

Profil d'une Population de Consultants en Pédopsychiatrie et Accès aux Soins selon le Genre

Sami Othman, Asma Bouden, Soumya Halayem, Zeineb Abbas, Mohamed B Halayem

Service de Pédopsychiatrie de l'EPS RAZI, Rue des Orangers, La Manouba 2010, TUNISIE.

S. Othman, A. Bouden, S. Halayem, Z. Abbas, M. B Halayem

S. Othman, A. Bouden, S. Halayem, Z. Abbas, M. B Halayem

Profil D'une Population de Consultants En Pédopsychiatrie Et Accès Aux Soins Selon Le Genre

Profile of a population of consultants in child psychiatry and access to care by Gender

LA TUNISIE MEDICALE - 2010 ; Vol 88 (n°09) : 646 - 650

LA TUNISIE MEDICALE - 2010 ; Vol 88 (n°09) : 646 - 650

R É S U M É

Prérequis : L'accès aux soins en matière de santé mentale représente un élément fondamental dans le suivi et la prise en charge des enfants et des adolescents.

But : Dresser les caractéristiques démographiques et cliniques d'une population de consultants en pédopsychiatrie et rechercher d'éventuelles inégalités entre les sexes quant à l'accès aux soins.

Méthodes : étude descriptive transversale portant sur un échantillon de 730 enfants et adolescents ayant consultés en pédopsychiatrie à Tunis et à Monastir durant une période de 4 mois (Avril-juillet 2006). Les données ont été collectées à travers un hétéro-questionnaire administré aux parents de patients consultants ces différentes structures.

Résultats : 66% des consultés étaient des garçons. Dans 55% des cas, seule la mère accompagnait l'enfant à la consultation. La demande de soin émanait dans la majorité des cas des parents et des médecins. En moyenne s'écoulaient 18 mois avant la première consultation médicale et 26 mois avant la première consultation pédopsychiatrique. De multiples consultations médicales voir de tradithérapeutes précèdent la rencontre avec le pédopsychiatre. Seul le délai précédant la première consultation médicale pour une symptomatologie psychiatrique était plus long chez les filles par rapport aux garçons. L'accès aux structures de soin était facile et même dans les situations d'éloignement géographiques les parents ne semblaient pas privilégier les garçons par rapport aux filles.

Conclusion : Nous ne retrouvons pas de différences en faveur d'une inégalité entre les sexes dans l'accès aux soins en matière de santé mentale. Nous projetons d'élargir l'échantillon afin de confirmer ce constat.

S U M M A R Y

Background: Access to care in mental health is a fundamental element in the monitoring and care of children and adolescents.

Aim: The objective of this work was to draw up the demographic and clinical characteristics of a population of consultants in child psychiatry and to investigate possible gender inequalities in access to care.

Methods: This is a descriptive cross-sectional study concerning a sample of 730 children and adolescents having consulted child psychiatry department in Tunis and Monastir during a period of 4 months (April- July on 2006). Data were collected through a questionnaire administered to the relatives of patients consulting these various structures.

Results: 66 % of consulting were boys. In 55 % of cases, the mother, alone, accompanied the child to the consultation. The request of care emanated in the majority of the cases from parents and doctors. On average ran out 18 months before the first medical visit and 26 months before the first psychiatric consultation. Multiple medical consultations precede the meeting with the child psychiatrist. We have not found difference in the care of children and adolescents according to gender. Only the period preceding the first medical consultation for psychiatric symptoms was longer in girls compared to boys.

Conclusion: Access to care structures was easy and even in cases of geographical remoteness parents did not seem to privilege boys over girls.

Mots-clés

Pédopsychiatrie, enfant, adolescent, accès aux soins, genre.

