d'hospitalisation par sexe**

Trouble dépressif majeur	42	58	0,06
Trouble délirant	59	41	0,04
Effets indésirables des neuroleptiques	40	60	0,22
Épilepsie comportementale	66	34	0,17
Trouble psychotique induit par l'alcool	87	13	0,26
Trouble schizoaffectif	40	60	0,11
Trouble schizophréniforme	66	34	0,35
Dépendance substances psychoactives	90	10	0,02

Le trouble panique, le trouble somatisation, l'hébergement et l'état de stress post-traumatique sont des motifs d'hospitalisation à 100% masculin.

Les troubles psychotiques au sens large (46,60 %) ont été retrouvés comme diagnostic principal devant les troubles anxieux ou névrotiques (1,20 %), les troubles de l'humeur (15,06 %).



**Figure 5 : Distribution des principaux diagnostics sur l'année**

Les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur et les troubles induits par les substances psychoactives (poly consommation) ont été constants sur toute l'année. Les troubles induits par l'alcool ont été non négligeables avec des hospitalisations aux mois de novembre à décembre 2019 et février, juin, août, septembre de l'année 2020 soit, six mois sur douze (figures 5). Les troubles induits par l'alcool ont été présents chez deux femmes (29 %) contre cinq hommes (71 %).

Le tableau 2 montre les diagnostics secondaires comorbides en aigus ou contextuels à l'axe 4 de la classification américaine DSM-IV. L'environnement gynécologique 36% (grossesse, puerpéralité, allaitement), les personnes vivant avec le VIH non suivies, la perte d'objet par deuil, les préparatifs aux examens officiels du secondaire des élèves, le milieu carcéral, les rites de voyance, étaient des événements de vie récurrentes chez nos hospitalisés. Le deuil (15%)

occupait la troisième place dans les circonstances de déclenchements des troubles mentaux aigus.

**Tableau 2 : Diagnostics secondaires à l'axe 4 du DSM-IV**

Diagnos contextuels ou secondaires	N	%
Événements gynécologiques (grossesse, fausses couches, post partum, post césarienne et allaitement)	15	36
Personne vivant avec le VIH	10	24
Perte d'objet par «Deuil»	6	15
Préparation aux examens du secondaire général (BEPC, Probatoire, BAC)	4	10
Anémie clinique	2	5
Mariage	1	2
Milieu carcéral	1	2
Rupture sentimentale	1	2
Période de Jeûne Ramadan	1	2
Rites de voyance	1	2
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

**Modalités de fin d'hospitalisation et fugue**

L'on a identifié 130 hospitalisés (23 %) ayant fugué au moins une fois pendant le séjour.

390 cas (68 %) ont bénéficié d'une fin d'hospitalisation réglementaire. 94 patients (16 %) ont eu une sortie non réglementaire. 77 patients (13 %) sont sortis contre avis médical. 10 patients (2 %) ont bénéficié d'un transfert vers d'autres services absent à l'hôpital Jamot. Nous avons enregistré 6 (1 %) décès non suicidaires.

**Accompagnant, garde-malade ou aidant naturel**

**Tableau 3. Liens entre hospitalisés et Garde-malade**

Relation malade/aidant	N	%
Le parent féminin / mère	171	30
La fratrie (sœurs et frères)	115	20
Le conjoint	52	9
Les enfants	46	8
Le parent masculin / père	46	8
Seul (absence d'aidants)	6	1
Aidants sans lien familial	141	24
Avec l'hospitalisé		
<b>Total</b>	<b>577</b>	<b>100</b>

386 (67 %) patients avaient eu un garde-malade présent durant leur séjour contre 191 (33 %) qui n'en avaient pas. Le parent-homme ou père du patient a été présent comme aidant garde-malade chez 46 (8 %) des hospitalisés (voir *tableau 3*). Cette observation a été faite chez les enfants gardes malades des parents. Le parent-femme ou la mère a été garde-malade chez 171(30 %) patients. 141(24 %) hospitalisés n'avaient aucun lien avec leur garde-malade. Le conjoint a été garde-malade chez 52 (9 %) des patients. La fratrie a été présente chez 115 (20 %) hospitalisés. 6 (1 %) patients n'avaient pas eu de garde-malade désigné.

9 % des hospitalisés étaient sans contact téléphonique. 75 % des hospitalisés avaient un garde-malade, membre de la famille.

