RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI (UAC)

FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
(FASHS)

DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET DES
SCIENCES DE L'ÉDUCATION (DPSE)

MÉMOIRE DE MAÎTRISE

OPTION : Psychologie Clinique

THÈME

LES DÉTERMINANTS DU COMA ET DE LA MORT : ÉTUDE RÉALISÉE DANS LE SERVICE DE RÉANIMATION DU CNHU-HKM DE COTONOU

Présenté et soutenu publiquement le 23/02/2016

Par

Aristide D. ASSOGBA

Maître de mémoire

MCA FIOSSI-KPADONOU Émilie

Jury de soutenance

Président : MCA GANSOU Grégoire M.
Membres :
- **MCA FIOSSI-KPADONOU Émilie**
- **MC SÈGLA Rogatien**

Année académique 2014-2015

SOMMAIRE

SOMMAIRE i

HOMMAGE iii

DEDICACE iv

REMERCIEMENTS v

REMERCIEMENTS vi

SIGLES & ACRONYMES ix

RESUME x

ABSTRACT x

LISTE DES TABLEAUX xi

LISTE DES GRAPHIQUES xi

INTRODUCTION 1

PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE 4

DEUXIEME PARTIE : CADRE ET MÉTHODE D'ÉTUDE 26

TROISIEME PARTIE : PRESENTATION DES RESULTATS ET DISCUSSION 34

CONCLUSION ET SUGGESTIONS 51

CONCLUSION 52

SUGGESTIONS 54

REFERENCES 56

ANNEXES 60

TABLE DES MATIERES 63

HOMMAGE

À

Dieu le père Tout-Puissant

Merci de m'avoir fourni les moyens de traverser ce grand vent du désert.

Fais en sorte, Seigneur, que je puisse viser plus loin.

Que ta volonté soit ainsi faite !

DEDICACE

À

Mon feu père, **Kassouhouin ASSOGBA**

Tu as accompli modestement ton devoir de « bon père ». Daigne ce mémoire témoigner de ce que tu nous as dit et laissé comme héritage le plus précieux en ces termes : « Mes chers enfants, filles et garçons, seule la maladie tue, occupez-vous du travail et du travail bien fait, seul gage de prospérité et de liberté »

Paix éternelle à ton âme !

Ma mère, **KPOSSOI Adivido**,

Ce travail représente en partie le fruit de tes peines et le couronnement des efforts que tu as consentis pour moi pendant si longtemps. Trouves-y un gage de reconnaissance et de témoignage de mon amour filial.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

À la Directrice de notre mémoire, le Pr **Agrégé Emilie F. KPADONOU,**

La qualité de votre rigueur et votre amour du travail bien fait, forcent notre admiration. Nous vous sommes redevable de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail.

Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude pour votre encadrement sûr et attentionné tout au long de la réalisation de ce travail. Votre bienveillance et votre esprit de synthèse nous ont permis de découvrir en vous un modèle.

Soyez assurée de notre profonde gratitude.

Au Président de notre Jury,

Nous vous sommes très reconnaissant pour l'effort que vous avez fait pour honorer de votre présence, la présidence de notre soutenance de mémoire.

Hommages respectueux.

À nos **Juges**, Messieurs/Madame les membres du Jury,

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Vos jugements et critiques nous ont permis d'améliorer ce travail.

Soyez assurés de notre sincère et respectueuse gratitude.

Au professeur **DAH-LOKONON Gbènoukpo**, merci pour l'apport spécial que vous nous avez accordé tout le long de notre parcours universitaire à la FLASH.

Sincères reconnaissances.

À tous les Enseignants du **DPSE**,

Sincères remerciements pour la qualité de la formation et de l'encadrement que vous nous avez donnés.

Profondes gratitudes.

Au personnel administratif du DPSE,

Merci pour la disponibilité constante.

À mes feux frère et sœur **ASSOGBA Honoré** et **Agnès**.

Vous n'avez pas pu rester longtemps pour vivre les facettes moins pénibles de la vie. Paix à vos âmes !

À ma **chère épouse**, ce travail est aussi le tien.

Tout au long de ce travail, j'ai perçu un symbole de consolidation de notre amour et de la confiance mutuelle.

Puisse l'Eternel, nous garder toujours unis dans son amour !

À mes chers **enfants**,

Que la lumière de Dieu le Tout-Puissant, vous guide dans vos études et vous protège des ténèbres !

À **Madame** Marie **TOHOU**,

Grâce à votre soutien moral, j'ai pu retrouver une nouvelle ère de sortie rapide.

Sincère reconnaissance.

À **Monsieur ALLALE Jérôme**,

Grâce à votre soutien moral, j'ai pu continuer aisément mes études au Bénin en 1983, après mon retour de la Côte d'Ivoire.

Merci pour les conseils que vous ne cessez de me prodiguer pour m'éclairer et me guider.

Toute ma gratitude.

À tous mes **frères** et **sœurs**,

Vivons à travers ce travail, un élément de légitime fierté et de solidarité fraternelle.

À mon cousin, **Pascal S.ZOMAHOUN,**

Comment pourrais-je vous oublier en ce moment très important de ma vie ! Grâce à votre modeste personne, j'ai pu retrouver le chemin de la vie scolaire pour être ce que je suis aujourd'hui.

Merci de m'avoir montré le chemin.

À toutes mes familles maternelles et paternelles,
Merci pour vos conseils et votre soutien de diverses natures.

Pensées profondes.

À mes feux beaux-parents **HETA Alissin** et **AGBADJA Léontine**,
Je n'ai pas eu la chance de vous connaître. Mais vous avez contribué à mon bonheur en me dotant d'un grand souvenir inoubliable.

Paix éternelle à vos âmes.

À mes beaux-frères **HETA Pierre** et **HETA Thomas**, merci pour toute l'attention dont vous m'avez couvert pendant les moments difficiles de ma vie.

Sincères reconnaissances.

À toute la famille HETA

Pensées profondes.

À mes neveux et nièces,
Que mes vœux de réussite et de bonheur vous accompagnent !

À tous mes amis avec qui j'ai partagé des moments difficiles et de joie.

Ce travail est aussi le vôtre

À tout le personnel et aux usagers du service de réanimation du CNHU-HKM de Cotonou.

Sincères remerciements

SIGLES & ACRONYMES

CNHU-C : Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou

CNHU-H.K.M. : Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoucou Maga

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

HTA : Hypertension Artérielle

K : Cotation ou qualification d'une unité d'acte médical

O_2 : Oxygène

FSI : Fonds Social des Indigents

PEC : Prise en charge

DPSE : Département de la Psychologie et des Sciences de l'Education

FLASH : Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines

FSS : Faculté des Sciences de la Santé

INMeS : Institut National Médico-Sanitaire

SPAR : Service Polyvalent d'Anesthésie-Réanimation

UAC : Université d'Abomey-Calavi

RESUME

Le service de réanimation du CNHU-HKM de Cotonou reçoit des maladies dans des situations d'urgence. Compte tenu de l'état clinique grave de ces patients à l'admission, du manque de moyen financier et surtout de l'indigence du plateau technique, le taux de mortalité reste toujours élevé. L'objectif de notre étude a été d'analyser les facteurs favorisant la mortalité dans le service de réanimation du CNHU-HKM de Cotonou.

Il s'est agi d'une étude rétrospective menée dans le service de réanimation du CNHU en 2011 et en 2012. Dans le cadre de notre étude, 36 dossiers ont été retenus. Nous avons enregistré un nombre total de 14 cas de décès, soit 38,9% à partir desquels les observations suivantes ont été faites : les tranches d'âge touchées par ce taux élevé de mortalité sont de 20 à 50 ans et de 70 à 90 ans ; les pathologies responsables sont l'éclampsie du post-partum (pathologie féminine), l'AVC/HTA, la détresse respiratoire et l'altération de la conscience ; la couche sociale la plus touchée est celle des patients avec un bas niveau de vie socioprofessionnel. Enfin, la fatigue et la réduction de l'effectif soignant occasionnent un nombre élevé de décès dans la tranche horaire de 20 heures à 8 heures ainsi que les week-ends.

Les facteurs influençant la mortalité dans le service de réanimation du CNHU-HKM sont multiples et nécessitent une prise en charge inclusive pour le bien-être de la population.

Mots-Clés : Déterminant, coma, mort, Réanimation.

ABSTRACT

The intensive care unit of CNHU-HKM of Cotonou receives diseases in emergency situations. Given the serious clinical condition of these patients on admission, lack of financial means and especially the indigence of the technical platform, the mortality rate remains high. The aim of our study was to analyze the factors favoring mortality in the intensive care unit of CNHU-HKM of Cotonou.

It has been about a retrospective study conducted in the intensive care unit of CNHU in 2011 and 2012. As part of this study, 36 cases were selected with a total of 14 deaths, or 38.9 % from which the following observations were made: the age groups affected by the high mortality rates are 20 to 50 years and 70 to 90 years; responsible pathologies are eclampsia in postpartum (which is a women's disease), stroke/hypertension, respiratory distress and impaired consciousness; the most affected social group is patients with low socio-professional standard of living. Finally, fatigue and the reducing of the nursing workforce cause a high number of deaths in the time slot from 8:00 p.m. to 8:00a.m and weekends.

Factors influencing mortality in the intensive care unit of CNHU-HKM are multiple and require inclusive care for the welfare of the population.

Keywords: Determinant, coma, death, Resuscitation.

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des malades selon le niveau socioprofessionnel..... 36
Tableau II : Répartition des malades selon la religion..... 37
Tableau II : Répartition des malades selon les classes de paiement des prestations 39
Tableau IV: L'état du patient et la capacité financière de la famille au moment des références..... 41

Liste des graphiques

Figure 1: Répartition des malades comateux selon l'âge..... 35
Figure 2: Répartition des malades comateux selon l'âge et le sexe..... 36
Figure 3: Répartition des malades enquêtés selon le motif d'hospitalisation..... 37
Figure 4 : Répartition des malades suivant les horaires d'alimentation 38
Figure 5 : Répartition des malades suivant les signes physiques qui expriment les souffrances..... 38
Figure 6 : Répartition des malades selon le type d'oxygénation 39
Figure 7 : Répartition des décès selon l'âge et le sexe..... 40
Figure 8 : Répartition des décès selon les pathologies..... 41
Figure 9 : Répartition des décès selon les signes cliniques de constatation 42
Figure 10 : Répartition des décès selon le moment du nycthémère..... 43
Figure 11 : Répartition des décès selon les jours de la semaine 43

INTRODUCTION

INTRODUCTION

« Je ne vais pas au CNHU, surtout dans le service de réanimation. Quand on y entre, on sort souvent désespéré », dit la rumeur publique[1]. « Le malade y entre sur ses deux pieds et en sort par la tête », entend-on souvent dire.

Créé le 30 Octobre 1962, le CNHU fut et demeure le centre médical de référence.

Le service de réanimation est un service qui reçoit des malades présentant une ou plusieurs détresse(s) vitale(s). Après sa réhabilitation en 2007, suite à un incendie causé par un court-circuit, la réanimation fut dotée d'un important lot d'équipement de dernière génération et se trouve ainsi appréciée parmi les meilleures de la sous-région Ouest-africaine.

Le tableau clinique sévère des malades qui y sont admis, l'évolution souvent catastrophique de l'urgence, réclament une thérapeutique urgente nécessitant parfois du matériel lourd à technologie avancée. A défaut, des gestes sûrs, simples, bien conjugués peuvent préserver le sujet de danger.

Depuis 1996, des efforts ont été faits pour gagner la confiance du public avec le début de formation des premiers médecins anesthésistes-réanimateurs au Bénin ; cependant, des difficultés demeurent. Les raisons qui expliquent le taux élevé de mortalité dans ce service sont multiples et multiformes ; on peut citer :

- L'indigence du plateau technique ;
- Le retard à l'admission des patients ;
- La couche élevée constituée des populations de bas et moyen niveaux de vie socioprofessionnelle ;
- Le retard dans la prise en charge pour les premiers soins d'urgence ;
- Le défaut de communication verbale franche entre les familles des patients et les équipes soignantes, pour une meilleure prise en charge psychologique.

[1] AGUEMON (A.R.), ADAMOU (K.), KI (B.), Point des décès dans le SPAR du CNHU-HK.M de Cotonou, Bénin, 2009 Cit .p.7.

La mort semble dominer l'évolution de l'état de santé des patients admis dans le service de réanimation du CNHU-HKM de Cotonou. Face à toutes ses difficultés, il nous a paru intéressant de voir de plus près les déterminants du coma et de la mort dans ce service. Ce qui explique le choix de notre sujet de recherche dans le cadre de notre mémoire de maîtrise à la fin des 4 années d'études que nous avons effectuées à la Faculté des Lettres Art et Sciences Humaines (FLASH), précisément, dans le département de Psychologie et des Sciences de l'Éducation (DPSE), à l'Université d'Abomey- Calavi, du Bénin.

La suite de ce document présente en 1ère partie, le cadre théorique, la problématique, les hypothèses et objectifs, en 2ème partie, le cadre géographique et la méthode de l'étude ; la 3ème partie est celle des résultats et discussion avant la conclusion. Les références utilisées et les annexes ont été mentionnées en fin de document.

PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE

1. CADRE THÉORIQUE

Le cadre théorique offre une base de recherche solide et un bon support pour le reste du mémoire. Son rôle est multiple :

- L'une des premières étapes du cadre théorique est l'identification des concepts, théories et idées existantes pertinentes, reliés à notre sujet.
- Le cadre théorique établit la problématique et la(les) question(s) de recherche (avec des termes clés) ou les hypothèses.
- Il amène une justification scientifique à notre travail de recherche.

1.1. DÉFINITIONS DE CONCEPTS, THÉORIES ET MODÈLES

➢ Coma

Selon le dictionnaire Lexis Larousse de la Langue Française[2] (2002), le coma est un sommeil profond, un état morbide caractérisé par un assoupissement profond, avec perte de la sensibilité, de la motricité et de la conscience, ne laissant subsister que les fonctions de circulation et de respiration. Le coma dépassé, est un coma profond qui correspond à la mort cérébrale.

Selon le vocabulaire médical, Le coma est une abolition plus ou moins complète des fonctions de la vie de relation (conscience, motilité, sensibilité) alors que les fonctions de la vie végétative sont relativement conservées. Le patient, inconscient, est couché sans bouger et ne sent rien[3].

Quel que soit la définition choisie, une telle altération de l'état de conscience met en jeu directement, de par ses conséquences, le pronostic vital du patient.

