



La revue scientifique
**Les Cahiers
du CBRST**

La science au service de la société

DOSSIERS

Médecine et santé publique



03 BP 1665 Tél (229) 21 32 12 63 2132 09 77
Fax : (229) 21 32 36 71
Mail : cahiersducbrst@yahoo.fr ;
cahiersducbrst@gmail.com
Site Web: <http://www.cbrst-benin.org>



CAHIERS DU
CBRSI

Médecine et santé publique

N° 23, Décembre 2023 ; ISSN : 1840-703X, Cotonou (Bénin)

Dépôt légal n° 15345 du 24/10/2023

Bibliothèque Nationale du Bénin

DIRECTEUR DE PUBLICATION : Professeur Marc T.T. KPODEKON ; Directeur Général du CBRSI

DIRECTEUR ADJOINT DE PUBLICATION : Professeur AZONHE Thierry Hervé

CONSEILLER SCIENTIFIQUE : Apollinaire Guy MENSAH ; *Directeur de Recherche*

REDACTEUR EN CHEF : SOGLO Yves

SECRETAIRE DE REDACTION : KASSA Eliane

COMITE SCIENTIFIQUE

Médecine et santé publique

Pr. DARBOUX Raphael (Bénin), Pr. SECK Sidy Mohamed (Senegal), Pr. BIGOT André (Bénin), Pr. KABA Lamine (Guinée), Pr. AKPONA Simon (Bénin), Pr. LALEYE Anatole (Bénin), Pr. El Hadj KA Fary (Senegal), Pr. HOUNNOU Gervais (Bénin), Pr. HOUNGBE Fabien (Bénin), Pr. MASSOUBODJI Achille (Bénin), Pr. KAZE François (Cameroun), Pr. LALEYE Anatole (Bénin), Mca SABI Kossi (Togo)

Agriculture, environnement et sciences de l'ingénieur

Pr. MAKOUTODE Michel (Bénin), Pr. OYEDE Marc (Bénin), Pr. MENSAH Guy Apollinaire, Pr. TOSSA Joel (Bénin), Pr. SINSIN Brice (Bénin), Pr. GBENOU Joachim (Bénin), Pr. GBAGUIDI Fernand (Bénin), Pr. AHANHANZO Corneille (Bénin), Pr. HONTONFINDE Félix (Bénin), Pr. SOGLO Henri (Bénin), Pr. ADOUKONOU S. Dominique, Pr KPODEKON Marc T.,

Lettres, sciences humaines et sociales

Pr. ALINSATO Alastair (Bénin), Pr. AZONHE Thierry Hervé (Bénin), Pr. TCHAMIE Tiou (Togo), Pr. CLEDJO Placide (Bénin), Pr. HOUNDENOU Constant (Bénin), Pr. IGUE Charlemagne (Bénin), Pr. HOUNKOU Emmanuel (Bénin), Pr. ANIGNIKIN Sylvain (Bénin), Pr. GLIDJA Judith (Bénin), Pr. SAMBA KIMBATA Joseph (Congo B), Pr. GBEASSOR Messanvi (Togo), Pr. AFOUDA Abel (Bénin), Pr. ZOUNGRANA Pierre Tanga (Burkina), Pr. ATTANASO Odile (Bénin), Pr. JOSSE Roger (Bénin), Pr. Pr. VISSIN Expédit (Bénin), Pr. AMOUZOUVI Dodji H. (Bénin), Pr. SOGBEDJI M. Jean (Togo), Pr. GBEMOU Mahulikplimi K. (Togo), Pr ODOULAMI Léocadie, Pr IMOROU Aboubakari,

COMITE DE LECTURE

Prof DOSSOU-YOVO Adrien; Pr AVLESSI Félicien; Prof CLEDJO Placide; Prof da CRUZ Maxime; Prof EDAH Daniel ; Prof KOUNOUHEWA Basile ; Prof MENSAH G. A.; Prof TOSSOU Okri Pascal; Prof AGOÏNON Norbert ; Dr TENTE Brice; Dr YABI Ibourahima; Dr. Zacharie SOHOU ; Pr. LALEYE Anatole ; Prof. GBAGUIDI Célestin ; Prof MONGBO Roch ; Prof. GNELE José ; Dr ALAMOU Eric ; Prof AZANDO E. V.; Dr DOUGNON Victorien; Prof GBAGUIDI Fernand; Prof GBANGBOCHÉ A. B.; Prof GLELE KAKAÏ Romain ; Prof TCHIBOZO Eric ; Pr HOUNHOUIGAN Joseph ; Pr KPOVIESSI Salomé ; Pr OYEDE Marc ; Pr. Ag. FOLLIGAN Bénédiction ; Pr. Ag. YAO-GNANGOURA Victor ; Pr. AKPONA Simon ; Pr. ALLABI Aurel ; Pr. BIGOT André ; Pr. CHIKOU Antoine ; Pr. DARBOUX Raphael; Pr. HOUNGBE Fabien ; Prof. GLIDJA Judith ; Pr. HOUNNOU Gervais ; Prof. Ag. MOUMOUNI Hassane ; Prof LANHA Magloire ; Prof. CHABOSSOU Augustin ; Prof AINA Martin ; Prof ALLABI Aurel; Dr HOUNGNIHIN Roch ; Prof. SOGLO Yves ; Prof JOHNSON Christian; Prof KPOHOU Ferdinand; Prof GNIMADI Clément, Prof SOHOU Zacharie; Dr AGBOKOUNOU Aristide, Dr DEGBEY Georges; Prof VIGNINOUS Toussaint; Prof GIBIGAYE Moussa; Prof YABI Fidèle; Prof OREKAN Vincent; Prof GBAGUIDI Arnould; Prof TOKO Ismaël; Prof VISSOH Sylvain; Prof HEDIBLE Sidonie, Dr SOSSOU K. Benoît ; Prof. AHOANDJINOUS Raymond-Bernard ; Prof. GOMEZ Ansèq ; Prof. VODOUNOU Jean Bosco; Prof. DOSSOU Jéstin Paulin; Prof. AFOUDA Servais; Prof. HADONOU Julien; Prof. TAMA Clarisse

Toute reproduction, même partielle de cette revue est rigoureusement interdite. Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, photographie, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi 84-003 du 15 mars 1984 relative à la protection du droit d'auteur en République du Bénin.