**Calcul de la population saine du groupe de vie dans un service spécialisé**

Dans la journée du 24 septembre 2020, on a retrouvé 2 soignants, 28 patients hospitalisés et 18 gardes-malades. Ce qui nous a permis d'apprécier l'existence ou non d'une communauté saine de vie dans notre service. Nous avons utilisé la formule suivante (10) :

1/3 des soignants ; 1/3 des accompagnants ; 1/3 des malades= communauté saine

Application numérique, (1/3 x2) ; (1/3 x18) ; (1/3 x28)=0.666 ; 6 ; 9,333

Soit environ 1 soignant pour s'occuper de 12 garde-malades et de 18 malades. La communauté saine relative est formée des soignants et des gardes malades, soit 6.666. La communauté des malades avait une valeur de 9,333.

**DISCUSSION**

**Type d'hospitalisation**

L'hospitalisation dans notre contexte a été de type «sous contrainte». Cette hospitalisation est dominée par une hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) notamment la famille. Ceci se justifierait par la

contribution importante des ménages dans les soins dans le milieu psychiatrique camerounais (6). Notre travail présente des limites, car il ne nous présente pas le taux des hospitalisations d'office (HO) comparé à celles des hospitalisations d'un tiers (11) . L'hospitalisation programmée de trois semaines, a été l'une des modalités d'hospitalisation dans les cas de sevrage aux substances addictives et à l'alcool. Toutefois cette forme d'hospitalisation reste peu sollicitée comparé à l'hospitalisation à la demande d'un tiers, laquelle est motivée par des états psychotiques aigus voire des urgences psychiatriques non maitrisables à domicile. Nous recommanderons une étude ultérieure sur la préférence des soins au domicile voire en communauté.

**Nombre de patients**

Sur la période du 1<sup>er</sup> Novembre 2019 au 31 Octobre 2020, notre étude a identifié 577 hospitalisés. Ce nombre a été sous-estimé par le nombre de lits opérationnels, soit 30 lits utilisés sur 38 lits avec 8 lits en mauvais état. 5 lits occupés par des indigents plusieurs semaines après la décision de sortie de fin d'hospitalisation, par défaut de moyens financiers(12). Une étude ultérieure englobant les deux services, augmenterait la puissance et permettrait aussi une analyse comparative.

L'année 2019-2020 connue comme l'année Covid-19, a fortement impacté tous les secteurs en contribuant à diminuer les ressources et les malades hospitalisés. *La figure 3* témoigne de cette dépression observée au mois d'avril 2020. La pandémie à Covid a contribué à la limitation des mouvements des personnes vers l'hôpital Jamot de Yaoundé, choisis comme un centre de traitement agréé de la Covid-19. De plus, les mesures de confinement du gouvernement du Cameroun ont retenu beaucoup de patients à leurs domiciles et dans des hôtels (13).

Selon les archivistes, certains patients hospitalisés se procuraient leurs dossiers d'une façon insolite lors de la fin d'hospitalisation, contribuant à la sous-estimation du nombre de cas.

Une étude sur 1 an au CHU de Tivoli en Belgique a dénombré 520 patients hospitalisés (11). Une étude portant sur 11 ans au Burkina Faso a enregistré 7313 patients (14), soit une moyenne de 664 patients par an. Toutefois les moyens en lits et en psychiatres sont plus considérables au Burkina Faso (40 lits) et en Belgique (45 lits), comparé au Cameroun. Une étude menée sur 16 mois à Befelatanana à Antananarivo a dénombré 876 hospitalisés (4).

**Fréquence en sexe et en âge**

L'on a noté 43 % de femmes contre 57 % d'hommes. La structure de la population camerounaise en 2018 fait état de 51% de femmes et de 49 % des hommes(6) sur plus de 20 millions d'habitants. Ces chiffres liés au genre, confirment la représentativité nationale dans ce centre psychiatrique national. Au Burkina Faso en 2006, l'on retrouvait 69,92 % d'hommes (14). Au Sénégal en 2016, l'on retrouvait 62,4 % des hommes (12). A Madagascar en 2015, on retrouvait 53 % des femmes(4). En Belgique, l'étude de V. Bertouille et al. dénombre 58,3 % de femmes en 2012-2013 (11). Les hommes semblent fréquenter plus les hôpitaux psychiatriques en Afrique,

comparé à des séries européennes et américaines mentionnées par A. Ouédraogo et al (14).