[2] SOMMAN (M.), HOUSSEMAINE-FLORENT (H.), *Lexis Larousse de la Langue Française*, Italie, octobre 2002

[3] http://www.doctissimo.fr/html/sante/encyclopedie/sa_808_comas.htm (consulté le 12/12/2015)

- **Mort**

Selon le dictionnaire Lexis Larousse de la langue Française, « la mort, c'est la cessation de la vie ; terme de la vie »[4].

Selon la définition médico-légale, la mort est le moment où le corps commence à se décomposer. Médicalement, certains états mènent irrémédiablement à la mort, alors même que des cellules du corps continuent à vivre. C'est le cas de la mort cérébrale. Cependant, certaines personnes subissant une mort cérébrale n'en sortent pas mortes. On considère que ces personnes étaient en expérience de mort imminente.

Cette définition médico-légale est importante, car c'est elle qui va permettre des actes tels que le prélèvement d'organes pour la transplantation. On maintient ainsi des personnes en état de mort cérébrale sous respiration artificielle, lorsque le cœur continue à battre spontanément : cela permet de maintenir les organes en bon état en vue d'un prélèvement vital pour un autre patient. Certains pays autorisent le prélèvement d'organes à cœur arrêté, c'est-à-dire lorsque la personne n'est pas en état de mort cérébrale. Cette dernière pratique est controversée[5].

- **Réanimation**

Selon les sciences médico-sociales, la réanimation est l'ensemble des mesures thérapeutiques, médicamenteuses ou instrumentales destinées à pallier l'insuffisance ou l'abolition des grandes fonctions physiologiques.

C'est une unité d'organisation particulière nécessitant un personnel spécialisé (qualifié) dans la pratique quotidienne des gestes codifiés.

- **Déterminants**

Selon le dictionnaire Lexis Larousse (2002), « les déterminants, sont les éléments qui permettent de caractériser ou de préciser la valeur ou le sens » du coma et de la mort dans le contexte médico-psychologique.

[4] DUBOIS (J.), MEVEL (J. –P.), et al, Lexis Larousse de la Longue Française, Italie, 2002.
[5] (https://fr.Wikipedia. Org/Wiki/Mort.) Consultation faite, le 09/05/2013.

1.2. REVUE DE LITTÉRATURE

1.2.1. Le coma

- **Perception du coma dans le domaine médical**

Malgré les divers progrès des sciences humaines du XXI^{e} siècle, certaines pathologies demeurent persistantes comme facteurs perturbateurs du bien-être physique, mental, social et spirituel des peuples. Le coma est une complication observée des suites de nombre de pathologies ; cette étape constitue assez souvent l'état précurseur de la mort.

- **Signes du coma**

  - **Attitudes du praticien hospitalier face au Coma**

Pour diagnostiquer le patient en Coma, le praticien hospitalier adopte des comportements basés sur le principe de l'observation, de l'anamnèse et de l'examen clinique.

  - ***Observation***

Tous les sens du clinicien sont appelés à agir concomitamment.

  - ***Pratique de l'anamnèse***

La pratique de l'anamnèse sur un sujet comateux est basée sur le principe de l'interrogatoire de l'entourage du sujet et/ou des témoins. L'interrogatoire permet de préciser :

- Le mode d'installation du coma (brutal ou progressif) ;
- Les circonstances de découverte ou d'existence du coma chez le sujet ;
- La présence de boites de médicaments ;
- Les antécédents médicaux, chirurgicaux, thématiques, psychologiques et psychiatriques ainsi que des traitements suivis,
- Les signes d'accompagnement du coma.

- ***Examen clinique***

Afin de faire le diagnostic du coma, il faut un examen clinique complet :

- L'examen neurologique teste la motilité, la sensibilité, les réflexes, le tonus, les pupilles, le contrôle sphinctérien ; puis évalue les fonctions végétatives (respiration, pouls, tension artérielle, température). On peut alors classer le coma selon la profondeur :

  - **coma stade 1** : c'est le stade de l'obnubilation. La possibilité de communication avec le malade est réduite. Le patient ne peut répondre distinctement, mais grogne, lorsque le médecin lui pose des questions. Les stimuli douloureux provoquent une réponse correcte ; par exemple, le patient repousse plus ou moins bien la main du médecin qui le pince. L'électroencéphalogramme montre un rythme alpha ralenti avec quelques ondes téta ou delta.

  - **Coma stade 2** : c'est le stade de la disparition de la capacité d'éveil du sujet. Il n'y a plus de contact possible avec le malade. La réaction au stimulus douloureux est toujours présente mais elle est plus ou moins inappropriée. L'électroencéphalogramme montre des ondes lentes diffuses avec réactivité aux stimuli extérieurs réduits.

  - **Coma stade 3** : à ce stade, le coma est profond ; on parle de coma carus. Il n'y a plus aucune réaction aux stimuli douloureux. Les troubles oculaires et végétatifs sont apparus, par exemple respiratoires avec encombrement pulmonaire. L'électro encéphalogramme montre des ondes delta diffuses sans réactivité aux stimuli extérieurs.

  - **Coma stade 4 ou coma dépassé** : la vie n'est maintenue que par des moyens artificiels. L'électroencéphalogramme montre un rythme plus ou moins ralenti, voire plat. Ceci constitue un élément capital pour la surveillance d'un coma prolongé.

- **Classification du coma**

Il existe deux formes de coma. Nous avons le coma végétatif qui est causé par les maladies et le coma artificiel encore appelé « sédation », qui est provoqué par un médecin par administration de sédatif ou d'hypnotique dont la fonction est d'endormir le patient.

Les modèles de classification de Jouvet et d'échelle de Glasgow, dans un but de simplification des données de l'examen neurologique, permettent de situer la profondeur du coma. La classification de Jouvet décrit quatre stades :

- Stade I : coma vigile, avec un état d'éveil au stimulus ;
- Stade II : Coma léger, sans réaction d'éveil, avec réactions motrices plus ou moins adaptées.
- Stade III : coma profond, avec des mouvements de décérébration aux stimulations ou absence de réponse, troubles neurovégétatifs.
- Stade IV : Coma dépassé, dans lequel on observe une abolition complète et permanente de la conscience et de toute activité spontanée, une abolition des réflexes et de la respiration spontanée après débranchement du respirateur pendant trois (3) minutes aux moins.

La réalisation du score de Glasgow se résume sur trois paramètres que sont :

- L'ouverture des yeux ;
- La réponse verbale ;
- La réponse motrice.

On obtient ainsi un score de 3 à 15. Un total inférieur ou égal à 12 doit inquiéter. Un score de Glasgow à 3, traduit un coma profond alors qu'un score de Glasgow égal à 15, correspond à l'absence de trouble de conscience[6]. C'est une échelle couramment utilisée et développée par Teasdale et Jeannett pour l'évaluation diagnostique de la profondeur du coma.

[6] CAVELLAT (J.-F.), CHASSEVENT (J.L.), LECONTRE (P.-J.), Soins d'urgence, 3ème Edition, Masson, Paris, 1992, Cit. p.32

Le stade IV, correspond à l'état de mort cérébrale. A ce stade, le cerveau traverse une situation de stress extrême qui conduit à la mort imminente. Le sujet qui se trouve dans tel état pathologique grave, est en état de mort imminente.

Selon Alexander III E. (2008), dans son libre autobiographique Proof of Heaven affirme et écrit son expérience de mort imminente que la conscience est indispensable du cerveau, que la mort est une transition, et que l'éternité d'une splendeur parfaite nous attend dans l'au-delà[7].

- **Causes du Coma**

La cause peur être traumatique, neurologique, vasculaire, métabolique, infectieuse, tumorale, épileptique ou toxique. Le coma est un diagnostic médical dont un simple intervenant comme premier secours ne peut avoir la possibilité de procéder à la distinction.

- **Traitement du coma**

Le traitement ne se conçoit qu'en milieu spécialisé et est d'abord fonction de la cause du coma. L'hospitalisation du malade en coma en service de réanimation est indispensable pour assurer une prise en charge et un suivi optimal.

Quoiqu'il en soit, des mesures sont systématiques :

- Pose **d'une voie d'abord pour la rééquilibration des minéraux du sang;**
- **Mise sous monitoring de surveillance** (pouls, tension artérielle, température, respiration) ;
- **Soins infirmiers** de nursing, surveillance rigoureuse.

Une fois la cause trouvée, le traitement adapté peut être effectué.

Rôle du personnel de soins

Pour tout le personnel de santé, respecter les droits du malade en Coma.

[7] https :fr.wikipedia.org/wiki/Eben_Alexander_III

Le respect de la vie privée du sujet

Il s'agit de respecter en particulier la confidentialité, sa religion, son droit à l'anonymat (pour les personnes atteintes du SIDA par exemple), ses goûts particuliers (goût ou non consommation de repas particulier et boisson, exception faite pour les boissons alcoolisées et aliments solides) et le refus de certaines visites.

La protection de ses objets de valeur (bijoux, argent), en les confiant à leurs parents ou à leur famille

L'instauration d'une franche communication verbale professionnelle pour amener le sujet à accepter le soin médical en cas de refus.

Le respect des droits de fin de vie du sujet

Les droits du malade doivent être particulièrement protégés en fin de vie. Le personnel soignant doit éviter toute souffrance inutile. L'acharnement thérapeutique est contraire à la dignité du sujet, s'il n'est pas réalisé dans l'intérêt de celui-ci, l'euthanasie n'est pas autorisée dans nombre de pays[8].

Vertu de la Communication verbale à l'endroit du malade en Coma

La communication verbale est l'utilisation de la voix, de la parole, des mots d'une intonation afin de faire passer un message, un avis ou une annonce. La communication verbale avec le patient dans le coma est essentielle[9].

A cet effet, il faut savoir aborder le patient dans le coma afin d'établir une relation de qualité et donc prouver l'intérêt de la communication verbale dans sa prise en charge.

Le patient en coma à la réanimation se trouve dans une souffrance extrême. Il se trouve seul dans un lieu inconnu entouré de machines bruyantes, il souffre et, en plus de cela, il ne peut pas exprimer ses désirs, besoins et sentiments. Il a besoin

[8] GASSIER (J.), MOREL-HAZIZA (C.), Sciences médico-sociales, Paris, Masson, 1998, Cit.p50.

[9] BARGOIN (V.) L'étonnante histoire des Comateux qui cherchent à communiquer, Quotidien du médecin, 1993, N° 5163, p. 7-8

de repères, de réconfort et d'explications et seule la communication verbale peut apporter tous ces besoins.

Communiquer avec le patient dans le coma, c'est l'aider afin que son passage de coma à la réanimation ne soit pas trop traumatique pour sa vie future (en cas de guérison) ou de mort.

La vertu de la communication verbale au patient en coma, l'aide à se réveiller plus sereinement ou à subir une mort lente et calme. Pour ce faire, elle doit être confiée au spécialiste dans ce domaine qu'est le psychologue ; car pour le psychologue, la parole est source de guérison, de tranquillité, de bonheur, de vie, de malheur, de paix, de trouble, de doute, de peur et de mort. En somme, la parole pour le psychologue, est d'utilité capitale. Et comme le fait savoir une légende ancienne, pour qu'un trésor soit mis au jour et en sûreté, il faut prononcer une parole, ceci dans la nuit et dans un silence absolu.

BOKO (2009), dans son ouvrage : « Psychologie et guidance en milieu africain », stipule qu'avec la parole, un homme peut rendre son semblable heureux ou le pousser au désespoir[10].

- **Représentations socioculturelles du coma**

Le coma est considéré selon la psychologie du béninois, comme une manifestation de la victoire de la sorcellerie sur l'esprit de sa victime.

- Mythe de la sorcellerie

Selon ADJIDO (1994), il semble important de souligner comment l'étude historique longitudinale de la sorcellerie, dirigée par le professeur Leger de Limoges (France) a montré qu'en définitive, l'évolution de ce « système de croyances magiques » a subi au cours des temps, des mutations notoires dont chacune témoignait à son époque d'un état donné de la société.

[10]BOKO. (G. C.), Psychologie et guidance en milieu africain. Introduction à une relation éducative plus réussie entre éducateurs, parents et enfants africain, Cotonou, Bénin : CAAREC Editions, 2009, Cit. p7.

Ainsi, la sorcellerie nous paraît être une élaboration socioculturelle qui perdure. Elle est fondée sur le Mythe et le sacré traditionnels enracinés dans un socle culturel, puise dans la pensée magique et dans l'imaginaire pour effectuer les mutations stratégiques propres à sa suivie, et s'articule (au besoin) sur une technologie traditionnelle qui s'affine au quotidien, impliquant de façon combinatoire, divers paramètres dont : la psychologie, la parapsychologie, la toxicologie et la géomancie[11].

Les causes se manifestent par la « messe des esprits » où les esprits des sorciers se retrouveraient autour d'un repas dont l'objet serait le corps de la victime sous forme de corps figuré.

Il est dit que l'esprit se sépare du corps physique, corps physique du sorcier ou celui de la victime, n'assiste pas à la réunion ; tout se passe dans un registre de figuration symbolique. Mais, c'est l'atteinte effectuée sur l'esprit de la victime qui détermine la gravité de la maladie, le pronostic ou l'échéance de la mort, et ceci en fonction du succès ou de l'échec des interventions des « forces de défense anti-sorcière »[12].

La maladie devient le fait d'un ennemi agresseur ou d'un esprit qui opère un rappel à l'ordre ou une attaque ciblée.

Cependant, la maladie ou le trouble attribué peut se résoudre à partir du moment où l'origine de cette force extérieure maléfique est identifiée, dénoncée et prise en charge par une autre force supposée supérieure.

Par la **magie du verbe** (incantation), par le contact ou des échéances avec le milieu extérieur, par des techniques déstressantes de psychothérapie ou par effet cathartique ou encore par des rites sacrificiels, gestuels, le malade comateux est exorcisé par le sorcier « anti-sorcier ».

[11] ADJIDO (C. Th), de SOUZA (S.), et al. *Les savoirs endogènes : pistes pour une recherche*, Paris, 1994, cit. p.250

[12] ADJIDO (C. Th), de SOUZA (S.), et al. *Les savoirs endogènes : pistes pour une recherche*, Paris, 1994, cit. p.251

La religion serait un moyen de protection. Pour Emile DURKHEIM (1994), dans « Une religion est un système solidaires de croyance et des pratiques relatives à des choses sacrées, c'est-à-dire séparées, interdites, croyances et pratiques qui unissent en une même communauté morale appelée Eglise, tous ceux qui y adhèrent ». Alors que pour Cicéron (106-43. av. J.C.) homme politique et orateur latin, « La religion est le respect que ressent l'individu au profond de son être en face de tout être qui en est digne, du divin en particulier. Ce respect se manifeste par le soin que l'on met à participer aux rites et autres gestes traditionnels de la société »[13].