SOMMAIRE

1. **Analyse de l'activité d'anesthésie réanimation en chirurgie cardiaque au CNHU-HKM de Cotonou de mars 2021 à juillet 2022.....1**
AHOUNOU E, CAMARA A Y, AKODJENOU J, LATAME J, YETONGNON J, BORIBATA K, Le HOUEROU D, ZOUMENOU E.
2. **Connaissances et facteurs limitants le recours précoce à la chirurgie de la cataracte au nord Benin.....15**
ALFA BIO ISSIFOU A., AIGBE N., ABOUKI C. O. A., MONTEIRO S., AHANHANZO-GLELE S. M., LOKOSSI A., ALAMOU S., ODOULAMI L., ASSAVEDO C. R. A.
3. **Louanges panégyriques en thérapie chez les adultes en psychiatrie à Cotonou.....31**
AZA-GNANDJI G., KLIKPO T. E. E., ANAGONOU L. M., AMONLES Y., FIOSSI KPADONOU E.
4. **Aspects thérapeutiques du décollement de rétine chez les évacués sanitaires hors Benin de 2015 à 2020.....45**
AIGBE N., ABOUKI C. O. A., SIDI A., GAYET C. S., ASSAVEDO A., ALAMOU S.
5. **Accessibilité des aides auditives aux patients malentendants admis au centre hospitalier et universitaire départemental du Borgou et de l'Alibori CHUD-B/A à Parakou (Benin).....63**
BOURAÏMA F. A., AMETONOU C. B., AGBOKPONTO A. R., DEMBELE L., FLATIN M. C.
6. **Profil épidémio-clinique des infections sexuellement transmissibles de 2009 à 2022 dans le service de dermatologie-vénérologie du CHUD/B-A.....74**
HOUNGBO O., AGBESSI N., MEGNE K. P., AKPADJAN F., DEGBOE B., ADEGBIDI H., ATADOKPEDE F., KOUDOUKPO C.



7. **Qualité de vie des patients opérés de cataracte au CHUD Borgou Alibori en 2023.....87**
ALFA BIO ISSIFOU A, AIGBE N., ASSAVEDO C. R. A., ABOUKI C. O. A., MONTEIRO S., KECILE P., LOKOSSI A., ALAMOU S., ODOULAMI L.
8. **Evaluation des outils pédagogiques pour l'acquisition du savoir-faire en chirurgie ORL.....109**
DO SANTOS ZOUNON A., HOUNLELOU V., VODOUHE U., LAWSON AFOUDA S., AVAKOUDJO F., ADJIBABI W.
9. **Profil épidémiologique et clinique des militaires reçus en psychiatrie a l'hôpital d'instruction des armées de Cotonou de 2015 A 2022 ...119**
AZA-GNANDJI G., SOEDJE M. K. A., ATAIGBA I. N. E., KLIKPO T. E. E., ANAGONOU L.
10. **Les traumatismes oculaires a l'ex-hôpital d'instruction des armées - centre hospitalier universitaire de Cotonou : aspects épidémiologiques thérapeutiques et évolutifs (à propos de 484 cas.....134**
AÏGBE N., ALFA BIO ISSIFOU A., ABOUKI C., HOUNKPE J., ALAMOU S., ODOULAMI L.
11. **Qualité de l'accueil au service Orl-Ccf de l'hôpital d'instruction des armées de Cotonou.....151**
Do SANTOS ZOUNON A., HOUNLELOU V., VODOUHE U., LAWSON AFOUDA S., AVAKOUDJO F., ADJIBABI W.
12. **Effets de la mise en œuvre du modèle de soins optimisés sur l'état de santé du nouveau-né de faible poids de naissance dans le département du zou au Benin.....163**
GUEZO-MEVO B., OUENDO E., SAGBO G., SAÏZONOU J.
13. **Prévalence de la dépression chez les patients accidentés de la voie publique suivis au centre national hospitalier universitaire Hubert Koutoukou Maga à Cotonou.....189**
AZA-GNANDJI G., KPODANYESSI J., SOEDJE K. M. A., KLIKPO T. E. E., EZIN HOUNGBE J.



