

Itinéraire thérapeutique des patients ORL dans un Centre Hospitalier Régional du Nord-Bénin

Therapeutic itinerary of ENT patients in a regional hospital in northern Benin

S.H.R Hounkpatin¹, S. Lawson Afouda², M.C Flatin¹, F. Avakoudjo², L. Domche Kandem¹, W. Adjibabi²

Résumé

Objectif : Etudier l'itinéraire thérapeutique des patients vus en consultation dans le service d'ORL du Centre Hospitalier Départemental du Borgou (CHDB).

Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive qui portait sur 207 patients reçus en consultation dans le service d'ORL du CHD-Borgou.

Résultats : Le premier recours thérapeutique des patients a été la consultation médicale hors CHD-Borgou dans 48,3% des cas. Seulement 10% des patients ayant fait ce type de consultation ont été référés. Les autres options des patients au premier recours thérapeutique ont été l'automédication moderne (25,1%) ou traditionnelle (5,3%), la consultation en ORL (23,2%), la consultation en médecine traditionnelle (3,4%). Entre le premier recours et la consultation en ORL, 26,1% des patients avaient fait 1 à 4 consultations dans différents autres centres de santé. Le manque d'information a été la raison principale pour laquelle la majorité des patients n'a pas consulté en d'ORL en première intention. Le délai de consultation en ORL a été supérieur à 10 jours chez 54% des patients.

Conclusion : Il est nécessaire d'améliorer l'accessibilité des patients aux soins. Des campagnes de sensibilisation devraient être organisées pour sensibiliser les agents de santé sur la nécessité d'orienter précocement les patients vers les consultations spécialisées.

Mots-clés : Itinéraire thérapeutique, automédication, type de recours, ORL, Bénin

Abstract

Objective: To study the therapeutic itinerary of the patients seen at consultation in ENT service of departmental hospital of Borgou (CDHB).

Methods: This was a descriptive cross-sectional study which involved 207 patients seen in consultation in the ENT department of CHDB.

Results: The first therapeutic recourse chosen by patients was out CHDB consultation in 48.3% of cases. Only 10% of patients who chose that type of consultation were referred. The other options of patients first therapeutic actions were modern self-medication (25.1%) or traditional self-medication (5.3%), ENT consultation (23.2%), consultation in traditional medicine (3.4 %). Between the first therapeutic option and the ENT consultation, 26.1% of patients had 1 to 4 consultations in various other health centers. The lack of information was the main reason why the majority of patients have not consulted ENT first. The ENT consultation period was over 10 days in 54 % of patients.

Conclusion: It is necessary to improve the accessibility of patient care. Awareness campaigns should be organized to educate health workers on the need for early refer patients to specialist consultations.

Keywords: Therapeutic itinerary, self-medication, type of instance, ENT

1. Faculté de médecine de l'Université de Parakou, Bénin

2. Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Abomey-Calavi, Bénin

Correspondance : Spéro H.R. HOUNKPATIN, Unité d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, Université de Parakou (Bénin)

e-mail : speraoul@yahoo.fr - Tel : +229 97479418

Introduction

En Afrique subsaharienne le niveau socio-économique peu élevé, la faible couverture sanitaire et le manque de spécialistes contribuent souvent à l'errance du patient, surtout devant des affections relevant de l'intervention d'un spécialiste.

Les populations auront souvent recours à des formes de soins de santé disponibles dans leur environnement selon la facilité d'accès aux thérapeutes, que cette facilité soit appréciée en termes de distance, de finance ou d'accessibilité culturelle. Le recours des patients en première intention à la médecine traditionnelle africaine qui paraît plus accessible aux populations, est souvent évoqué par les praticiens comme de cause cette errance responsable de longs délais de consultation. Or, les résultats du traitement de bon nombre d'affections, en particulier ORL, dépendent de la précocité de la prise en charge.

Des études ont trouvé que les patients vus dans le service d'ORL du Centre Hospitalier Départemental du Borgou (CHDB) situé à Parakou dans le Nord du Bénin viennent en général consulter tard [1, 2].

C'est pour connaître les raisons de ce retard de consultation que la présente étude a été entreprise dans le but d'étudier l'itinéraire thérapeutique des patients depuis l'apparition des premiers symptômes jusqu'à la consultation dans le service d'ORL du CHDB.