Key- words

Child adolescent psychiatry, child, adolescent, care access, gender

L'accès aux soins de santé, considéré unanimement comme un droit à la santé, est sous l'influence de plusieurs facteurs à la fois internes (la reconnaissance des troubles, la réaction à la maladie, potentielle différence en fonction du genre et de l'âge...) et externes (facteurs sociaux, économiques, structure de soins...) [1,2]. L'analyse de ces différents éléments dans une perspective de droit à la santé, aussi exhaustives soit elle, reste limitée. En pédopsychiatrie, le déni de la maladie mentale et la sous-estimation des troubles chez les jeunes, la confusion entre dimensions culturelles et pathologiques de certains phénomènes ainsi que les inégalités sociales et économiques dans certains cas rendent l'accès aux soins une donnée importante dans l'analyse de la prise en charge et des soins accordés aux jeunes [3,4,5]. Dans ce travail les auteurs se proposent de dresser les caractéristiques démographiques et cliniques d'une population de consultants en pédopsychiatrie et de rechercher d'éventuelles inégalités entre les sexes quant à l'accès aux soins en l'occurrence dans notre cas aux soins psychologiques et psychiatriques.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude prospective transversale qui a été menée dans deux régions de la Tunisie (le Grand Tunis et Monastir) durant une période de 4 mois (Avril – Juillet 2006). Cette étude a été menée dans le service de pédopsychiatrie de l'hôpital Razi à la Manouba, l'unité de pédopsychiatrie du service de psychiatrie de l'hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir et un cabinet de libre pratique à Tunis.

L'outil d'évaluation était un hétéro-questionnaire administré (du fait de l'analphabétisme de certains accompagnateurs) aux parents de patients consultant ces différentes structures. Ont été relevés des données démographiques (l'âge des consultants, le sexe, le niveau scolaire, le rang dans la fratrie, le statut marital des parents, leur niveau d'instruction, leur lieu de résidence), les données cliniques (le diagnostic psychiatrique, le motif de consultation, la demande de soin, l'itinéraire de la consultation médicale et de la consultation psychiatrique, l'identité de l'accompagnant lors de la consultation psychiatrique). De même ont été évalué la facilité d'accès aux structures de soins et la qualité du support familial. Ont été inclus dans ce travail tous les consultants quelque soit le motif de la consultation.

L'analyse des résultats a été réalisée grâce au logiciel SPSS version 13. Les corrélations ont été faites à l'aide du test non paramétrique de Spearman. Les résultats ont été considérés comme significatifs pour une valeur de $p < 0,05$.

RESULTATS

Notre échantillon est composé de 730 patients ; 66% d'entre eux sont de sexe masculin. Le sexe ratio est de 1 garçon pour 2 filles. La moyenne d'âge du groupe était de 10,3 ans avec des extrêmes entre 1 et 20 ans.

1/ Le niveau scolaire

Plus de 66% du groupe était normalement scolarisé. 10% suivaient un enseignement spécialisé alors que 5,5% des paires

étaient inscrits au jardin d'enfant. Près de 17% n'étaient pas scolarisés soit du fait de leur jeune âge ou de la sévérité de leurs troubles.

Nous n'avons pas trouvé de différence en fonction du sexe concernant le niveau scolaire.

2/ L'état civil des parents

Dans la quasi-totalité des cas les parents de nos jeunes consultants étaient mariés (85% des cas). Ailleurs, il s'agissait de familles dissociées à cause d'un divorce (6%), d'une séparation (5%) ou de familles monoparentales (4%).

3/ Le rang dans la fratrie

La majorité de nos jeunes consultants étaient soit les deuxièmes ou les troisièmes de leur fratrie. Un aîné ne représentait que moins de 7% du groupe.

4/ Le lieu de résidence des parents

65% de notre échantillon habitaient une zone urbaine, 24,5% une zone rurale et le reste une zone semi urbaine.

5/ Les accompagnateurs lors de la consultation

Dans plus de la moitié des cas (55%) seule la mère accompagnait l'enfant à la consultation. Dans 18% des cas, les deux parents étaient présents. Le père accompagnait seul ses enfants à notre consultation dans près de 20%. Dans 7% des cas, l'accompagnateur était un autre membre de la famille, un éducateur, un assistant social ou le délégué à la protection de l'enfance. Ici non plus nous n'avons pas trouvé de différence significative concernant le sexe. L'accompagnement se fait de la même façon qu'il s'agisse de garçon ou de fille. (Tableau 1)

Tableau 1 : Accompagnateur de l'enfant à la consultation en fonction du sexe

	Mère	Père	Les deux parents	Autres membres de la famille	Autres
Garçon	55%	21,50%	17,50%	5,50%	0,50%
Fille	55%	15,50%	19,50%	7%	3%