- 14. Intérêt de la réfraction sous cycloplegie chez l'adulte jeune à Cotonou.....206**
AÏGBÈ N., TODOME F., ABOUKI C., ASSAVEDO A., ALAMOU S., ODOULAMI L.
- 15. Prévalence et facteurs associés au risque cardiovasculaire chez les enseignants du secondaire à Parakou en 2022.....222**
DOHOU S.H. M., CODJO H. L., GOUNOU A., AMEGAN H. N., BIAOU C. O. A., IBRAHIM A., DOVONOU A.C., AKANNI D., TCHAOU B.
- 16. Connaissances, attitudes et pratiques des medecins generalistes du Borgou en matière d'éducation thérapeutique du patient hypertendu en 2022.....240**
DOHOU S. H. M. , KPOHOLO S. D. M. , AMEGAN H. N., BIAOU C. O. A., CODJO H. L., HOUENASSI D. M.
- 17. Aspects épidémiologique, diagnostique et thérapeutique du syndrome coronarien chronique dans le service de cardiologie du CHUD-B/A de 2019 à 2022.....259**
DOHOU S. H. M., SALAMI M., AMEGAN N. H., BIAOU Chabi O. A., CODJO L. H., HOUENASSI M. D.
- 18. Aspects histologiques des cancers de la prostate au CNHU-KHM..275**
SOSSA J., EBOLO O., OUAKE H., AGOUNKPE M. M., YEVI D. I. M., HODONOU F., AVAKOUDJO D. J. G.
- 19. Occlusion intestinale aiguë par textilome : à propos d'un cas.....283**
LALEYE C. M., ATTOLOU S. G. R., HEDEFOUN S. E., GBESSI D. G., DOSSOU F., MEHINTO D. K.
- 20. Les pathologies du canal péritonéo-vaginal : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques chez l'enfant de moins de 15 ans dans deux hôpitaux du nord-Benin.....290**
HADONOU A. A., GANDAHO K. I., LE-MBAYE F., LAWIN E., TAMOU SAMBO B., HODONOU M. A., ALLODE S. A.



- 21. Enfouissement du gland post circoncision traditionnelle : à propos de 03 cas pris en charge au CHUD-B/A, Benin.....303**
HADONOU A. A., GANDAHO K. I., NONOA B., LAWIN E., TAMOU SAMBO B., HODONOU M. A., ALLODE S. A.
- 22. Profil épidémiologique des risques professionnels chez le personnel soignant dans les hôpitaux de la zone sanitaire Parakou-N'Dali en 2023.....314**
MAMA CISSÉ I., MEWA TCHOFO R., BÉHANZIN L., ADJOBIMEY M., MIKPONHOUÉ R., GOUNONGBÉ A. C. F., HINSON A. Vickey, AYÉLO A. P.a
- 23. Prévalence et facteurs associés au stress chez les professionnels de la santé dans les hôpitaux de la zone sanitaire Parakou-N'Dali (BÉNIN) en 2023.....329**
MAMA CISSÉ I., HOSSOU T. D., BÉHANZIN L., GOUNONGBÉ A. C. F.1, HINSON V., AYELO P.



PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DES MILITAIRES REÇUS EN PSYCHIATRIE A L'HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES DE COTONOU DE 2015 A 2022

**AZA-GNANDJI G.¹, SOEDJE M. K. A.², ATAIGBA I. N. E.³, KLIKPO
T. E. E.¹, ANAGONOU L.¹**

¹ Département de santé mentale, faculté des sciences de la santé de
l'Université d'Abomey-Calavi, Cotonou, Bénin

² Département de santé Mentale, faculté des sciences de la santé de
l'Université de Lomé, Lomé, Togo

³ Faculté de Médecine, Université de Parakou, Parakou, Bénin

Correspondant : AZA-GNANDJI Guy-Gérard -01 BP 188 Cotonou -mail :
gazagnandji@gmail.com

RESUME

Introduction : cette étude avait pour objectif de décrire le profil épidémiologique et clinique des militaires suivis dans le service de psychiatrie d'un hôpital militaire. **Méthode** : il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive réalisée sur études des dossiers médicaux et qui a inclus tous les militaires reçus en première consultation dans le service sur sept ans, de 2015 à 2022. Les diagnostics étaient basés sur les critères de la classification internationale des maladies (CIM 10). **Résultats** : un total de 199 dossiers était inclus. L'âge moyen était de 31,97 ans avec des extrêmes de 19 et 55ans et un pic de 46,73% pour les 21-30 ans. Les hommes prédominaient (69,34%) avec un sex ratio de 2,26. La majorité était des militaires du rang à 62,31% et 80,90% relevaient de l'Armée de Terre. Sept militaires sur 10 étaient admis sur référence d'un personnel soignant (médecin, généraliste, médecin spécialiste, infirmier) et pour 38,54% les troubles sont survenus au service. L'insomnie et les hallucinations dans la même proportion (10,55%) étaient les principaux motifs de consultations et les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F10 ; 13,58%) représentaient le principal diagnostic. Dans le parcours de soins, 88,94% des militaires s'étaient rendus dans un centre de santé de première intention dont 30,20% dans un centre psychiatrique. **Conclusion** : ces résultats révèlent la fragilité derrière l'apparente robustesse psychologique du militaire et la nécessité de stratégies préventives.



Mots clés : troubles mentaux, militaire, armée, Cotonou

ABSTRACT

Introduction: The aim of this study was to describe the epidemiological and clinical profile of military personnel followed in the psychiatric department of a military hospital. **Method:** this was a retrospective descriptive study carried out on the basis of medical records, and included all military personnel received for initial consultation in the department over seven years, from 2015 to 2022. Diagnoses were based on International Classification of Diseases (ICD 10) criteria. **Results:** A total of 199 files were included. The mean age was 31.97 years, with extremes of 19 and 55 years, and a peak of 46.73% in the 21-30 age group. Men predominated (69.34%), with a sex ratio of 2.26. The majority were non-commissioned soldiers (62.31%), and 80.90% were from the French Army. Seven out of 10 servicemen were admitted on the basis of a referral from a health-care staff member (doctor, general practitioner, specialist doctor, nurse), and for 38.54% the disorders occurred on duty. Insomnia and hallucinations were the main reasons for consultation in the same proportion (10.55%), while mental and behavioral disorders linked to alcohol use (F10; 13.58%) were the main diagnosis. In the course of their treatment, 88.94% of servicemen went to a primary care center, including 30.20% to a psychiatric center. **Conclusion:** these results reveal the fragility behind the soldier's apparent psychological robustness, and the need for preventive strategies.