Matériel et méthodes

Il s'est agi d'une étude prospective à visée descriptive qui s'est déroulée du 15 février au 15 juin 2013 dans le service d'ORL du CHDB, le seul service d'ORL dans le Nord du Bénin.

Elle a concerné tous les patients reçus consécutivement dans le service d'ORL du CHDB chez qui une affection ORL a été diagnostiquée, qu'ils aient reçu ou non un traitement antérieur à la consultation ORL.

Les variables étudiées ont été les données socio-démographiques (âge, sexe, provenance, niveau d'instruction, niveau socio-économique) et cliniques (premier recours thérapeutique, nombre de consultations antérieures, délai de consultation au CHDB). Le niveau socio-économique a été estimé sur la base de la profession et de la possession ou non de biens durables (biens immobiliers, type d'habitation, moyen de déplacement, biens domestiques).

Pour les enfants (patients âgés de 15 ans au plus), le niveau d'instruction pris en compte a été celui des parents. Les données ont été collectées en consultation après un entretien avec le patient à l'aide d'un questionnaire élaboré à cet effet. En ce qui concerne les enfants, les données ont été collectées auprès des parents.

L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel Epi Info 3.5.3. Le test chi carré de Pearson a été utilisé pour comparer les proportions. Le seuil de significativité statistique (p) a été fixé à 5%.

Résultats

Age et sexe

Au cours de la période d'étude, 207 patients répondant aux critères d'inclusion ont été reçus en consultation : 115 de sexe féminin (55,6%) et 92 de sexe masculin (44,4%) soit une sex-ratio de 0,8. Leur âge moyen était de $28,15 \pm 18,65$ ans avec des extrêmes de 6 semaines et 75 ans.

La figure 1 résume la répartition des patients selon les tranches d'âge.

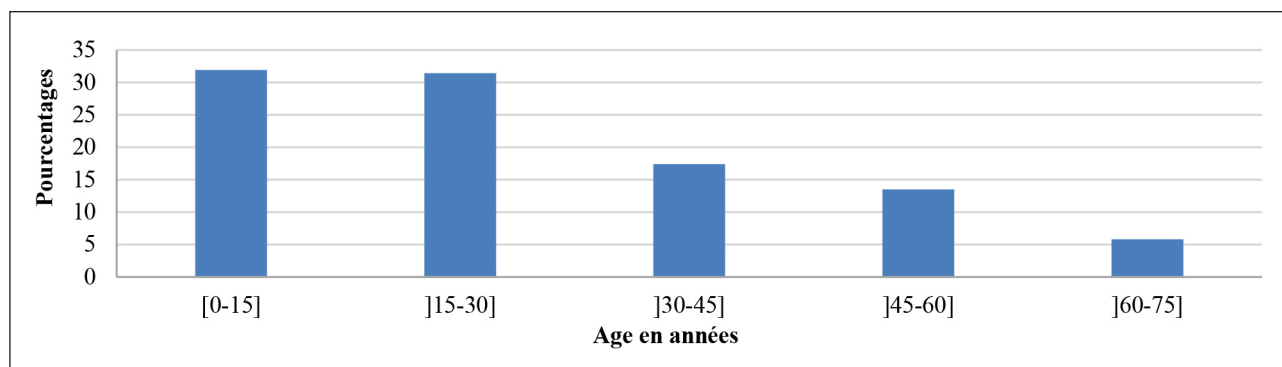


Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge (en années)

Niveau d'instruction et niveau socioéconomique

Trente-cinq patients (16,9%) étaient analphabètes, 51 patients (24,6%) avaient un niveau d'instruction correspondant à celui d'études primaires, 70 patients (33,9%) à celui d'études secondaires et 51 patients (24,6%) à celui d'études supérieures.

Le niveau socio-économique a été estimé bas chez (6,3%), moyen chez (83,1%) et élevé chez (10,6%).

Provenance des patients

Cent quarante-cinq patients (70%) provenaient de la ville de Parakou et 62 patients (30%) d'autres localités.

Premier recours thérapeutique

Des 207 patients de l'étude, 100 patients (48,3%) ont eu comme premier recours thérapeutique une consultation médicale moderne ou traditionnelle en dehors du CHDB, 59 patients (28,5%) une automédication moderne ou traditionnelle et 48 patients (23,2%) une consultation en ORL au CHDB.

Les différents types de recours thérapeutiques adoptés en premier lieu par les patients à l'apparition des symptômes sont présentés dans le tableau I.