Nous devrions émettre des réserves quant au fait que les hommes seraient plus atteints de troubles mentaux avec indication d'hospitalisation. Au delà du rôle majeur que jouent les femmes dans leurs foyers, en privilégiant les soins à domiciles, beaucoup d'entre elles sont encore analphabètes et peu prennent des décisions propres à leur santé. La majorité arrête l'éducation tôt et, a pour seul repère les soins traditionnels ou chez les « hommes de Dieu », au mépris de l'hôpital (4). L'homme, lui, bénéficie dès son adolescence des privilèges de l'éducation, d'où son accès plus aisé aux hôpitaux psychiatriques. Concernant le niveau d'instruction, le nombre médian d'années d'études complétées est de 4,7 chez les femmes et de 5,4 chez les hommes âgés de 6 ans ou plus. 47 % des femmes de 15 à 49 ans en union ont participé à la prise de trois décisions citées, à savoir : les soins de santé de la femme, les achats importants du ménage et les visites à la famille ou aux parents de la femme ; 31 % n'ont été impliquées dans la prise d'aucune de ces décisions (6).

L'âge moyen était de 35 ans  $\pm 2,73$  ans, soit une population africaine jeune : 32,2 ans(12) et 29,5 ans(4). La tranche d'âge de 18 à 35 ans était représentée à 60 %. Les personnes âgées de plus de 54 ans étaient à 10 %. Nos résultats sont comparables à ceux de Ouédraogo et al. (14) avec 4,23 %. Cette représentativité des personnes âgées se rapproche des séries européennes. Les moins de 18 ans sont sous représentés à 1 %. La considération des milieux psychiatriques comme « dangereux », tant pour les pathologies retrouvées que pour l'état d'hygiène, pourraient expliquer la rétention par les familles de leurs enfants malades, préférant se diriger vers d'autres structures, privées en l'occurrence.

#### Catégories psychiatriques diagnostics

Les troubles de la personnalité n'ont pas été retrouvés dans nos diagnostics, toutefois le taux (1 %) des sujets de moins de 18 ans était faible. Notre secteur psychiatrique était de type général. La pédopsychiatrie reste démunie dans notre milieu, au niveau des infrastructures ou des équipements. Les troubles mentaux organiques des personnes âgées étaient absents, toutefois le Delirium était retrouvé dans 7 % des cas.

Les schizophrénies (15,77 %) et les troubles psychotiques apparentés (46,60 %) arrivent en première place des pathologies en hospitalisation devant les troubles de l'humeur (voir figure 8). Plusieurs auteurs africains ont montré cette prévalence élevée (8). La moitié des troubles en hospitalisation seraient dominés par des psychoses aiguës ou chroniques (4). Les psychoses restent difficiles dans leur prise en charge (15). L'interrogation de psychoses comme maladies migratoires ou importées se pose (2,16).

Les troubles de l'humeur quant-à eux viennent en tête dans les séries européennes (11). Les troubles bipolaires dans leur phase maniaque sont les plus représentés, derrière l'état dépressif majeur dans notre étude. Les troubles induits par l'alcool étaient réduits à 1,34% en hospitalisation. Ce chiffre était faible comparé aux données européennes, mais la consommation anormale

chez la femme (29 %) interpelle. La périnatalité était une période vulnérable pour 36 % (15) des hospitalisés. Nos actions devraient s'orienter en soins psychologiques dans les consultations prénatales et du post-partum.

#### Décès

6 décès notés soit 1 % des hospitalisés, en rapport avec les troubles mentaux et du comportement, dont 5 femmes pour 1 homme. L'âge moyen des femmes était de 44,6 ans contre 47 ans chez les hommes. La répartition des décès selon l'âge était comparable, tandis que cette répartition était différente selon le sexe avec une prédominance féminine dans 83 % des observations. Les femmes, moins préparés à une hospitalisation, seraient beaucoup plus stressées que les hommes, d'où cette balance de décès.

Le trouble mental organique était la confusion mentale fébrile ou délirium chez 5 (83 %) patients décédés, contre 17 % pour le trouble bipolaire à sa phase maniaque. Cette confusion mentale était associée à l'anémie et à la co-infection VIH. En 2018, La prévalence du VIH chez les sujets de 15 à 49 ans était de 2,7 %, soit 3,4 % chez les femmes et 1,9 % chez les hommes. Cette augmentation de la prévalence du VIH est confirmée aussi dans les tranches de 15-24 ans et de 50-64 ans (6).

Une patiente vivant avec le trouble bipolaire serait décédée suite à un arrêt cardiorespiratoire. Une patiente de 21 ans serait décédée moins de 24h après son admission. Les autres défunts avaient un séjour moyen de 8 jours.

Quatre patients sur six décédés venaient des urgences (17) de l'hôpital Jamot. Nous recommandons une capacitation des médecins généralistes dans l'orientation des patients en psychiatrie. Les troubles psychiatriques représentaient en France 12,9 % de l'activité du médecin généraliste (18) de septembre 2012 à août 2013. 70 % des hospitalisés avaient été admis par le généraliste aux urgences.