Keywords: mental disorders, military, army, Cotonou

INTRODUCTION

« La discipline faisant la force principale des armées, il importe que tout supérieur obtienne des subordonnés une obéissance entière et une soumission de tous les instants, que les ordres soient exécuter littéralement, sans hésitation ni murmure, l'autorité qui les donne en est responsable, et la réclamation n'est permise au subordonné que lorsqu'il a obéi » [1]. Ce passage du règlement de discipline générale dans les forces armées béninoises témoigne de la particularité de la population militaire du fait de l'environnement de travail caractérisé par une forte hiérarchisation, une



discipline de rigueur et le port et la manipulation d'armes à feu. Les militaires provenant de la population civile, se retrouver dans un environnement aussi particulier pourrait constituer un facteur de renforcement pour les uns et de fragilisation pour les autres. Il apparaît alors un intérêt à se préoccuper de la santé mentale de cette population spécifique. Au Bénin, l'armée dispose, au niveau de chaque garnison, des centres médico-sociaux qui assurent les soins au plus près de la troupe et aussi d'hôpitaux de référence, appelés Hôpital d'Instruction des Armées (HIA), qui prennent le relais en cas de besoin et où le militaire peut directement consulter lorsqu'il le juge nécessaire. L'HIA de Cotonou est le seul qui dispose d'un service de psychiatrie qui assure la prise en charge des militaires souffrant de troubles mentaux depuis une douzaine d'années. Cependant, il n'existe pas dans la littérature des données relatives aux troubles mentaux dans la population militaire béninoise. La présente étude, qui tente de combler ce déficit, s'est fixé pour objectif de décrire les aspects épidémiologiques et cliniques des militaires accueillis dans le service de psychiatrie de 2015 en 2022.

Cadre

Le cadre de notre étude est le service de psychiatrie de l'Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou. Il s'agit d'un service de psychiatrie d'adultes dont l'essentiel des activités est la consultation. Ne disposant pas d'unité d'hospitalisation propre, le service n'hospitalise qu'en fonction de la disponibilité des lits dans le bloc d'hospitalisation commun de l'hôpital. Situation qui oblige à orienter les malades vers d'autres hôpitaux ou service de psychiatrie lorsque leur état clinique nécessite des soins sous surveillance médicale continue en hospitalisation. Le service, qui ne dispose que d'un psychiatre, assure les consultations tous les jours et accueille aussi bien des civils que des militaires. Au cours des cinq premières années de son existence, de 2010 à 2014, son fonctionnement a été très perturbée dans la prise en charge et le suivi des malades pour des raisons d'indisponibilité du psychiatre souvent envoyé à d'autres missions hors du territoire national sur des durées variant de six mois à douze mois.

MATERIELS ET METHODES



Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive réalisée du 1^{er} au 30 novembre 23 sur la base des dossiers médicaux de tous les militaires admis en première consultation dans le service sur la période allant du 1^{er} janvier 2015 au 30 septembre 2022. Une fiche a été élaborée et structurée de manière à collecter les données sociodémographiques, les données militaires et les données cliniques. Les variables étudiées étaient l'âge, le sexe, la religion, l'ethnie, le niveau d'étude et la situation matrimoniale pour les données sociodémographiques ; le force d'appartenance, le grade, la catégorie et l'ancienneté pour les données militaires ; le mode d'admission, les motifs de consultation, les antécédents psychiatriques et toxicomaniaques, la démarche de soins et le diagnostic basé sur les critères du CIM 10 pour les données cliniques et la modalité de prise en charge, de suivi et l'évolution pour les données thérapeutiques. Sont exclus de notre étude les dossiers dans lesquels les informations essentielles relatives aux données sociodémographiques, militaires et cliniques sont incomplètes, manquantes ou inexploitable. Les données recueillies ont été saisies et analysées avec le logiciel Epi info version 7.2.5.0. Le test de khi² a été utilisé pour la comparaison des données. Les liens entre les valeurs étaient considérés comme statistiquement significatifs au seuil de probabilité de 0,05. Cette étude a été autorisée par l'administration de l'HIA de Cotonou. Les données ont été collectées, analysées et utilisées dans la confidentialité. Aucune information pouvant faire le lien entre un patient et ses données n'a été présentée dans ce travail.

RESULTATS

Au total 216 militaires étaient admis en première consultation dans le service sur la période concernée par notre étude. La moyenne annuelle de nouveaux militaires reçus dans le service est de $24,87 \pm 12,21$ avec un minimum de 7 et un maximum de 40. Sur l'ensemble des 216 dossiers, 17 étaient incomplets pour non disponibilité des informations essentielles et avaient donc été exclus de notre étude qui avait porté sur 199, soit 92,13%.