Les raisons pour lesquelles les patients n'ont pas recouru en première intention au service d'ORL du CHDB ont été variées (figure 2).

Tableau I : Répartition des patients selon le premier recours thérapeutique

	Effectif	%
Consultation médicale moderne hors CHD-B	89	43
Automédication médicale moderne	52	25,1
Consultation en ORL au CHD-B	48	23,2
Consultation médecine traditionnelle	11	5,3
Automédication traditionnelle	7	3,4
Total	207	100

*Méconnaissance de l'existence d'un service d'ORL

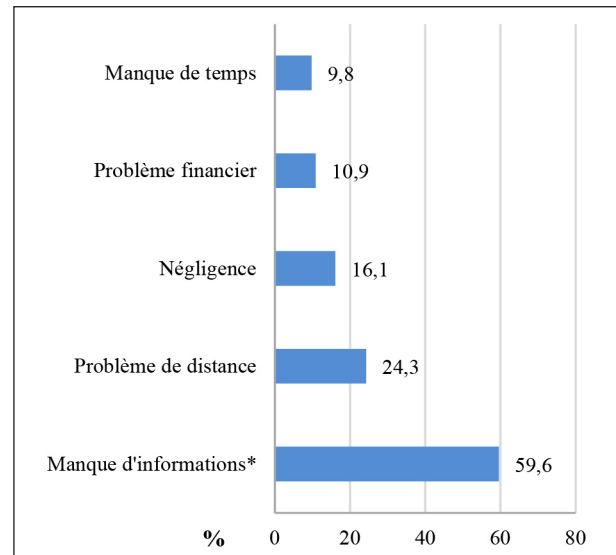


Figure 2 : Répartition des patients selon les raisons pour lesquelles le premier recours n'a pas été le service d'ORL du CHDB

Conduite tenue avant la consultation ORL

Des 89 patients ayant eu pour premier recours thérapeutique une consultation médicale moderne, 9 patients (10,1%) ont été référés vers le service d'ORL du CHDB après échec des différents traitements faits, tandis que les 80 restants (89,9%) ont consulté finalement en ORL sur leur propre initiative.

Concernant les 59 patients ayant choisi l'automédication moderne ou traditionnelle comme premier recours thérapeutique, 41 patients (69,5%) ont été vus en consultation dans le service d'ORL du CHDB après l'échec de l'automédication ; 18 patients (30,5%) ont fait au moins une consultation médicale hors CHDB avant d'arriver dans le service d'ORL.

Parmi les 48 patients ayant choisi le CHDB comme premier recours thérapeutique, 33 patients (68,8%) n'étaient pas venus en consultation dès le début des symptômes par négligence (30 patients), pour des raisons financières (2 patients), par manque de temps (1 patient).

Entre le premier recours et l'arrivée dans le service d'ORL, 54 patients avaient fait au moins une consultation médicale dans différents autres centres de santé : 37 patients avaient fait une consultation, 11 patients deux consultations, 4 patients trois consultations et 2 patients quatre consultations.

Houkpatin

Motifs du choix de la consultation traditionnelle

Les motifs du choix de la consultation traditionnelle étaient l'accessibilité facile pour 5 patients, le conseil d'un proche pour 3 patients et l'efficacité pour 3 patients.

Raisons de choix du lieu de la consultation médicale hors CHDB

Plusieurs raisons ont motivé le choix du lieu de consultation. Le tableau II présente la répartition des 89 patients ayant choisi la consultation comme premier recours selon les motivations du choix du lieu de consultation.

Tableau II : Répartition des patients selon les choix du lieu de consultation médicale lors du premier recours

	Effectif	%
Proximité	51	57,3
Lieu habituel de consultation	16	18
Coût abordable	10	11,2
Sans raison	7	7,9
Accueil rapide	5	5,6
Total	89	100

Provenance et type de premier recours thérapeutique

Le tableau III présente la répartition des patients selon leur provenance et le type de premier recours thérapeutique.

Type de premier recours et délai de consultation dans le service d'ORL du CHDB

Le tableau IV présente la répartition des patients selon le premier recours thérapeutique et leur délai de consultation au CHDB.

Discussion

En général, les patients avaient fait avant leur arrivée en ORL au CHDB une autre consultation ou de l'automédication.