6/ La demande de soin

Dans la majorité des cas la demande de soins émanait des parents et des médecins (respectivement 43 et 44%). Ailleurs, la demande venait de l'école (6%) ou de l'enfant lui même (1%). Les parents étaient davantage impliqués dans la demande quand il s'agissait d'un garçon. Mais cette différence n'était pas significative. (Tableau 2)

Tableau 2 : La demande de soin en fonction du sexe

	Parents	Médecin	Ecole	Enfant	Autres membres de la famille
Garçon	49%	42%	4%	2%	3%
Fille	42%	49%	4%	2%	3%

7/ La personne qui a adressé l'enfant en consultation psychiatrique

Le pédiatre et le médecin généraliste se situaient au premier rang parmi ceux qui adressaient l'enfant en consultation pédopsychiatrique (25% et 23,5% des cas). Le médecin scolaire orientait l'enfant dans une moindre proportion (10%). D'autres spécialités médicales ou chirurgicales (ORL, chirurgie pédiatrique, neurologie, gynécologie, ophtalmologie...) étaient aussi impliquées dans cette demande dans 22%. Ailleurs la demande émanait de personnels paramédicaux (8%) ou de professionnel de l'enfance (justice, services sociaux) dans 10% des cas. (Tableau 3)

Tableau 3 : Qui adresse l'enfant en consultation pédopsychiatrique ?

Qui adresse l'enfant à la consultation	(%)
Médecin scolaire	9.5
Médecin généraliste	23.5
Pédiatre	25.5
Autres spécialités	22
Paramédical	8
Tradithérapeute	0.5
Autres	11

Quelques cas, quoique rare, sont à mentionner il s'agissait de demandes particulières faites par des tradithérapeutes (4 cas).

Il n'y avait pas de différence significative concernant l'orientation vers le pédopsychiatre en fonction du sexe.

8/ L'itinéraire de la consultation

En moyenne 18 mois s'écoulaient avant la première consultation médicale (de quelques jours à 10 ans) et 26,9 mois avant la première consultation en pédopsychiatrie (de quelques jours à 12 ans). Dans la moitié des cas, l'itinéraire de la première consultation psychiatrique n'était pas direct. De multiples consultations médicales voir de tradithérapeutes précédaient la rencontre avec le pédopsychiatre. Le délai avant la première consultation médicale pour une symptomatologie psychiatrique était plus long chez les filles par rapport aux garçons et cette différence était significative ($P = 0,039$) (Tableau 4).

Tableau 4 : Délai de la première consultation médicale en fonction du sexe

Durée (mois)	Garçon (%)	Fille (%)
0	9	13,5
<1	0,50	1
1-5	19,50	23
6-10	5	1
11-15	22	14
16-20	6	3,50
21-25	13,5	9
26-30	2,5	1
31-50	15	14,5
50-100	6	18,5
>100	0,5	1

Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre les sexes quand au délai qui précède la consultation psychiatrique.

9/ Le motif de consultation et le diagnostic

Lorsque la demande émanait des parents, les enfants présentaient dans près de 41% des cas des problèmes de comportement. Les retards du développement arrivaient en deuxième position et les difficultés scolaires en troisième position. Les plaintes somatiques étaient le motif de consultation dans 8% des cas.

Lorsque la demande émanait du corps médical, le motif de la consultation est dans près de la moitié des cas une demande de prise en charge psychiatrique sans préciser la nature des troubles. Les retards de développement occupaient la deuxième position suivis des difficultés scolaires, des troubles du comportement et des troubles affectifs.

Dans 36% des cas le diagnostic a été différé. Le retard mental représentait près de 20% des cas, suivi des troubles affectifs (troubles de l'humeur et troubles anxieux) dans 14% des cas et des troubles isolés (langage, sphinctérien) dans 13% des cas. Les troubles envahissant du développement (autisme, syndrome d'asperger...) constituaient 10% de l'échantillon. Les troubles spécifiques des apprentissages ne représentaient que 0,5% des cas. (Tableau 5)

Tableau 5 : Diagnostic évoqué lors de la première consultation

Diagnostic retenu	(%)
Diagnostic différé	36,40%
Trouble du langage	6,80%
Trouble de l'humeur	7,90%
Trouble anxieux	6,20%
Trouble des conduites	3,30%
Retard mental	19,60%
Psychose	10,10%
Trouble sphinctérien	6,70%
Trouble scolaire	0,50%
Abus sexuel	0,50%
Trouble organique	1,80%

10/ Régularité du suivi et accès aux structures de soin

Le suivi était régulier dans les 0,5% des cas avec un intérêt et un engagement parental identique quelque soit le sexe.