Données sociodémographiques

La population militaire accueillie dans le service sur la période concernée était à prédominance masculine (69,34%) avec un sex ratio (H/F) à 2,26. L'âge moyen de cette population était de $31,97 \text{ ans} \pm 7,35$ (médiane à 32),



avec des extrêmes de 19 ans et 55 ans. La tranche d'âge 21-30ansétait la plus représentée à 46,73%. Le niveau d'étude secondaire prédominait à 68,34%. Ils étaient en majorité chrétiens (69,34%) et célibataires (37,70%).Le groupe ethnique *Fon* prédomine à 45,23% (Tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des militaires selon les données sociodémographiques des militaires

	Effectif (n 199)	= Pourcentage (%)
Âge		
Moyenne (Médiane)	31,97 (32)	
[Minimum ; Maximum]	[19 ; 55]	
Sexe		
Femme	61	30,66
Homme	138	69,34
Tranche d'âge		
[16 – 20]	3	1,50
[21 – 30]	93	46,73
[31 – 40]	76	38,19
[41 – 50]	24	12,06
[51 – 55]	3	1,50
Niveau d'étude		
Non scolarisé(e)	3	1,50
Primaire	20	10,05
Secondaire	136	68,34
Universitaire	40	20,10
Religion		
Chrétienne	138	69,34
Musulmane	26	13,07
Endogène	8	4,02
Synchrétique	11	5,53
Autre	2	1,00
Athée	8	4,02
Non renseigné	6	3,02
Situation matrimoniale		
Célibataire	75	37,70
Marié(e)	60	30,15
Concubinage	57	28,64



Divorcé(e)	4	2,01
Veuf (ve)	1	0,50
Non renseigné	2	1,00
Groupe ethnique		
Adja	32	16,08
Bariba	17	8,54
Dendi	3	1,50
Fon	90	45,23
Lokpa	5	2,52
Ottamari	11	5,53
Yoruba	29	14,57
Autre	1	0,50
Non renseigné	11	5,53

Données militaires

Les militaires reçus dans le service étaient composés de militaires du rang à 62,31%, de sous-officiers à 28,64% et d'officiers 9,05%. Ils sont à 80,90% personnels de l'Armée de Terre, 13,06% personnels des Forces Navales et 6,03% personnels des Forces Aériennes. Et quelle que soit la force la catégorie des militaires du rang prédomine ($p = 0,258$) (Tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des militaires selon la catégorie et la force

	Catégorie			
	Militaire du rang (n = 124 ; 62,31%)	Sous-officier (n = 57 ; 28,64%)	Officier (n = 18 ; 9,05%)	Total (n = 199. 100%)
Armée de Terre	99 (49,75%)	49 (24,62%)	13 (6,53%)	161 (80,90%)
Force navale	17 (8,54%)	7 (3,51%)	2 (1,00%)	26 (13,06%)
Force Aérienne	8 (4,02%)	1 (0,50%)	3 (1,50%)	12 (6,03%)

($p = 0,258$)

Modalités d'admission

Les militaires étaient admis sur référence d'un soignant dans une proportion de 70,86% (médecin généraliste 45,23% ; un médecin spécialiste 20,10% ; infirmier 5,53%), sur orientation d'une tierce personne dans 24,62% des cas



(supérieur hiérarchique 21,10% ; conjoint 3,52%) et sur leur initiative personnelle dans 4,52% des cas.

Lieu de survenue des troubles

Les troubles sont survenus au domicile pour 39,58% des militaires, au service pour 38,54%, pendant un stage pour 8,85% et au cours d'une mission pour 6,77%. Huit militaires (4,02%) étaient en ville quand les troubles sont apparus et 2,01% étaient hospitalisés pour un autre problème de santé lorsque les troubles sont survenus.

Clinique

Plaintes principales

Les principales plaintes qui avaient motivé les consultations étaient l'insomnie et les hallucinations auditives et/ou visuelles dans la même proportion (10,55%), l'ivresse répétée au service (7,53%), l'agitation et/ou agressivité (7,03%), le délire et les douleurs somatiques dans la même proportion (4,52%) et les propos incohérents, l'abandon de poste et le passage à l'acte suicidaire dans la même proportion (3,01%) (Figure 1).

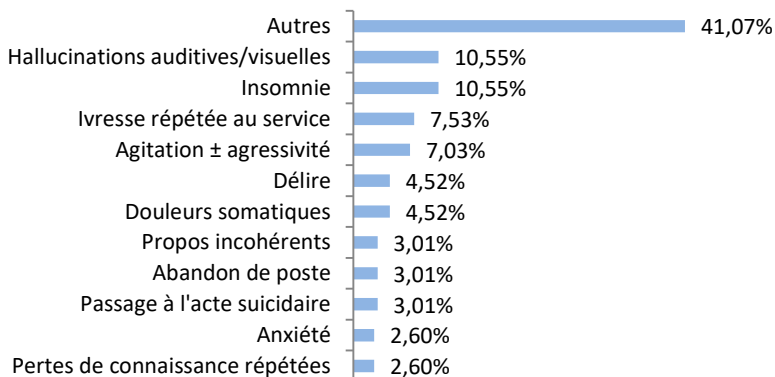


Figure 1 : Répartition des militaires selon la plainte principale²
Antécédents



Trente-quatre militaires admis (17,08%) avaient des antécédents psychiatriques dont 8,04%avaient déjà bénéficié d'une hospitalisation en psychiatrie. Quarante-et-un (20,60%) étaient consommateurs de substances psychoactives.

Parcours de soins

Dans le cadre de l'épisode actuel et pour les soins, 88,94%des militaires s'étaient rendus dans un centre de santé de première intention dont 30,20%dans un centre psychiatrique et 26,04% dans notre service. Seize militaires (8,04%) étaient allés se faire soigner chez un tradithérapeute et six (3,01%) dans une église se faire soigner par les prières. Plus de la moitié (55,27%) avaient eu recours à un soin de deuxième intention. A ce sujet, 69,09% des militaires avaient consulté dans un centre de santé dont 50,90% des militaires sont allés dans un centre psychiatrique et 45,22% dans notre service. Trente-trois (30%) étaient chez le tradithérapeute et un (0,91%) dans une église. Plus du quart (27,13%) avaient recouru à un soin en troisième intention. Ainsi, 79,63% étaient allés en psychiatrie et dans notre service. Dix (18,52%) étaient allés chez le tradithérapeute et un (0,50% 0,52%) dans une église (Tableau 3).