L'automédication telle que pratiquée au Bénin et en Afrique subsaharienne correspond à celle que Queneau qualifie d'automédication "sauvage" ; c'est-à-dire une prise anarchique de médicaments non validés et non la prise de "spécialités" de l'automédication adaptées à un usage sans contrôle médical [3].

Dans la présente étude, contrairement à ce qui a été trouvé dans d'autres études africaines, le problème financier a été évoqué par peu de patients pour justifier leur parcours thérapeutique [4, 5].

Le niveau socio-économique avait été estimé

Tableau III : Répartition des patients selon leur provenance et le type de premier recours thérapeutique

	Automédication	Consultation hors CHDB	Consultation au CHDB	Total
	N (%)			
Parakou	48 (33,1)	56 (38,6)	41 (28,3)	145 (100)
Hors de Parakou	10 (16,1)	46 (74,2)	6 (9,7)	62 (100)

$p = 0,0319$

Tableau IV : Répartition des patients selon le type de premier recours et le délai de consultation

	[0-5jrs [[5-10jrs [[10- 15[≥ 15 jours	Total
	N (%)				
Automédication	15 (25,4)	13 (22,0)	9 (15,3)	22 (37,3)	59 (100)
Consultation hors CHDB	6 (6,0)	6 (6,0)	10 (10,0)	73 (73,0)	100 (100)
Consultation au CHDB	22 (45,8) *	5 (10,4)	6 (12,5)	15 (31,3)	48 (100)
Total	43 (20,8)	29 (14)	25 (12,1)	110 (53,1)	287 (100)

*quinze patients sont venus sans délai en consultation - $p = 0,000$

moyen ou élevé chez 93,7% des patients. La très faible proportion de patients ayant un niveau socio-économique bas pourrait être dû au fait que ceux-ci n'ont pas eu les moyens de consulter en ORL. En effet, le coût de la consultation ORL étant, à l'instar de celui des autres consultations spécialisées relativement plus élevé que celui des consultations courantes, on est en droit de penser que les patients qui ont consulté en ORL étaient surtout ceux qui en avaient les moyens.

OUENDO et al. ont trouvé dans une étude sur l'itinéraire thérapeutique des indigents au Bénin que ceux-ci utilisent moins les centres de santé que les non indigents et restent plus indifférents (aucun recours) à leur maladie que les non indigents [4].

La possibilité qu'une catégorie de la population n'ait pas pu avoir accès aux soins dans le service d'ORL faute de moyens financiers ne devrait donc pas être écartée. OUENDO et al. qui ont fait leur étude dans la population générale ont également rapporté que les problèmes économiques associés aux pressions sociales et culturelles expliquent en partie le recours important des béninois à l'automédication ou aux soins traditionnels [4]. En ORL à Parakou, le premier recours thérapeutique des patients a été la consultation dans un centre de santé dans la majorité des cas.

Un quart des patients ont fait de l'automédication moderne comme premier recours thérapeutique et 8,7% d'entre eux ont eu recours en première intention à une consultation ou une automédication en médecine traditionnelle.

Si comme l'ont observé COMMEYRAS et al. dans une étude sur le comportement de recours aux soins et aux médicaments au Cameroun, le secteur moderne (consultation et automédication) a servi de recours à la grande majorité des patients ORL à Parakou [5], peu de patients ont cependant consulté directement en ORL au CHDB en premier recours. Plus de la moitié des patients a déclaré ne pas avoir consulté en ORL à l'apparition des symptômes essentiellement par ignorance de l'existence d'un service s'occupant du type de symptôme dont ils souffraient. Le choix du lieu de consultation hors CHDB a été motivé essentiellement par la proximité du centre de santé. Cette attitude peut être considérée comme bonne dans la mesure où le CHDB est un hôpital de référence qui devrait recevoir essentiellement les

patients en provenance des centres de santé périphériques lorsque le plateau technique de ceux-ci ne permettait pas une prise en charge efficiente. Mais le constat est que ces centres de santé ont failli à leurs missions puisque seulement 10% des patients ayant consulté dans ces centres ont été référés ; les autres patients ont consulté le service d'ORL de leur propre initiative devant la persistance des symptômes.

Les agents des centres de santé devraient pouvoir reconnaître leurs limites et référer les patients rapidement en ORL. En référant les patients dans un délai raisonnable, ils contribueront à éviter leur errance. Dans la présente étude, plusieurs patients (26,08%) non satisfaits des résultats de leur premier recours thérapeutique ont dû, à la recherche d'une amélioration de leur état de santé, faire sans orientation d'autres consultations dans différents centres avant la prise en charge en ORL.