Selon ADJIDO (1994), si « La maladie est due à un esprit, elle aura comme base de départ un esprit des religions ancestrales ou traditionnelles ou un esprit des religions importées (islam, religions judéo-chrétiennes et syncrétiques) »[14].
Pour des religions importées, le système d'attaque s'intéresse à une cure appropriée de prières sans s'intéresser aux signes cliniques de la maladie malgré la révélation des indices de la maladie par la famille du sujet.

- **Les religions en symbiose avec la médecine moderne occidentale**

Dans le cadre du respect de la vie privée du malade en coma, il est demandé à la famille du sujet de respecter l'exercice de la religion de ce dernier pour l'accomplissement des séances de prière de son côté.
Dans le service de réanimation, la pratique des techniques traditionnelles sont acceptées à certaines conditions. Les applications cutanées et l'usage de talismans sont d'office autorisés en dehors de toute pratique en prise par voie orale.

[13] ANATO (M. J.), La culture Vodoun dans la promotion du développement social, culturel et économique à Abomey, Mémoire de maîtrise en Sciences et Techniques des Activités Sociales et Educatives (STAGE), Mémoire de maîtrise soutenu le Mardi 14 Octobre 2008 à Cotonou-BENIN.
[14] ADJIDO (C. Th.), de SOUZA (S.), et al., Les savoirs endogènes : pistes pour une recherche, Paris, 1994, Cit. p.250.

1.2.2. Le phénomène de la mort

La haute teneur symbolique de la mort et la forte charge affective liée au décès d'être humain ont façonné l'imaginaire des hommes qui ont créé un personnage, la mort, qui vient chercher les gens au terme de leur vie.

Selon le COSSEC (1984), dans son ouvrage, ***La vie après la Mort***, la mort est un « passage obligatoire » pour tous dans l'univers immatériel[15].

Dans la Bible, la mort est la fin de l'existence terrestre et le commencement d'une autre forme de vie dans le monde des esprits. La vie passée se continue par la vie sans fin dans le monde invisible à nos sens physiques.

- **Les causes de la mortalité élevée**

Depuis le 1er Août 1960, date de l'indépendance du Bénin jusqu'à nos jours, le taux de mortalité reste toujours élevé. Cependant, plusieurs raisons expliquent cet état de chose :

- L'indigence du plateau technique ;
- Le retard à l'admission ;
- La couche élevée constituée des populations de bas niveau socioprofessionnel et de niveau socioprofessionnel moyen ;
- Le retard dans la prise en charge pour les premiers soins ;
- Le défaut de communication verbale professionnelle franche entre les familles des patients et les équipes soignantes.

- **Représentation symbolique de la mort**

Selon la mythologie de la mort, deux représentations symboliques se démarquent de la mort : la douce et l'austère. La première se réfère à la douce mort qui, libère des souffrances infinies auxquelles la vie nous oblige (le cas par exemple, des longues maladies). La deuxième vient souligner le côté cruel, froid et irrémédiable qu'elle prend lorsque les proches du défunt le pleurent.

[15] Le COSSEC (C.), La vie après la mort, Paris, 1984 p.4.

- **Préparation psychologique avant l'annonce du décès dans le service de réanimation du CNHU-HKM**

La préparation psychologique de la famille se fait à deux étapes :

- Le personnel de soins ou le médecin s'assure de l'acceptation de la mort par la famille ;
- La déclaration de mort une fois effectuée, il est procédé à la remise du reste des médicaments, des effets (draps de lit) et au dépôt du corps à la morgue.

Le dépôt se fait par une équipe de deux aides-soignants accompagnés de la famille éplorée.

- **Les étapes du deuil**

Freud, dans son ouvrage *Deuil et Mélancolie*, s'est intéressé au travail de deuil, qu'il considérait non seulement comme l'état affectif douloureux que le sujet traverse lorsqu'il est confronté à la perte d'une personne chère, mais également la période qui s'ensuit. Cette perte n'est pas forcément la disparition par la mort d'une personne, car n'importe quelle perte (rupture sentimentale, disparition d'une capacité physique, etc.) entraine l'abandon d'un investissement libidinal fort et donne lieu à un travail de deuil.

Trois étapes importantes

Les étapes du travail de deuil ont été développées par Freud et reprises par de nombreux auteurs avec des variantes.

<u>Première étape</u> : l'état de choc

C'est le traumatisme : le sujet est abasourdi par cette réalité de la perte qui s'abat sur lui physiquement et psychiquement ; il est en état d'arrêt et d'engourdissement.

Quelles que soient les premières réactions, la personne réagit avec ses propres capacités pour survivre à la douleur psychique engendrée par la nouvelle.

<u>Deuxième étape</u> : le travail de deuil proprement dit

- ***Une phase dépressive***

Le travail de deuil est un processus intrapsychique qui a pour but de déplacer l'investissement libidinal de l'objet perdu et de diminuer la douleur. L'objet perdu est externe et interne au sujet. Plus l'investissement de l'objet interne était grand, plus son retrait est pénible. Il faut réaménager cet équilibre.

- ***L'introjection***

Le deuxième mouvement plus élaboré du travail de deuil est l'introjection. Il s'agit de l'élaboration mentale de la perte. Grâce à la nomination des choses ressenties et à l'évocation de la réaction avec la personne, l'acceptation de la perte devient psychique. L'objet reprend une place dans le souvenir et permet une identification structurante du sujet à l'objet.

Ainsi, si le sujet ne fait pas le travail psychique de l'introjection, le deuil n'est pas véritablement achevé.

<u>Troisième étape</u> : la liquidation du deuil

Peu à peu avec le temps et le désinvestissement de l'objet, l'attachement s'affaiblit. Freud appelle cela « le travail d'usure ». L'objet n'est pas totalement oublié, mais il ne fait plus partie du quotidien. Le sujet peut en parler sans s'effondrer et évoquer son image sans tristesse. L'idéalisation de l'objet s'attenue et on peut en parler en évoquant ses défauts, ses imperfections en souriant[16].

[16] MAREAU (C.), VANEK DREYFUS (A.), l'indispensable de la psychologie, 2ème Edition, Juin 2007. Cit. P : 153, 154, 155.

C'est dans cette idée de reprises que KÜBLER-ROSS (1969)[17] évoque les cinq étapes du travail de deuil :

1) La personne confrontée à une perte, refuse d'abord le fait ou cherche un bouc émissaire : c'est la phase de la négation.
2) La colère : où se mêlent l'amertume, la révolte et le sentiment d'injustice, suit habituellement la négation.
3) Lorsque paraît temporairement un espoir, on voit apparaître le marchandage.
4) La tristesse et une étape marquée par un intense sentiment de solitude pouvant parfois aller jusqu'à la dépression.
5) L'acceptation, où la personne prend la décision de vivre avec la réalité pour le mieux, émerge lentement de ce processus.

Conséquences de la mort

- **Le processus de séparation de l'âme et du corps physique**

Selon AUN S.W. (1985)[18], anthropologue et philosophe, l'âme ou l'esprit est lié au corps par un fil d'argent dont la rupture intervient au moment de la mort. Il affirme que tous les hommes tombent au moment de la mort dans une inconscience qui dure trois jours et demi.

HEINDEL (1989), et beaucoup d'autres auteurs, soutiennent que durant les trois premiers jours après la mort, la crémation devrait être particulièrement évitée, parce qu'elle tend à causer la désintégration du corps vital, qui doit être conservé intact jusqu'à ce que le panorama de la vie passée ait été gravé sur le corps du désir[19].

[17] KÜGBER-ROSS (E.), *La mort*, Editions du Rocher, 1997
[18] AUN (S.W.), *La mort et ses phénomènes*, Russie, 1992-1997
[19] HEINDEL(M.), cosmogonie des Rose-Croix, France, Saint Michel Edition, 14ème en Langue Française, février 1989, cit. p. 107

Pour ce faire, un silence de cimetière doit être observé autour du défunt afin de permettre à son âme de revivre le parcours de sa vie terrestre au cours des trois jours et demi avant le voyage dans le monde astral.

Ainsi, les souffrances que l'on éprouve quelque fois au moment de la mort, sont une réjouissance pour l'âme qui voit arriver au terme son exil[20].

- **Le processus de la personnalité humaine**

AUN (1997), dans « La mort et ses phénomènes », fait remarquer qu'on ne peut pas voir avec les yeux physiques la personnalité humaine mais elle existe. Quand on vient au monde, on n'amène pas la personnalité toute élaborée. Celle-ci se forme, avec l'exemple des parents, avec ce que l'on apprend à l'école, avec les expériences[21].

Dans son ouvrage intitulé : « Psychologie et guidance en milieu africain », BOKO (2009), souligne que plus tard, à l'âge adulte, l'individu développe souvent des comportements circonstanciels qui sont essentiellement dus à l'environnement économique, à la gamme de relations humaines qu'il est appelé à développer avec ses semblables, grâce aux exigences de la vie moderne[22].

Ainsi, pour réorganiser sa personnalité, l'individu doit volontairement s'imposer une ligne de comportement ou de responsabilité.

Après la mort du corps physique, la personnalité déambule dans le cimetière et retourne au sépulcre. La personnalité humaine est perceptible aux clairvoyants ; n'importe quelle personne possédant un peu de perceptions extra-sensorielles pourra voir comment l'ex-personnalité se désintègre lentement dans le cimetière. Celle-ci peut parfois se rendre visible et tangible. La personnalité est énergétique, elle reste dans le sépulcre mais elle en sort parfois et elle peut même s'offrir le luxe d'aller dans différents lieux.

[20]https:www.amazon.fr /Trois-Jours-Demi-Après-Mort/dp/2352044332) Consultation faite, le 14/07/2013

[21] AUN (S. W.), La mort et ses phénomènes, Russie 1997, p.3.

[22] BOKO G. C., Psychologie et guidance en milieu africain. Introduction à une relation éducative plus réussie entre éducateurs, parents et enfants africain, Cotonou, Bénin : CAAREC Editions, 2009, p 223.

- **Transmigration des âmes**

Selon Charles W. Ranson (1967), « Le phénomène de la transmigration des âmes ou la métempsychose est basé sur l'idée que l'âme peut passer en un seul corps et séjourner dans un autre »[23]. Ainsi la conception de la destinée humaine après la mort, est la croyance que les êtres humains naissent et meurent plusieurs fois, et chaque âme passe d'un corps à un autre dans un cycle des naissances et des décès.

Vérité sur le mystère de la mort

Une pleine conscience de la signification profonde de la mort, nous permet de découvrir et d'affirmer au moyen des expériences directes, que la vie et la mort constituent un tout, une unité indivisible.

Selon AUN (S.W.), dans son article : « Comprendre la Mort », la vie est Energie déterminée et déterminante ; et dans l'organisme humain coulent différents types d'énergies. Cependant, le seul type d'énergie auquel l'organisme humain ne peut résister est le Rayon de la mort.

La vérité sur le mystère de la mort n'est pas quelque chose qui appartient au temps, mais nous pouvons l'expérimenter au moyen de la science de la méditation.

- **La mort dans le contexte social béninois**

La mort est considérée comme un moment de séparation douloureuse. De même, elle est perçue comme une continuité, au point que l'on puisse dire qu'il n'y a pas vraiment de mort dans le langage culturel et que le dialogue des « morts » et des vivants se poursuit sans interruption[24]. A cet effet, le célèbre poème de Birago DIOP intitulé « Souffles », résume cette perception :

[23] RANSON C. W., Croire Source de l'information religieuse, Article publié sur le site : http://mb-soft.com/believe/beliefra.html1967, p.1

[24] ANATO (M. J.), La culture Vodoun dans la promotion du développement social, culturel et économique à Abomey Mémoire de maîtrise en sciences et Techniques des Activités Sociales et Educatives (STAGE), Cotonou, 2008. Cit. p. 14

« Ceux qui sont morts ne sont jamais partis,
Ils sont dans l'Ombre (…)
Les morts ne sont pas sous la Terre
Ils sont dans le Bois …dans l'Eau …dans la foule …
Les Morts ne sont pas morts. »

- **Le phénomène de deuil psychique social**

Les peuples libèrent le phénomène de deuil par des pleurs et des dons selon des réalités individuelles ou collectives.

Les pleurs sont comparables aux phases de négation et de colère ; tandis que l'étape de la manifestation des dons est comparable à celle de l'acceptation où les peuples prennent la décision de vivre avec la réalité.

Le deuil psychique est représenté dans un premier temps comme une élaboration purement individuelle de séparation qui repose sur l'expérience de la perte d'une relation essentielle à la constitution de la personne.

Dans un second temps, le deuil psychique est basé sur la réflexion des dons et la question aussi de donner de soi au défunt. A cet effet, les dons interviennent dans le processus de transformation de la relation qui lie l'endeuillé à la personne décédée[25].

Le deuil comporte plusieurs phases. Dans la première, le déni est prédominant ; dans la deuxième, la personne réalise vraiment ce qui lui arrive et la troisième débute lorsque l'endeuillé(e) commence à remonter la pente. Cette dernière phase, lorsqu'elle prend l'allure chronique, demande de recourir au personnel de la psychologie.

- **Le scénario des funérailles**

Le désir de respecter la tradition ou les dernières volontés du défunt, les disputes entre lignages divers ou entre les différentes composantes d'un même lignage, ouvrent à la considération des conflits et des négociations qui prennent place dans ces moments forts investis socialement.

[25] NORET (J.), Deuil et funérailles dans le Bénin méridional. Enterrer à tout prix, Editions de l'Université de Bruxelles, 2010, Cit. p.204.

Les différents groupes lignagers, religieux et professionnels qui interviennent dans l'organisation et le déroulement du scénario funéraire, sont des moments où l'on peut observer le conflit et la méfiance qui, persistent derrière la recherche d'un compromis et c'est souvent l'idiome de la magie et de la sorcellerie qui intervient pour exprimer la méfiance et les soupçons.

Les moments de dons qui construisent le sentiment du devoir funéraire accompli vers le défunt s'expliquent par l'occupation de la tenue du mort, du cercueil, de la réception des personnes présentes et en donnant publiquement de l'argent aux chanteurs qui interviennent pour tisser l'éloge funèbre du défunt.