Tableau 3 : Répartition des militaires selon le type de recours aux différentes étapes de leur parcours de soins

Recours aux soins		Lieux de soins				
		Consultation médicale	Consultation psychiatrique	Tradithérapie	Prières à l'église	p
1 ^{ère} intention	(n = 199, 100%)	88,94%(177)	30,15% (60)	8,04% (16)	3,01% (6)	0,0013
2 ^{ème} intention	(n = 110 ; 55,27%)	69,09% (76)	50,90 (56)	30% (33)	0,91% (1)	0,0321
3 ^{ème} intention	(n = 54 ; 27,13%)	0	79,63% (43)	18,52% (10)	1,85% (1)	0,2313

Diagnostic



Les principales pathologies diagnostiquées sont F40-F48 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (30,65%) dont Réaction à un facteur de stress sévère et troubles de l'adaptation (F43 ; 12,08%) et Troubles dissociatifs (F44 ; 11,56%), F20-F29 Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (24,62%) dont Troubles psychotiques aigus et transitoires (F23 ; 12,57%), F10-F19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (15,08%) dont Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F10 ; 13,58%) ; F30-F39 Troubles de l'humeur (14,57%) dont Episodes dépressifs (F32 ; 11,55%) ; F50-F59 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (5,03%) dont Facteurs psychologiques et comportementaux associés à des maladies (F54 ; 4,03%) et F60-F69 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (1,50%). Dix-sept militaires (8,55%) n'avaient aucune pathologie psychiatrique évolutive à leur admission dont (3,02%) présentaient cependant une pathologie organique (crises d'épilepsie, dystonie, colopathies) (Tableau 4).

Tableau 4 : Répartition des militaires selon le diagnostic

Diagnostic				
Bloc	Code	Effectif (n = 199)	Pourcentage (%)	Total
F10-F19	F10	27	13,58	30 (15,08%)
	F11	1	0,50	
	F12	2	1,00	
	F20	18	9,05	
F20-F29	F22	3	1,50	49 (24,62%)
	F23	25	12,57	
	F25	2	1,00	
	F28	1	0,50	
F30-F39	F31	6	3,02	29 (14,57%)
	F32	23	11,55	
	F41	2	1,00	
F40-F48	F42	1	0,50	61 (30,65%)
	F43	24	12,06	
	F44	23	11,56	
	F45	11	5,53	
F50-F59	F51	2	1,00	10 (5,03%)
	F54	8	4,03	



F60-F69	F60	1	0,50	3 (1,50%)
	F63	1	0,50	
	F68	1	0,50	
Pathologies organiques	G24	1	0,50	6 (3,02%)
	G40	4	2,02	
	K58	1	0,50	
Absence de pathologie		11	5,53	11 (5,53%)

DISCUSSION

Cette étude présente des limites liées à son caractère rétrospectif. Cependant, à notre connaissance, elle a le mérite d'être la première étude à s'intéresser aux aspects épidémiologiques et cliniques des troubles mentaux chez les militaires au Bénin. La prédominance masculine (70,31%) dans la population militaire reçue dans le service de psychiatrie est contraire à la réalité démographique béninoise où les femmes représentent 51,20% de la population, contre 48,80% pour les hommes [2]. Cependant, elle correspond à la réalité du genre dans l'armée béninoise où les hommes représentent la plus grande proportion. Et cette dominance masculine est constatée dans la plupart des armées au monde, même dans celles qui sont les plus féminisées, où elle varie entre 84,5% et 97% [3] [4]. Cet état de fait serait relatif à l'opinion que chacun se fait des aptitudes professionnelles des femmes, souvent perçues *a priori* comme inférieures à celles des hommes, à la crainte de possible relation de séduction qui serait une menace pour l'équilibre relationnel en vigueur quand il n'y a que des hommes et au doute sur la capacité des femmes à concilier vie personnelle et familiale et vie professionnelle [5][6].

La prépondérance des célibataires (37,50%), des chrétiens (69,79%) et du groupe ethnique Fon (45,31%) reflètent les résultats du dernier recensement général de l'habitat et de la population de 2013 au Bénin qui rapporte que 44,6% de la population sont célibataires, 41,8% sont chrétiens et le caractère majoritaire du groupe ethnique fon dans la population où il est représenté à 38,4% [2].

Notre population était composée par ordre d'importance de 62,50% de militaire du rang, 26,12% de sous-officiers et de 9,38% d'officiers ; et la catégorie des militaires du rang prédomine quelle que soit la force armée. Cela traduit une réalité des composantes catégorielles de l'armée en



générale. Cette réalité est une pyramide à base très large, formée des militaires du rang, et à sommet réduit, composé des officiers, avec entre les deux les sous-officiers. Elle constitue ainsi la chaîne de commandement militaire. Habituellement, la majorité des sous-officiers provient des militaires du rang et celle des officiers des sous-officiers. Les militaires du rang constituent la catégorie d'exécution et les officiers la catégorie de conception et de commandement. Les sous-officiers, selon les situations, peuvent être dans la conception et le commandement ou dans l'exécution. On peut donc comprendre que les facteurs de stress s'exercent de façon inversement proportionnelle aux trois catégories.