L'absence de décès par suicide dans une population importante de schizophrénie (16%) devra être comprise comme un manque d'effectif total ou une fuite des patients schizophrènes des milieux hospitaliers. le taux de suicide étant de 5 % (15) dans cette sous-population.

#### La durée de séjour

La durée moyenne de séjour dans l'année était de 9 jours (1-92 jours). Ce chiffre semble sous-estimé. Nous l'avons divisé en cinq sous-groupes ; de 1 à 2 jours 15 % (90), de 3 à 12 jours, de 13 à 30 jours, de 31 à 90 jours et supérieur à 90 jours (0,173 %).

Les durées supérieures à 90 jours correspondaient à des mises au point thérapeutiques particulières et à des hospitalisations sociales type hébergement. Les patients sortaient en moins de 2 jours contre avis médical. Ce dernier taux (15 %) était comparable à 13 % (77) des sorties contre avis médical enregistrées. Le taux de sortie contre avis médical était important dans notre étude contrairement au taux faible de 0,048 % des patients retrouvés par V. Bertouille et al. en Belgique (11). Dans notre contexte ce taux élevé peut s'expliquer par un taux faible de soignants et une sécurité précaire des malades voire des gardes malades. La majorité des sujets 59 %

(340) duraient entre 3 jours et 12 jours. La majorité des sujets avaient moins de 12 jours, ce qui reflète la prise en charge des états de crise ou états psychotiques brefs. Cette durée semble correspondre à la capacité de régler les honoraires d'hospitalisation, car passé ce délai beaucoup de famille n'arrivent plus à payer leur séjour (12), d'où, les fugues qui s'élèvent à 23 % (130) dans notre étude. 24 % (138) hospitalisés ont quitté l'hôpital entre 13 jours et 30 jours. Il s'agissait du sevrage aux substances par hospitalisation programmée. 1 % (8) des patients restaient hospitalisés entre 31 jours et 90 jours. Les psychoses sont des troubles graves dont la durée en hospitalisation est longue, contrairement à 9 jours. Ceci nous interroge sur le coût moyen en hospitalisation, et sur la nature du tiers payant.

#### Gardes malades

75 % des hospitalisés avaient un garde-malade familial dont la mère (30 %)(10,12). Cette observation nous montre qu'en Afrique le cordon ombilical demeure l'union symbolique entre la mère et son enfant. La capacitation des mères s'avère dès lors importante en psychiatrie. Le cadre de vie en hospitalisation au service B au regard du calcul du taux de population saine, nous interpelle à renforcer la présence obligatoire des gardes malades, lorsque les soignants sont non disponibles dans nos pays en voie de développement. Les gardes malades et le peu de soignants existants verront les patients leur ressembler dans l'exécution des soins, et les rémissions seront rapides. Nous recommandons une étude sur les qualités du garde-malade, pour savoir si lui-même n'est pas un malade masqué (10). Le soignant en psychiatrie devra se protéger, sinon, il finira par être un danger pour lui-même et pour ses patients. La proportion journalière de la population saine du service B a été d'un soignant au service de 12 gardes-malades et de 18 hospitalisés. 24% (141) des hospitalisés n'avaient pas de lien avec leurs gardes malades. C'était le cas des militaires et des policiers, ayant comme accompagnant leur camarade d'armes.

#### CONCLUSION

Cette étude loin d'être un outil de décision en actions de santé mentale après l'année 2020, présente aussi l'intérêt des populations indigentes à continuer de fréquenter ce centre unique au Cameroun. Ce travail de recherche souffre de n'avoir pas montré les typologies sociodémographiques de la population et d'avoir omis la comparaison analytique. Par ailleurs, l'impossibilité d'intégrer les données du service psychiatrie A, n'a pas permis d'avoir une grande représentativité de la population. Notre étude a mis en évidence un ensemble de données sur le circuit de la prise en charge hospitalière tant dans la durée, que sur le mode de sortie en passant par la présentation des gardes-malades.