Ces pratiques rituelles permettent à l'âme du défunt, un voyage paisible vers le monde invisible.

Mais avant la mort, intervient bien des fois, le coma, qui est alors comme un état précurseur, un état qui peut être ou non fatal.

1.3. PROBLÉMATIQUE, HYPOTHÈSES ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

1.3.1. Problématique

Le coma est caractérisé par l'altération plus ou moins durable de la conscience, avec perturbation des fonctions de la vie de relation et/ou de la vie végétative[26]. On note chez le patient la suppression de tout contact psychologique (mimique langage), l'absence des mouvements des yeux orientés, ainsi que le clignement à la menace. La reconnaissance du coma se fonde sur la présence de troubles de la conscience, avec abolition de la vigilance et leur caractère souvent irréversible.

Le coma n'est pas un état fatal, mais un processus évolutif dont l'examen neurologique permet de saisir les paramètres successifs. Le déclenchement du

[26] TSHABU-TSHINGUTA (C.) Le Coma hypoglycémique en réanimation : Définition, fréquence, étiopathogénie, traitement, évolution et pronostic, Thèse de médecine, Cotonou, 1999, N° 857, Cit. p.25

coma recouvre des notions de degré, de localisation, de gravité et d'urgence thérapeutique.

Le service de réanimation est un service qui reçoit des malades présentant une ou plusieurs détresse (s) vitale(s). Dans un tableau cliniquement sévère avec une évolution souvent catastrophique, la prise en charge des patients réclame une thérapeutique urgente nécessitant parfois du matériel lourd à technologie avancée. Mais à défaut, des gestes sûrs, simples et conjugués, peuvent préserver la vie à des sujets en situation pathologique difficile ou grave.

La réanimation est de nos jours dotée d'une meilleure connaissance des effets pharmacologiques des drogues. Il faut noter l'insuffisance des consommables et des produits médicaux pour la prise en charge correcte des urgences sans également oublier le taux élevé du bas niveau de vie socioprofessionnel et le niveau socioprofessionnel moyen de la société qui, pour la plupart, se trouve dans l'incapacité financière à honorer de leur engagement vis-à-vis des produits pharmaceutiques de première nécessité et à la réalisation de certains examens paracliniques d'urgence.

Le taux de mortalité, depuis le 30 octobre 1962, date de création du CNHU jusqu'à nos jours, reste toujours élevé. Selon l'analyse de l'étude réalisée en 2011 et 2012, avec une entrée totale de 1758 malades, il a été enregistré 700 décès, soit une fréquence de 39,8% ; ceci représente un taux de mortalité élevé.

Au-delà de l'indigence du plateau technique, du retard à l'admission des patients, des conditions sociales médiocres des malades et des familles expliquent l'incapacité financière à faire face aux premières dépenses d'urgence, provoquant inévitablement de préjudices graves sur le suivi des sujets. Autant d'analyses qui feront l'objet de notre étude sur les déterminants du coma et de la mort dans le service de réanimation du CNHU-C.

1.3.2. Hypothèses et objectifs

La maladie et la mort sont deux phénomènes qui côtoient la vie de l'homme. La maladie, quelque soit sa forme psychique ou somatique, est souvent passagère ou chronique. Cette forme chronique est vécue de manière à vie ou vers un terrain de mort imminente, plongeant le sujet dans un état de coma. La mort, un mystère de la vie, est diversement appréciée par les tendances sociales.

A cet effet, quelle perception faisons-nous des déterminants du coma et de la mort ?

Pour répondre à cette interrogation, nous avons émis quelques hypothèses et objectifs.

- **Hypothèses**

1) Le faible pouvoir d'achat des populations et la non opérationnalisation des structures d'aide sociale et psychologique sont souvent sources de maladies et de décès.
2) La fréquence de la mort chez les patients comateux au CNHU-HKM est élevée et résulte la plupart du temps d'une mort cérébrale.
3) La mauvaise gestion des effectifs du personnel de santé et le retard dans la prise en charge des malades sont des facteurs qui expliquent le taux élevé de mortalité.

Pour une étude éclairée de ces hypothèses, nous nous sommes fixés des objectifs.

- **Objectifs de la recherche**

Notre étude s'oriente sur un objectif général et des objectifs spécifiques.

- **Objectif général**

Il s'agit d'analyser les facteurs favorisant les pathologies meurtrières, bases du taux élevé de mortalité dans le service de réanimation du CNHU-HKM de Cotonou.

- **Objectifs spécifiques**

1) Identifier les caractéristiques sociodémographiques des patients comateux retenus pour l'enquête.
2) Relever les données cliniques de ces patients.
3) Evaluer les facteurs influençant la mortalité dans le service de réanimation du CNHU-HKM de Cotonou.

DEUXIEME PARTIE : CADRE ET MÉTHODE D'ÉTUDE

2. CADRE ET MÉTHODE D'ÉTUDE

2.1. PRÉSENTATION DU CNHU-HKM DE COTONOU

Le centre National Hospitalier (CNH) de Cotonou a été créé en 1962 par la loi n°62-32 du 30 Octobre 1962. Il avait une capacité de 350 lits. En 1963, il devient l'Hôpital autonome de Cotonou. Mais par décret n°490 du 21/12/1966, il change de statut et devient Centre National Hospitalier avec la création de l'Université Nationale du Bénin et dévient ainsi Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU), le 10 Janvier 1973 par le décret n° 73-08.

Le décret n°91-077 du 13 Mai 1991, lui confère le statut d'office à caractère social et scientifique. Le CNHU de Cotonou devient CNHU Hubert Koutoukou Maga en 2002. C'est un hôpital pavillonnaire qui occupe un terrain d'une superficie de dix hectares[27].

Le CNHU-H.K.M est un hôpital de référence et de dernier recours dans la pyramide sanitaire du Bénin. Son fonctionnement et sa structuration, son statut de centre de soins, de formation et de recherche devraient faire de lui un creuset d'expérience et de modèle pour les autres formations sanitaires ; mais force est de constater qu'il est confronté à de nombreux problèmes qui fragilisent son fonctionnement et hypothèquent ses perspectives.

2.1.1. Le service de réanimation

L'unité de réanimation du CNHU-H.K.M de Cotonou, a connu le jour, en Janvier 1983 ; elle dispose de 08 lits de soins intensifs avec un médecin anesthésiste-réanimateur, le Docteur CHOBLI Martin.

La formation des médecins anesthésistes-réanimateurs a commencé en Octobre 1996 et la première promotion formée est sortie en 2000.

Aujourd'hui l'unité de réanimation du CNHU de Cotonou compte trois (03) médecins anesthésistes-réanimateurs avec quatre (04) salles de dix-huit (18) lits.

[27]SAWADOGO (R.), MEHINTO (V.), et al., Plan directeur de développement du CNHU-HKM pour la période 2004-2008, Cotonou, Bénin, Février 2004, Cit. p.11.

2.1.1.1. Le cadre humain

Le personnel du cadre de travail dans le service de réanimation est constitué de :

- Quatre (04) médecins cliniciens :
    - Un (01) professeur agrégé d'anesthésie-réanimateur, Chef de service,
    - Deux (02) professeurs agrégés assistants, chef de clinique en anesthésie-réanimation,
    - Un (01) médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, maître de conférences ;
- Deux (02) surveillants,
- Une (01) secrétaire de bureau,
- Quatorze (14) infirmiers de soins,
- Douze (12) aides-soignants.

En plus de cet effectif du personnel, il existe des étudiants et infirmiers stagiaires en nombre variable comprenant :

- Des médecins stagiaires en formation de Diplôme d'Etude de Spécialité (DES) de première en quatrième année,
- Des étudiants stagiaires en formations de première en sixième année,
- Des infirmiers stagiaires en formation de première en troisième année.

2.1.1.2. Le cadre matériel

Le service de réanimation du CNHU.H.K.M de Cotonou, dispose depuis la réhabilitation de 2007, d'un important lot de matériels lourds :

- Les obus d'O_2 portatifs dans des bouteilles de $3m^3$,
- Les appareils respiratoires de dernière génération disponibles à tous les lits, dans les salles destinées à recevoir des patients en coma dépassé (plus d'une dizaine),

- Les respirateurs mécaniques portatifs (au nombre de trois) pour le transport des patients,
- Des moniteurs de surveillance cardioscopiques (plus de cinq)
- Des matériels complets de contrôle des voies aériennes en urgence,
- Des matériels d'usage courant en réanimation digestive,
- Des lits orthopédiques,
- Un appareil défibrillateur électrique pour le déchocage cardiaque.

Cependant, nous déplorons l'indigence du plateau technique de par l'insuffisance et le mauvais suivi de matériels.

2.1.1.3. Les produits et consommables médicaux d'urgence

En réalité dans un service de réanimation, les premiers soins d'urgence sont assumés sans le concours des familles des patients ; car les urgences n'attendent pas.

L'insuffisance et le manque des produits et consommables médicaux de première nécessité amènent l'équipe soignante à rester en attente de retour des familles des patients de la pharmacie, avant de poser les premiers gestes d'urgence. Cet état de chose entraîne inévitablement des préjudices graves sur la vie des patients.

De nos jours, au lieu que des mesures soient prises par les premières autorités du centre pour corriger soit tant peu le phénomène, force est de constater que la pandémie gagne les autres structures sanitaires départementales.

Mais le service de réanimation dispose de nos jours des neurosédatifs de dernières générations en quantité disponible pour la prise en charge thérapeutique des usagers (malades).

2.2. MÉTHODE D'ÉTUDE

2.2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective menée dans le cadre du coma et de la mort dans le service de réanimation du CNHU-C en 2011 et 2012.

2.2.2. Population d'étude

L'étude concerne tous les patients admis dans le service de réanimation pour coma ou qui plongent après dans le coma.

2.2.2.1. Critère d'inclusion

Le patient retenu a dû :

- Présenter une altération de la conscience, quelque soit la pathologie sous-jacente,
- Avoir un dossier médical qui définit le diagnostic, la conduite à tenir et faire objet d'enregistrement et de suivi.

2.2.2.2. Critère de non inclusion

N'ont pas été inclus dans l'étude, les patients :

- N'ayant pas présenté une altération pathologique de la conscience (patients hospitalisés pour réveil anesthésique après intervention chirurgicale par exemple),
- Dont les dossiers étaient incomplets.

2.2.3. Matériel de travail

Après l'établissement de la fiche d'enquête, nous avons consulté :

- Les registres des entrées en réanimation des années 2011 et 2012 ;
- Les bilans des activités d'hospitalisation des années 2011 et 2012 ;
    - Le bilan d'activités nous a permis de recevoir en 2011, une entrée de 877 malades avec 352 cas de décès, ce qui représente 40,14% et en 2012, nous avons recensé une entrée de 881 malades avec 348 cas de décès, soit 39,50%.

- En 2012, la consommation journalière en oxygène en cotation (K) a connu la réduction de 50% ainsi que les frais de séjour journalier, de même, la notation (K1) est passée de 800F en 2011 et à 900F en 2012.

Cette décision administrative a connu son application en Juin 2012 et constitue un acte de soulagement financier aux usagers de la réanimation. Les données de 2011 et 2012 sont portées dans le Tableau I[28].

Tableau I : Tarifs journaliers de la mise sous oxygène et/ou sous respirateur à la réanimation au CNHU de Cotonou

		Cotations		Frais de séjours journaliers (F. CFA)		Total des frais journaliers (F.CFA)	
Particuliers à leurs propres frais		**2011**	**2012**	**2011**	**2012**	**2011**	**2012**
01	Oxygène seul	K20	K10	32.000	16.000	32.000	25.000
02	Oxygène + assistance respiratoire	K30	K15	32.000	16.000	40.000	29.500
Bénéficiaires de bulletins de prise en charge (80% à la charge de l'employeur qui est souvent l'État)		2011	2012	2011	2012	2011	2012
01	Oxygène seul	K40	K20	32.000	16.000	48.000	34.000
02	Oxygène + assistance respiratoire	K60	K30	32.000	16.000	64.000	43.000

2.2.4. Les variables dépendantes

Les variables dépendantes de notre recherche sont :

- L'âge,
- Le sexe,
- L'état neurologique (évolution de degré de conscience)
- La classification pathologique.

[28] ABDOULAYE (I.), Note de service N° 0897/MS/CHHU-HKM/DA/SAC/DAASM, Cotonou, Bénin, 28 Juin 2012.

2.2.5. Les variables indépendantes

Les variables indépendantes regroupent les patients sous trois niveaux de vie socioprofessionnelle (selon les revenus mensuels réels):

- **Niveau 1 (correspond au bas niveau de vie socioprofessionnel).**
    - Aides-soignantes,
    - Coiffeurs,
    - Conducteurs,
    - Déclarants en douane,
    - Elèves et étudiants,
    - Ménagères et revendeurs,
    - Sans professions,
- **Niveau 2 (correspond au niveau de vie socioprofessionnel moyen).**
    - Instituteurs,
    - Journalistes,
    - Sages-femmes.
- **Niveau 3 (correspond au niveau de vie socioprofessionnel élevé).**
    - Grands commerçants,
    - Ingénieurs,
    - Médecins.

2.2.6. Analyse des données

Les données ont été collectées sur les fiches d'enquête et à nouveau dépouillées puis codées.

La saisie et l'analyse des données et les tests statistiques ont été effectués à l'aide des logiciels Word 2010, Excel 2010.

La saisie du document de mémoire et la confection des tableaux et graphiques ont été réalisées dans l'environnement Windows à l'aide du logiciel de traitement de texte.

2.3. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Nous avons été confronté à certaines difficultés.

- Le défaut d'archivage des documents pouvant servir à des recherches et le non stockage des renseignements sur un disque dur suivant les normes technologiques actuelles, créent assez de dysfonctionnement dans le suivi des patients ainsi que de désagrément dans les recherches.
- Les registres et les dossiers des malades sont dispersés dans le service sur les paillasses et sont rarement rangés dans des casiers. A cet effet, il faut perdre plus de temps pour retrouver le dossier d'un patient que de procéder à son traitement.

Il faut reconnaitre la volonté sans cesse, des responsables du service qui, n'ont ménagé aucun effort dans la recherche de voies et moyens auprès des autorités politico-administratives, pour un meilleur rendement du service.