La prédominance des militaires référés (70,86%) est liée à l'organisation du système de santé de l'armée béninoise. En effet, il existe au niveau de chaque garnison un centre médico-social dirigé le plus souvent par un militaire médecin généraliste. Cette proximité avec le centre de santé, le médecin résidant dans le camp avec la troupe, facilite l'accès aux soins. Par ailleurs, toute absence du militaire du service devant être justifiée sous peine de sanction disciplinaire, le militaire préfère passer par le circuit de santé de l'armée afin d'avoir une traçabilité de son parcours de soin et d'éviter des difficultés administratives. Cela explique aussi le fait que dans le parcours de soins ils avaient donné priorité au système de soins modernes, 88,94% des militaires s'étant rendus dans un centre de santé de première intention dont 30,20% dans un centre psychiatrique. Les résultats montraient qu'ils avaient recours à trois systèmes de soins, notamment modernes psychiatriques, traditionnels et religieux. Pigeon-Gagné et al. ont retrouvé ce même parcours dans leur étude relative à des populations civiles au Burkina-Faso mais ont rapporté à contrario 56% de recours aux soins traditionnels et religieux en première intention [7]. Bakohariliva et al. ont aussi rapporté le même parcours de soins avec une prédominance du traitement religieux dans une proportion de 40 % [8]. Cela pourrait être en rapport avec le fait que de façon générale au Bénin, les troubles mentaux sont attribués à la sorcellerie ou à des attaques occultes ou mystiques.

Pour 38,54% des militaires, les troubles étaient survenus alors qu'ils étaient au service dont 29,73% relevaient des troubles du comportement liés à la consommation d'alcool et 14,86% de troubles psychotiques aigus et transitoires. Schumm et Chard ont rapporté une prévalence de la consommation excessive d'alcool chez les militaires variant de 15 à 20 % et ils précisent qu'il existe une corrélation significative entre le grade militaire



et la fréquence de la consommation excessive d'alcool, les taux étant six fois plus élevés chez les militaires les moins bien classés que chez les officiers, et que les militaires de l'armée de terre, et de la marine étaient plus susceptibles de déclarer une consommation excessive d'alcool fréquente que ceux de l'armée de l'air[9]. Ce qui expliquerait le fait que dans la population de notre étude les militaires de l'armée de terre (80,90%) et de forces navales (13,06%) soient plus représentés que ceux des forces aériennes (6,03%). Ces résultats de cette étude interpellent d'autant plus que la survenue de troubles du comportement induit par l'alcool (ou autres substances psychoactives) dans un environnement militaire pourrait être source de d'actes médico-légaux et conduire à des situations regrettables. Par ailleurs les troubles psychotiques sont des troubles qui projettent l'individu dans une néo réalité à laquelle il adhère avec une forte conviction. Ce qui est une situation pouvant favoriser les troubles du comportement. A ce sujet, Sparks et al. ont rapporté que 28 % des buveurs actuels et 40 % des buveurs excessifs ont signalé des résultats liés à des blessures ou des comportements à risque, et 8 % des buveurs actuels et 13 % des buveurs excessifs ont signalé des problèmes de justice pénale [10].

Les principales plaintes étaient par ordre d'importance l'insomnie et les hallucinations, l'ivresse répétée au service et l'agitation et/ou agressivité. Ces mêmes plaintes ont été retrouvées comme principaux motifs de consultation par Nanéma et al. dans une étude relative aux civils réalisée au Burkina Faso dans un service de psychiatrie où ils rapportent l'agressivité (68,83%), l'insomnie (21,40%), l'agitation (21,13%) et les hallucinations (15,80%) [11]. Salifou et al. ont aussi trouvé dans un hôpital psychiatrique au Togo que les plus fréquents motifs de consultation ont été le délire (38,5%) suivi de l'insomnie (27,5%), de l'agitation (25,7%) et de l'hallucination (23,9%) [12]. Comparée à ces motifs retrouvés en population civile, l'ivresse répétée comme motif de consultation en deuxième position dans cette étude apparaît comme une problématique plus accrue chez les militaires. Ce que corrobore l'étude de Osborne et al dont les résultats indiquent qu'il existe des caractéristiques spécifiques fortement associées au service militaire qui semblent avoir un impact sur la consommation d'alcool [13].

Trente-quatre militaires admis (17,08%) avaient des antécédents psychiatriques dont 8,04% avaient déjà bénéficié d'une hospitalisation en psychiatrie. Quarante-et-un (20,60%) étaient consommateurs de substances psychoactives. Selon Mbuku Nguala et al. 76% des militaires avaient des



antécédents psychiatriques personnels avant l'enrôlement et 87% abusent de cannabis avant et après l'exercice en cours. Leur étude retrouve des problématiques similaires à la nôtre mais les proportions élevées dans leur étude seraient probablement relatives à la petite taille (n=38) de leur échantillon [14].

Les principales pathologies diagnostiquées sont les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F10 : 13,58%), les troubles psychotiques aigus et transitoires (F23 : 12,57%), la réaction à un facteur de stress sévère et troubles de l'adaptation (F43 :12,08%) et les épisodes dépressifs (F32 :11,55%).Cohen et al. ont réalisé une revue systématique de la prévalence et de l'apparition de troubles psychiatriques au sein des forces de réserve, ainsi qu'une méta-analyse des estimations de prévalence comparant les forces de réserve et les forces d'active, et ont rapporté des valeurs similaires à nos résultats, notamment une prévalence regroupée des troubles liés à la consommation d'alcool de 14,5 % dans la composante et de 11,7 % dans la composante d'active [15]. Asare-Doku et al. ont rapporté une prévalence de troubles liés à la consommation d'alcool largement au-dessus de la nôtre, soit 53,6 % [16].Dans une étude comparant la fréquence des psychoses aiguës chez les vétérans de guerres, les militaires de carrière et retraités et un groupe de jeunes militaires Reznik et al. ont rapporté des prévalences respectives de 0,8%, 5,4% et 3,2 % qui sont plus faibles que celle retrouvée dans cette étude [17].