Dans 71% des cas les structures de soins étaient à proximité du domicile de l'enfant et l'accès était facile. Nous n'avons pas trouvé de différences statistiquement significatives en fonction du genre.

DISCUSSION

Notre enquête s'est déroulée sur quatre mois, 730 fiches ont pu être colligées. Les données de la littérature témoignent de l'augmentation des demandes de soins en matière de

pédopsychiatrie [4,5,6,7]. L'augmentation régulière de la demande observée ces dernières années, la diversité des motifs de consultation (parfois banals) ainsi que l'engagement de multiples partenaires soucieux de la santé mentale de l'enfant reflètent une baisse manifeste de la stigmatisation des troubles mentaux dans notre pays. Cet intérêt croissant pour la santé mentale en général et pour la pédopsychiatrie en particulier a été déjà relevée par de nombreuses études tunisiennes à l'instar des pays du nord. (Thèse de doctorat de médecine de Chiheb Maatki et thèse de doctorat de médecine de Lamia Mezghani) [4,6,7, 8] .

La majorité de notre échantillon est représentée par des garçons (66%) avec un sex-ratio égal à 2. La plupart des études retrouvent une sur représentation masculine parmi les consultants en pédopsychiatrie toutes pathologies confondues suggérant le caractère plus bruyant des troubles externalisés chez le garçon [6,7,8,9]. La majorité des consultants sont scolarisés, fréquentent un jardin d'enfant ou suivent une formation spécialisée et cela quelque soit le sexe de l'enfant. Ceux qui ne sont pas scolarisés sont en fait des enfants de moins de 3 ans. Les parents étaient unis dans 85% des cas et résidaient en zone urbaine dans plus de la moitié des cas. Comme pour les autres spécialités pédiatriques, l'accompagnateur à la consultation est dans la plupart des cas la mère [9]. Ailleurs il s'agit du père ou du couple parental, rarement un autre membre de la famille accompagne l'enfant. Ces résultats ne diffèrent pas en fonction du sexe de l'enfant.

L'enfant est adressé le plus souvent par le pédiatre ou le médecin de famille voir par un autre spécialiste et cela quelque soit le sexe de l'enfant [6,10].

D'autre part et malgré les multiples changements que subit la société tunisienne, le rôle de la famille reste central et déterminant dans la prise en charge des jeunes comme le montre la qualité du support familial qui a été jugé bonne dans 81% des cas. Ce rôle prépondérant de la famille est confirmé par une demande de soins pédopsychiatriques émanant la plupart du temps des parents à des proportions qui côtoient celles des pays du nord (43% dans notre étude contre 41 % dans l'étude de Richard et al.) [6]. A signaler que cette demande est la même quelque soit le sexe de l'enfant [6,7].

Toutefois, notre étude relève que l'engagement de l'école en matière de santé mentale reste limité (6%) malgré le rôle important qu'occupe l'espace scolaire dans la vie de l'enfant. Le chiffre est au deçà de celui de l'étude de Richard et al. (10% dans cette étude française de 2007) et doit inviter les responsables de l'éducation à une meilleure coordination avec les structures prenant en charge la souffrance psychologique des enfants [6].

Il s'écoule en moyenne 18 mois avant la première consultation

médicale et 26,86 mois avant la première consultation en pédopsychiatrie. Ce délai proche de celui retrouvé dans la littérature, semble s'expliquer par le fait que les parents sont souvent peu informés par rapport à certaines déviations du comportement ou certains troubles lorsqu'ils sont isolés. Quand au délai de 27 mois écoulé avant la première consultation pédopsychiatrique, il apparaît davantage en rapport avec des résistances de la part des parents à consulter en psychiatrie s'exprimant souvent sous forme d'une grande tolérance par rapport aux symptômes voir d'un déni de la pathologie mentale [6,11]. Par ailleurs, comme dans toutes les sociétés où la scolarité est très investie par la famille, les troubles de l'enfant restent tolérés tant que le cours de la scolarité n'est pas perturbé [6, 11,12]. Ces troubles ne motiveront une consultation médicale ou pédopsychiatrique que si l'enfant montre une démotivation ou une baisse du rendement scolaire [6, 7,11].