Ceci entraîne nécessairement de longs parcours thérapeutiques avec pour conséquence des errances diagnostiques et un retard considérable en consultation spécialisée.

Les délais retards de consultation les plus long ont été observés chez les patients ayant eu comme premier recours la consultation dans un centre médical hors CHDB dont 73% avaient consulté au-delà de 15 jours. Les retards de consultation en ORL ne sauraient être mis sur le seul compte des agents de santé qui ne réfèrent pas à temps les patients.

L'attente d'un soulagement suite à la pratique de l'automédication est aussi une cause du retard de consultation. Outre l'attente d'un soulagement après l'automédication, le retard à la consultation spécialisée est augmenté chez certains patients ayant fait de l'automédication par le recours à d'autres formations sanitaires avant la consultation ORL.

Parmi les 48 patients ayant consulté directement au CHDB, seuls 15 avaient consulté sans délai dans le service d'ORL au premier recours thérapeutique à cause de l'urgence du tableau clinique ; les autres avaient attendu plusieurs jours avant de consulter pour diverses raisons. De même, la relation entre la provenance du patient et le type de premier recours thérapeutique était statistiquement significative.

La proportion de patients en provenance d'autres localités que Parakou (30%) était relativement

Houkpatin

plus élevée que celle rapportée par Keita au Mali où 12% des patients provenaient d'autres localités que Ségou où se trouvait le service d'ORL.

Le service d'ORL du CHD-Borgou à Parakou dessert les 4 départements du Nord du Bénin. Le service d'ORL le plus proche de Parakou est situé à environ 300 km vers le sud tandis que la ville la plus éloignée vers le nord est situé à environ 300km.

Dans ces conditions et eu égard au mauvais état des routes, les difficultés d'accessibilité (géographique et financière) du service d'ORL pour les patients résidant hors de Parakou sont réelles. Malgré tout, ils ont moins pratiqué l'automédication que les patients résidant à Parakou.

Conclusion

Afin de réduire les retards de consultation, il est nécessaire d'améliorer l'accessibilité des patients aux soins. Des efforts doivent être faits pour multiplier les services de spécialité, en particulier ORL et de les faire connaître.

Pour aider les plus démunis, la mise en place de mutuelles de santé et des subventions aux plus démunis doivent être envisagées. Des campagnes de sensibilisation devraient être organisées pour sensibiliser les personnels des centres de santé sur la nécessité d'orienter précocement les patients vers les consultations spécialisées. Tout ceci nécessite l'implication des autorités politiques, des agents de santé et de la population.

Références

1. **Houkpatin SHR, Avakoudjo F, Lawson Afouda S, Yémadjro FSR, Adjibabi W, Vodouhê SJ, et coll.** Prévalence des affections ORL au Centre Hospitalier Régional du département du Borgou dans le nord-Bénin. *La Revue Africaine d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale* 2011 ;11 (1,2,3) : 47-51.

2. **Houkpatin SHR, Adedemy JD, Avakoudjo F, Lawson Afouda S, Agossou J, Noudamadjo A, et coll.** Les urgences ORL pédiatriques au Centre Hospitalier Départemental Borgou de Parakou, Bénin. *Ramur* 2012 ; 17(3) : 25-30.

3. **Queneau P, Ghasarossian C.** Automédication in : Gay B, Beis J-N, Bouget J, Trinh-Duc. Thé-

rapeutique en médecine générale. *Global Média Santé*, 2ème édition, Saint-Cloud ;2013

4. **Ouendo E-M, Makoutodé M, Paraiso MN, Wilmet-Dramaix M, Dujardin B.** Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (Pauvreté et soins de santé). *Tropical Medicine and International Health*, 2005;10(2):179-86.

5. **Commeyras C, Ndo JR, Merabet O, Kone H, Rakotondrabe FR.** Comportement de recours aux soins et aux médicaments au Cameroun. *Cahiers Santé* 2006 ;16 (1) : 5-12.

6. **Keita M, Dao K, Mohamed AG.** Pratiques otorhino-laryngologiques en Afrique Subsaharienne : cas du Mali. *Med Afr Noire* 2005 ;52 (4) : 228-31.