TROISIEME PARTIE : PRESENTATION DES RESULTATS ET DISCUSSION

3. RÉSULTATS ET DISCUSSION

3.1. À PROPOS DU COMA

3.1.1. Caractéristiques épidémiologiques et sociodémographiques du coma

➢ **Fréquence**

Pendant la période de notre étude présentée sur les bilans de 2011 et 2012, le service de réanimation a enregistré 1758 malades dans un état pathologiquement grave et ayant nécessité une prise en charge d'urgence, parmi lesquels nous avons dénombré 700 cas de décès, soit 39,8%, dont 36 dossiers sont exploités et analysés.

➢ **Âge et sexe**

L'âge moyen qui succombe au coma se situe à 59 ans avec des extrêmes de 12 ans et 88 ans. La majorité des patients (34 cas) se trouvent parmi les sujets âgés de 20 ans à 89 ans, soit 94,4%, avec 21 femmes (58,3%) et 15 hommes (47,7%). Les figures 1 et 2 en donnent les détails.

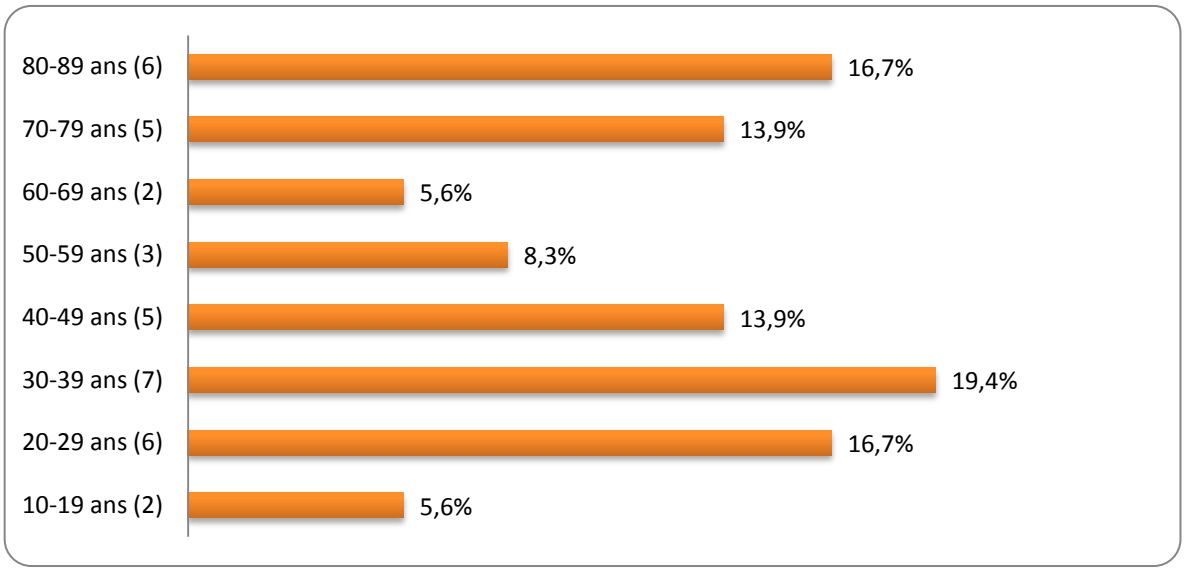


Figure 1: Répartition des malades comateux selon l'âge

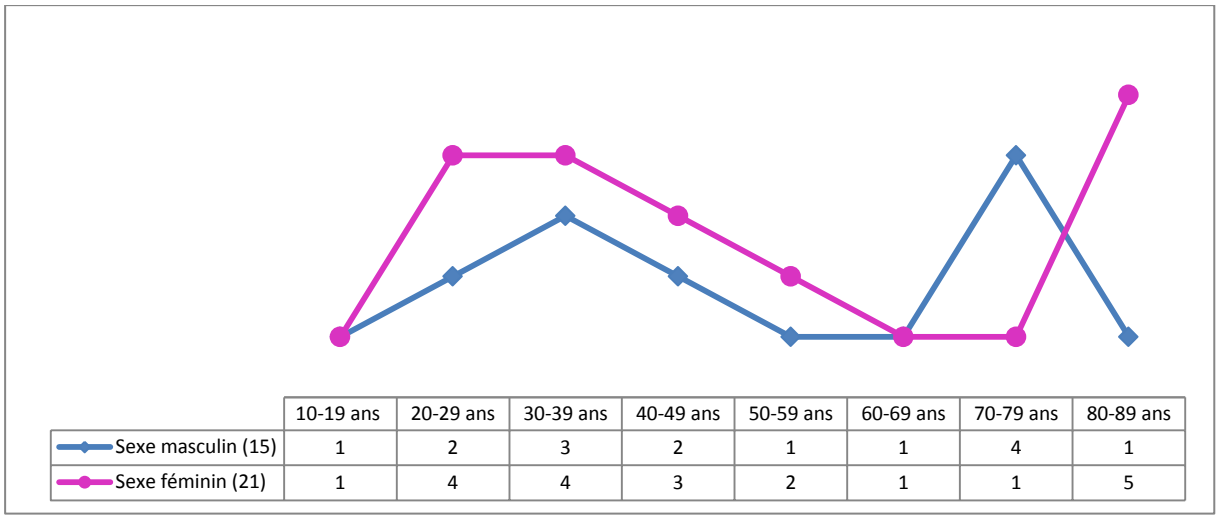


Figure 2: Répartition des malades comateux selon l'âge et le sexe

- **Niveau socioprofessionnel**

Notre échantillon montre une forte proportion de sujets ayant un bas niveau socioprofessionnel, 26 cas, soit 72,2% (confer **Tableau II**).

Tableau II : Répartition des malades selon le niveau socioprofessionnel

	N	%
Niveau 1 (bas niveau socioprofessionnel)	26	72,2
Niveau 2 (niveau socioprofessionnel moyen)	8	22,2
Niveau 3 (niveau socioprofessionnel élevé)	2	5,6
Total	**36**	**100**

- **Religion**

Chaque sujet a des pratiques de croyance auxquelles il place sa confiance en cas de difficulté. Dans notre étude nous avons enregistré une multitude de religion (catholique, musulmane, protestante, christianiste céleste, évangélique et traditionnelle/endogène). Mais force est de constater que parmi ces dernières, la religion endogène (traditionnelle) est en majorité représentative (12 cas, soit 33,3%).

Tableau III : Répartition des malades selon la religion

	N	%
Religion traditionnelle	12	33,3
Religion catholique	8	22,2
Islam	7	19,2
Christianisme céleste	4	11,1
Religion protestante	3	8,3
Religion évangélique	2	5,6
Total	**36**	**100,0**

3.1.2. Motif d'hospitalisation

Nous avons constaté que parmi les pathologies enregistrées, seule l'éclampsie du post-partum n'est pas commune aux deux sexes avec 9 cas, soit 25% (confer figure 3).

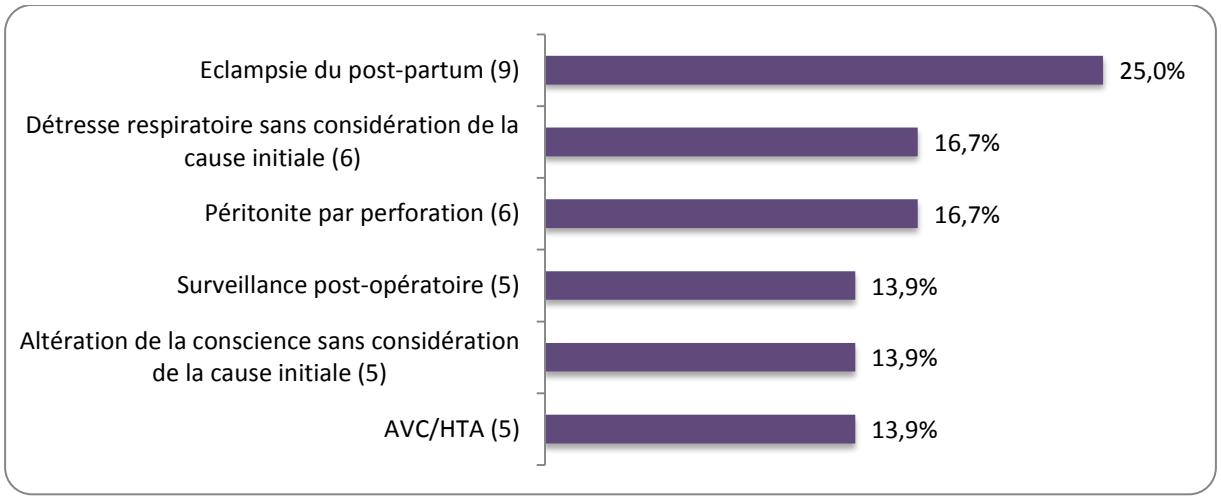


Figure 3: Répartition des malades enquêtés selon le motif d'hospitalisation

3.1.3. Type d'alimentation

En dehors des péritonites par perforation (en observation opératoire) et des cas de surveillance postopératoire, tous les autres cas sont autorisés à une alimentation liquide par voie orale suivant des horaires donnés (confer figure 4).

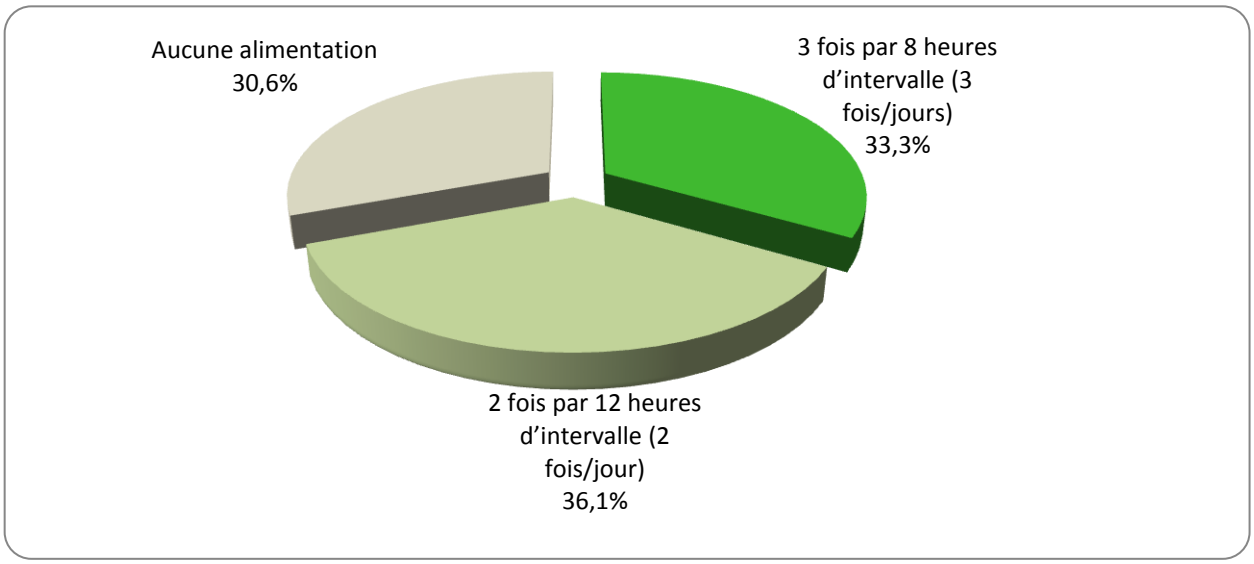


Figure 4 : Répartition des malades suivant les horaires d'alimentation.

3.1.4. Signes physiques expliquant la souffrance des malades

Les malades en état de coma n'arrivent pas à exprimer leurs sentiments. Cependant, certains signes physiques permettent d'extérioriser leurs souffrances suivant la gravité de la pathologie (confer figure 5).

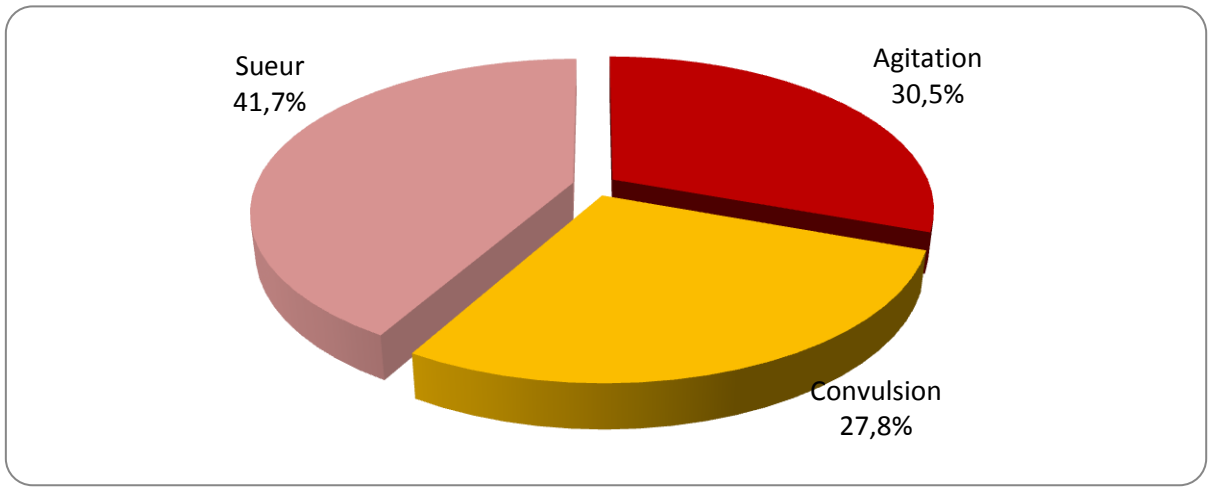


Figure 5 : Répartition des malades suivant les signes physiques qui expriment les souffrances

3.1.5. Oxygénothérapie

L'état des malades de la réanimation exige deux types d'oxygénation. L'administration isolée d'oxygène pour les malades à moindre risque et

l'oxygène couplée à une assistance respiratoire pour ceux à haut risque (confer figure 6).