Ce retard de l'accès aux soins n'est pas spécifique à notre contexte culturel, il représente dans certains cas le temps nécessaire pour un travail d'acceptation et de deuil pour le patient et pour sa famille [4, 6, 9,12].

Dans notre travail, nous n'avons pas retrouvé de différence concernant la prise en charge des enfants et des adolescents en fonction du genre sauf pour un seul paramètre : le délai avant la première consultation médicale plus long chez les filles. Différence que l'ont ne retrouve plus quand il s'agit de consulter en pédopsychiatrie.

La qualité du suivi (régularité aux rendez vous) est le plus souvent bonne et cela quelque soit le sexe. L'accès aux structures de soin est facile (proximité géographique) dans 71% des cas. Et même dans les situations d'éloignement géographique les parents ne semblent pas privilégier les garçons par rapport aux filles.

CONCLUSION

Au terme de cette étude nous ne retrouvons pas de différences statistiquement significatives en faveur d'une inégalité entre les sexes dans l'accès aux soins en matière de santé mentale en Tunisie témoignant de l'intérêt croissant du citoyen tunisien d'assurer à sa descendance et cela quelque soit son sexe une bonne santé mentale garante d'une réussite familiale et sociale future. Toutefois, certains facteurs tels que la nature du trouble psychiatrique, l'adaptation scolaire, la tolérance de l'entourage pour les difficultés des jeunes semblent retarder les consultations psychiatriques. L'intégration d'autres éléments, notamment la perception sociale de la maladie mentale, et l'élargissement de la population étudiée nous permettrons de confirmer les constations déjà établies par notre travail.

Références

1. Belanger M. Une solution dans le débat sur le droit à la santé ? Le droit à la sécurité sanitaire. In ; Luis Dubois. Mélanges en l'honneur de Louis Dubouis - au carrefour des droits, Paris : Dalloz, 2002 : 767-75.
2. Constant J. L'enfant est toujours différent. La notion d'enfant dans la pratique de la pédopsychiatrie. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2008 ; 56 : 174-79
3. Mises R, Epelbaum C. La pédopsychiatrie. Ann Med Psychol

- 2002; 160 : 779-83.
4. Organisation Mondiale De La Sante (OMS). Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent (Guide des politiques et de services de santé mentale). Genève : Editions de l'OMS, 2005.
5. BELFER ML. La santé mentale globale de l'enfant : répondre aux besoins présents et futurs. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2008 ; 56 : 273-277
6. Richard Y, Saint-Andre S, Lazartigues A. Caractéristiques d'une cohorte d'enfants et d'adolescents de la liste d'attente de consultation d'un service universitaire sectorisé de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHU de Brest. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2008 ; 56 : 430-38.
7. Blondon M, Perisse D, Unni S, Wilson A, Mazet P, Cohen D. L'accueil d'urgence en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : évolution sur 20 ans dans un site hospitalo-universitaire. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2007 ; 55 : 23-30.
8. Mabilia-Babela Jr, Mouanga Am, Mokono-Senga U, Koubemba-Nzaba Ae, Senga P. Pathologie pédopsychiatrique au CHU de Brazzaville (Congo). *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2009 ; 57 : 227-230
9. Jousset C. Accès aux soins en psychiatrie du bébé et de l'enfant: diversification des demandes et des offres de soins. *Ann Med Psychol* 2007; 165 : 720-22
10. Goyette C, Charest P. Rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse. Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse du Québec. Québec : éditions du ministère de la santé et des services sociaux MSSS, 2007.
11. Garcin V, Julie M, Le Nouy G, Rouze M. Troubles du comportement et adolescence. Problématiques d'accès aux soins et modalités de réponses nouvelles. *Prat Psychol* 2006;12:465-81.
12. Expertise collective INSERM : Troubles mentaux, dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Paris : Editions de l'INSERM, 2002.