#### Conflits d'intérêt

Néant

#### Remerciement

Nous remercions le Docteur-médecin Ze Mendim Stéphane pour son aide logistique à la rédaction de cet article

#### RÉFÉRENCES

1. Grainger Roger. You never get out. Memories of two psychiatric hospitals. SA: Trafford publishing; 2013. 123. (Autobiography; vol. 14cm x 21.5cm).
2. Mounkoro PP, Coulibaly S, Kamate Z, Coulibaly SP, Traore J, Traore K, et al. Les Troubles Psychiatriques chez les Émigrés au Service de Psychiatrie du CHU Point G (Bamako). *Heal Sci Dis* [Internet]. 2019 Oct 14 [cited 2020 Dec 5];20(6). Available from: <http://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/1683>
3. T. Charpeaud, P. Eymere, E. Goutain, M. Garnier, C. Tixeront, J. Geneste, J. Schmidt, G. Brousse. La contention physique au service des urgences : indications et principes de mise en oeuvre [Internet]. conférences urgences 2012; 2012. Available from: [https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/La\\_contention\\_physique\\_au\\_service\\_des\\_urgences\\_Indications\\_et\\_principes\\_de\\_mise\\_en\\_oeuvre.pdf](https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/La_contention_physique_au_service_des_urgences_Indications_et_principes_de_mise_en_oeuvre.pdf)
4. Bakohariliva HA, Rafehivola IH, Raobelle EN, Raharivelo A, Rajaonarison BH. Etat des lieux des soins de premier recours des malades mentaux Antananarivo : étude retrospective. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2020 Nov 1];29. Available from: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/29/1/full/>
5. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 [Internet]. 2013. 52. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020\\_fre.pdf;jsessionid=2265EE60F628D5B362B3E1A98E3A926D?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf;jsessionid=2265EE60F628D5B362B3E1A98E3A926D?sequence=1)
6. Institut National de la Statistique (INS) et ICF. Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2018 [Internet]. Yaoundé, Camerounet Rockville, Maryland, USA: Institut National de la Statistique (INS)et ICF; 2020 Février [cited 2020 Nov 26] p. 739. Report No.: V. Available from: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR360/FR360.pdf>
7. Tankwanchi ABS, Özden Ç, Vermund SH. Physician Emigration from Sub-Saharan Africa to the United States: Analysis of the 2011 AMA Physician Masterfile. *PLOS Med*. 2013 Sep 17;10(9):e1001513.
8. Hounsou CF. En quête du métier de médecin. Immigrations de professionnels de santé ouest-africains en France. *Hommes Migr Rev Française Référence Sur Dynamiques Migratoires*. 2014 Jul 1;(1307):105-14.
9. American psychiatric association. Mini DSM-IV. Critères diagnostiques (Washington DC, 1994). Traduction française par J.-D. Guelfi, P. Boyer, C.-B. Pull, M.-C. Pull. Masson. Paris; 1996. 384.
10. Paul A. GBIKPI, Roselyne AUGIN. Evaluation d'une pratique institutionnelle à Fann: l'admission d'un accompagnant du malade à l'hôpital. *Psychopathol Afr*. 1978;XIV(1):5-68.
11. V. Bertouille et O. Le Bon. Un an de fonctionnement d'un service de psychiatrie en hôpital général: analyses et réflexions. *REV MEDICALES Brux*. 2015 Février;36(1):14-22.
12. Sy A, Sheikh TL, Diagne NS, Ndiaye M, Soedje AKM, Tine JAD, et al. Les profils socioéconomiques et cliniques des patients hospitalisés au service de psychiatrie du Centre Hospitalier National Universitaire de Fann (Sénégal). *Rev Afr Médecine Interne*. 2016;3(2):23-8.
13. Jlm Mviena, M Fanne, R Gondo, Aj Mwamelo, L Esso, E Epée, et al. How mental health care is changing in Cameroon because of the COVID-19 pandemic. *The lancet Psychiatry*. 2020 Oct;e62-e63.
14. Ouédraogo A, Ouédraogo TL, Traoré A, Sawadogo G, Nebie K, Yougbaré JM. Caractéristiques de la population prise en charge au Service de Psychiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso) de 1990 à 2000. *L'Encéphale*. 2006;32(4):437-43.
15. O. Ben Yahyaten. La schizophrénie résistante au traitement. *REV MEDICALES Brux*. 2014 Juin;35(3):169-73.
16. Jellali IA, Zarrouk L, Jellali MA, Nasr M. Schizophrénie et immigration : influence des facteurs psychosociaux. *L'Évolution Psychiatr*. 2014 Jul 1;79(3):421-7.
17. Toguem MG, Christian E, Fotso J-BD. Le comportement des médecins généralistes de la ville de Douala au Cameroun face aux troubles dépressifs. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2019 Sep 17;34. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6876894/>
18. J.M. Thomas. Prévalence des pathologies psychiatriques en médecine générale. *REV MEDICALES Brux*. 2004 Sep;25(4):294-5.