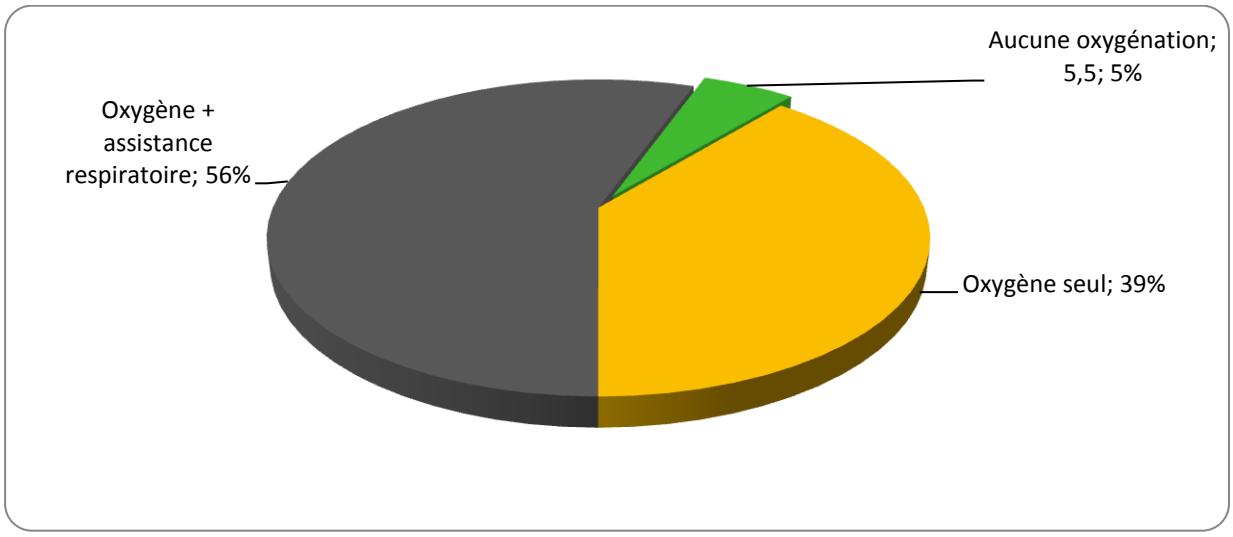


Figure 6 : Répartition des malades selon le type d'oxygénation

3.1.6. Classe de paiement des prestations

Le paiement des prestations se fait par les usagers suivant trois classes sociales. Nous avons la classe des indigents (8 cas), qui sont livrés au fonds social des Indigents (FSI) du centre, ensuite la classe des Particuliers (25 cas) dont les soins sont à leurs propres frais (PAF) et enfin la classe des personnes bénéficiaires de bulletin (3cas) de prise en charge (PEC) qui les couvrent selon la structure constituant leur employeur (confer Tableau IV).

Tableau IV : Répartition des malades selon les classes de paiement des prestations

	N	%
Paiement à propre frais (PAF)	25	69,5
Fonds social des Indigents (FSI)	8	22,2
Bulletin de prise en charge (PEC)	3	8,3
Total	**36**	**100**

3.2. À PROPOS DE LA MORT

3.2.1. Caractéristiques épidémiologiques et sociodémographiques de la mort

- **Fréquence**

Au cours de notre recherche sur les 36 dossiers exploités, nous avons enregistré 14 cas de décès, soit 38,9%. Ce qui représente un taux élevé de mortalité.

- **Âge et sexe**

L'âge moyen auquel les patients sont plus explosés à la mort est de 70 ans avec des extrêmes de 29 ans à 90 ans.

Nous avons eu 08 femmes (57,1%) et 06 hommes (42,9%) ayant connu la mort (confer figure 7).

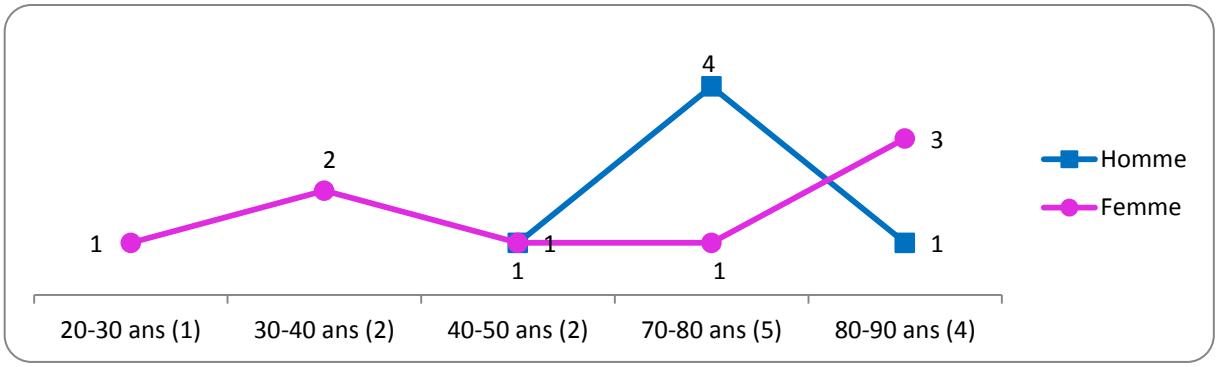


Figure 7 : Répartition des décès selon l'âge et le sexe

- **Niveau socioprofessionnel**

Le résultat de notre étude montre que les décès font partie uniquement du niveau 1 (9 cas) et du niveau 2 (5 cas).

3.2.2. Pathologies qui entraînant la mort

Les pathologies enregistrées lors de notre étude, responsables de la mortalité sont au nombre de quatre, parmi lesquelles, l'éclampsie du post-partum reste l'unique pathologie exclusivement féminine (confer figure 8).

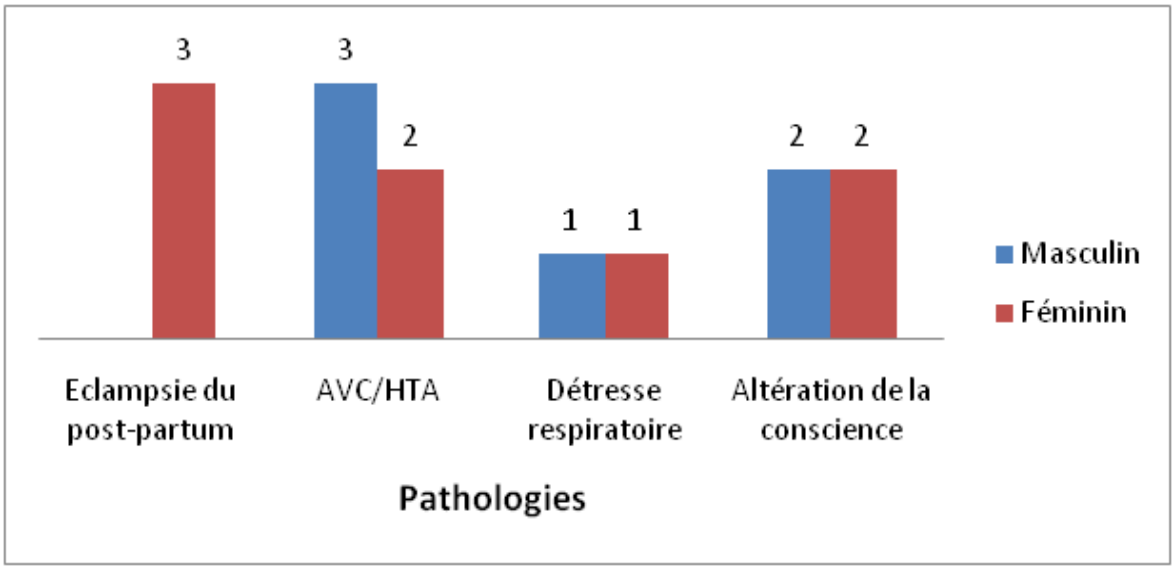


Figure 8 : Répartition des décès selon les pathologies

3.2.3. État du patient et capacité financière de la famille au moment de la référence au CNHU

Le bas niveau de vie socioprofessionnelle et le niveau de vie socioprofessionnelle moyen des populations ne leur permettent pas de se référer tôt vers le centre de référence, le CNHU-HKM de Cotonou. C'est dans un état de mort imminente que le service de réanimation reçoit les patients en urgence, ceci représente 10 cas, soit 71,4% dans le cadre de notre étude. Les 4 autres patients, soit 28,6% ont séjourné longtemps, mettant ainsi les familles dans l'incapacité de continuer à honorer l'achat des produits pharmaceutiques et la réalisation des analyses paramédicales.

Tableau V: L'état du patient et la capacité financière de la famille au moment des références

	N	%
Les patients référés dans un état de mort imminente	10	71,4
Incapacité dans la continuation des soins (défaut de moyens financiers)	4	28,6
Total	**14**	**100,0**

3.2.4. Constat de mort à partir des signes cliniques

Le diagnostic de mort est posé par un médecin à partir de trois signes clinique (la mort cardiaque, la mort cérébrale et la mort cardio-cérébrale). A cet effet, nous pouvons dire d'après notre étude que deux organes appelés "des organes de grandes fonctions physiologiques" (le cœur et le cerveau), sont des déterminants de vie et de mort de tout être.

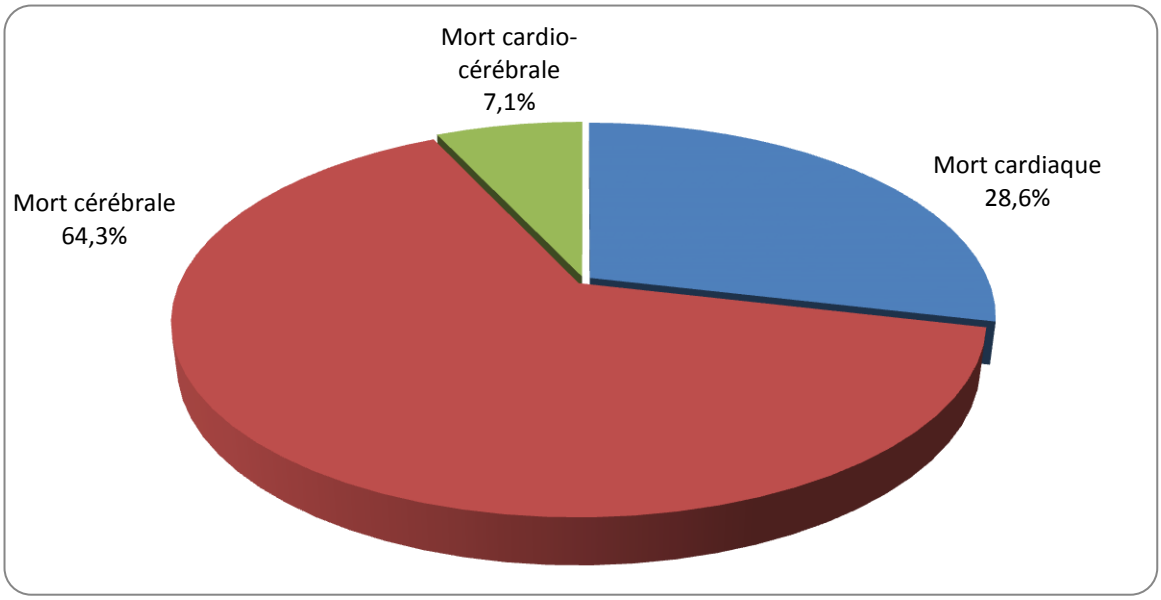
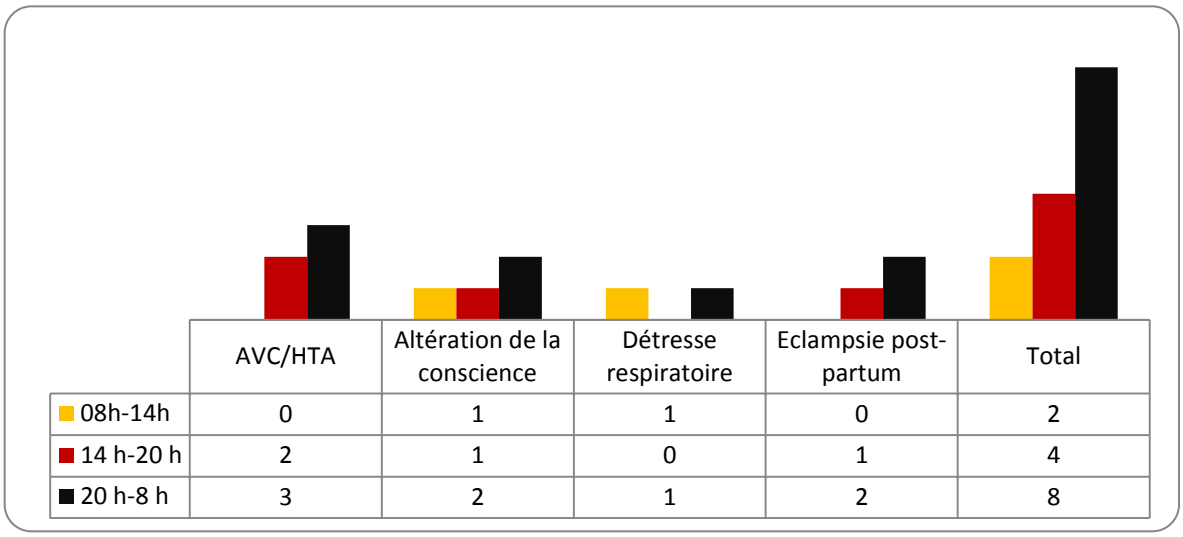


Figure 9 : Répartition des décès selon les signes cliniques de constatation

3.2.5. Décès selon les moments du nycthémère

Nous notons une prédominance de décès dans la nuit de 20 heures à 8 heures du matin, ce qui représente 8 cas, soit 57,1%.



	AVC/HTA	Altération de la conscience	Détresse respiratoire	Eclampsie post-partum	Total
08h-14h	0	1	1	0	2
14 h-20 h	2	1	0	1	4
20 h-8 h	3	2	1	2	8

Figure 10 : Répartition des décès selon le moment du nycthémère

3.2.6. Décès à partir des jours de la semaine

En fonction des jours de la semaine, nous remarquons que la mortalité est plus élevée à partir de vendredi jusqu'au dimanche et reste plus stable les autres jours de la semaine.