CONCLUSION

Aussi fort qu'il puisse paraître dans l'imaginaire collectif, le militaire, homme ou femme, est un être humain qui est susceptible de vivre des souffrances psychologiques d'où qu'elles émanent et de présenter des troubles mentaux. Il est donc important d'être à son écoute et de l'accompagner en cas de besoin afin de lui permettre d'accomplir ses différentes missions dans des conditions de bonne santé mentale. Pour cela des stratégies préventives seraient utiles à mettre en place.

CONFLITS D'INTERET

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt dans le cadre de cette étude.

REMERCIEMENTS



Les auteurs remercient le directeur de l'hôpital d'instruction des Armées de Cotonou pour leur avoir facilité les formalités administratives dans le cadre de cette étude.

REFERENCES

- 1 Ministère de la Défense Nationale (Ed.). (2008). *Règlement de discipline générale dans les Forces Armées Béninoises*. MDN.
- 2 Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (Ed.). (2013). *RGPH4 : que retenir des effectifs de la population en 2013 ?* INSAE.
- 3 Planiol, A., (2016). *L'intégration des femmes dans les armées américaines*. Études de l'IRSEM n°43.
- 4 Monay, S. (2017). *Femmes militaires dans un contexte d'armée de milice « sans conflit » : Quelles logiques d'engagement ?* Genre & Histoire. <https://doi.org/10.4000/genrehistoire.2708>
- 5 Toulgoat, M. (2002). *Les femmes militaires : une reconnaissance à conquérir au quotidien*. Les Champs de Mars, 11, 205-215. <https://doi.org/10.3917/lcdm1.011.0205>.
- 6 Vermeij, L. (2020). *Femme avant tout, militaire ensuite : Tabous et préjugés auxquels doivent faire face les femmes militaires participant aux opérations de paix des Nations Unies*. International Peace Institute.
- 7 Pigeon-Gagné, É., Yaogo, M., Saïas, T., Hassan, G. & Bambara, J. (2022). *Itinéraires thérapeutiques et accès aux soins en santé mentale : une ethnographie au Burkina Faso*. Santé Publique, 34, 299-307. <https://doi.org/10.3917/spub.222.0299>
- 8 Bakohariliva, H. A., Rafehivola, I. H., Raobelle, E. N., Raharivelo, A. & Rajaonarison, B. H. (2018). *Etat des lieux des soins de premier recours des malades mentaux à Antananarivo : étude rétrospective*. The Pan African medical journal, 29, 1. <https://doi.org/10.11604/pamj.2018.29.1.11168>
- 9 Schumm, J. A., & Chard, K. M. (2012). *Alcohol and stress in the military*. Alcohol research : current reviews, 34(4), 401-407.
- 10 Sparks, A. C., Williams, C. S., Pflieger, J. C., Jacobson, I., Corry, N. H., Radakrishnan, S., & Stander, V. A. (2022). *Longitudinal Patterns of Military Spousal Alcohol Consumption: Findings From the Millennium*



- Cohort Family Study. Journal of studies on alcohol and drugs, 83(4), 546–555.<https://doi.org/10.15288/jsad.2022.83.546>
- 11 Nanema, D., Goumbri, P., Tindano, T., Yaméogo, H., Sawadogo, I., Karfo, K. & Ouedraogo, A. (2019). *Aspects épidémiologiques et cliniques des patients suivis dans le service de psychiatrie du CHUR de Ouahigouya, Burkina Faso*. L'information psychiatrique, 95, 181-185.<https://doi.org/10.1684/ipe.2019.1928>
 - 12 Salifou S., Wenkourama D., Soedje KMA., Anagonou L., Kanekatoua S., Gbetogbe KM. & al. (2018). *Profil des Patients Vus en Consultation Psychiatrique au CHU-Campus de Lomé*. Health Sci. Dis, 19 (1) Suppl 1, 48-52. Available at www.hsd-fmsb.org
 - 13 Osborne, A. K., Wilson-Menzfeld, G., McGill, G., & Kiernan, M. D. (2022). *Military service and alcohol use: a systematic narrative review*. Occupational medicine (Oxford, England), 72(5), 313–323. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqac045>
 - 14 Mbuku Nguala S., Mahamudi R. M. & Lukeba Ngwamba T. (2019). *Profil clinique et sociodémographique de malades militaires hospitalisés au sein de l'unité psychiatrique militaire du centre Neuro Psycho Pathologique (CNPP) de Kinshasa*. Psy Cause, 77, 62-64.
 - 15 Cohen, G. H., Fink, D. S., Sampson, L., & Galea, S. (2015). Mental health among reserve component military service members and veterans. *Epidemiologic reviews*, 37(1), 7–22.<https://doi.org/10.1093/epirev/mxu007>
 - 16 Asare-Doku, W., Donnir, G. M., Ayuurebobi Ae-Ngibise, K., Peprah, J., Awuviry-Newton, K., & Acquah, F. (2021). *Psychiatric Disorders among the Military in West Africa: A Systematic Narrative Review*. Behavioral sciences (Basel, Switzerland), 11(10), 138.<https://doi.org/10.3390/bs1100138>
 - 17 Reznik, A. M., Syunyakov, T. S., Shcherbakov, D. V., & Martynyuk, Y. L. (2020). *Psikhoticheskies krasstroistva u veteranov lokal'nykh voyn [Psychotic disorders in the veterans of local wars]*. Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova, 120(6. Vyp. 2), 31–36. <https://doi.org/10.17116/jnevro202012006231>