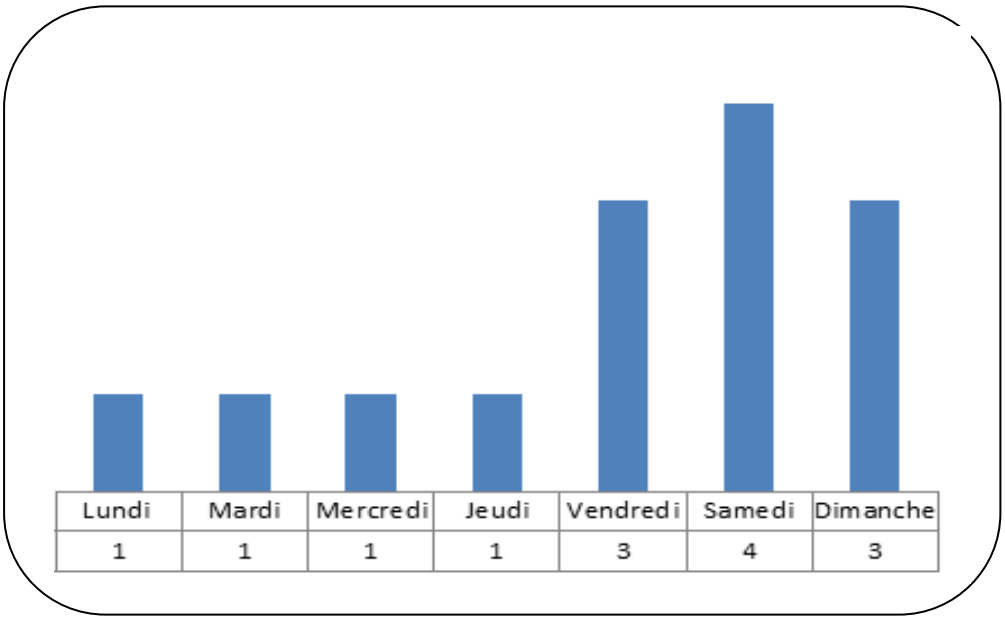


Figure 11 : Répartition des décès selon les jours de la semaine

Ces résultats appellent une discussion.

4. DISCUSSION

Le coma est évoqué devant tout état d'esprit récurrent témoignant soit d'une souffrance cérébrale, soit d'une perte de conscience et qui nécessite une prise en charge d'urgence.

La mort, une catastrophe naturelle, est acceptée de tout homme comme un phénomène éternel et inévitable dont les nouvelles techniques de la médecine occidentale s'efforcent de réduire sensiblement la montée. Force est de constater qu'au Bénin, contrairement aux pays occidentaux, le phénomène de mort ne cesse de se caractériser par un pourcentage élevé pour des raisons psychologiques et sociales.

À partir des résultats que nous avons obtenus, nous nous devons de mener une discussion.

4.1. Déterminants du coma

- **Fréquence**

Au cours de notre étude sur deux ans, nous avons exploité et analysé 36 dossiers avec 14 cas de décès, soit 38,9%. Ceci représente un taux élevé de mortalité, qui s'observe aussi bien face aux pratiques endogènes que face aux techniques modernes de la médecine occidentale, pratique qui, malgré tout a corrigé assez d'état de chose pour être considérablement à ce taux.

- **Âge et sexe des sujets**

Dans notre série, la première extrême de 12 ans caractérisée par des adolescents qui présentent des troubles somatique et psychique de perte de conscience ; alors que l'âge moyen de 59 ans indique la manifestation des troubles de perte de conscience suivant le sexe : ce qui explique le taux élevé du sexe féminin, 2 cas contre 1 cas. Le constat est le même au niveau de la même série de la seconde extrême de 89 ans, soit 5 cas féministes contre 1 cas masculin.

- **Niveau de vie socioprofessionnelle**

Toutes les couches sont atteintes. Nous notons dans notre étude un taux élevé de patients ayant un bas niveau socioprofessionnel, 26 cas soit 72,2%. Ceci peut s'expliquer par le fait que dans cette couche, on trouve d'une part les malades démunis, d'autre part les malades ignorants et peu informés.

- **Motif d'hospitalisation**

Dans quelques cas, le diagnostic de coma peut ne pas être évident mais on peut parler de souffrance cérébrale. C'est le cas des péritonites par perforation qui sont mises en observation avant l'intervention chirurgicale, 6 cas soit 16,7%.

Nous retrouvons dans les autres cas de pathologies, en dehors des cas de AVC/ HTA (purement enfoncés dans un état de coma), des cas de souffrance cérébrale. Le taux élevé d'éclampsie du post-partum s'explique par le non suivi des grossesses, le non espacement des naissances et des grossesses non désirées, 9 cas soit 25%.

- **Alimentation**

En dehors des cas de péritonite par perforation en attente d'être opérés, des cas de surveillance post-opératoire qui doivent émettre des gaz avant d'être autorisés et de rare cas de respiration chronique, ils sont au total 11 cas soit 30,6%. Tous les autres cas sont autorisés à être alimentés suivant des horaires de la journée par rapport au diagnostic et selon la quantité indiquée en millilitre (mil).

L'alimentation est souvent autorisée aux malades en coma pour permettre aux viscères de ne pas s'acoquiner, en prévenant l'ulcère et permettre ainsi le brassage stomacal.

- **Signes apparents de souffrances**

Les cas d'agitation au nombre de 11, soit 30,5% sont souvent constatés chez des péritonites par perforation et des sujets en surveillance post opératoire

et parfois au niveau des sujets en détresse respiratoire. La convulsion et la sueur s'observent fréquemment chez les sujets en état de perte de conscience, 25 cas soit 69,5%. De même, d'autres facteurs, comme la défaillance des climatiseurs, crée une anoxie cérébrale chez les patients, les plongeant ainsi dans le coma et provoquant une accélération des escarres.

- **Oxygénothérapie**

Tout malade admis dans le service de réanimation est d'office assisté d'oxygène. Toute admission est subordonnée à une assistance en oxygène. Les 2 cas, soit 5,5% qui ne reçoivent pas une assistance en oxygène, s'expliquent du fait que pour des cas de surveillance en post-opératoire, le réveil anesthésique se fait en salle de réveil et dans ce cas, s'il n'y a pas de complication, le sujet est directement référé dans les pavillons de chirurgies. Mais une fois que l'heure de travail du personnel de cette salle vient à terme, le malade est obligé d'effectuer son attente en passant par le service de réanimation ; ce qui fait l'objet d'enregistrement avant le transfert dans le service chirurgical d'accueil. C'est pourquoi ces cas de sujets ne sont pas branchés sous oxygène.

Les 20 cas, soit 55,6% qui reçoivent de l'oxygène + assistance respiratoire sont en souffrance cérébrale et en état d'abolition de la conscience, c'est souvent des sujets qui se retrouvent dans un état de coma profond ou coma dépassé[29].

- **Classes de paiement des prestations**

Le fonds que l'état met à la disposition de CNHU-C, ne permet pas de couvrir tous les usagers en situation de bas niveau socioprofessionnel et en niveau socioprofessionnel moyen dont la couverture est de 8 cas, soit 22,2%. Les 25 cas, soit 69,5% sont obligés de procéder à des prêts et à la vente des biens pour se mettre en règles vis-à-vis du centre.

[29] TSHABU-TSHINGUTA (C.), Le coma hypoglycémique en réanimation : Définition, fréquence, étiopathogénie, traitement, évolution et pronostic, Thèse de médecine N°857, Cotonou, 1999, p26.

Les 3 cas, soit 8,3% détenteurs de bulletins de prise en charge parmi lesquels nous retrouvons les 80%de couverture, ne cessent de se plaindre de leur situation[30] par rapport à la note de service de 28 juin 2012 de la Direction Général du CNHU-HKM de Cotonou.

- **Religion**

La croyance en des forces endogènes comme moyens de protection est plus répandue dans la société, ce qui entraine le constat dans notre étude de 12 cas, soit 33,3%.

Cependant la religion catholique qui reste la plus ancienne des religions importées représente 8 cas, soit 22,2%. Au regard de notre étude, tout béninois croit à une force invisible qu'elle soit endogène ou importée. On s'y confie comme protection et on y doit respect. Il est ainsi important d'assister tout malade dans sa souffrance en portant un accent particulier au respect de sa religion[31].

4.2.Déterminants de la mort

Après l'analyse des 36 dossiers explorés qui ont servi à notre étude, nous avons obtenu les résultats suivant :

- 14 cas de décès déplorés soit 38,9%, taux plus élevé que les 26,7%, retrouvés par COULIBALY[32]. en 1996 par une étude réalisée sur la mortalité dans le service de SPAR.
- Au regard de cette analyse, nous pouvons dire que le taux de mortalité prend graduellement de l''ampleur.

[30] Note de service N°0897 / MS/ CNHU-H.K M/ DA/ SAC/ DAASM portant tarifs journaliers de la mise sous oxygène et / ou sous respirateur au SPAR sous oxygène et / ou sous respiration au SPAR et dans les unités de soins intensifs du 28 juin 2012.

[31] GASSIER (J.), MOREL-HAZIZA (C.), Sciences médico-sociales, Paris, Masson, 1998, p.6.

[32] COULIBALY (A.), Etude de la mortalité des affections médicales dans le service polyvalent d'anesthésie-réanimation, Thèse de diplôme d'Etat N° 684, Cotonou, Bénin, 1996, Cit. p.83.

- **Mortalité selon l'âge et le sexe**

La mortalité est plus faible à 20-30 ans et représente 1 cas, soit 7,1% et ne touche qu'au sexe féminin. Le second pic est celui de 80 à 90 ans, touche les deux sexes, mais avec 1 cas pour le masculin et 3 cas pour le féminin. Si de 20 à 30 ans et de 30 à 40 ans, il y a au total 3 cas, soit 21,4% uniquement du sexe féminin, cela est dû au fait que les pathologies les plus meurtrières sont des pathologies féministes. A l'âge moyen de 60 ans jusqu'à 70 ans, les deux sexes sont épargnés des pathologies meurtrières. De 70 à 80 ans les hommes (4 cas) sont plus victimes des pathologies meurtrières, alors que chez les femmes le phénomène meurtrier commence entre 80 à 90 ans, ce qui représente 3 cas. Au total, nous pouvons dire que les pathologies sont plus meurtrières à 70-80 ans, 5 cas soit 35, 7% et de 80 à 90 ans, 4 cas soit 28,6%.

- **Niveau socioprofessionnel**

Les patients les plus pauvres et ceux qui ont un faible pouvoir d'achat sont touchés de façon élective, cela représente 9 cas, soit 64,3%. Les 5 cas, soit 35,7 victimes de la mort sont de niveau de vie socioprofessionnelle moyen.

- **Pathologies, vecteurs de la mort**

L'éclampsie du post-partum est une pathologie meurtrière typique et féminine. Elle n'est pas commune aux deux sexes (masculin et féminin), mais plutôt singulière au sexe féminin et représente 3 cas, soit 21,4%.

La détresse respiratoire et l'altération de la conscience sont deux pathologies qui sèment ravage autant sur l'homme que sur la femme.

L'AVC/HTA, souvent caractérisé par des accidents de la voie publique et des stress de vie, avec 3 cas chez l'homme et 2 chez la femme, montre que le sexe masculin reste moins exposé à cette pathologie dangereuse.

- **État du patient et capacité financière de la famille au moment des références**

La croyance à des pratiques endogènes et la pauvreté constituent un grand facteur, expliquant le mauvais état des malades et l'incapacité financière des familles à la sauvegarde de la vie humaine. L'itinéraire thérapeutique commence très rarement par une consultation médicale adaptée.

Malheureusement, ces genres de cas au nombre de 10 soit 71,4% décèdent avant ou à l'admission ou quelques heures après leur entrée à l'hôpital.

Cependant, le reste, 4 (28,6%) qui ont résisté à la mort, « ont fait dépenser inutilement » les maigres ressources des familles, penseront certains membres de la famille, pour finalement mourir.

On peut comprendre un tant soit peu, la réticence de la population à se diriger en fin de compte vers le CNHU, traitée de mouroir.

- **Constat de mort selon les signes cliniques**

Le diagnostic de mort est forcément posé par un médecin dans un centre de santé qualifié. Selon la définition médico-légale, la mort d'un sujet ne peut être prononcée tant que l'un et/ou l'autre des organes, le cœur et/ou le cerveau du sujet continue de fonctionner, quelle que soit la nature du coma. Ainsi, la déclaration effective de mort ne peut être prononcée par tout médecin assermenté que dans le cas de mort du cœur et du cerveau. Il est rare d'enregistrer simultanément la mort du cœur et du cerveau, ce qui représente un cas de notre population d'étude, soit 7,1%. Alors que dans les autres cas, c'est souvent la mort du cerveau qui s'annonce ; nous en avons eu 9 cas, soit 64,3%. De même, le cœur peut également cesser de fonctionner avant que le cerveau ne meurt (4 cas soit 28,6% dans notre étude).

- **Décès selon les moments du nycthémère**

Au cours des années 2011 et 2012, les équipes soignantes ont été contraintes au système de gardes de 24 heures imposées par les responsables du

service au personnel de la réanimation. Il a été remarqué que de 8 heures à 14 heures, l'équipe de garde détient assez de vivacité dans l'exercice du travail ; ceci permet de veiller sur les patients et de répondre promptement aux gestes indiqués. C'est pourquoi nous avons enregistré au cours de cette période de la garde, le faible taux de mortalité de 14,3% (2 sujets).

A partir de 14 heures jusqu'à 20 heures, les énergies commencent à s'affaisser et la fatigue commence à gagner l'équipe de garde. Malgré la résistance et le sens aigüe de responsabilité, de conscience professionnelle, de détermination à redonner vie aux patients en état de difficulté, le personnel succombe à la fatigue, ce qui pourrait expliquer les 4 cas de décès (28,6%) au cours de cette période de la garde.

Le pire survient entre 20 heures et 8 heures où le sommeil devient embarrassant et n'épargne pas nombre des membres de l'équipe de garde, alors que les patients de la réanimation ont besoin d'une surveillance et de soins continus. On peut y trouver aisément l'explication des 8 cas soit 57,1% de décès de cette étape de la garde.

D'autres facteurs existent probablement, qui pourraient expliquer le faible rendement du personnel et ce taux élevé de décès au cours de la nuit.

- **Décès selon les jours de la semaine**

Les jours ouvrables mobilisent assez de personnes stagiaires aux côtés des équipes de garde. Parmi ses stagiaires, on peut citer les étudiants en fin de cycle qui préparent leur diplôme de spécialité (DES), les étudiants en cours de cycle à la FSS et les étudiants de l'INMeS. Ce qui explique les faibles taux de mortalité du lundi au jeudi, 1 cas par jour soit 7,1%. A partir de vendredi soir jusqu'au dimanche, les effectifs de ces stagiaires diminuent et laissent place seulement aux équipes constituées de personnels. Ceci explique aussi l'observation du taux élevé de mortalité à partir de vendredi jusqu'au week-end.

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

CONCLUSION

Les 16 ans d'exercice professionnel dans le service de réanimation du CNHU-HKM, de Juillet 1997 à novembre 2013, ne sont pas restés en mémoire, sans marque essentielle de souvenir. C'est pourquoi, sans doute, notre choix s'est porté sur les déterminants du coma et de la mort dans le service de réanimation du CNHU- HKM.

Nous avons enregistré dans cette étude rétrospective portant sur une période de deux ans, un total de 1758 dossiers de patients admis dans le service de réanimation pour des pathologies diverses dans un état de perte de conscience selon le degré d'évaluation diagnostique de la profondeur du coma et dont le nombre de décès est d'un total de 700 cas, soit 39,82% ; ce qui explique un taux élevé de mortalité, un phénomène souvent constaté depuis 1962, date de création du centre jusqu'à nos jours.

Dans le cadre de notre étude, 36 dossiers sont retenus avec un nombre total de 14 cas de décès, soit 38,9% à partir desquels, les observations suivantes ont été faites :

- Les tranches d'âge touchées par ce taux élevé de mortalité sont de 20 à 50 ans et de 70 à 90 ans,
- Les pathologies responsables, au nombre de quatre, il existe seulement une qui dépend du sexe. Nous pouvons à cet effet citer l'éclampsie du post-partum (qui est une pathologie féminine), l'AVC/HTA, la détresse respiratoire et l'altération de la conscience,
- La couche sociale touchée est le niveau 1 (constitué par le bas niveau de vie socioprofessionnel, soit 9 cas) et le niveau 2 (constitué par le niveau de vie socioprofessionnel moyen soit 5 cas),
- La fréquence et le nombre élevé des décès dans la tranche horaire de 20 heures à 8 heures et les week-ends du fait de la fatigue et de la réduction de l'effectif soignant ;

- Le retard pour référer initialement les patients vers les centres de santé pour leur prise en charge.

Avoir un patient en coma dans le service de réanimation, est une dure épreuve à résoudre aux familles qui sont souvent confrontées à de grandes dépenses financières et énergies psychiques, laissant ces dernières dans un état de stress et de désarroi total.

La mort reste un mystère que nous pouvons expérimenter au moyen de la science et de la méditation.

Toutefois, le coma demeure indiscutablement un passage vers la mort, et les recherches restent ouvertes à cette étude prospective.

Nous sommes à présent en mesure d'affirmer ou d'infirmer les hypothèses que nous avions émises au début de notre étude :

1) Notre 1ère hypothèse stipulait que le faible pouvoir d'achat des populations et la non opérationnalisation des structures d'aide sociale et psychologique sont souvent sources de maladies et de décès. Cette hypothèse est vérifiée puisque la couche sociale la plus touchée est celle des patients avec un bas niveau socio-économique.
2) Un taux élevé de mortalité (38,9%) a été constaté parmi les patients de notre enquête et 64,3% de ces décès résultaient d'une mort cérébrale ; ce qui est en accord avec notre 2ème hypothèse selon laquelle, la fréquence de la mort chez les patients comateux au CNHU-HKM est élevée et résulte la plupart du temps d'une mort cérébrale.
3) Enfin, notre 3ème hypothèse stipulait que la mauvaise gestion des effectifs du personnel de santé et le retard dans la prise en charge des malades, sont des facteurs qui expliquent le taux élevé de mortalité. Cette hypothèse est confirmée par notre étude car le nombre des décès dans la tranche horaire

de 20 heures à 8 heures et les week-ends est élevé, signe de la fatigue et de la réduction de l'effectif soignant.

SUGGESTIONS

Au terme de notre étude, nous pouvons formuler les suggestions sur trois volets essentiels :

- À l'endroit du personnel soignant
  1) Instaurer de franche communication professionnelle au sein des équipes soignantes et des familles des patients ainsi que des patients eux-mêmes,
  2) Faire affecter et administrer réellement aux sujets, les maigres moyens de traitement d'urgence, les concernant,
  3) Aider le service social dans une franche collaboration à repérer dans les pavillons, les patients dans un état réel d'indigence ;
  4) Se montrer toujours disponible et en éveil, aux heures de pointe de travail dans les équipes pour créer une dynamique conjuguée simple et sûre dans la préservation de la vie aux patients.

- À l'endroit de la population

  1) Aller précocement en consultations médicales pour atténuer la gravité des affections et améliorer le pronostic en permettant d'adapter les thérapies les plus simples.
  2) Avoir une bonne hygiène de vie et se faire aider, conseiller et orienter par des structures d'aide sociale ou de personnes formées pour la cause (les psychologues) pour être à l'abri de certaines pathologies opportunistes.
  3) Epargner quotidienne dans une structure d'assurance pour une meilleure prise en charge en cas de maladie.
  4) Savoir gérer son stress en cas de conflits et devant les difficultés de la vie.

- À l'endroit des autorités politico-administratives du CNHU-HKM et du Ministère de la santé,

1) Procéder au recyclage périodique du personnel en mettant des fonds à cet effet à partir d'un plan de formation ;
2) Créer une unité d'hémodialyse à l'enceinte de la réanimation pour éviter le retard dans l'admission et l'arrêt cardiaque, parfois le décès enregistré au cours du transport ;
3) Mettre en place le corps des psychologues et des équipes médico-psychologiques pour intervenir dans tous les secteurs d'activités du centre en vue d'une meilleure prestation pour le bonheur des usagers et du personnel ;
4) Revoir à la hausse les fonds alloués au service social pour la prise en charge des indigents ;
5) Procéder à la réhabilitation du centre en le dotant suffisamment des équipements modernes de dernières générations.

REFERENCES

1) ABDOULAYE (I.), *Note de service* N°0897/MS/CHHU-HKM/DA/SAC/ DAASM, Cotonou, Bénin, 28 Juin 2012.

2) ANATO (M.J.), *La culture vodoun dans la promotion du développement social, culturel et économique à Abomey*, Mémoire de Maîtrise en Sciences et Techniques des activités sociales et Educatives (STASE), Cotonou, 2008, p. 14.

3) ADJIDO (C. Th), de SOUZA (S.), et al. *Les savoirs endogènes : pistes pour une recherche*, Paris, 1994, pp. 250-251.

4) AUN (S.W.), *La mort et ses phénomènes*, Russie, 1992-1997, p. 3.

5) BOKO (G.C.), *Psychologie et guidance en milieu africain*, CAAREC Editions, Cotonou, Bénin, 2009, pp. 7, 223.

6) COULIBALY (A.), *Etude de la Mortalité des affections médicales dans le service Polyvalent d'Anesthésie-Réanimation*, Thèse de diplôme d'Etat N° 684, Cotonou, Bénin, 1996, p. 83.

7) KÜGBER-ROSS (E.), *La mort*, Editions du Rocher, 1997

8) HEINDEL (M.), *Cosmogonie des Rose-Croix*, France, Saint Michel Edition, 14ème Edition en Langue Française, Février 1989, p. 107.

9) NORET (J.), *Deuil et funérailles dans le Bénin méridional. Enterrer à tout prix*, Editions de l'Université de Bruxelles, 2010, p. 204.

10) GASSIER (F.), MOREL-HAZIZA (C.), *Sciences médico-sociales*, Paris, Masson, 1998, pp. 6, 50.

11) AGUEMON (A-R), ADAMOU (K), KI (B.), *Point des décès dans le SPAR du CNHU-H.K.M de Cotonou*, Bénin, 2009, p. 7.

12) TSHABU-TSHINGUTA (C.), *Le Coma hypoglycémique en réanimation : Définition, fréquence, étiopathogénie, traitement,*

évolution et pronostic, thèse de médecine N°857, Cotonou, 1999, pp. 25-26.

13) MOULINOT (D.), ROGEAUC (D.), *Sciences sanitaires et sociales*, Edition Foucher, Paris, 1996

14) MAREAU (C.), VANEK DREYFUS (A.), l'indispensable de la psychologie, 2ème Edition, Juin 2007. pp. 153-155.

15) PERLOT (A.), *Comment la communication verbale peut aider le patient dans le coma*, Institut de formation en soins infirmiers, 1999.

16) CAVELLAT (J.F.), CHASSEVENT (J.T.), LECOINTRE (P.J.), *Soins d'urgence*, 3ème Edition, Masson, Paris, 1992-1997, p. 32.

17) PRUDHOMME (C.), *L'infirmière et les urgences*, 2ème Edition, Paris, 1998.

18) SAWADOGO (R.), MEHINTO (V.), et al. *Plan directeur de développement du CNHU-H.K. M. pour la période 2004-2008*, Cotonou, Bénin, Février 2004, p. 11.

19) LEMPERIERE (Th.), FELINE (A.), *Psychiatrie de l'adulte*, Paris, Masson, 1989.

DICTIONNAIRES

20) SOMMAN (M.), HOUSSEMAINE-FLORENT (H.), *Lexis Larousse de la Langue Française*, Italie, octobre 2002.

21) DORON (R.), PAROT (F), *Dictionnaire de Psychologie*, PUF, 1991.

SITE WEB

1) http//www.cec-formation.net.pagesperso-orange.fr/coma-communication.html (consultation faite, le 12/04/2013).

2) http://www.clement-le-cossec.org/web_documents/10-livret-la_vie_apres_la_mort.pdf (consultation faite, le 05/12/2014).

3) http://www.memoireonline.com/a/fr/cart/show (consultation faite, le 22/11/2014).

4) http://www.dioceserimouski.com/capd/doc/fiche1_1deuil.pdf (consultation faite, le 28/04/2013).

5) http://jean-paul.barriere.pagesperso-orange.fr/chargeme/cosmogonie.pdf (consultation faite, le 17/O2/2015).

6) https:www.amazon.fr /Trois-Jours-Demi-Après-Mort/dp/2352044332) Consultation faite, le 14/07/2013

7) http://www.samael.org/idiomas/frances/paginas/5_respondiendo_inquietudes/1-Sobre-la-muerte-fisica/3_Cual%20es%20el%20proceso.htm (consultation faite, le 02/09/2013).

8) http://mb-soft.com/believe/beliefra.html (consultation faite, le 08/05/2015).

9) (https://fr.Wikipedia. Org/Wiki/Mort.) (consultation faite, le 09/05/2013).

10) https://fr.wikipedia.org/wiki/Eben_Alexander_III, (consultation faire, le 28/05/2015)

ANNEXES

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES EQUIPES SOIGNANTES

Sexe

Age

Profession

Religion

Niveau de vie socioprofessionnelle

Date et heure d'entrée

Motif d'admission

- Degré d'évaluation diagnostic de la profondeur du coma (état neurologique).
- Evaluation de l'apport des premiers soins d'urgence
- Importance de recours au service social (structure d'aide sociale) en cas d'incapacité financière.
- Nature de l'entretien entre le médecin traitant et la famille du patient (histoire de la maladie, antécédents et biographie)
- Evaluation de la communication verbale entre les équipes soignantes et les familles des patients
- Etat psychologique des patients sortis du coma
- Mesures d'accompagnement
- Préparation psychologique de la famille en cas de décès
- Perception de la mort par le corps médical.
- Facteurs favorisant le taux élevé permanent de mortalité.

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES FAMILLES DES PATIENTS

Sexe

Age

Profession

Religion

Ethnie

Niveau d'instruction

Personne à prévenir

Statut matrimonial

Rang occupé dans la fratrie

Père vivant ou décédé

Mère vivante ou décédée

Histoire de la maladie et les antécédents

Information sur le nombre de jours d'errance avant l'hospitalisation.

Appréciation des premiers secours de la famille et de l'entourage.

Evaluation dans une franche collaboration entre équipes soignantes et la famille, la capacité effective ou non de cette dernière à honorer de leur engagement vis-à-vis de leur patient.

Orientation des familles vers le service social en cas d'indigence.

Mesures sociales d'accompagner les comateux par leurs familles à partir des séances de prières et de pratiques traditionnelles.

Conception culturelle de la mort

Organisation et déroulement des funérailles.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE i
HOMMAGE iii
DEDICACE iv
REMERCIEMENTS v
REMERCIEMENTS vi
SIGLES & ACRONYMES ix
RESUME x
ABSTRACT x
Liste des tableaux xi
Liste des graphiques xi
INTRODUCTION 1
INTRODUCTION 2
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE 4
1. CADRE THÉORIQUE 5
1.1. DÉFINITIONS DE CONCEPTS, THÉORIES ET MODÈLES 5
1.2. REVUE DE LITTÉRATURE 7
1.2.1. Le coma 7
1.2.2. Le phénomène de la mort 15
1.3. PROBLÉMATIQUE, HYPOTHÈSES ET OBJECTIFS 22
1.3.1. Problématique 22
1.3.2. Hypothèses et objectifs 24
DEUXIEME PARTIE : CADRE ET MÉTHODE D'ÉTUDE 26
2. CADRE ET MÉTHODE D'ÉTUDE 27
2.1. PRÉSENTATION DU CNHU-HKM DE COTONOU 27
2.1.1. Le service de réanimation 27
2.1.1.1. Le cadre humain 28
2.1.1.2. Le cadre matériel 28
2.1.1.3. Les produits et consommables médicaux d'urgence 29
2.2. MÉTHODE D'ÉTUDE 30
2.2.1. Type d'étude 30

2.2.2. Population d'étude 30
2.2.2.1. Critère d'inclusion 30
2.2.2.2. Critère de non inclusion 30
2.2.3. Matériel de travail 30
2.2.4. Les variables dépendantes 31
2.2.5. Les variables indépendantes 32
2.2.6. Analyse des données 32
2.3. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES 33
TROISIEME PARTIE : PRESENTATION DES RESULTATS ET DISCUSSION 34
3. RÉSULTATS ET DISCUSSION 35
3.1. À PROPOS DU COMA 35
3.1.1. Caractéristiques épidémiologiques et sociodémographiques du coma ..35
3.1.2. Motif d'hospitalisation 37
3.1.3. Type d'alimentation 37
3.1.4. Signes physiques expliquant la souffrance des malades 38
3.1.5. Oxygénothérapie 38
3.1.6. Classe de paiement des prestations 39
3.2. À PROPOS DE LA MORT 40
3.2.1. Caractéristiques épidémiologiques et sociodémographiques de la mort 40
3.2.2. Pathologies qui entraînant la mort 40
3.2.3. État du patient et capacité financière de la famille au moment de la référence au CNHU 41
3.2.4. Constat de mort à partir des signes cliniques 42
3.2.5. Décès selon les moments du nycthémère 42
3.2.6. Décès à partir des jours de la semaine 43
3.3. DISCUSSION 44
3.3.1. Déterminants du coma 44
3.3.2. Déterminants de la mort 47
CONCLUSION ET SUGGESTIONS 51

CONCLUSION 52
SUGGESTIONS.....54
REFERENCES.....56
ANNEXES 60
TABLE DES MATIERES 63